






Artículo de Revisión

Actualización sobre aspectos clínicos, epidemiológicos y diagnósticos de la prostatitis

Update on clinical, epidemiologic and diagnostic aspects of prostatitis

Israel Darío Carrillo Quisnia¹  , Erika Sarahí Cocha Chicaiza¹ , Génesis Camila Romero Paredes¹ , Kevin Steven Supe Chancay¹ 

¹Universidad Regional Autónoma de Los Andes. Ambato, Ecuador.

RESUMEN

Introducción: la prostatitis es la tercera enfermedad más importante de la próstata, frecuente en hombres menores de 50 años.

Objetivo: caracterizar clínica epidemiológicamente la prostatitis.

Método: se realizó una revisión narrativa de la bibliografía disponible utilizando los métodos analíticos sintético e histórico lógico mediante los artículos recuperados desde las bases de datos como SciELO - Medline (PubMed) - Medline Plus - Elsevier - Wiley - Scopus - Redalyc. Se seleccionaron un total de 34 referencias que abordaban las principales características clínico epidemiológicas del tema en cuestión.

Resultados: se debe estudiar exhaustivamente para lograr un correcto diagnóstico y tratamiento el cual contribuya a mejorar la calidad de vida del paciente. La prostatitis crónica bacteriana y la prostatitis crónica/síndrome de dolor pélvico crónico son las patologías más frecuentes en el hombre, sin embargo, son las más difíciles de tratar. Suele aparecer en adultos jóvenes o varones de edad media. Es la infección urinaria más frecuente en el varón entre la segunda y cuarta décadas de la vida. Comprende un conjunto de síndromes, enfermedades y trastornos funcionales que afectan a la próstata o al área perineal con una sintomatología similar y con una etiología en algunos casos desconocida.

Conclusiones: esta patología constituye la infección urinaria parenquimatosa más habitual en el varón entre la segunda y cuarta década de vida, representa el diagnóstico urológico más común en menores de 50 años siendo el tercero más frecuente en mayores de 50 años tras la hiperplasia benigna de próstata y el cáncer de próstata.

Palabras clave: Prostatitis; Dolor Pélvico; Próstata; Hombres.

ABSTRACT

Introduction: prostatitis is the third most important prostate disease, frequent in men under 50 years of age.

Objective: to characterize prostatitis clinically and epidemiologically.

Methods: a narrative review of the available literature was carried out using synthetic and historical-logical analytical methods by means of articles retrieved from databases such as SciELO - Medline (PubMed) - Medline Plus - Elsevier - Wiley - Scopus - Redalyc. A total of 34 references addressing the main clinical-epidemiological characteristics of the subject in question were selected.

Results: it should be studied exhaustively in order to achieve a correct diagnosis and treatment which will contribute to improve the patient's quality of life. Bacterial chronic prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome are the most frequent pathologies in men; however, they are the most difficult to treat. It usually appears in young adults or middle-aged men. It is the most frequent urinary tract infection in men between the second and fourth decades of life. It comprises a group of syndromes, diseases and functional disorders affecting the prostate or perineal area with similar symptomatology and with an etiology in some cases unknown.

Conclusions: this pathology is the most common parenchymal urinary tract infection in men between the second and fourth decade of life, it represents the most common urological diagnosis in children under 50 years of age and the third most frequent in men over 50 years of age after benign prostatic hyperplasia and prostate cancer.

Keywords: Prostatitis; Pelvic Pain; Prostate; Men.

INTRODUCCIÓN

Los urólogos y médicos que tratan a pacientes masculinos gastan un porcentaje significativo de su tiempo de práctica clínica en el diagnóstico y manejo de la


Citar como: Carrillo Quisnia ID, Cocha Chicaiza ES, Romero Paredes GC, Supe Chancay KS. Actualización sobre aspectos clínicos, epidemiológicos y diagnósticos de la prostatitis. Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2023 [citado Fecha de Acceso]; 19:e953. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/953>

DOI: 10.5281/zenodo.7884789

Recibido: 20-12-2023

Aceptado: 08-03-2023

Publicado: 20-04-2023

Editor: Univ. Angel Echevarria Cruz. 
Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río, Cuba.

© 2023 Autor(es). Este es un artículo en acceso abierto, distribuido bajo los términos de una licencia Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio siempre que la obra original sea correctamente citada.



enfermedad prostática, representando el 25 % de todas las visitas al consultorio urológico con afectación en el sistema genital y urinario a nivel mundial.^(1,2)

A principios de la década de 1990, la prostatitis representaba la mayor cantidad de visitas al consultorio por año en Estados Unidos como los atribuidos a la HBP o al cáncer de próstata. Aproximadamente uno de cada diez pacientes es diagnosticado con prostatitis, por esta razón los urólogos deben volverse expertos en el manejo de esta patología.⁽¹⁾

La investigación clínica moderna sobre la prostatitis comenzó con el trabajo de Meares EM jr. y Stamey TA quienes afirmaron que la “prostatitis” es un problema común y frustrante para el urólogo y médico general. Establecieron la técnica de cultivo segmentado para localizar las infecciones en la uretra, vejiga, o próstata y diferenciar las principales categorías de prostatitis.⁽³⁾ La prostatitis es un conjunto de síntomas que afecta a la glándula prostática y su causa se debe a factores de origen bacteriano (*Escherichia coli*, *Pseudomonas sp*, *Enterococcus spp*, *Klebsiella spp*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Proteus sp*, *Serratia spp*, y *Staphylococcus saprophyticus*) o incluso desconocido hasta la actualidad.⁽⁴⁾

Esta patología constituye la infección urinaria parenquimatosa más habitual en el varón entre la segunda y cuarta década de vida, representa el diagnóstico urológico más común en menores de 50 años siendo el tercero más frecuente en mayores de 50 años tras la hiperplasia benigna de próstata y el cáncer de próstata.⁽⁵⁾

La incidencia es de 1,26 casos por cada 1000 hombres por año y de acuerdo a la clasificación; prostatitis bacteriana aguda, infección bacteriana de la próstata que suele estar acompañada de síntomas repentinos y graves, prostatitis bacteriana crónica, infección bacteriana continua o recurrente que suele estar acompañada de síntomas menos graves, prostatitis crónica o síndrome de dolor pélvico crónico, dolor pélvico continuo o recurrente y síntomas en las vías urinarias sin signos de infección, prostatitis inflamatoria asintomática, signos de inflamación de la próstata sin síntomas.⁽⁶⁾

El síndrome de dolor pélvico crónico y la prostatitis bacteriana crónica representan alrededor del 90 % de los casos identificados en la práctica clínica, siendo esta última, responsable del 5 al 10 % de los casos totales de prostatitis, donde el 30 % involucra infecciones urinarias recurrentes.⁽⁷⁾

El diagnóstico es sencillo en las formas bacterianas agudas o crónicas y el tratamiento es eficaz en las formas agudas, mientras que las crónicas recurren con frecuencia. En las formas crónicas no bacterianas el tratamiento es complicado y poco eficaz, debido sobre todo al desconocimiento sobre la causa, hay poca evidencia científica que apoye los distintos tratamientos utilizados en las formas crónicas no bacterianas: antibióticos, alfa-bloqueantes, antiinflamatorios, relajantes musculares o antidepresivos tricíclicos.⁽⁸⁾

Por lo antes planteado se ha trazado como **objetivo** del presente artículo caracterizar clínica epidemiológicamente la prostatitis.

MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa de la bibliografía disponible utilizando los métodos analíticos sintético e histórico lógico mediante los artículos recuperados desde las bases de datos como SciELO - Medline (PubMed) - Medline Plus - Elsevier - Wiley - Scopus - Redalyc.

De la misma manera se ha llevado a cabo la búsqueda en páginas web oficiales de sociedades científicas y otras, por ejemplo: *Revista de la Asociación Canadiense de Urología*, *American Journal of Men's Health*, *World Journal of Urology*, *Arab Journal of Urology*, *Revista Cubana de Urología*, *Revista Urología Colombiana*.

Se consideraron publicaciones de cualquier país entre 2016 y 2021, que incluían ensayos clínicos, documentos, revisión, revisión sistemática y metaanálisis. Se emplearon filtros para la selección de artículos en los idiomas inglés y español. Se emplearon los términos "Prostatitis", "Síndrome de Dolor Pélvico Crónico", "Fagos", "Cultivo Fraccionado" como palabras clave en el artículo. Se seleccionaron un total de 34 referencias que abordaban las principales características clínico epidemiológicas del tema en cuestión.

DESARROLLO

Según estudio donde se analizaron las tasas de alivio de los síntomas, sin cambios y peores asociados con SDPC en pacientes con y sin tratamiento médico. El propósito fue determinar si otros factores han tenido un impacto en el pronóstico del SDPC y si estas condiciones interactúan con la intervención médica. Independientemente de si los pacientes habían recibido tratamiento o no, los que realizan trabajos sedentarios experimentaron una tasa de alivio de los síntomas significativamente más baja que los que realizan trabajos no sedentarios. La tasa de alivio de los síntomas (SRR) también fue significativamente mayor en pacientes que no consumían alcohol o que lo hacían ocasionalmente en comparación con los que bebían alcohol a diario o con más frecuencia, especialmente en los casos en que no hubo tratamiento médico. La edad de los pacientes no influyó significativamente en SRR; sin embargo, el porcentaje de pacientes sin cambios o peores síntomas fue mayor en todos los grupos de edad con tratamiento en comparación con aquellos sin tratamiento. Se observó una mejor SRR en pacientes con antecedentes de fumadores en comparación con aquellos sin antecedentes de tabaquismo. También se observó una mejor SRR en el tratamiento grupos en pacientes que no habían tenido

comorbilidades de diabetes y/o HPB en comparación con aquellos con comorbilidades.⁽⁹⁾

El diagnóstico de elección para la prostatitis crónica es la prueba de los 4 vasos. En la prostatitis crónica bacteriana se considera que el cultivo fraccionado es positivo cuando hay presencia en secreción prostática, orina postmasaje o semen, de una o más bacterias gramnegativas que no crecen en los cultivos de las fracciones inicial o media. El recuento en VB2 ha de ser menor a 103 UFC/mL puesto que la bacteriuria de origen vesical impide la identificación de la bacteriuria prostática, cuantitativamente menor. La presencia de más de 20 leucocitos/campo en VB3 es también diagnóstica. Cuando no se cumplen estos criterios, el diagnóstico diferencial se plantea entre uno de los otros síndromes prostáticos no bacterianos o un falso negativo.⁽¹⁰⁾

Se considera que la prueba de los cuatro vasos es complicada y molesta para el paciente por lo cual se pretende disminuir su uso. Es por ello que se ha extendido una variante reducida (minifracccionado) en dos formas: muestras VB2 y VB3, con precisión similar a la prueba de los cuatro vasos y muestras VB1 y cultivo de semen, el semen tendría mayor sensibilidad que la EPS para la detección de grampositivos y gramnegativos. Con el cultivo de la primera orina (VB1) y del semen se obtiene el mismo resultado microbiológico que con la prueba de los cuatro vasos (VB1, VB2, EPS, VB3) en el 86,3 % de los pacientes. Recientes estudios confirman la superior sensibilidad en el diagnóstico de prostatitis crónica de las fracciones EPS (secreción prostática postmasaje) y VB3 (orina postmasaje) frente a las VB1 (orina inicial) y VB2 (orina media).⁽¹¹⁾

Recientes estudios confirman la superior sensibilidad en el diagnóstico de prostatitis crónica de las fracciones EPS (secreción prostática postmasaje) y VB3 (orina postmasaje) frente a las VB1 (orina inicial) y VB2 (orina media).^(12, 13) Utilizando únicamente la primera fracción del chorro de orina (VB1) y la orina postmasaje (VB3) se obtiene el mismo resultado microbiológico que empleando el método de los cuatro vasos en el 91 % de los pacientes.⁽¹⁴⁾

Según la evidencia sintetizada de una revisión sistemática de 18 ensayos aleatorios que evaluaron las terapias con; ciprofloxacina, ofloxacina, levofloxacina, lomefloxacina y prulifloxacina en 2196 pacientes con CBP por un tiempo de 4 a 6 semanas, se evidenció una tasa de éxito clínico (definida como curación o mejoría de los síntomas) de alrededor del 70 % al 90 % a los 6 meses, y una tasa de erradicación de patógenos que del 67 % al 81 %.⁽¹⁵⁾ En un ensayo aleatorio no cegado se encontró que agregar un suplemento nutricional (*Serenoa repens* (palma enana americana), *Lactobacillus sporogenes* (un probiótico) y arbutina) a una terapia con antibióticos orales (prulifloxacina) mejoró la sintomatología.⁽¹⁶⁾

La Asociación Europea de Urología (EAU) concuerda con el tiempo óptimo de tratamiento. A menudo es necesario un tratamiento de mayor duración, entre 6 y 12 semanas, para lograr la erradicación del patógeno y prevenir la recurrencia, mientras que un ciclo de tratamiento de menos de 4 semanas se ha asociado con mayores riesgos de recaída.^(17, 18, 19)

La fosfomicina está emergiendo como una opción para el tratamiento de la PBC causada por patógenos productores de BLEE MDR. Los datos de cohortes retrospectivas y prospectivas sugieren que un régimen oral que consta de 3 g de fosfomicina al día durante 1 semana seguido de 3 g cada 2 días durante un tratamiento de 6 a 12 semanas puede lograr una tasa de curación clínica del 50 % al 77 % y una tasa de erradicación de patógenos de > 50 % para patógenos multirresistentes.^(20, 21)

La cefoxitina es otra consideración para la CBP causada por patógenos productores de ESBL difíciles de tratar. En un estudio prospectivo reciente de 23 pacientes con prostatitis (incluidos 14 pacientes con DPC) causada por Enterobacteriaceae productoras de BLEE resistentes a las fluoroquinolonas y trimetoprim-sulfametoxazol, la terapia con antibióticos basada en cefoxitina alcanzó una tasa de curación clínica del 77 % (17 pacientes de 22) y una tasa de erradicación de patógenos del 47 % (9 pacientes de 19) a los 6 meses. Sin embargo, el uso de cefoxitina puede estar limitado por su farmacocinética (dosificación cada 6 horas) y la propensión a inducir la expresión de betalactamasas. Se necesitan de manera crucial más datos sobre la eficacia y la seguridad de la fosfomicina, la cefoxitina y otros agentes para informar el tratamiento de la CBP causada por bacterias MDR.⁽²²⁾

La CBP recurre o recae en 25 % a 50 % de los pacientes después de la terapia antimicrobiana oral. En una cohorte prospectiva de 101 pacientes, la presencia de cálculos prostáticos se asoció con una tasa más baja de erradicación microbiológica, una tasa más alta de recaída después de la terapia antimicrobiana y una mejoría reducida de los síntomas.^(23, 24, 25, 26) Recientemente, estudios han demostrado que una gran proporción de las cepas bacterianas que causan CBP son capaces de producir biopelículas, provocando una peor respuesta clínica a la terapia.⁽²⁷⁾

Muchos pacientes que anteriormente luchaban con recurrencias sintomáticas han sido bien controlados con profilaxis crónica de dosis bajas con metenamina combinada con un suplemento de vitamina C. Sin embargo, la utilidad a largo plazo de la profilaxis con metenamina no está bien documentada en la literatura existente.⁽²⁸⁾

Las inyecciones locales tienen el beneficio potencial de acortar la duración del tratamiento lo que reduce los riesgos de resistencia a los medicamentos y los efectos secundarios del tratamiento. En un ensayo controlado aleatorizado de 50 pacientes con CBP, los pacientes aleatorizados para recibir inyecciones locales mejoraron significativamente las puntuaciones de los síntomas y las tasas de erradicación bacteriana que aquellos que recibieron inyecciones intramusculares (tasa de curación del 33,3 % frente al 5 %, respectivamente [$p <$

0,05].⁽²⁹⁾ En una cohorte retrospectiva de 77 pacientes con posible CBP, las inyecciones locales de agentes antimicrobianos se asociaron de manera similar con mejores puntajes NIH CPSI.⁽³⁰⁾

Algunos autores han sugerido que la extirpación quirúrgica del tejido prostático infectado, junto con las inyecciones locales de agentes antimicrobianos, deberían ser opciones de tratamiento de segunda línea para los hombres con DBC resistente a los antimicrobianos orales de primera línea, y la supresión crónica de antibióticos orales puede considerarse como una tercera opción. En ausencia de evidencia definitiva, se recomienda analizar los beneficios y riesgos potenciales.⁽³¹⁾

La terapia de fagos está emergiendo como una nueva opción de tratamiento para la CBP causada por organismos resistentes a los antibióticos. Datos recientes sugieren que los fagos interactúan con las células del sistema inmunitario y estas interacciones conducen a efectos inmunomoduladores, que son predominantemente antiinflamatorios. Dichos efectos podrían ser beneficiosos para reducir la inflamación en todas las formas de prostatitis.^(32,33,34)

Los primeros datos sobre la terapia con fagos para el tratamiento de CBP son positivos. En una cohorte de 27 pacientes con PBC a los que previamente les había fallado la terapia con antibióticos y recibieron terapia con fagos durante un promedio de 47 días en la Unidad de Terapia con Fagos en Wrocław, 13 pacientes (48 %) no tenían patógenos detectables en dos cultivos bacterianos consecutivos de EPS recolectados en menos 2 semanas de diferencia. Otros seis pacientes no tenían patógenos detectables en un cultivo de EPS. También se mencionaron síntomas de prostatitis sustancialmente reducidos, puntajes NIH CPSI mejorados, recuentos de leucocitos EPS reducidos, volumen prostático reducido y flujo urinario máximo mejorado para un número no especificado de pacientes. No se observaron efectos secundarios significativos. Se observó que la administración intrarrectal de fagos conducía a los mejores resultados.⁽³⁴⁾

En la prostatitis crónica/síndrome de dolor pélvico crónico el diagnóstico y selección de tratamiento definitivo son frustraciones que los proveedores de atención de urología encuentran con frecuencia en la práctica profesional. El conocimiento de la etiología y fisiopatología no es suficiente y las pautas terapéuticas no arrojan resultados ni pronósticos aceptables tanto para los pacientes como los médicos urólogos.⁽³⁰⁾

La falta de conocimientos sobre CP/SDPC ha llevado a un manejo insatisfactorio de los pacientes en la práctica clínica. Una dificultad importante en el tratamiento médico de pacientes es el tiempo prolongado de terapia, la incertidumbre de los resultados y la recaída de los síntomas, lo que representa un impacto significativo en los recursos de atención médica y bienestar familiar.⁽³¹⁾

Se ha separado el PC/SDPC en una etapa temprana, definida como síntomas persistentes o recurrentes durante < 6 meses y sin tratamiento previo con antibióticos; y una etapa tardía, definida como síntomas persistentes o recurrentes durante > 6 meses y refractaria a las líneas iniciales de farmacoterapia.⁽³²⁾

Los algoritmos diagnósticos exclusivos de CP/SDPC comienzan con dolor abdominal bajo y/o micción anormal (los llamados signos de alarma), palpación de próstata y dos exámenes de laboratorio básicos (prueba macroscópica de orina y ultrasonido de la región del abdomen bajo), la edad es otro fenotipo a considerar en las visitas iniciales de pacientes con síntomas asociados, los pacientes menores de 50 años son más propensos a padecer PC/CPPS que aquellos mayores de 50 años cuyos síntomas son probablemente causados por otras enfermedades. El antígeno prostático específico (PSA) generalmente se solicita para pacientes > 50 años en el procedimiento de diagnóstico exclusivo para CP/CPPS. Se debe obtener un análisis de orina y un urocultivo. Los cultivos de orina previos y posteriores al masaje, también conocidos como la prueba de los "dos vasos", pueden ayudar en el diagnóstico de la prostatitis bacteriana crónica, como los antibióticos pueden persistir en el líquido de la próstata, lo ideal es obtener cultivos después de haber dejado de tomar antibióticos durante ≥ 2 semanas.⁽³⁰⁾

El NIH *Chronic Prostatitis Symptom Index* (NIH-CPSI) y la guía de consenso del *Prostatitis Expert Reference Group* son instrumentos útiles para la evaluación inicial de la gravedad de los síntomas y el seguimiento de los resultados del tratamiento de CP/SDPC. Clínicamente, los médicos siempre aplican NIH-CPSI para juzgar la gravedad de la prostatitis crónica. De acuerdo con la subpuntuaciones de dolor, los niveles de dolor se clasifican como leves (0 a 7), moderado (8 a 13) y severo.^(14,15,16,17,18,19,20,21)

El uso del sistema UPOINT para guiar el tratamiento de los pacientes con CP/SDPC ha tenido éxito, es un modo de tratamiento validado que tiene en cuenta los fenotipos de enfermedad de cada paciente individual. Hay muchos enfoques disponibles en la práctica clínica actual, incluidos los bloqueadores alfa, los medicamentos antimicrobianos y antiinflamatorios, los neurolépticos, los antidepresivos, la fisioterapia, la acupuntura, la terapia de ondas de choque extracorpóreas (ESWT), la fitoterapia y otros para el alivio del dolor. El protocolo monoterapéutico rara vez produce resultados satisfactorios tanto para los pacientes como para los proveedores de atención en la actualidad, probablemente debido a la naturaleza heterogénea y la fisiopatología multifactorial de CP/SDPC, es por eso que se recomendó un enfoque terapéutico multimodal que aborde el perfil fenotípico clínico de cada paciente. No es necesario hacer una distinción clara entre la categoría IIIA (PC/SDPC inflamatorio) y IIIB (PC/SDPC no inflamatorio) al aplicar un protocolo de tratamiento, ya que falta evidencia que respalde su valor clínico durante el tratamiento.⁽³³⁾

Pacientes con el 'Urinario' el fenotipo se queja de STUI (síntomas del tracto urinario inferior), incluida la nicturia, la frecuencia diurna o la urgencia urinaria, puede tener una puntuación urinaria NIH-CPSI > 4 y puede tener un vaciado incompleto de la vejiga. Psicosocial a menudo tienen depresión o síntomas depresivos, ansiedad, estrés. Los pacientes con CP/SDPC tienen una alta prevalencia de problemas psicológicos y pueden tener antecedentes de abuso sexual o físico, lo que se asocia con una peor calidad de vida. Los pacientes tienen quejas que implican la próstata y/o la vejiga como impulsores de los síntomas.⁽²⁵⁾

Los síntomas relacionados con la próstata pueden incluir sensibilidad prostática a la palpación, hematospermia y calcificaciones prostáticas; los síntomas relacionados con la vejiga pueden incluir dolor con el llenado vesical que mejora con la micción. Infección del dominio se refiere a los casos en que los pacientes tienen bacterias uropatógenas en la orina, SEP o uretra sin cumplir los criterios de ITU o prostatitis de categoría I o II. En ausencia de infección, los antibióticos no serán útiles; sin embargo, para los pacientes en este dominio, están indicados los antibióticos dirigidos por cultivos. Neurológico/sistémico los pacientes pueden caracterizarse por dolor fuera de la parte inferior del abdomen, los genitales y la pelvis, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, síndrome del intestino irritable y/u otras quejas de dolor sistémico. Sensibilidad tiene espasmo, sensibilidad y/o puntos gatillo de la pelvis o los músculos abdominales diagnosticados en DRE y exámenes genitales y abdominales.⁽³³⁾

Sobre la base de la observación clínica y el seguimiento en la práctica diaria durante muchos años, se recomienda la fitoterapia dirigida a los síntomas en combinación con analgésicos simples y/o antagonistas alfa4-adrenérgicos (si hay micción) como primera línea de tratamiento para un buen resultado clínico de CP/CPSP. El uso de antibióticos se ha vuelto cada vez menos importante para lograr beneficios terapéuticos para los pacientes con SDPC pues la mayoría de los pacientes con CP/SDPC han logrado el alivio clínico de los síntomas asociados incluso sin tratamiento en algunos casos y llevan una vida diaria normal con el tiempo.^(30,34)

Prostatitis Bacteriana Crónica.

En el estudio se observó la tasa de éxito de 2 quinolonas, la levofloxacin y ciprofloxacina en 6 meses de tratamiento en prostatitis crónica. Los resultados se observaron a los 28 días de ambos medicamentos llegando a la conclusión que la levofloxacin tuvo mayor éxito (75 %) que la ciprofloxacina (73 %) en la mejoría de los síntomas. Un estudio demuestra una comparación entre dos quinolonas para la erradicación del patógeno, la levofloxacin y la ciprofloxacina en combinación con la prulifloxacin en la prostatitis bacteriana crónica, la levofloxacin demostró una erradicación del 74 % y la ciprofloxacina en combinación con la prulifloxacin en un 76 %, ambos fármacos en un tiempo de 28 días.^(9,10)

CONCLUSIONES

Esta afección constituye la infección urinaria parenquimatosa más habitual en el varón entre la segunda y cuarta década de vida, representa el diagnóstico urológico más común en menores de 50 años siendo el tercero más frecuente en mayores de 50 años tras la hiperplasia benigna de próstata y el cáncer de próstata. Se debe estudiar exhaustivamente para lograr un correcto diagnóstico y tratamiento el cual contribuya a mejorar la calidad de vida del paciente. La prostatitis crónica bacteriana y la prostatitis crónica/síndrome de dolor pélvico crónico son las patologías más frecuentes en el hombre, sin embargo, son las más difíciles de tratar, convirtiéndose en el dolor de cabeza de los urólogos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meares EM Jr. Prostatitis. Med Clin North Am [Internet]. 1991;75(2):405-24. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/1996042>
2. Khan FU, Ihsan AU, Khan HU, Jana R, Wazir J, Khongorzul P, et al. Comprehensive overview of prostatitis. Biomed Pharmacother [Internet]. 2017;94:1064-76. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0753332217319418>
3. Lupaca Q, Luis J. Prevalencia de Escherichia coli y Pseudomonas sp en pacientes con infecciones prostáticas y su sensibilidad a los extractos de tubérculos de Tropaeolum tuberosum (Isaño), Juliaca - 2017. Universidad Nacional del Altiplano; 2018.
4. Repetto E. Relación de prostatitis en la aparición del cáncer de próstata y la hiperplasia benigna prostática. Revista Cubana de Urología [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 2];8(1):22-33. Disponible en: <https://revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/502>
5. Puerta Suárez J, Cardona Maya W. Prostatitis: revisión de una patología enigmática y su relación con la fertilidad masculina. Rev Urol Colomb / Colomb Urol J [Internet]. 2018;27(03):233-42. Disponible en: <http://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/953>

[dx.doi.org/10.1055/s-0038-1656520](https://doi.org/10.1055/s-0038-1656520)

6. Anguera JMG-A. Tratamiento de las prostatitis. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2005 [cited 2023 Mar 2];29(6):145-51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2037679>

7. Rodríguez-López MR, Baluja-Conde IB, Bermúdez-Velásquez S. Patologías benignas de la próstata: prostatitis e hiperplasia benigna. REVISTA BIOMÉDICA [Internet]. 2007 [cited 2023 Mar 2];18(1):47-59. Disponible en: <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/475>

8. Aafp.org. [cited 2023 Mar 2]. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2010/0815/p397>

9. Paglia M, Peterson J, Fisher AC, Qin Z, Nicholson SC, Kahn JB. Safety and efficacy of levofloxacin 750 mg for 2 weeks or 3 weeks compared with levofloxacin 500 mg for 4 weeks in treating chronic bacterial prostatitis. *Curr Med Res Opin* [Internet]. 2010;26(6):1433-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1185/03007991003795030>

10. Zhanel GG, Zhanel MA, Karlowsky JA. Oral fosfomicin for the treatment of acute and chronic bacterial prostatitis caused by multidrug-resistant *Escherichia coli*. *Can J Infect Dis Med Microbiol* [Internet]. 2018 [cited 2023 Mar 2];2018:1404813. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/cjidmm/2018/1404813/>

11. Demonchy E, Courjon J, Ughetto E, Durand M, Risso K, Garraffo R, et al. Cefoxitin-based antibiotic therapy for extended-spectrum β -lactamase-producing Enterobacteriaceae prostatitis: a prospective pilot study. *Int J Antimicrob Agents* [Internet]. 2018;51(6):836-41. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857918300116>

12. Su ZT, Zenilman JM, Sfanos KS, Herati AS. Management of chronic bacterial prostatitis. *Curr Urol Rep* [Internet]. 2020;21(7):29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11934-020-00978-z>

13. Nickel JC, Costerton JW. Bacterial localization in antibiotic-refractory chronic bacterial prostatitis. *Prostate* [Internet]. 1993;23(2):107-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/pros.2990230204>

14. Soto SM, Smithson A, Martinez JA, Horcajada JP, Mensa J, Vila J. Biofilm formation in uropathogenic *Escherichia coli* strains: relationship with prostatitis, urovirulence factors and antimicrobial resistance. *J Urol* [Internet]. 2007;177(1):365-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2006.08.081>

15. Bartoletti R, Cai T, Nesi G, Albanese S, Meacci F, Mazzoli S, et al. The impact of biofilm-producing bacteria on chronic bacterial prostatitis treatment: results from a longitudinal cohort study. *World J Urol* [Internet]. 2014;32(3):737-42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00345-013-1145-9>

16. Lee BB, Simpson JM, Craig JC, Bhuta T. Methenamine hippurate for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2007;(4):CD003265. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003265.pub2>

17. Hu W-L, Zhong S-Z, He H-X. Treatment of chronic bacterial prostatitis with amikacin through anal submucosal injection. *Asian J Androl* [Internet]. 2002;4(3):163-7. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/12364969>

18. Toth A, Guercini FM, Feldthouse DM, Zhang JC. Injection therapy for chronic prostatitis: A retrospective analysis of 77 cases. *Arch Ital Urol Androl* [Internet]. 2018 [cited 2023 Mar 2];90(1):34-9. Disponible en: <https://pagepressjournals.org/index.php/aiua/article/view/aiua.2018.1.34>

19. Bowen DK, Dielubanza E, Schaeffer AJ. Chronic bacterial prostatitis and chronic pelvic pain syndrome. *BMJ Clin Evid*. 2015;2015.

20. Wagenlehner FME, Naber KG. Current challenges in the treatment of complicated urinary tract infections and prostatitis. *Clin Microbiol Infect* [Internet]. 2006;12 Suppl 3:67-80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-0691.2006.01398.x>

21. Mendoza-Rodríguez R, Hernández-Chico I, Gutiérrez-Soto B, Navarro-Marí JM, Gutiérrez-Fernández

<https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/953>

J. Microbial etiology of bacterial chronic prostatitis: systematic review. Rev Esp Quimioter [Internet]. 2023; Disponible en: <https://seq.es/wp-content/uploads/2023/01/mendoza09jan2023.pdf>

22. Pigrau C. Nosocomial urinary tract infections. Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2013;31(9):614-24. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X12004375>

23. Vanden Bossche M, Roumeguère T. Prostatitis crónicas: signos, diagnóstico y tratamientos. EMC - Urol [Internet]. 2012;44(2):1-10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761331012620234>

24. Jiménez-Pacheco A, Jiménez-Pacheco A, Roldán-López M. Estrategias terapéuticas para el tratamiento de la prostatitis crónica/síndrome de dolor pélvico crónico. Rev Int Androl [Internet]. 2016;14(1):19-26. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1698031X15000722>

25. Letkiewicz S, Miedzybrodzki R, Fortuna W, Weber-Dabrowska B, Górski A. Eradication of Enterococcus faecalis by phage therapy in chronic bacterial prostatitis--case report. Folia Microbiol (Praha) [Internet]. 2009;54(5):457-61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12223-009-0064-z>

26. Górski A, Jończyk-Matysiak E, Łusiak-Szelachowska M, Międzybrodzki R, Weber-Dąbrowska B, Borysowski J, et al. Phage therapy in prostatitis: Recent prospects. Front Microbiol [Internet]. 2018;9:1434. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fmicb.2018.01434>

27. Jiménez-Pacheco A, Jiménez-Pacheco A. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a therapeutic challenge. Rev Med Chil [Internet]. 2014 [cited 2023 Mar 2];142(8):1078-9. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014000800018&script=sci_arttext

28. Rees J, Abrahams M, Doble A, Cooper A, Prostatitis Expert Reference Group (PERG). Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline. BJU Int [Internet]. 2015;116(4):509-25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/bju.13101>

29. Doggweiler R, Whitmore KE, Meijlink JM, Drake MJ, Frawley H, Nordling J, et al. A standard for terminology in chronic pelvic pain syndromes: A report from the chronic pelvic pain working group of the international continence society: Chronic Pelvic Pain Syndromes. Neurourol Urodyn [Internet]. 2017;36(4):984-1008. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/nau.23072>

30. Tenorio C, Mitzuko N. Eyaculación precoz asociado a severidad de la sintomatología en pacientes con diagnóstico de dolor pélvico crónico - prostatitis crónica IIIA/B en una entidad privada especializada en Lima - Perú período de 2019 - 2020. Universidad Ricardo Palma; 2020.

31. Epidemiológicas P, Natural H, Del dolor anorrectal y pélvico D y. M. Diagnóstico y manejo del dolor anorrectal y pélvico [Internet]. Residenciamflapaz.com. [cited 2023 Mar 2]. Disponible en: <https://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/Diagnostico%20y%20manejo%20del%20dolor%20anorrectal%20y%20pelvico.pdf>

32. Mastroianni GN, Cano Busnelli VM, Huespe PE, Dietrich A, Beskow A, de Santibañes M, et al. Cambios en el Programa de Formación Quirúrgica en la era COVID-19. Rev Argent Cir [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 2];112(2):109-18. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S2250-639X2020000200006&script=sci_abstract&tlng=en

33. Agarwal MM, Elsi Sy M. Gabapentenois in pain management in urological chronic pelvic pain syndrome: Gabapentin or pregabalin? Neurourol Urodyn [Internet]. 2017;36(8):2028-33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/nau.23225>

34. Doiron RC, Shoskes DA, Nickel JC. Male CP/CPPS: where do we stand? World J Urol [Internet]. 2019;37(6):1015-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00345-019-02718-6>

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Todos los autores participaron en la conceptualización, redacción - borrador inicial, redacción - revisión y edición.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores declaran no haber recibido financiación para el desarrollo de la presente.