

Síndrome de dolor urogenito-perineal: un reto para el médico general integral

Yanet Cabrera Cao¹ y Alejandro Fadragas Fernández ¹

Resumen

La prostatitis crónica no bacteriana sintomática o síndrome de dolor urogenito-perineal constituye un importante problema de salud en la población masculina, que le afecta su calidad de vida y sexualidad. Con el objetivo de brindar un material ameno y actualizado, se realizó una revisión bibliográfica que profundiza en la etiología, patogenia y recomendaciones actuales del tratamiento de esta enfermedad a nivel primario de atención. Se concluyó que los cambios positivos en el estilo de vida y el apoyo psicoemocional constituyen elementos de gran importancia a tener en cuenta en su seguimiento, siendo el profesional de la atención primaria de salud un pilar indispensable en el tratamiento adecuado a este tipo de paciente.

Palabras clave: Prostatitis crónica no bacteriana sintomática, síndrome de dolor urogenito-perineal, nivel primario de atención, medicina alternativa, estilos de vida.

La prostatitis crónica no bacteriana sintomática o síndrome de dolor urogenito-perineal constituye uno de los principales problemas en Urología, y uno de los motivos más frecuentes de consulta en un consultorio de medicina general.

Desarrollo

Es la más frecuente de todas las variedades o síndromes de prostatitis. Sabemos que aproximadamente de un 5 a un 10 % de los casos de prostatitis, tendrán una etiología bacteriana; en cambio, de un 90 a 95 % de los casos, pertenecerán a las variedades no bacterianas o también llamadas prostatitis crónica, y de estas el síndrome de dolor urogenito-perineal será el más frecuente.

Se define a sí mismo como un síndrome clínico bastante común, caracterizado por síntomas irritativos (o de llenamiento vesical), obstructivos (o síntomas de vaciamiento vesical), con molestias o dolores en el piso pélvico muscular (periné), en los genitales, en áreas de proyección urinaria (lumbar, inguinoescrotal, hipogástrico, uretral), y con una disfunción sexual-fecundativa, en ausencia de patógenos urinarios en la orina, o en las secreciones prostáticas posteriores a masaje.¹⁻⁴

El síndrome de prostatitis crónica no bacteriana sintomática, tiene a su vez 2 variedades clínicas:

prostatitis crónica inflamatoria y prostatitis crónica no inflamatoria.³ Ambas básicamente podrían tener la misma sintomatología clínica, pero se diferencian, en relación con los hallazgos de laboratorio, en cuanto a conseguir leucocitos en la secreción prostática postmasaje, o en la muestra de orina, posterior al masaje prostático (VB3) del test de Meares-Stamey, considerándose resultado positivo, cuando consigamos más de 10 glóbulos blancos, por campo de alto poder de resolución (HPF), lo cual diagnosticaría la variedad inflamatoria, y si no están presentes o están por debajo de 10 glóbulos blancos diagnosticaría la variedad no inflamatoria.^{3,5,6}

Etiología

En relación con la etiología del síndrome de prostatitis crónica no bacteriana, se creía que no había una causa infecciosa conocida; sin embargo, los avances en la detección y pesquisa de microorganismos, ha hecho posible identificar infecciones bacterianas no usuales, de afecciones o enfermedades que antes no se asociaban a estados inflamatorios prostáticos.

Al no poderse precisar la etiología de la inflamación prostática, los tratamientos por supuesto, eran empíricos, y los niveles de éxito mínimos, por lo cual era frecuente que las manifestaciones clínicas de pacientes portadores de prostatitis crónica no bacteriana, podían persistir por años, con un efecto devastador sobre el aspecto emocional del paciente que influía negativamente sobre la calidad de vida.

Se ha querido explicar que la posible causa infecciosa no puede ser demostrada, porque los probables organismos causantes no son encontrados dentro del fluido prostático, o dentro de la orina, o porque no crecerán en los cultivos convencionales de laboratorio. Autores de todas las latitudes, han encontrado una asociación entre las prostatitis y la presencia de especies de *Ureaplasma urealyticum* en el 12 % de los casos en algunas series, y la *Chlamydia trachomatis* se ha conseguido en el 13 % de los casos de pacientes con aparente prostatitis crónica no bacteriana.⁵⁻⁸ Al respecto, la *Chlamydia trachomatis* ha sido aislada en citologías prostáticas aspirativas de pacientes con prostatitis crónica,⁹ mientras que otros investigadores han demostrado un alto porcentaje de cultivos positivos con *Ureaplasma urealyticum* en la uretra de pacientes con síndrome de dolor urogenitoperineal, denominado por ellos prostatitis crónica abacteriana o síndrome de dolor pelviano crónico masculino.¹⁰

En otras bibliografías revisadas también se encontró la asociación de la *Chlamydia trachomatis* con la prostatitis crónica abacteriana.¹¹ En un trabajo de investigación realizado el año 1987, *Potenziani* demostró, en un estudio de 50 pacientes con sintomatología de prostatitis entre 20 y 35 años, que el 80 % tenía antecedentes recientes de ETS, y sobre todo, que habían sido tratados parcialmente, o inclusive no habían sido tratados adecuadamente, ya que por falta de posibilidades diagnósticas se daban tratamientos para uretritis gonocócica, cuando en más del 60 % se evidenció que tenían uretritis no gonocócica.¹²

Patogenia

Hay hipótesis no infecciosas que podrían relacionarse con las prostatitis crónicas, en particular, con el

síndrome de prostatitis crónica no bacteriana sintomática: 3,5-8

- a. Relacionadas a las prostaglandinas.
- b. Relacionadas a procesos de autoinmunidad (identificación de la proteína de Tamm-Horsfall, y la elevación de citoquinas TNF alfa y la IL-1).
- c. Relacionadas a microorganismos no identificados.
- d. Relacionadas a anomalías psicológicas, estados depresivos, estados de ansiedad crónica o aguda, o a casos de somatización.
- e. Relacionadas a posibles agentes virales desconocidos.
- f. Relacionadas a disfunción neuromuscular del cuello vesical.
- g. Relacionadas a disfunción del piso pélvico muscular, por estados de hipertonia (contractilidad aumentada) que originan mialgia tensional del piso pélvico.
- h. Relacionadas a una elevada presión máxima de cierre uretral por causas uroneurológicas, o por trastornos conductuales de posible causa psicosomática.
- i. Relacionadas a procesos alérgicos por variados agentes del medio ambiente.
- j. Relacionadas a trastornos hormonales.

Recomendaciones generales sobre los síndromes de prostatitis a nivel primario de atención

El tratamiento de las prostatitis ha sido denominado "el gran reto o el gran dilema", debido a la frustración experimentada, tanto para los médicos, como para los pacientes que sufren de esta enfermedad, debido a los fracasos terapéuticos con los tratamientos convencionales. Han aparecido esquemas de tratamiento, como los que utilizan la medicina alternativa, y es así como la fitoterapia y la homeopatía, entre otros, han tenido gran aceptación en un determinado grupo poblacional, debido a la frustración que invade a médicos y pacientes por igual, ante lo recurrente que resultan los cuadros clínicos. En un número considerable de pacientes, los tratamientos convencionales, no nos darán una respuesta satisfactoria.

Las recomendaciones que se harán, estarán dirigidas a lograr una mejoría sintomática importante y si fuera posible a la curación de la prostatitis. En relación con este último punto, la curación de la prostatitis, es bastante controversial, por cuanto desde el punto de vista histopatológico, bacteriológico, clínico y anatómico, es muy difícil de lograr.

El tratamiento de los síndromes de prostatitis no se deberá limitar solamente a tratamientos farmacológicos, sino que debería extenderse a la esfera nutricional, a la esfera sexual y psicoemocional del paciente. Solamente así se obtendrá un mejor resultado, y es precisamente en este punto donde los médicos de la comunidad jugamos un papel privilegiado.

Por ejemplo, se deberá reforzar la ingesta líquida a 2 ó 3 litros diarios de agua, y prohibirse alimentos como los lácteos y los cítricos, puesto que ambos alcalinizan la orina, favoreciendo la persistencia de la inflamación-infección urinaria, así como la formación de cristales en la orina, que podrían agravar el cuadro clínico. En general, debemos eliminar de la dieta diaria, todo tipo de irritantes urinarios, como se

hace con los casos de cistitis intersticial.

En la práctica diaria se recomienda también eliminar el café, el té, las bebidas alcohólicas, las bebidas gaseosas, las bebidas con colorantes, los picantes de cualquier naturaleza, las comidas muy sazonadas, las frituras excesivas, la mantequilla, los lácteos (leche, quesos y yogurt), las frutas y los jugos cítricos (limón, naranja, toronja, mandarina y piña), las frutas y los jugos ácidos, los alimentos ahumados, los encurtidos, los embutidos, el chocolate en exceso, las proteínas animales, los alimentos con aditivos químicos, los alimentos fermentados, la mayonesa, la cebolla, etc. Es importante reducir también el consumo de carnes rojas a solamente 1 ó 2 veces por semana, lo cual tendrá inclusive repercusión en la quimioprevención del cáncer prostático.

Se recomienda evitar estar sentado sobre superficies duras, y si fuera necesario, utilizar soportes al estilo de las almohadas. Es importante tener regularidad intestinal (defecatoria), para no sumar un factor molesto y congestivo al cuadro clínico prostático, ya que se han descrito mejorías sintomáticas urinarias en pacientes con la ampolla rectal vacía. Es importante consumir frutas, verduras, hortalizas y vegetales, que nos aseguren aportes vitamínicos satisfactorios, unido al concepto de la quimioprevención del cáncer prostático. Se aconseja también consumir vitaminas tipo A, B, C, E, magnesio, zinc y selenio.⁹⁻¹²

Es preciso además no descuidar la regularización de la actividad sexual: el tracto seminal (próstata, vesículas seminales y epidídimo), podrían ser efectivamente drenados a través de la eyaculación. Muchos pacientes que tienen molestias en el área genital tenderán a evitar las relaciones sexuales de manera instintiva, empeorando con esto, la condición inflamatoria-congestiva. Es importante advertirles a los pacientes que deben tener relaciones íntimas 2 ó 3 veces por semana, y si fuera posible, de una sola eyaculación por ocasión, para disminuir la posibilidad de inflamación del tracto seminal, por coitos repetidos. Deben igualmente mantener el tracto seminal lo más descongestionado posible, advirtiéndole que no deben “aguantar” la eyaculación por ningún motivo.⁹

Los baños de asiento calientes relajarán de manera refleja la musculatura lisa presente en la próstata y en el tracto seminal en general, así como la musculatura estriada del piso pelviano, y ayudarán a desobstruir los conductos prostáticos congestionados por la prostatitis. Ayudarán a mejorar la salida vesical, a abrir los conductos eyaculadores y prostáticos, así como relajar el piso pélvico muscular donde descansa el ápex prostático, lo cual al final mejorará el drenaje de las secreciones inflamatorias contenidas en la glándula prostática. Se deberán realizar 2 ó 3 veces por día, con una duración de 30 min en cada ocasión, y se podrá comprobar la reducción de las molestias urinarias y las dificultades miccionales.⁹

De manera general se recomienda intensificar el contacto con la naturaleza, es decir, los baños de mar, el aire puro y el sol. Es muy importante tratar la ansiedad y la tensión emocional, por lo cual deberemos recomendarle al paciente que realice actividades que lo ayuden a disminuir la presión o estrés diario, o también tomar productos naturales (fitoterapia) y ansiolíticos reconocidos, en dosis adecuadas para tal fin. Es fundamental que duerman entre 6 y 8 h diarias, pues no se debe olvidar que la pérdida de sueño contribuiría significativamente al aumento de la ansiedad y tensión emocional, que a su vez podría conducirnos a enfermedades de tipo crónico. Cualquier actividad que el paciente considere relajante y

calme su mente, ayudará a disipar el estrés. Se recomiendan ejercicios diarios, pero no la práctica de bicicleta en ninguna de sus modalidades.

El otro aspecto que está siendo enfocado desde hace muchos años y que ha cobrado fuerza en la actualidad, es la llamada hipertonia de la musculatura del piso pélvico muscular, entidad de características psicósomáticas, que tiene un lugar cada día más importante en los síndromes de prostatitis. Debemos tomarlo en cuenta, sobre todo, cuando el paciente presente dolor de larga evolución en el área prostatovesicular, y cuando a la palpación de la próstata y de las vesículas seminales, no exista dolor, acompañado de un paciente con ciertas características psicológicas que lo hagan un posible candidato a presentar esta entidad nosológica. En estos casos, existen varios esquemas de tratamiento, entre los cuales destacan: las sesiones de psicoterapia y meditación, los relajantes musculares, la electroestimulación del piso pélvico muscular, los ansiolíticos, las sesiones de acupuntura, la homeopatía, el tratamiento del dolor y las terapias termales (prostatotermia).¹¹⁻¹³

Tratamiento médico del síndrome de prostatitis crónica no bacteriana sintomática o síndrome de dolor urogenito-perineal

En los casos clínicos de síndrome de prostatitis crónica no bacteriana sintomática y de prostatitis asintomática, deberemos investirnos de una gran dosis de tolerancia, comprensión y de un espíritu de ayuda hacia nuestros pacientes, ya que el sentimiento de frustración personal es muy frecuente, tanto en médicos como en pacientes, debido a las recidivas sintomáticas, que obligarán a que seamos lo más explicativos y claros que se pueda, no solo con el paciente, sino también con su esposa, para evitar que la angustia y preocupación del paciente en creer que está presentando otros tipos de afecciones, en ocasiones incurables como el cáncer prostático, alteren una vida de pareja adecuada.

El éxito en el tratamiento del síndrome de prostatitis crónica no bacteriana sintomática, se basará en lo acertado que estemos en relación con su etiología. Es decir, si logramos individualizar el o los factores etiopatogénicos productores de la prostatitis, habremos adelantado mucho en las posibilidades de éxito terapéutico, sabiendo además que tendremos numerosos factores que podrían incidir en la solución del problema inflamatorio. No hay un tratamiento ideal para este síndrome, debido a lo variado e incierto de su etiología.

Basado en la posibilidad de que sea una ETS la causante del proceso inflamatorio-infeccioso prostático, muchos esquemas terapéuticos de diferentes escuelas recomendarán 2 semanas de tratamiento con doxicilinas, azitromicinas, eritomicinas o roxitromicinas, para cubrir la posible infección por *Chlamidya trachomatis*, por *Micoplasma hominis*, o por *Ureaplasma urealyticum*.¹⁴ Si luego de esto observamos que el paciente no presenta mejoría, deberemos dar un antimicrobiano del grupo de las fluorquinolonas (del tipo de la ciprofloxacina, la ofloxacina, la norfloxacina, la fleroxacina, la lomefloxacina o la peflacina), inicialmente en dosis terapéuticas por 7 ó 14 días, y luego en bajas dosis supresivas por 1 ó 2 meses más; o también medicamentos bloqueantes alfa-1 adrenérgicos, unido a medidas de carácter general como indicaciones dietéticas que eviten irritantes urinarios, la ingesta acentuada de líquidos, los baños de asiento, el uso de antiinflamatorios no esteroideos, los masajes prostáticos si la próstata está congestiva al tacto, así como la administración de la fitoterapia ya mencionada previamente, todo lo cual

proveerá de una mejoría sintomática significativa, tanto de los síntomas de vaciamiento vesical (obstructivos), como de los síntomas de llenamiento vesical (irritativos).¹⁴ Además, se podría prescribir zinc oral, vitaminas A, C y E, recomendar regularidad sexual, disminuir el consumo de café, de bebidas alcohólicas, de bebidas gaseosas, de cítricos, lácteos y picantes, y además reducir las carnes rojas grasosas.

Si los síntomas persisten, la conducta deberá estar orientada hacia la profundización de los estudios urológicos, para descartar enfermedades diferentes, como el cáncer de vejiga, o de próstata, la cistitis intersticial, los procesos obstructivos infravesicales, los procesos litiásicos; o también enfermedades neurourológicas, como la hiperactividad vesical, o la discinergia del esfínter interno o del esfínter externo.¹⁵⁻¹⁸ En estos pacientes se está utilizando además la fisioterapia del piso pélvico y la reeducación vesical, que mejora de manera sostenida en el tiempo, el dolor, la frecuencia urinaria y la urgencia urinaria.^{19, 20}

La opción quirúrgica también es posible, siempre y cuando se valore integralmente el paciente y la sintomatología que lo aqueja, estableciendo un balance riesgo-beneficio a fin de tomar la decisión idónea para mejorar su estado de salud.

Conclusiones

La prostatitis crónica no bacteriana sintomática o síndrome de dolor urogenito-perineal es un grave problema de salud que todo médico general debe saber manejar, por su alta frecuencia en las consultas médicas, y además porque es capaz de afectar la calidad de vida de quienes lo padecen. Los avances en la fisiopatología y las nuevas tendencias terapéuticas ubican al profesional de la APS como un pilar indispensable en el tratamiento adecuado de este tipo de paciente, que generalmente cursa hacia la cronicidad, y donde los cambios positivos en el estilo de vida y el apoyo psicoemocional constituyen elementos de gran importancia a tener en cuenta en su seguimiento.

Summary

Syndrome of urogenital and perineal pain: a challenge for the comprehensive general doctor

The non bacterial symptomatic chronic prostatitis or syndrome of urogenital and perineal pain is an important health problem in the male population that affects its quality of life and sexuality. In order to provide an updated material, it was made a bibliographic review that goes deep into the ethiology, pathogeny and current recommendations of the treatment of this disease. It was concluded that the positive changes in the lifestyle and the psychoemotional support are very important elements to be taken into account in its follow-up. The primary health care professional is an indispensable milestone in the adequate treatment of this type of patient.

Key words: Symptomatic nonbacterial chronic prostatitis, syndrome of urogenital and perineal pain, primary health care level, alternative medicine, lifestyles.

Referencias bibliográficas

1. Tarfusser I. Prostatitis. Chronic Prostatitis. Prostate Pointers. Summit@em.parsec.it
2. University of Washington Symptom Score. Prostate Foundation-Prostatitis Home Page. prosfnd@msn.fullfeed.com
3. Leskinen M, Lukkarinen O, Marttila T. Effects of finasteride in patients with inflammatory chronic pelvic pain syndrome. A double-blind-controlled pilot study. *Urol*. March 1999;53(3):502-9.
4. Ludwig M, Schroeder-Printzen I, Ludecke G, Weidner W. Comparison of expressed prostatic secretions with urine after massage as a means to diagnose chronic prostatitis/inflammatory chronic pelvic pain syndrome. *Urology*. Feb 2000; 55(2); 175-7.
5. Koumanidou C, Theofanopoulou M, Nikas J. Cystic dysplasia of the testis: a rare cause of painless hemiscrotal enlargement in childhood. *Eur Radiol*. 2000; 10:1653-4.
6. Caballero JM, Avila A, Cardona F. Genital pain without urogenital pathology. The Koro-like syndrome. *J Urol*. 2001;263:243.
7. Riley DE, Cho IR, Krieger JN. PCR detection of polymorphisms in a short tandem repeat 3' to the human phosphoglycerate kinase gene in chronic prostatitis patients. *J Urol*. May 1999;161(4):31.
8. Shahed A, Shoskes DA. Oxidant stress in prostate fluid correlates with diagnosis and treatment response in chronic prostatitis. *J Urol*. May 1999;161(4):34.
9. Robertson C, Boyle P, Nonis A, Keech M, Hobbs R, Fourcade R, et al. International population-based study of urological conditions: The urepik study. II Comparative prostatitis data. *J Urol*. May 1999;161(4):32.
10. Fulmer BR, Conaway MR, Turner TT. Restriction of cell and molecular movement by the rat ventral prostate epithelium: Characterization of a blood-prostate barrier. *J Urol*. May 2001;161(4):33.
11. Anderson RU, Wise D, Meadows M. Myofascial release therapy for category III chronic prostatitis. *J Urol*. May 2001;161(4):34.
12. Potenziani JC, Carmona O, Davila H. Aspectos clínicos y microbiológicos en la prostatitis crónica. *Rev Facultad Med Universidad Central de Venezuela*. 1990 Jul-Dic ; 13(2): 89-94.
- 13.

- Maghraoui E, Abouzahir A, Tabache F. Systemic manifestations of sweet's syndrome. *Ann med interne.* 2000;115:413-6.
14. Nangia A, Myles J, Thomas A. Vasectomy reversal for the post-vasectomy pain syndrome. *J. Urol.* 2000;164:1939-42.
15. Nakano Y, Chokyu H, Inaba Y. Syphilitic orchitis: a case report. *Hinyokika Kiyo.* 2002;45(4):289-91.
16. Zermann DH, Ishigooka M, Doggwiler R. Neurourological insights into the etiology of genitourinary pain in me. *J.Urol.* 2001;161:903.
17. Chan-Tack KM. Aortic dissection presenting as bilateral testicular pain. *N Eng J Med.* 2000;343:1199.
18. Shoskes DA, Zeitlin SI, Shahed A, Rajfer J. Quercetin in men with category III chronic prostatitis: a preliminary prospective, double blind, placebo-controlled trial. *Urology.* 1999 Dec;54(6):960-3.
19. Chokkalingam AP, Nyren O, Johansson JE, Gridley G, McLaughlin JK, Adami HO, et al. Prostate carcinoma risk subsequent to diagnosis of inflammatory chronic pelvic pain syndrome: a population-based cohort study in Sweden. *Cancer.* 2003; Oct 15; 98(8):1727-34.
20. Herranz Amo F, Arias Funez F, Arrizabalaga Moreno M, Calahorra Fernandez FJ, Carballido Rodriguez J, Diz Rodriguez R, et al. Inflammatory chronic pelvic pain syndrome in the community of Madrid in the year 2000. III. Study of tumor extent. *Actas Urol Esp.* 2003 Jun; 27(6):411-7.
21. Moller T, Anderson H, Aareleid T, Hakulinen T, Storm H, Tryggvadottir L, et al. EUROPREVAL Working Group. Cancer prevalence in Northern Europe: the EUROPREVAL study. *Ann Oncol.* 2003 Jun; 14(6):946-57.

Recibido: 23 de junio de 2005. Aprobado: 11 de Julio de 2005.

Dra. *Yanet Cabrera Cao*. Ayestarán 474 apto 15, primer piso, entre San Pablo y Pedro Pérez, municipio Cerro, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: yanet.cabrera@infomed.sld.cu

¹ **Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Policlínico "Plaza de la Revolución".**