

hacerse diagnóstico diferencial con la epididimitis, el síndrome de artritis-dermatitis gonocócica y el síndrome de Reiter.

En cuanto al diagnóstico etiológico, éste se realiza buscando los típicos diplococos gramnegativos en el interior de los neutrófilos en el caso de la uretritis gonocócica, y cultivo, si el hallazgo es negativo, en busca de *C. Trachomatis*.

Epididimitis

Podemos decir que el diagnóstico de la epididimitis se hace por exclusión; esto quiere decir que ante todo paciente que acude con dolor escrotal unilateral, fiebre y dolor con la palpación del epidídimo lo primero que se ha de excluir es la torsión testicular, si se trata de pacientes adolescentes o jóvenes. Si el paciente es de mayor edad y no mejora con el tratamiento antimicrobiano, debemos descartar una infección crónica o un tumor testicular.

FACTORES PREDISPONENTES DE ITU EN EL VARÓN

Nos referiremos a aquellos factores que favorecen que se produzcan infecciones de vías urinarias bajas y aquellos que favorecen la recurrencia de las infecciones:

- *Uropatía obstructiva.*
- *Sonda/catéter.*
- *Vaciado incompleto de vejiga.*
- *Relaciones anales sin protección.*
- *Varones no circuncidados.*
- *SIDA con menos de 200 linfocitos T CD4.*

También las enfermedades neuromusculares y la mayor realización de instrumentación y sondajes vesicales favorecen las infecciones.

Factores que favorecen la recurrencia de las ITUs:

El principal motivo por el que las ITUs de vías bajas son recurrentes en los varones se debe a enfermedades de base o problemas del tracto urinario. También son motivo de recidiva los tratamientos poco adecuados, así como su abandono, el vaciamiento incompleto de vejiga o la presencia de alteraciones funcionales vésico-ureterales.

Con el fin de disminuir las recidivas se proponen unas recomendaciones higiénicas, como son la higiene genital, eficaz en un 80%, ingesta de líquidos (75%) y la micción frecuente (65%).

TRATAMIENTO

Tras ser diagnosticada una ITU se debe establecer un tratamiento antibiótico de la forma más racional posible atendiendo al tipo de infección y su agente causante. En general, el tratamiento antibiótico en los varones es de mayor duración que en las mujeres por el mayor riesgo de complicación de la infección. En lo que se refiere al tratamiento en las ITUs recurrentes, las pautas para la profilaxis antimicrobiana son de 6 meses.

Cistitis

En el varón se recomienda un período de tratamiento de unos 7-14 días. La mayoría de los antibióticos tiene escasa penetración prostática, por lo que serán antibióticos de elección las *fluorquinolonas* y como segunda alternativa el *cotrimoxazol*. Es obligado un urocultivo postratamiento para identificar recidivas.

Prostatitis

Los antibióticos curan la prostatitis aguda y pueden resultar útiles en algún paciente con prostatitis crónica. En la prostatitis aguda la mayoría de los antibióticos alcanzan niveles terapéuticos en el tejido prostático.

En la prostatitis crónica ocurre lo contrario; es decir, los niveles terapéuticos alcanzados son más bajos y, por lo tanto, su utilidad está en duda por algunos autores.

En general podemos decir que las *quinolonas fluoradas* son la terapia de elección, ofreciendo los mejores resultados en los ensayos clínicos, tanto en prostatitis aguda como crónica.

Ciclos recomendados para PBA:

- Ciprofloxacino: 200-400 mg/ 12h por vía endovenosa hasta la desaparición de la fiebre, seguido de 500 mg cada 12h vía oral hasta completar entre 4 y 12 semanas.
- Ofloxacino: 200 mg/ 12h o levofloxacino: 500mg/ día, ambos vía oral durante 4-12 semanas.
- Como alternativas se pueden emplear ampicilina (2g/6h IV) asociada a un aminoglicósido (gentamicina 240 mg/día). También Ceftriaxona 1g/día intravenoso o intramuscular.

Ciclos recomendados para PBC:

- Fluoroquinolona oral a las mismas dosis que en la PBA durante 4-12 semanas, o bien
- TMP/SMX: 960 mg cada 12 horas durante el mismo período de tiempo.

Uretritis

En el caso de un origen no gonocócico se puede tratar con *Doxiciclina* (100 mg/12h

por vía oral) o *tetraciclinas* (500 mg/6h) durante 7 días. Si se ha demostrado el gono-coco o si no se puede realizar ninguna prueba diagnóstica, se aconseja tratar con una sola dosis intramuscular de ceftriaxona: 125mg junto con un ciclo de 7 días de tetraciclinas o doxiciclina vía oral. La pareja debe ser estudiada en busca de gonococia e infección por clamidias y recibir la pauta terapéutica citada.

Epididimitis

Tras haber hecho un diagnóstico diferencial con la torsión testicular, trauma o tumor; el mejor tratamiento para epididimitis producida por *C. Trachomatis* o *N. Gonorrhoeae* es la *ceftriaxona* (250 mg/ vía intramuscular) seguido de *doxiciclina* (100 mg/12h vía oral durante 10 días.

BIBLIOGRAFÍA

Andriole VT. Use of quinolones in treatment of prostatitis and lower urinary tract infections. *Eur J Clin Microbil Infect Dis.* 1991; 10: 342-349.

Garau M, Latorre A, Alonso-Sanz M. Fosfomicina: un antibiótico infravalorado en infecciones urinarias por *Escherichia coli*. *Servicio de Microbiología, Hospital 12 de Octubre. Madrid. 2001.*

Jiménez JF, Broseta E. Prostatitis bacteriana: manejo diagnóstico y terapéutico. *Jano* 1999. Vol LVI (1291): 12-18.

Krieger JN, Eagan KJ, Ross SO, Jacobs R, Berger R. Chronic pelvic pains represent the most prominent urogenital symptom of «chronic prostatitis». *Urology* 1996; 48: 715-772.

Mensa J, Gatell JM, Martínez JA, Andreu A. Tera-péutica antimicrobiana. *Infecciones en nefrolo-*

gía y urología. Ed. Antares 2ª ed. Barcelona 1996.

Mensa J, Pigrau C, Horcajada JC, Cartón JA, Pujol M. Protocolos Clínicos S.E.I.M.C. IV. Infección urinaria, 2001.

Nickel JC. Prostatitis: lessons from the 20th century. *BJU International* 2000; 85: 179-185.

Pfau A Prostatitis: Reflections and advice. *Current opinion in Urology* 1994; 4: 45-49.

Rodríguez Martín R. Prostatitis crónica. En Brenes FJ, Ibarz L. «Urología 2001 APS». Programa de Formación Semergen Casos clínicos de Referencia en Atención Primaria. Madrid. Meditex 2001; p. 25-31.

Rodríguez Martín R. HTA y síndrome prostático en varón menor de 50 años. En Brenes FJ, Romero R. Casos clínicos en Hipertensión Arterial asociada a Síndrome Prostático. Programa de Formación 2001. 1ª Unidad Didáctica. Madrid. Meditex 2001; p. 7-14.