



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

424/572 - HOMBRE CON MOLESTIAS URINARIAS DE MÁS DE 6 MESES EVOLUCIÓN

S. Mena Elso¹, M. Valdivieso Mañas¹, A. Ros Martínez¹ y J. García Ibáñez²

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Manises. Valencia. ²Urólogo. Hospital General Valencia. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Varón 55 años con sensación de desconfort al orinar de un año de evolución. Refiere molestias en bajo abdomen, dificultad vaciado vejiga, colon irritable. Antecedentes de un episodio de disuria con escalofríos hace tres años que se trató con antibiótico.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física normal. Tacto rectal: próstata dolorosa a presión, sin masas; dudosamente aumento tamaño. Análisis: PSA normal, urinocultivo positivo a E. coli resistente a amoxicilina/clavulánico, trimetropín/sulfometoxazol y quinolonas; sensible a fosfomicina y cefalosporinas. Ecografía: ligero aumento volumen (32 ml) con patrón heterogéneo sin masas.

Orientación diagnóstica: Prostatitis crónica. Síndrome de dolor pélvico crónico. Infección urinaria intercurrente.

Diagnóstico diferencial: Con los llamados síndromes de próstata: I. Prostatitis aguda (clínica aguda con disuria, fiebre, tenesmo, urinocultivos positivos, Gram negativos más frecuente, etc.) II. Prostatitis crónica bacteriana (clínica insidiosa con ITUs recurrentes, bacteriuria, urinocultivos positivos mismo germe, etc.); IIIA. Prostatitis crónica/síndrome dolor crónico inflamatorio (desconfort pélvico, células inflamatorias en secreciones prostáticas); IIIB. Prostatitis crónica/síndrome dolor pélvico no inflamatorio (molestias pélvicas sin alteración secreciones); y IV. Prostatitis inflamatoria asintomática (por biopsia).

Comentario final: Se define la CP/CPPS como dolor pélvico crónico, al menos 3 de últimos 6 meses en ausencia otras causas justificables. Abarcaría los subgrupos III (A y B) y IV señalados. Suele afectar al 2-10% hombres, con máxima prevalencia en la quinta década. Etiología desconocida (a veces relación con infección -Chlamydia, ureoplasma.... o con otros factores -trauma, reacción próstata a flora normal, estrés...-). Es un diagnóstico de exclusión. No hay un criterio uniforme de tratamiento; los alfabloqueantes y antibióticos con efecto antiinflamatorio (quinolonas y tetraciclinas) suelen usarse en primera línea. El soporte psicológico se usa en ocasiones.

Bibliografía

1. Hervas Angulo A. Prostatitis Crónica. Fisterra. 2017.
2. Pontari M. Chronic prostatitis and chronic pelvic pain syndrome. 2018. Up To Date.

Palabras clave: Prostatitis. Dolor pélvico. Infección.