



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

409/14 - NO ES CISTITIS TODO LO QUE PARECE

S. Saltares Expolio¹, V. Medina Pedraza¹, G. Córdoba Quishpe², C. Castillo López², J. Rodríguez Reguera², P. López Company¹

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid, ²Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 75 años con AP de DM, HBP, ITUs de repetición (5 en los 4 últimos meses) que acude por disuria, polaquiuria y tenesmo vesical de 3 días de evolución. Niega hematuria, dolor abdominal o perineal. No náuseas. No exudado uretral. No fiebre. Aporta UC previo: *S. aureus* resistente a fosfomicina.

Exploración y pruebas complementarias: Abdomen normal, no doloroso a la palpación. PPRB negativa. Tacto rectal: próstata aumentada de tamaño dolorosa. Orina: piuria masiva y bacteriuria. Cultivo exudado uretral: negativo. Creatinina 0,98. TFG 74. Leucocitos 7.030. Neutrófilos 3.260. PSA 4 ng/ml. Se pauta de forma empírica ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas durante al menos 4 semanas. Resultado de UC: *Staphylococcus aureus* resistente a ciprofloxacino, por lo que se cambia a trimetoprim-sulfametoxazol.

Juicio clínico: Probable prostatitis crónica bacteriana.

Diagnóstico diferencial: Cistitis. PNA. Prostatitis. Uretritis. Orquiepididimitis. Litiasis. TBC. HBP. Neoplasia urotelial.

Comentario final: Una ITU en varón per se es siempre complicada por el riesgo de invasión tisular, ya sea prostatitis en jóvenes o pielonefritis oculta en el paciente prostático con obstrucción. Por tanto, requiere pautas prolongadas, como mínimo de 7 días. En varones la cistitis no es la infección más frecuente por lo que debemos realizar un buen diagnóstico diferencial, incluyendo prostatitis, uretritis y orquiepididimitis. Si sospechamos que presente anomalías urinarias debemos realizar un estudio ecográfico, urodinámico y residuo post-miccional. La prostatitis crónica puede cursar de manera asintomática y debe sospecharse en los varones con ITU recurrente. La etiología más frecuente son los Bacilos gram negativos, sobre todo *E. Coli*, aunque no debemos olvidar bacterias gram positivas como *S. aureus* o enterococos. El tratamiento de elección es ciprofloxacino o trimetoprim-sulfametoxazol al menos 4 semanas, que son los antibióticos que mejor difunden al tejido prostático.

Bibliografía

Campos M. Cistitis de repetición. AMF. 2009;5(8):454-61.

González Monte E. Infecciones del tracto urinario. En: Lorenzo V, López Gómez JM, eds. Nefrología al Día. 2018.

Jiménez-Cruz JF, Broseta-Rico E. Clasificación, etiología, diagnóstico y tratamiento de las prostatitis. Otros tipos de prostatitis. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23(Supl. 4):47-56.