



Pautas Terapéuticas en las Prostatitis Crónicas

Estado actual del problema

Dres. Roberto Huelmo*, Hugo Delgado**

INTRODUCCION

La terapéutica de la prostatitis crónica (PC) continúa siendo un tema de gran complejidad y permanente revisión. Esta afección no responde bien a los principios básicos y clásicos de la terapia antibacteriana, es decir, no responde a dosis suficientes administradas por un tiempo necesario. La difusión del antibiótico administrado entre dos medios de pH diferente (plasma y líquido prostático), y otras características que más adelante analizaremos, crea condiciones locales absolutamente diferentes a las generadas en cualquier otro órgano de la economía y es así que aún en pleno tratamiento —correctamente instituido— es dable observar cultivos de la secreción prostática permanentemente positivos.

De hecho, múltiples trabajos (12, 14), han concluido que gran parte de los antibióticos son incapaces de franquear la barrera creada por el epitelio prostático, haciéndose inoperantes en el tratamiento de las PC.

Como expresa Swinney, citado por Hughes (10), el término Prostatitis Crónica debe considerarse como un síndrome clínico ya que no constituye una única entidad anátomo-patológica, etiopatogénica ni terapéutica, sino la expresión clínica de varias patologías; por tal motivo y a los efectos de la comprensión clara de las medidas terapéuticas que analizaremos, dividiremos las PC en:

1. **Prostatitis crónicas bacterianas**
2. **Prostatitis crónicas granulomatosas inespecíficas** (es decir aquellas PC que anatomopatológicamente presentan una reacción granulomatosa que no responde a una etiología específica.) Esquema 1.
3. **Prostatosis**: se entiende como tal aquella entidad en la cual, casi sin sintomatología clínica, sin que el tacto rectal compruebe ninguna alteración, siendo el examen bacteriológico y el cultivo del líquido prostático estériles, se com-

prueba una purulencia de este líquido que contiene entre 10 y 20 picocitos por campo microscópico (2).

ESQUEMA 1

Prostatitis "granulomatosas"

1 - Específicas

- a. Sífilis
- b. Tuberculosis
- c. Micosis
 - Actinomicosis
 - Blastomicosis
 - Coccidioidomicosis
 - Moniliasis
- d. Parasitarias
 - Tricomonas
 - Bilharziosis
 - E. Histolítica
 - Otras

2 - Inespecíficas

- a. Prostatitis crónica granulomatosa inespecífica.
- b. Prostatitis crónica granulomatosa alérgica o eosinofílica.

A. Tratamiento de la Prostatitis crónica bacteriana.

a. Medidas de orden general.

No debe olvidarse en primer lugar, que el mejor tratamiento de una PC es su prevención: el correcto manejo de una prostatitis aguda; la detección y oportuno y adecuado tratamiento de una estrechez uretral o una uretritis; el cuidado y asepsia en toda maniobra endouretral; en fin, el reconocimiento de las diversas fuentes de origen de la infección prostática y su adecuado tratamiento, son elementos que deben estar siempre presentes en el pensamiento del clínico para evitar la constitución de esta afección de difícil terapia una vez que las lesiones anatómicas se conforman definitivamente.

Todas las causas de congestión pelviana (excesos genitales, frío, sedentarismo, traumatismos directos o indirectos, excesos en la ingestión alcohólica, etc.), deben ser cuidadosamente combatidas.

* Alf. Méd. Ex-residente de cirugía H.C.FF.AA. Adjunto al Servicio de Urología del H.C.FF.AA.

** Equip. Cáp. Méd. Servicio de Urología del H.C.FF.AA. Prof. Agdo. de Urología, Facultad de Medicina de Montevideo.

La antibioticoterapia por vía general resulta muchas veces decepcionante en el tratamiento de las PC.

Creemos fundamental analizar en este momento las condicionantes que rigen la difusión de los agentes quimioterápicos desde el plasma sanguíneo hacia el ácido prostático; ello nos permitirá comprender claramente la razón por la cual la mayoría de los medicamentos son ineficaces —utilizados por vía sistémica— en el tratamiento de las prostatitis crónicas.

Cuatro grandes factores inciden en esta difusión:

1. La liposolubilidad.

Las penicilinas, las cefalosporinas y los aminoglucósidos no son liposolubles. Por el contrario, los macrólidos (eritromicina, oleandomicina) y las tetraciclinas, tienen una mayor liposolubilidad y dentro de estas últimas la doxiciclina y la aminociclina fundamentalmente. Lo mismo acontece con el ácido Nalidíxico. A pesar de la casi nula liposolubilidad de los aminoglucósidos, Pfau (12) registra curación absoluta de un caso de PC con el tratamiento por vía parenteral utilizando kanamicina.

2. La disociación iónica del medicamento, condicionada por el pH del medio.

Resumiendo este aspecto digamos que todos aquellos antibióticos que constituyen ácidos débiles (ampicilina, penicilinas, cefalosporina, aminoglucósidos), tienen un escaso pasaje al líquido prostático, mientras que aquellos que se comportan como bases débiles (macrólidos, tetraciclinas), tendrán un muy buen pasaje en relación a este aspecto de la difusión hacia el líquido prostático. Estas consideraciones —válidas con el pH normal de la secreción prostática— pueden verse modificadas en la situación de las PC, donde muchas veces el pH llega a valores de 8 o más, alterando estas relaciones y haciendo más dificultoso el manejo terapéutico (3).

3. El grado de unión a proteínas sanguíneas.

Esta condicionante de la difusión hace perder casi toda efectividad a las tetraciclinas, que en relación con los dos aspectos antes mencionados reúnen condiciones muy favorecedoras para la terapia antimicrobiana por vía general en las prostatitis; efectivamente, la afinidad protéica de las tetraciclinas es alta, lo que las retiene en el plasma. En lo referente a las penicilinas, deben citarse, en relación a este punto, ciertos conceptos de importancia: la penicilina G, de relativamente poca afinidad protéica, sin embargo tiene los inconvenientes que hemos citado anteriormente: escasa o nula liposolubilidad y es un ácido débil; lo mismo sucede con la meticilina y la ampicilina. Otras penicilinas semisintéticas como la oxacilina, cloxacilina y dicloxacilina, tienen una muy alta afinidad a proteínas sanguíneas, lo que las hace ineficaces.

4. El tamaño molecular.

En relación a este aspecto es un hecho real que aquellos agentes antibacterianos de cierto diámetro e hidrosolubles pueden pasar a través de la membrana celular del epitelio prostático.

Todos estos conceptos que hemos tratado de resumir en una forma práctica, demuestran claramente las enormes dificultades que puede aparejar el inten-

tar lograr un tratamiento antibacteriano eficaz por vía sistémica. Ultimamente ciertos trabajos han consignado el muy buen pasaje de la asociación trimetoprim-sulfametoxazol hacia la luz del ácido prostático, respondiendo a su buena liposolubilidad y su comportamiento como una base débil poco unida a las proteínas (6). Sin embargo, Stamey, citado por Pfau (12), utilizando las mismas dosis que en los trabajos de Dabhoiwala (6) —80 mg de trimetoprim más 400 mg de sulfametoxazol por día, durante dos semanas— reporta sólo dos pacientes curados clínicamente y paraclínicamente sobre un total de 11 tratados (18%). Similarmente, Baert (3) sólo obtiene curación en el 30% de los pacientes tratados con este método.

Como se desprende de lo hasta aquí expuesto, la quimioterapia por vía sistémica en el curso de las PC es sumamente difícil de manejar y evaluar; tal hecho llevó a desarrollar la posibilidad del tratamiento antibiótico por vía local aplicando la medicación por punción de la glándula; sobre el punto pasaremos a referirnos inmediatamente entre otras medidas de orden local; pero antes queremos destacar otro hecho que no debe ser olvidado en el momento del tratamiento general de una PC: la detección y erradicación con una adecuada terapia de los focos infecciosos a distancia del foco prostático. Aún en las PC que responden a una patogenia uretral evidente, estos focos pueden reinocular periódicamente la glándula, manteniendo de esta forma la infección prostática.

b. Medidas de orden local.

b1 La inyección intraprostática.

La inyección intraprostática de diferentes sustancias es un método que se ha usado desde hace mucho tiempo (9, 11); las vías para realizarla pueden ser varias: endoscópica, perineal, transrectal.

Algunas sustancias como los esclerosantes han demostrado ser completamente contraproducentes al provocar una oclusión por esclerosis de los canales de drenaje hacia la uretra, con lo que se produce una retención intraprostática totalmente perjudicial (11); otras como los antisépticos (mercurio-cromo, argirol), han logrado resultados parcialmente satisfactorios (1).

Nos detendremos en comentar la inyección intraprostática de antibióticos por vía perineal por ser actualmente la de mejores resultados.

Baert publica en 1976 (5) un estudio en donde reúne tres grupos de pacientes portadores de PC a quienes se les inyecta por vía perineal 3g de cefazolina (cefalosporina de primera generación) en 12ml de una solución de lidocaína al 5%; 3g de cefazolina más 240mg de gentamicina en una solución de 12.5 de lidocaína y 1.5g de amikacina en una solución de suero fisiológico, respectivamente. Como se puede apreciar, en este trabajo se utilizan dos de los antibióticos casi totalmente ineficaces —usados por vía general— en el tratamiento de las prostatitis crónicas.

Evalúa el resultado, por cultivo del líquido prostático obtenido por masaje de la glándula, un mes después del tratamiento.

Los resultados obtenidos son excelentes: un 75% de los pacientes tratados (sumando los tres

grupos), presentan cultivos negativos luego de una sola inyección intraprostática (en el grupo tratado sólo con amikacina se obtuvo el 100% de curación con esta única inyección); una vez administrada una nueva dosis en los no curados, el porcentaje, de éxito ascendió a 90%; sólo a un paciente del total de 47 que fueron estudiados, fue necesario aplicarle 4 inyecciones para obtener su curación total. Agreguemos a estos datos, que los gérmenes hallados previamente al tratamiento fueron todos Gram (-), de ellos 90% E. Coli.

Estas comprobaciones adquieren fundamental importancia en el tratamiento de las PC; vuelven a transformar en efectivas, drogas de amplio espectro que habían visto disminuido casi totalmente su poder antimicrobiano por las razones que hemos expuesto anteriormente y reafirman la validez de la inyección intraprostática en el tratamiento de esta afección. Estos resultados clínicos concuerdan además con los de muchos autores que utilizando otro tipo de antibióticos —penicilinas, tetraciclinas, cloramfenicol— habían reportado excelentes resultados anteriormente (1).

Desde el punto de vista técnico, el procedimiento se realiza como en cualquier punción prostática, con el paciente ambulatorio y bajo anestesia local, pudiendo repetirse cada dos o tres veces en caso de que los controles bacteriológicos permanezcan positivos. Recurriendo a repetir las inyecciones toda vez que sea necesario, el porcentaje de curaciones obtenibles será oscilante entre 90 y 100% de los casos (3).

b2 Otras medidas de orden local.

El **masaje prostático** ha probado —a pesar de no ser totalmente fisiológico en un tejido inflamado e infectado— su valor real en el tratamiento de las PC. Debe hacerse periódicamente, cada 4-5 días para luego, de acuerdo a la evolución, ir disminuyendo su frecuencia; las **instilaciones uretro-vesicales** que años atrás seguían a la realización del masaje, han perdido mucho valor pues son causa de orquiepididimitis que complican la evolución de la prostatitis. Estas instilaciones pueden preceder al masaje con menos riesgos de complicaciones, haciendo, luego del mismo, orinar espontáneamente al enfermo; pueden utilizarse para las mismas, diferentes tipos de antisépticos (permanganato de potasio, nitrato de plata, etc.).

El masaje prostático obra positivamente por dos mecanismos: a) eliminando hacia la uretra pus, gérmenes y detritus celulares y b) aumenta la circulación a nivel local con lo que se logra una mayor reabsorción a nivel prostático. Vinculado a este segundo punto está la utilidad del **calor local** en las prostatitis crónicas. El mismo puede ser aportado de diferentes maneras: enemas tibios, onda corta, baños de asiento calientes. Este último método es absolutamente eficaz y por su practicidad muy recomendable; se realizarán varios baños de asiento en el día por un lapso de 10 minutos cada uno.

La **dilatación uretral** ó la **uretrotomía interna** muchas veces deberá preceder a cualquier maniobra sobre la próstata para asegurar el correcto drenaje de las secreciones glandulares.

El abordaje endoscópico podrá permitir:

a) instilaciones directas sobre la uretra posterior en aquellas situaciones en que existan lesiones vegetantes superficiales o profundas, aplicando nitrato de plata al 2%

b) apertura amplia por electrocoagulación de orificios fistulosos que comunican cavidades prostáticas con la uretra, favoreciendo su drenaje

c) en el caso de pequeños cálculos intracavitarios, su extracción

d) electrocoagulación a nivel de los canales eyaculadores en su desembocadura uretral, para repermabilizarlos y recuperar el correcto drenaje de la vía seminal

e) proceder a la resección del cuello vesical en aquellas formas anatómicas que transforman esta estructura en un anillo rígido, inextensible, que dificulta la micción

f) realizar en ocasiones resecciones de próstata que estarán fundamentalmente indicadas en aquellas prostatitis crónicas atróficas, en las que la glándula se transforma en un verdadero bloque esclero-retráctil, o en aquella situación de reiterados empujes de prostatitis (13).

La cirugía abierta raramente estará indicada:

1) La **próstatovesicucleotomía total** en aquellos casos de PC atrófica con compromiso mayor de las vesículas seminales y en aquellos en que el conjunto próstatovesicular constituyente un foco supurado crónico.

2) En los casos de grandes litiasis prostáticas, el abordaje perineal y la **próstatolitotomía** por esta vía estarán indicados.

Recientemente se han comenzado a publicar trabajos vinculados al tratamiento de las PC con **crioterapia**, consignando resultados satisfactorios en un 75% de los casos, realizándolo sobre grupos seleccionados: próstatas chicas, fracasos del tratamiento clásico que hemos descrito hasta aquí, múltiples recidivas a pesar del tratamiento antibiótico correctamente instituido (8).

El mayor o menor compromiso de las vesículas seminales (muy frecuentemente afectadas en las PC) lleva a otras medidas posibles de adoptar:

a) como ya hemos citado, en ocasiones existe una verdadera oclusión de los canales eyaculadores por la prostatitis: la **electrocoagulación** a nivel del veru puede reanillarlos

b) es desde el punto de vista técnico muy difícil **cateterizar los eyaculadores** para realizar instilaciones retrógradas con antisépticos

c) en su defecto, es posible y mucho más fácil técnicamente, realizar lavados anterógrados inyectando la sustancia por vía obtenida con la **descubierta del deferente** en su porción funicular (permitiendo además una deferentovesiculografía que evalúa el estado de la vía espermática y, en aquellos pacientes en que por su edad o en los que no les importa la fertilidad posterior, permite la **inyección de una sustancia esclerosante** que oblitera definitivamente

te la vía seminal y abole casi totalmente la posibilidad del advenimiento de orquiepididimitis en el curso evolutivo de la prostatitis).

Creemos que no debe omitirse la mención referente a aquellos pacientes con trastornos genitales importantes —debidos a su prostatitis— en lo que hace al **tratamiento psiquiátrico** que muchas veces deben recibir para evitar trastornos psicossomáticos que alcanzan niveles irreversibles.

En suma: el tratamiento de las PC bacterianas continúa siendo fundamentalmente médico, quedando las indicaciones quirúrgicas transuretrales o abiertas, reservadas a las precisas condiciones patológicas consignadas.

B. Tratamiento de la Prostatitis Crónica Granulomatosa Inespecífica.

Las medidas higiénicas no las volveremos a citar pues son comunes a todo tipo de prostatitis.

En lo referente al uso de drogas, la **antibiotico-terapia** conserva un lugar importante en los casos en que es posible reconocer gérmenes en el análisis de las secreciones uretroprostáticas; no debe ser indicada sistemáticamente, sin elementos de infección, pues resulta totalmente ineficaz (2, 4, 5).

El uso de **corticoides** puede lograr resultados sumamente positivos; se utilizará prednisona en dosis de 20-30 mg/día en tratamientos cortos, de una semana de duración, que serán repetidos o no de acuerdo a la evolución clínica (2, 5).

Los **antiinflamatorios** pueden ser indicados, coadyuvando a la mejoría sintomática de la enfermedad.

La **cirugía**, en líneas generales, tiene las mismas indicaciones que en el caso de las PC bacterianas.

C. Tratamiento de la Prostatitis.

El desconocimiento de la etiopatogenia de esta afección motiva que poco se pueda hacer en su sentido estrictamente específico para su curación. Todas las medidas hasta aquí citadas pueden llegar a ser útiles para obtener la mejoría del enfermo. La cirugía excepcionalmente estará indicada y la terapia es casi exclusivamente médica. Al uso de las medidas arriba citadas (régimen higiénico-dietético, baños de asiento, onda corta, antiinflamatorios, corticoides), debe sumarse la realización de masajes prostáticos periódicos que favorezcan la eliminación de las secreciones prostáticas evitando así su estancamiento intraglandular y posterior infección (2).

RESUMEN

El tratamiento de las PC continúa siendo fundamentalmente médico. La cirugía —endoscópica o abierta— guarda muy precisas indicaciones que han sido consignadas. A la luz de trabajos recientes se abre un amplio campo terapéutico para el tratamiento local de las PC; el mismo debe ser correctamente indicado y aplicado y seguramente el mejor conocimiento de la interrelación entre nuevos antibióticos en continuo desarrollo y los particulares factores bio-

químicos de las secreciones prostáticas, aportarán una amplia gama de drogas efectivas en el tratamiento de las infecciones prostáticas.

SUMMARY

Treatment of Chronic Prostatitis remains mainly a medical treatment. There are in the literature precise treatment. There are in the literature precise indications as regards surgical treatment - whether endoscopic or open. Some recent studies have opened a wide therapeutical field for local treatment which must be properly indicated and applied. A better knowledge of the relationship between new antibiotics and certain biochemical factors of prostatic secretions will, no doubt, provide a wide range of affective drugs for the treatment of prostatic infections.

RESUME

Le traitement des Prostatites Chroniques est de l'ordre exclusivement médical. La chirurgie endoscopique ou ouverte garde des indications très précises déjà établies.

A la lumière de récents travaux, s'ouvre un vaste champ thérapeutique pour le traitement local des Prostatites chroniques.

Il doit être correctement indiqué et appliqué et évidemment la meilleure connaissance des relations entre de nouveaux antibiotiques en train toujours de se développer et les facteurs chimiques particuliers des sécretions prostatiques apporteront une large game de drogues d'importance dans le traitement des infections prostatiques.

BIBLIOGRAFIA

1. **Alyea EP:** Infections and inflammations of the prostate and seminal vesicle. In: Campbell M, Harrison J, Urology. 3th ed. Philadelphia - London - Toronto: W B Saunders, 1970; 1: 554.
2. **Baert L:** Les Prostatites. Rein-Organos Genitourinaires. Encycl Med Chir, Paris. 1980; 18520 A 10, 10.
3. **Baert L, Soep H, Pijck J:** Prostatite bactérienne chronique. Une nouvelle approche thérapeutique: l'antibiothérapie locale. *Ann Urol.* 1976; 10 (2): 99-107.
4. **Bor Ph, Bor J:** Prostatitis. *Praxis Médica.* 1978; 2: 2820.
5. **Bush I, Orkin L, Bauer S:** Steroid therapy in non specific granulomatous prostatitis. *J. Urol.* 1964; 92:303.
6. **Dabhoiwala NF, Bye A, Claridge MA:** A study of concentrations of trimethoprim-sulphamethoxazole in the human prostate gland. *Br J Urol.* 1976; 48: 77-81.

7. **Gayet R, Mottot C:** La chirurgie radicale dans le traitement des prostatites. **J Urol Nephrol.** 1979; 85, 3:237.
8. **Guillemin P, L'Hermite J, Colombel P:** Traitement des prostatites chroniques par cryothérapie. **J Urol Nephrol.** 1979; 85, 3:240.
9. **Hatch WE:** Intrapostatic injection of penicillin. **J Urol.** 1950; 64: 763.
10. **Hughes FA:** Infecciones de la próstata: prostatitis y peripostatitis. In: Hughes F, Schenone H, "Urología Práctica". Buenos Aires: Ed. Intermédica, 1971; 927-32.
11. **O'Connor V, Ladd R:** Intraprostatic injections. **J.A.M.A.,** 1936; 107: 1185.
12. **Pfau A, Sacks T:** Chronic bacterial prostatitis. New therapeutic aspects. **Br J Urol.** 1976; 48: 245.
13. **Thibault P, Gattegno B, Jacob M, Leandri R, Scetbon V:** Traitement des prostatites récidivantes par la résection endoscopique. **J Urol Nephrol.** 1979; 85, 3: 235.
14. **Winningham DE, Stamey TA:** Difussion of antibiotics from plasma into prostatic fluid. **Nature.** 1968; 219: 139.