

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>



PROCESOS INFLAMATORIOS PROSTATICOS

Dr. Carlos Martínez Sanz
Profesor Adjunto
Depto. de Urología
Pontificia Universidad Católica de Chile

Las llamadas "prostatitis", en especial las "crónicas" constituyen uno de los procesos inflamatorios peor conocidos de la patología urológica. A pesar de ser uno de los principales motivos de consulta, los conocimientos actuales respecto el diagnóstico y el manejo de estos problemas dejan mucho que desear.

Procesos inflamatorios agudos

Son los más conocidos, fácilmente identificables y en los que es posible aislar microorganismos, generalmente muy agresivos. Se trata de pacientes que consultan con molestias bruscas, de gran intensidad, que llevan a un cuadro séptico grave. Si no se sospecha el diagnóstico, evolucionan a una septicemia, con letalidad elevada si derivan hacia un shock séptico.

La sospecha diagnóstica surge al manejar en forma adecuada a un paciente con un cuadro febril grave. En ellos debe incluirse el tacto rectal, que si bien aparece formando parte del examen físico rutinario de todo paciente que se hospitaliza, su omisión en estos casos resulta especialmente grave. La interpretación de las manifestaciones urinarias bajas, que suelen hacer pensar más bien en un cuadro de infección del tracto urinario, cambia al aparecer dolor intenso a la palpación prostática. Posteriormente es posible recuperar secreción purulenta uretral mediante compresión prostática, siendo de esta forma posible aislar el germen responsable. Además de los gram negativos urinarios, hay que tener presente al estafilococo dorado coagulasa positiva.

El manejo de estos enfermos puede ser muy complejo. Los pacientes diabéticos son un desafío especialmente difícil. Muchos de los esquemas de tratamiento antibiótico empleados están comandados por el hecho de que las protatitis pueden presentarse como un cuadro séptico grave. La duración del tratamiento y las combinaciones antibióticas varían de acuerdo a si existe identificación de germen y a si ésta es confiable. Una terapia antibiótica endovenosa, agresiva y de cobertura amplia es el mejor abordaje inicial.

Debe evitarse todo tipo de instrumentación uretral. Además de la evolución de las condiciones generales del paciente, el control mediante tacto rectal ayuda a considerar el empleo de un estudio por imágenes. Cuando la respuesta antibiótica es parcial o inadecuada, debe sospecharse la presencia de una colección intraprostática, ya que la evolución es muy rápida y puede derivar en un absceso prostático. El tacto rectal permite sospecharlo y la tomografía computada es el método para precisar el diagnóstico.

En casos de pacientes muy graves, es factible el drenaje inicial por punción transperineal. Lo más eficaz es un drenaje transuretral, resecaando las paredes del absceso hasta dejarlo ampliamente abierto. Si las condiciones del paciente lo hacen posible, en algunos casos es necesario completar el tratamiento con una resección del resto de tejido prostático obstructivo. El control de la evolución se hace siguiendo la regresión del cuadro séptico. Hay casos en que es necesario repetir la tomografía computada, ante la posibilidad de nuevas colecciones.

Procesos inflamatorios crónicos

De ellos se conoce poco y se asumen muchas cosas. Aunque es difícil de probar, se estima que algunos de estos procesos tendrían su punto de partida en un cuadro agudo que deriva a la cronicidad. Los estudios microbiológicos repetidos de secreción post-masaje prostático dan resultados variados, a veces discordantes y en muchas ocasiones negativos. Todo tipo de gérmenes han sido identificados, aunque no queda claro si participan en el proceso o son integrantes habituales de la flora uretral. A medida que los medios de cultivo han mejorado, ha sido posible identificar micoplasmas, ureoplasmas y clamidias, gérmenes que sin duda tienen una participación en estos procesos crónicos. Es posible que un porcentaje importante de las llamadas prostatitis abacterianas sea consecuencia de nuestra incapacidad para identificar los gérmenes o virus que las provocan.

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, confundiéndose con uretritis, infecciones urinarias y otras molestias perineales no bien catalogables. Los pacientes se quejan de secreción uretral matinal, disuria, percepción de olores inhabituales, pesadez perineal, algún grado de disuria, urgencia miccional y hasta mialgias y artralgias. En muchas ocasiones existe el temor de que el problema haya sido contraído por transmisión sexual, lo que lleva a alteraciones de la esfera sexual, acompañadas de trastornos psicológicos.

La aparición de antígeno prostático específico (APE) ha permitido que los urólogos nos enfrentemos a este problema con un grado de certeza diagnóstica algo mayor. La prostatitis crónica y sus molestias constituyen una de las primeras causas de consulta urológica en USA. No ocurría lo mismo en nuestro país, pero ya estamos viendo el cambio. La aparición de cifras elevadas de antígeno, en general bajo 10 ng/ml, ha obligado a la biopsia prostática, en la mayoría de los casos en pacientes menores de 60 años. La ausencia de cáncer de la próstata y la descripción del patólogo de hallazgos compatibles con prostatitis crónica, nos ha permitido conocer algo más de este universo de pacientes.

Muchos de ellos son asintomáticos. Otros presentan sintomatología variada, poco importante y a la que no asignaban trascendencia. En un grupo significativo de estos enfermos hoy podemos tener un diagnóstico más preciso y posibilidades de un mejor manejo. Con tratamientos antibióticos y quimioterápicos prolongados, de 30 a 60 días, es posible ver como el APE se normaliza, lo que tranquiliza al paciente, al ver alejarse la posibilidad del cáncer de la próstata. Con el antígeno como arma diagnóstica y de control, es posible seguir pacientes que repiten estos procesos varias veces a lo largo de los años. Cuando se produce un alza del

APE, es el criterio y conocimiento de su paciente lo que permite al urólogo definir la necesidad de repetir o no la biopsia prostática.

La ecotomografía pelviana y transrectal han permitido identificar un grupo de pacientes en que son evidentes las calcificaciones prostáticas, fenómeno que era conocido con el uso de la resección transuretral prostática. Al resecar tejido, aparecen numerosos cálculos, que al ser analizados demuestran ser de fosfato de calcio. Es probable que la presencia de estas litiasis en cavidades prostáticas explique las reagudizaciones de estos procesos prostáticos crónicos, en ocasiones poco sintomáticos pero pesquisables por el APE.

Cuando las molestias se hacen mayores y caemos en la llamada prostatodínea, es posible plantear la necesidad de una resección prostática transuretral para aliviar las molestias. Este es un tratamiento algo invasivo que sólo se justifica cuando los síntomas son muy intensos y afectan significativamente la calidad de vida del paciente. Durante décadas estos pacientes fueron tratados por practicantes que realizaban repetidos masajes prostáticos, los que solían aliviar las molestias. Si bien el masaje se mantuvo hasta la fecha, por ser una terapia proporcionada a las molestias del paciente, ha caído en desuso, entre otras cosas, por la desaparición de estos profesionales y por el mejor conocimiento del problema por parte de los médicos.

Una buena psicoterapia de apoyo permite un control adecuado de las molestias. La reafirmación de la falta de riesgo de contagio a la pareja y de que la enfermedad no afecta la fertilidad ni causa malformaciones, permite tranquilizar al paciente y que éste retome una vida normal. Con frecuencia se requieren repetidas consultas a distintos especialistas para lograr una aceptación y comprensión de la situación por parte del paciente. Desgraciadamente, en estos cuadros poco definidos se puede caer en el abuso de exámenes diagnósticos, tanto por imágenes como bacteriológicos y endoscópicos. La prudencia en el manejo evita agregar complicaciones de procedimientos a los padecimientos del paciente.

Referencias escogidas

1. DRACH G W et al. Classification of benign diseases associated with prostatic pain. Prostatitis or prostatodynia. J. Urol 1978; 120:266
2. KOHNEN P W et al. Patterns of inflammation in prostatic hyperplasia. Histologic and bacteriologic study. J. Urol 1979; 121:755
3. ORLANDO S M et al. Prostatitis, prostatosis and prostatodynia. Urology 1985; 25:439
4. SCHAEFER A J et al. Prevalence and significance of prostatic inflammation J. Urol 1981; 125:215