

Revista Cubana de Urología

Prostatitis o hernia lumbosacra

Manuel Lemourt Oliva, Ernesto Fleites Marrero, René Rubinos Ruiz, Yamila Morales Góngora, Avelina Núñez Montenegro

Servicio de Urología-Servicio de Ortopedia y Traumatología. Clínica Central Cira García. Hospital Clínico Quirúrgico Freyre de Andrade. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: determinar la correspondencia entre síntomas de prostatitis y hernia lumbosacra (LS).

Métodos: se revisaron 129 historias clínicas, provenientes de la Clínica Central Cira García y el Hospital Freyre de Andrade. Cumplían los requisitos 31 (24 %). Variables: edad, raza, país, consulta principal y secundaria, examen físico (uroológico y ortopédico), resonancia magnético nuclear (RMN) o tomografía axial computarizada (TAC) y tratamiento. Se utilizó el test de proporciones.

Resultados: predominaron las 4ta, 5ta y 6ta décadas. Color de piel predominante: blanca (58,6 %). País de procedencia predominante: Cuba (41 %). Motivo de consulta principal: dolor perineotesticular (> 60 %), seguido de alteraciones sexuales de tipo disfuncional. Examen físico urológico:

el 83 % demostró dolor en el área prostática y pélvica ósea. El ortopédico: 38 % con dolor sacro lumbar y 41 % con maniobras ortopédicas positivas, aunque eran pacientes aparentemente uropáticos solamente. En el 80,6 % de los pacientes, la RMN reflejaba discopatías. Diagnóstico: 64,5 %: hernias LS, el resto otras discopatías y solamente 1 paciente (3 %), con prostatitis. Tratamiento: fisioterapia, vitaminas y AINES se aplicaron al 70,9 % de los pacientes. **Conclusiones:** la mayoría de los pacientes con síntomas perineales consultan al urólogo. En los pacientes con síntomas perineales en los que se realizó el diagnóstico de prostatitis y no respondieron adecuadamente a tratamiento los diagnósticos definitivos imperantes fueron las afecciones lumbosacras.

Palabras clave: prostatitis, desplazamiento del disco intervertebral, hernia lumbosacra.

ABSTRACT

Objectives: to determine the correspondence between symptoms of prostatitis and hernia lumbosacral.

Methods: we reviewed 129 clinical, from stories of the Central Cira Garcia clinic and Freyre de Andrade Hospital. Qualifying 31 (24 %). Variables: age, race, country, primary and secondary consultation, physical examination (orthopaedic and Urology), nuclear magnetic resonance or computerized axial tomography and treatment. We used the test of proportions. **Results:** predominated 4th, 5th and 6th decades. Dominant skin colour: white (58.6 %). Predominant country: Cuba (41 %). A source of main query: perineotesticle (60 %), followed by

alterations sexodisfuntions pain. Urological examination: (83 %) showed pain in the prostate and pelvic bone area. Orthopedic: (38 %) lumbar sacral pain and (41 %) manoeuvres January 2010 Orthopaedic positive even though they were apparently uropáticos patients only. (80.6 %) Patients, NMR reflected discopathy. Diagnosis 64.5 %: hernias LS, the rest, other discopathy and only 1 (3 %) patient, with prostatitis. Treatment: physical therapy, vitamins and NSAID were applied to 70.9 % of patients. **Conclusions:** The majority of patients with perineal symptoms consult the urologist. In patients with perineal symptoms that made the diagnosis of prostatitis and not adequately responded to treatment prevailing definitive diagnoses were lumbosacral disorders.

Key Words: prostate, prostatitis, intervertebral discal protrusion

INTRODUCCIÓN

La prostatitis ha sido siempre en Urología un diagnóstico controversial, pues han existido diferentes criterios clínicos en cuanto a su cuadro clínico típico: la próstata debe estar blanda, casi fluctuante, dolorosa y en ocasiones, sintomatología en general relacionada con el periné y los órganos genitales masculinos. Sin embargo, frecuentemente, ante un diagnóstico de prostatitis, los hallazgos sintomáticos que se encuentran: corresponden a la sintomatología dolorosa al palpar la próstata como único síntoma y signo detectado; generalmente nunca se encuentra abscedación ni

otros signos que puedan caracterizar exactamente este diagnóstico, excepto el dolor. Esto ha conllevado a diferentes clasificaciones de prostatitis, dígame: abacteriana, bacteriana, prostatodinia, etc.¹⁻⁴ En muchos pacientes quedaba un terreno no esclarecido en este aspecto por no correlacionarse el presunto diagnóstico con los exámenes complementarios humorales ni bacteriológicos ni con la respuesta terapéutica, a pesar del cumplimiento de éste estrictamente. Este es un aspecto diagnóstico que siempre nos llamó la atención al relacionar diagnóstico de prostatitis por sintomatología urinaria baja como son síntomas irritativos vesicales y dolencias dolorosas en el suelo pélvico: pene, testículos, área perineal propiamente dicha, acompañándose esto también de sensación dolorosa al palpar la próstata, los cuales eran tratados según el diagnóstico inicial con una terapéutica adecuada, además se recomendaban modificaciones en su régimen de vida durante y después del tratamiento para prevenir la reaparición de estas crisis inflamatorias prostáticas; no obstante los pacientes recurrían posteriormente con igual sintomatología y, en ocasiones, con mayor intensidad, careciendo, muchos de los pacientes, de traducción imagenológica, humoral, ni bacteriológica, acordes al diagnóstico presuntivo planteado. Por otra parte, en las consultas de urología habituales del sistema de salud, resultaba muy difícil un estudio integral de estos pacientes de forma amplia y rápida, por lo cual los diagnósticos diferenciales se hacían muy complejos y la mayoría de las veces incompletos, ya que los pacientes confrontaban muchas dificultades para realizarse las investigaciones, de forma dinámica y puntual. En la Clínica Central Cira García, el ritmo y posibilidades de estudios imagenológicos, humorales y bacteriológicos, es más rápido y certero, por tanto, los pacientes que comenzaban a estudiarse por la consulta de Urología con probabilidad de tener una prostatitis y su evolución no era satisfactoria, como describimos anteriormente, decidimos reexaminarlos exhaustivamente, y comenzamos a detectar que el dolor que presentaban al tacto rectal no sólo era en el área prostática sino también en la zona pélvica ósea que rodeaba a la próstata, siendo muchas veces más dolorosa ésta área que la prostática en sí, por tanto, se interconsultaron con los ortopedicos y empezamos a encontrar en los estudios de estos pacientes, resultados negativos en los correspondientes a la sospecha de prostatitis y positivos de alteraciones de discopatías LS descritas en la sintomatología de las hernias LS y otras afecciones discopáticas⁵ que, una vez tratados convenientemente, ya fuera medicamentosa, física o quirúrgicamente, mejoraban su sintomatología, lo que no se había obtenido con los tratamientos anteriores. Estos hallazgos nos estimularon a hacer una evaluación de los pacientes tratados con esta sintomatología inicial, para lograr conocer en realidad el verdadero diagnóstico y poder prescribir el adecuado

tratamiento una vez determinada de forma consistente la correspondencia entre síntomas de prostatitis y hernia lumbosacra.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, donde se revisaron 129 historias clínicas procedentes de la Clínica Central Cira García y el hospital Freyre Agrade con el diagnóstico presuntivo de prostatitis, hernia lumbosacra o síntomas relacionados con la región lumbar baja o perineal. De estos, solamente 31 (24 %), correspondían a pacientes con diagnóstico de prostatitis y mala respuesta clínica al tratamiento médico. Variables estudiadas: edad, principal motivo de consulta, síntomas secundarios, examen físico específico urológico y ortopédico. Imaginología: resonancia magnética nuclear (RMN) y tomografía axial computarizada (TAC), diagnóstico definitivo y tratamiento.

RESULTADOS

Predominaron las 4ta y 5ta década de la vida ([tabla 1](#)) y el color de piel ([tabla 2](#)) que incidió más fue el blanco.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según grupo etáreo

Grupo etáreo	No.	%
21-30	1	3,2
31-40	10	32,2
41-50	7	22,5
51-60	10	32,2
61-70	2	6,45
71-80	1	3,2
TOTAL	31	100

Tabla 2. Sintomatología que motivó la primera consulta

Síntoma	No.	%
Dolor perineal	13	41,9
Orquialgia	5	16,1
Dolores pélvicos	5	16,1
Alteraciones miccionales	6	19,3
Disfunción eréctil	1	3,2
Dolor y prurito anal	1	3,2
Total	31	100

Los pacientes procedieron predominantemente de Cuba, España y Bahamas ([tabla 3](#)).

Tabla 3. Análisis del examen físico urológico de los pacientes

Signo	No.	%
Área prostática y ósea pélvica dolorosa (Tacto Rectal)	26	83,8%
Próstata normal	4	12,9
Dolor testicular	1	3,2
Total	31	100

El motivo de consulta principal fue el dolor perineal, y las alteraciones sexuales. ([tabla 4](#))

Tabla 4. Resultados del examen físico ortopédico

Signo	No.	%
Dolor en región sacrolumbar (palpación)	12	38,7
Maniobras ortopédicas positivas	13	41,9
Normal	1	3,2
No realizado	5	16,1
Total	31	100

En cuanto al examen físico: tacto rectal ([tabla 5](#)), el área prostática dolorosa y con mayor intensidad dolorosa el área ósea pélvica lo que resultó signo importante detectado en estos pacientes desde la primera consulta que realizan en Urología. Las maniobras ortopédicas exploradas tuvieron una alta positividad en estos pacientes aparentemente uropáticos simples ([tabla 6](#)).

Tabla 5. Resultados de la exploración imagenológica

Estudio Realizado	No.	%
RMN con discopatías	25	80,6
Ninguno realizado (falta de interconsulta de ortopedia)	5	16,1
RMN Negativo	1	3,2
Total	31	100,0

Tabla 6. Diagnóstico definitivo de los pacientes

Diagnóstico	No.	%
Hernia lumbosacra	20	64,5
Disquitis	1	3,2
Quistes radiculares	1	3,2
Estenosis de canal	1	3,2
Espina bífida	2	6,45
Prostatitis	1	3,2
Aplastamiento L2	1	3,2
Sin diagnóstico definitivo	5	16,1
Total	31	100

En cuanto a la imaginología, las discopatías en la RMN fue el hallazgo más frecuente. ([tabla 7](#))

Tabla 7. Tratamiento impuesto a los pacientes diagnosticados con afecciones lumbosacras

Tratamiento	No.	%
Biopsia del disco + tratamiento sintomático	1	3,2
Aines, antimicrobianos + baños de asiento	1	3,2
Fisioterapia, vitaminoterapia + AINES	21	67,73
Quirúrgico	3	9,6
No tratamiento	5	16,1
Total	31	100

Es importante señalar que 5 pacientes no acudieron a interconsulta con Ortopedia por lo cual no pudieron ser evaluados integralmente. El diagnóstico definitivo más frecuente en estos pacientes fue: hernia LS en 20 pacientes (64,5 %), distribuyéndose los restantes con menor incidencia en: disquitis, quistes radiculares, estenosis del canal, espina bífida, aplastamiento de L2. Solamente existió un paciente con diagnóstico de prostatitis que, como hecho paradójico, acudió a nuestra consulta remitido de la consulta de ortopedia donde había sido su primera visita médica. El tratamiento más utilizado fue los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), fisioterapia y vitaminoterapia y 2 pacientes requirieron tratamiento quirúrgico de la columna LS. Algunos con fisioterapia se les recomendó regresar para tratamiento quirúrgico pero no reconsultaron.

DISCUSIÓN

Todos estos pacientes excepto uno, acudieron inicialmente a la consulta de Urología, ya que generalmente cuando los pacientes tienen dolor cervical y/o dorsal acuden al ortopédico, pero cuando el dolor es perineal o a nivel de los órganos genitales

masculinos todos los pacientes acuden al urólogo, pues no relacionan este dolor con afecciones de la columna LS. La persistencia de los síntomas y signos dolorosos en pacientes diagnosticados como prostatitis, a pesar de los tratamientos establecidos para esta entidad patológica, así como la ausencia de mejoría en algunos pacientes, nos puso en vigilia sobre algún factor predisponente que estuviera condicionando la persistencia sintomática. La edad no representó ningún elemento preciso al respecto, excepto que están incluidos en las edades en que más frecuentemente los hombres comienzan a tener problemas en el sistema osteomioarticular. En cuanto al motivo de consulta el 100 % no tenía relación con la región LS y sí con el tracto urogenital en su totalidad, a pesar de haberse detectado en casi todos afecciones en la columna LS. Al examen físico, el signo físico más detectado fue el dolor pélvico perineal al tacto rectal y sobre añadido a esto, las maniobras palpatorias relacionadas con el examen ortopédico. Fue un hallazgo verdaderamente sorprendente e importante, las discopatías encontradas en la RMN en mucho más del 50 % de estos pacientes ([Figuras 1,2 y3](#)) con un por ciento de pacientes que no acudieron a evaluarse imagenológicamente, así como, los diagnósticos definitivos todos relacionados con la columna LS y sus elementos anatómicos, aunque habían sido diagnosticados estos pacientes como prostatitis, sin embargo todos los complementarios de estudios urogenitales, tanto imagenológicos, humorales y bacteriológicos, habían sido negativos. Por supuesto que los tratamientos estuvieron dirigidos hacia el verdadero diagnóstico con los cuales sí mejoraron los síntomas.



Fig. 1. RMN de uno de los pacientes que acudieron por prostatitis y su diagnóstico definitivo fue hernias lumbosacra L4 y L5.



Fig. 2 y 3. RMN Corte sagital y transversal del 5to espacio. Mostrando la hernia discal LS.

Podemos concluir de la experiencia de esta investigación que la sintomatología característica de prostatitis crónica es en ocasiones confundida con las formas clínicas de presentación subagudas y crónicas de las afecciones lumbosacras. El tacto rectal no debe circunscribirse al área prostática, debe explorarse la sensibilidad del área ósea pélvica también, ya que si no está afectada no tiene que ser dolorosa. En los pacientes con diagnóstico de prostatitis que no responden al tratamiento convencional es beneficioso explorar imagenológicamente la columna lumbosacra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mc.Naughton Collins M, Mc Donald R, Wilt L. Diagnosis and treatment of chronic abacterial prostatitis: a systematic review. *Annals of Internal Medicine* 2000;133(5):367.
2. Fall M, Baranowski AP, Eneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *European urology*. 2010;57(1):35-48.
3. Mc.Naughton Collins M, Timothy N. Alopurinol for chronic prostatitis. (Cochrane Review in The Cochrane Library, Issue 1, and 2009. Exfond update.
4. Yang G, Wei O, Yang Y. The effect of alphasadrenergic antagonist in chronic prostatitis chronic pelvic pain, syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of andrology* 2006;27(6):847-852.

5. Garriga A, Villas C. Síndrome de cauda equina por hernia discal gigante. Rev. Med. Univ. Navarra 2002;46(3):33-35.

Recibido: 03-feb-10

Aprobado: 15-mar-10

Correspondencia: *Manuel Lemourt Oliva* Servicio de Urología-Servicio de Ortopedia y Traumatología.Clínica Central Cira García. Hospital Clínico Quirurgico Freyre de Andrade La Habana, Cuba. **Correo:** malem@infomed.sld.cu