

I. INTRODUCCIÓN, ETIOLOGÍA y CLÍNICA

La prostatitis aguda es una inflamación aguda de la glándula prostática de origen infeccioso, generalmente bacteriano, que puede evolucionar rápidamente a bacteriemia y sepsis urológica.

La entrada de microorganismos suele producirse por vía uretral o vesical por lo que debe tenerse en cuenta que el cuadro clínico se acompaña, en ocasiones, de síntomas uretrales o testiculares de forma concomitante.

Por otro lado, una alteración anatómica genitourinaria o una manipulación previa de la vía urinaria (sondaje vesical intermitente o permanente, biopsias prostáticas, ...) pueden incrementar el riesgo de prostatitis aguda.

ITU en varón + FIEBRE = PROSTATITIS AGUDA → hasta que se demuestre lo contrario

PRINCIPALES GÉRMENES EN PROSTATITIS AGUDA

Bacterias gram negativas	Enterobacterias: <i>E. coli</i> (>80%), <i>Proteus</i> , <i>Klebsiella spp</i> <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , etc.
Bacterias gram positivas, menos frecuentes	Enterococcus spp. (Enterococcus faecalis)
Gérmenes de las ITS (varón joven, considerar en <35 años con uretritis resistente)	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (gonococo), <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i>

II. DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS

El diagnóstico de prostatitis aguda es clínico, presentando:

- Signos funcionales: disuria, polaquiuria, urgencia miccional, dificultad para la micción o retención aguda de orina, hematuria macroscópica.
- Dolor pélvico, perineal, uretral, ..., en general, dolor pélvico mal localizado.
- Síndrome infeccioso: fiebre >38°C, sensación distérmica, escalofríos, malestar general.
- El tacto rectal puede resultar doloroso, palpándose una próstata caliente y edematosa.
- Es importante EVITAR el masaje prostático ya que puede desencadenar una bacteriemia y/o sepsis grave.

- Biopsia prostática previa. Se debe considerar el diagnóstico de prostatitis aguda en aquellos pacientes que tras la realización de una biopsia prostática presentan fiebre.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

1. MICROBIOLOGIA

Recoger sistemático de orina y cultivo de orina, encontrando piuria, bacteriuria, nitritos positivos, y, frecuentemente, un urocultivo positivo. Sin embargo, un cultivo de orina negativo no descarta la patología a pesar de haber sido recogido previamente al inicio del tratamiento antibiótico, y es importante realizar el tratamiento durante el tiempo recomendado. Si se sospecha una ETS; consultar con microbiología para el estudio de *C. Trachomatis*.

Se debe realizar hemocultivo en caso de fiebre 38°C o de presentar una prostatitis aguda tras la realización de una biopsia prostática.

2. ANÁLISIS CLÍNICOS

Se debe solicitar analítica en caso de prostatitis aguda con signos de afectación sistémica (SRIS), encontrándose frecuentemente leucocitosis, aumento de la PCR y de la procalcitonina y, en ocasiones, hemocultivos positivos. Se debe considerar realizar el tratamiento de forma intravenosa si el paciente presenta una leucocitosis mayor 12 000 /mL o una leucopenia menor 4 000/mL

NO DEBE REALIZARSE EL PSA (antígeno prostático específico). La inflamación prostática puede aumentar su valor hasta un 60%, por lo que no resulta interpretable y puede mantenerse elevado hasta 3 meses tras el episodio.

3. PRUEBAS DE IMAGEN

- Las pruebas de imagen no son necesarias de entrada salvo sospecha de complicación (absceso prostático).
- Si el paciente presentara mala evolución clínico-analítica o presentara criterios de gravedad, se recomienda realizar una prueba de imagen (ecografía abdominal +/- transrectal o tomografía axial computarizada TC).
- Se puede solicitar una ecografía abdominal postmiccional, para descartar la presencia de residuo postmiccional o retención aguda de orina (RAO).

III. CRITERIOS DE INGRESO

No precisa ingreso salvo complicaciones o SRIS. El manejo suele ser antibioterapia oral empírica ambulatoria.

III. TRATAMIENTO

En nuestro ámbito, está demostrada una alta tasa de RESISTENCIA a QUINOLONAS tanto de microorganismos gram positivos como gram negativos, por lo que NO serán de elección para el tratamiento de las ITU o las prostatitis agudas.

TRATAMIENTO EMPIRICO AMBULATORIO (si no disponemos de cultivos previos)

En caso de prostatitis aguda simple, el tratamiento debe realizarse durante un MINIMO de 3 semanas para, así, evitar una recaída, recidiva y/o una cronificación.

En caso de clínica miccional importante (dificultad para la micción, RAO, ...) puede asociarse tratamiento alfabloqueante (tamsulosina, silodosina, ...) durante un mes.

TRATAMIENTO ORAL EMPÍRICO* (no disponibilidad de cultivos previos).		
1ª ELECCION	Cefalosporinas	
	- Cefuroxima axetilo	500mg cada 12 horas
	- Cefixima	400mg cada 24 horas
ALTERNATIVAS	Cotrimoxazol	800/160mg cada 12 horas
	Quinolonas: si alergia betalactámicos o no existe exposición previa a este grupo antibiótico	
	- Ciprofloxacino	500mg cada 12 horas
	- Levofloxacino	500mg cada 24 horas
Si sospecha de microorganismo en relación con ITS	Cefixima	400mg cada 24 horas

* Para un alivio rápido de los síntomas, se puede iniciar el tratamiento por vía parenteral durante 24-48 horas.

TRATAMIENTO EMPIRICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Los pacientes que requieran hospitalización (pacientes con afectación sistémica) deberán ser tratados inicialmente con **antibiótico IV de elección según la tasa de resistencia locales y resultados de cultivos de orina previos, si disponibles. Posteriormente, será ajustado** según los resultados de antibiogramas de CO y hemocultivos.

Tratamiento empírico inicial en paciente hospitalizado		
ELECCION	Cefalosporina de 3ª generación: - Ceftriaxona 1-2g cada 24h iv. - Cefotaxima 1-2g cada 8h iv. - Ceftazidima 1-2g cada 8h iv. (si sospecha de Pseudomonas)	Si criterios de gravedad o septicemia, se debe añadir un aminoglucósido: Gentamicina o tobramicina iv. 5mg/kg/24h
	Imipenem 500-1000mg cada 6-8h iv (si sospecha de BLEE u otros MMR)	- Ajustado a función renal - Entre 1 y 3 dosis, según la gravedad del paciente.
ALTERNATIVAS	Si alergia a betalactámicos: - Fosfomicina trometamol 3g cada 24 horas. - Se recomienda confirmar/descartar alergia a betalactámicos	

Tras normalización de parámetros analíticos y mejoría sintomática, se debe realizar el tratamiento antibiótico oral empírico o ajustado a antibiograma, si ya estuviera disponible.

DURANTE 3 - 6 SEMANAS.

RECUERDA...

- **Una** vez obtenidos los resultados del antibiograma, es necesario el ajuste de antibiótico según este.
- A tener en cuenta: se deberían **evitar el uso de QUINOLONAS** dadas las resistencias conocidas o si previamente ha sido tratado con este antibiótico en un periodo menor de 6 meses, o se trata de un paciente con patología urológica estructural conocida.
- Por último, sería conveniente la realización de un cultivo de orina, y que este fuese negativo, previo a procedimientos endourológicos.
- Previo a la realización de biopsia prostática, se recomienda la pauta de enema rectal asociado a profilaxis antibiótica oral en dosis única. Se administra, entre 1-2 horas antes del procedimiento, una quinolona oral (levofloxacino 500mg, ciprofloxacino 500mg) o, en caso de alergias a este grupo farmacológico, administrar ceftriaxona 1g iv. 1 hora antes de la realización de biopsia prostática.