



Clínica cotidiana

Prostatitis: una visión desde la perspectiva de género

Raquel Domínguez Tapia^{a,*}, Blanca Sanz Pozo^a, Nuria Gil Mancebo^b,
 Nelson Marcel Ortega Sambo^a

^aCentro de Salud Las Américas. Parla (Madrid). ^bServicio de Cardiología. Hospital Universitario. Getafe (Madrid)

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de enero de 2023

Aceptado el 27 de junio de 2024

On-line el 10 de julio de 2024

Palabras clave:

Reasignación de género

Clínica miccional

Prostatitis

Keywords:

Gender reassignment

Urinary symptoms

Prostatitis

R E S U M E N

Se presenta un caso de una paciente de 29 años con infecciones de tracto urinario de repetición, con antecedentes personales de cirugía de reasignación de género hace 1 año y estenosis residual de la uretra. Persiste la próstata y se debe tratar como una prostatitis. Para su detección es de vital importancia el antecedente personal de mujer transgénero.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Prostatitis: a view from the gender perspective

A B S T R A C T

A case of a 29-year-old patient with recurrent urinary tract infections is presented, with a personal history of gender reassignment surgery 1 year ago and residual urethral stricture. The prostate persists and should be treated as prostatitis.

The personal history of a transgender woman being of vital importance.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Mujer de 29 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes de vaginoplastia por cirugía de reasignación de género hace 1 año; estenosis residual de la uretra e infecciones de repetición del tracto urinario (ITU) desde entonces. Actualmente está en tratamiento con estradiol (3 mg diarios).

Acude a consulta por presentar fiebre de hasta 40 °C, disuria, polaquiuria de 2 días de evolución y malestar general.

Durante la exploración física presenta temperatura de 39,3 °C, presión arterial de 110/65, frecuencia cardiaca 120 lpm, exploración abdominal normal y puñopercusión renal bilateral negativa.

A la vista de esta clínica y de los antecedentes quirúrgicos, se considera una ITU complicada y se la remite al hospital, donde fue ingresada. Se pauta tratamiento con ampicilina por urocultivos de infección anteriores y se confirma la sensibilidad

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raqueldomingueztapia@gmail.com (R. Domínguez Tapia).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2024.035>

2254-5506 / © 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

a dicho antibiótico en un urocultivo en el que se encuentra *Enterococcus faecalis*. Se mantiene el tratamiento durante 10 días. La evolución es buena y se le da de alta.

Al cabo de 13 días, acude de nuevo a consulta por el mismo cuadro. Se objetiva temperatura de 38 °C; no hay otros hallazgos en la exploración y la puñopercusión renal es negativa en ambos lados.

Se decide ingresarla de nuevo. Se pauta ampicilina y ceftriaxona empíricas en espera del resultado del antibiograma.

Se vuelve a encontrar *Enterococcus faecalis* tanto urocultivo como en hemocultivos, por lo que se plantean otras posibilidades diagnósticas como la recidiva de una prostatitis.

Se realiza una exploración ecográfica, que descarta complicaciones. No se observa absceso prostático (figura 1).

En el momento del alta, ya confirmada la buena evolución y ausencia de complicaciones, se pauta cefixima (400 mg al día durante 3 semanas). Se completa un ciclo de tratamiento que se prolonga ambulatoriamente.

Comentario

Ante una clínica miccional aguda (disuria, polaquiuria y urgencia miccional) asociada a fiebre, hay que descartar cistitis, pielonefritis y en varones prostatitis; si se asocia además a otros síntomas, orquiepididimitis y uretritis¹.

Se sospecha una prostatitis cuando a la clínica miccional se añade fiebre muy elevada y dolor perineal. Durante la exploración el tacto rectal será doloroso y la próstata aparecerá congestiva y caliente².

Inicialmente en esta paciente no se tuvo en cuenta este diagnóstico diferencial y fue tratada como una cistitis complicada. Sin embargo, al recaer 13 días después, fue ingresada y se buscó otra causa. Entre los motivos de recidiva de una ITU

se encuentran mala adhesión al tratamiento o tratamiento o diagnóstico incorrecto; por ello, se pensó en una prostatitis, dado que conservaba la próstata³.

La prostatitis aguda es una inflamación de la próstata producida por bacterias gramnegativas. La prevalencia es baja, pero es necesario pensar en esta patología por la gravedad de sus complicaciones (sepsis, absceso prostático, entre otras)⁴.

La mayoría de las veces el diagnóstico es clínico junto con el tacto rectal. Es recomendable solicitar un urocultivo para filiar el patógeno y pautar un tratamiento antibiótico específico⁵. Si la evolución no es satisfactoria, se deben realizar exploraciones complementarias como la ecografía.

El tratamiento debe ser precoz, con antibióticos pautados de forma empírica hasta la recepción de los resultados del cultivo. Los fármacos deben ser eficaces para los microorganismos más frecuentes, con capacidad de penetrar en la próstata y sin posibilidad de que desarrollen resistencias bacterianas locales. Se suele pautar por vía oral trimetropim-sulfametoxazol, quinolonas o cefalosporinas de tercera generación.

La terapia debe ser pautada de forma prolongada debido a la baja penetración de los antibióticos en la próstata y para evitar la aparición de prostatitis crónica, lo que supone completar un curso de 4-6 semanas⁶.

La perspectiva de género es una cuestión que en los tiempos actuales hay que tener en cuenta en la valoración de las patologías de nuestros pacientes, ya que existen enfermedades específicas de cada sexo biológico y hay pacientes que a los que no se puede tratar en función del género que tienen asignado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

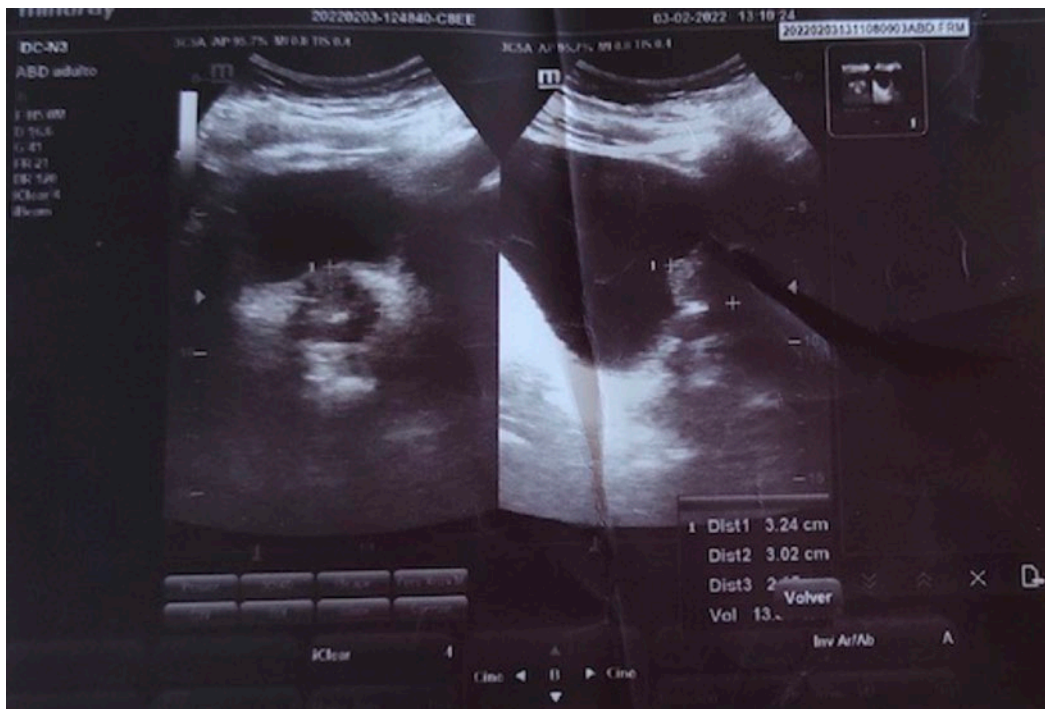


Figura 1 – Ecografía prostática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cohen MS, Seña AC. Approach to infectious causes of dysuria in the adult man. [Internet]. Waltham (MA): UpToDate. 2021 [acceso 4 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
2. Ishihara S. Acute bacterial prostatitis. *Nihon Rinsho*. 2002; 60 Suppl 11: 437-40.
3. Bennett J, Dolin R, Blaser M. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 9th ed. Amsterdam: Elsevier; 2019.
4. Wagenlehner FM, Pilatz A, Bschiepfer T, Diemer T, Linn T, Meinhardt A, et al. Bacterial prostatitis. *World J Urol*. 2013; 31(4): 711-6. doi: 10.1007/s00345-013-1055-x.
5. Coker TJ, Dierfeldt DM. Acute bacterial prostatitis: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2016; 93(2): 114-20.
6. Lipsky BA, Byren I, Hoey CT. Treatment of bacterial prostatitis. *Clin Infect Dis*. 2010; 50(12): 1641-52. doi: 10.1086/652861.