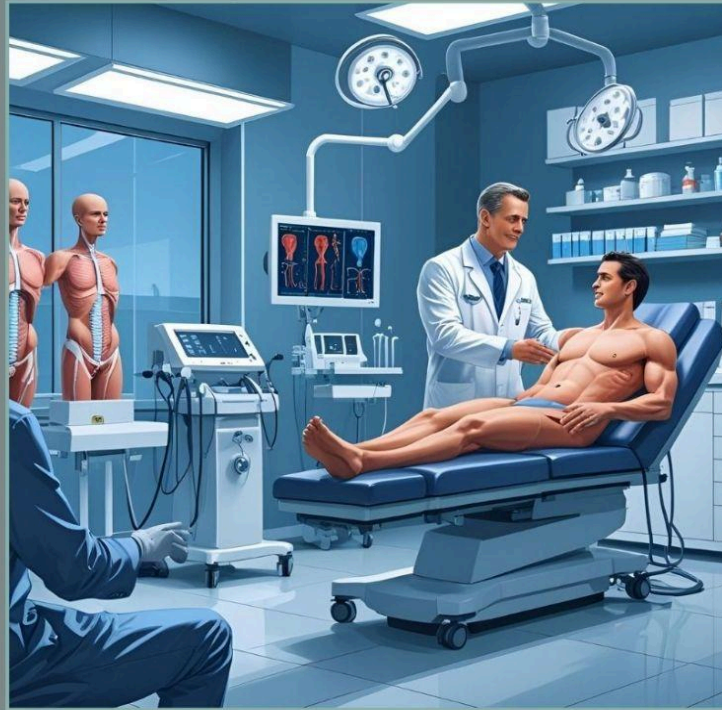


Urología Enfoques Clínicos Modernos

Urología Enfoques Clínicos Modernos



Erick Steef Velasco Vera
Andres Alejandro Mota Loor
Carolina Alejandra Toapanta Pullutasig

Urología Enfoques Clínicos Modernos

Hiperplasia Prostática Benigna (HPB): Abordaje Integral desde el Primer Nivel de Atención

Erick Steef Velasco Vera

Definición

La Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) es una condición urológica común que afecta a hombres a medida que envejecen, caracterizada por un aumento no maligno del tamaño de la glándula prostática. Este crecimiento puede comprimir la uretra, el conducto que transporta la orina desde la vejiga fuera del cuerpo, lo que lleva a una variedad de síntomas

del tracto urinario inferior. Su manejo adecuado desde el primer nivel de atención es fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes y prevenir complicaciones.

Definición

La HPB se define histológicamente por la proliferación de células estromales y epiteliales dentro de la zona de transición de la próstata. Macroscópicamente, se manifiesta como un agrandamiento de la glándula prostática que,

en muchos casos, causa obstrucción del flujo urinario y síntomas asociados. Es importante diferenciarla del cáncer de próstata, ya que la HPB no es precursora de malignidad.

Epidemiología

La prevalencia de la HPB aumenta significativamente con la edad. Se estima que la HPB histológica está presente en aproximadamente el 50% de los hombres en sus 50 años, el 60% en sus 60, y hasta el 90% en hombres mayores de 80 años. Si bien no existen datos epidemiológicos específicos y actualizados de Ecuador fácilmente accesibles en publicaciones recientes, los patrones

observados a nivel global, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y revistas europeas y norteamericanas, son consistentes. Por ejemplo, en países de Norteamérica y Europa, se reporta que hasta un tercio de los hombres de 60 años o más experimentan síntomas moderados a severos de HPB que requieren tratamiento. Esta alta prevalencia resalta la importancia de la HPB como un problema de salud pública global.

Fisiopatología

La fisiopatología de la HPB es multifactorial y compleja, involucrando interacciones entre hormonas sexuales, factores de crecimiento y la

edad. El principal impulsor es la dihidrotestosterona (DHT), un metabolito de la testosterona, que se sintetiza en la próstata por la enzima 5- α -reductasa. La DHT estimula el crecimiento y la proliferación de las células prostáticas. A medida que los hombres envejecen, se produce un cambio en el balance de estrógenos y andrógenos, lo que también contribuye al crecimiento prostático. Además de los factores hormonales, se ha demostrado que factores genéticos, inflamación crónica y disfunción del estroma prostático desempeñan un papel en el desarrollo y la progresión de la HPB. El agrandamiento de la próstata conduce a una obstrucción mecánica del cuello de la

vejiga y la uretra prostática, lo que aumenta la resistencia al flujo de salida de la orina. La vejiga compensa inicialmente aumentando su presión de contracción, pero con el tiempo, puede desarrollar hipertrofia del detrusor, inestabilidad del detrusor o, en etapas avanzadas, detrusor hipo contráctil, lo que resulta en retención urinaria y otros síntomas.

Cuadro Clínico

El cuadro clínico de la HPB se caracteriza por los Síntomas del Tracto Urinario Inferior (STUI), que se dividen en síntomas obstructivos y síntomas irritativos.

- **Síntomas obstructivos (de vaciamiento):**

- **Disminución de la fuerza y calibre del chorro urinario:** El chorro de orina es débil y fino.
- **Intermitencia del chorro:** El flujo de orina se detiene y reinicia varias veces durante la micción.
- **Pujo o esfuerzo miccional:** Necesidad de hacer fuerza para iniciar o mantener la micción.
- **Goteo terminal:** Salida de orina gota a gota al finalizar la micción.

- **Sensación de vaciamiento incompleto:** Sentimiento de que la vejiga no se ha vaciado por completo después de orinar.
- **Retención urinaria:** Incapacidad total o parcial para orinar, que puede ser aguda o crónica.

- **Síntomas irritativos (de almacenamiento):**

- **Frecuencia urinaria:** Necesidad de orinar con mayor regularidad durante el día.
- **Nicturia:** Levantarse varias veces por la noche para orinar.

-
- **Urgencia miccional:** Necesidad súbita e imperiosa de orinar, a veces con dificultad para contener la orina.
 - **Incontinencia de urgencia:** Pérdida involuntaria de orina asociada con una urgencia súbita.

La severidad de estos síntomas se puede cuantificar utilizando escalas como el International Prostate Symptom Score (IPSS), que ayuda a determinar el impacto de la HPB en la calidad de vida del paciente y a guiar las decisiones de tratamiento.

Diagnóstico

El diagnóstico de la HPB se basa en una combinación de la historia clínica, el examen físico y pruebas complementarias.

- **Anamnesis:** Es crucial recopilar información detallada sobre los STUI, su duración, frecuencia y cómo afectan la calidad de vida. Se recomienda el uso del cuestionario IPSS para objetivar la severidad de los síntomas. También se debe indagar sobre antecedentes médicos relevantes, uso de medicamentos y comorbilidades.
- **Examen físico:** Incluye un tacto rectal (TR) para evaluar el tamaño, la

consistencia, la forma y la presencia de nódulos en la próstata. Una próstata aumentada de tamaño, elástica y homogénea es compatible con HPB, mientras que la presencia de nódulos o induraciones puede sugerir malignidad y requerir una evaluación adicional.

- **Pruebas complementarias:**

- **Análisis de orina (uroanálisis y urocultivo):** Para descartar infecciones del tracto urinario u otras patologías urinarias.

- **Antígeno Prostático Específico (APE o PSA):** Se recomienda su medición para el cribado de cáncer de próstata en hombres con expectativa de vida mayor a 10 años, especialmente antes de considerar el tratamiento de la HPB. Los valores elevados de APE pueden indicar tanto HPB como cáncer de próstata, por lo que su interpretación debe hacerse en conjunto con el tacto rectal y otros factores de riesgo.
- **Creatinina sérica:** Para evaluar la función renal, ya que la

obstrucción crónica puede llevar a daño renal.

- **Ecografía renal y vesical (opcional):** Puede realizarse para evaluar el volumen prostático, la presencia de hidronefrosis (dilatación del riñón debido a la obstrucción urinaria) o el residuo posmiccional, que indica la capacidad de la vejiga para vaciarla completamente.
- **Flujometría (opcional):** Mide la velocidad del flujo urinario y puede

confirmar la obstrucción del tracto de salida.

Tratamiento

El tratamiento de la HPB se individualiza según la severidad de los síntomas, el tamaño de la próstata, la edad del paciente, las comorbilidades y sus preferencias.

- **Medidas de vigilancia y cambios en el estilo de vida (en síntomas leves a moderados):**

- Reducir la ingesta de líquidos antes de acostarse.

-
- Evitar cafeína y alcohol.
 - Vaciamiento vesical programado o doble vaciamiento.
 - Evitar medicamentos que puedan empeorar los síntomas (ej., descongestionantes, antihistamínicos).
 - Ejercicios de Kegel (para fortalecer el suelo pélvico).
 - **Tratamiento farmacológico (en síntomas moderados a severos):**

- **Alfa-bloqueadores (α -bloqueantes):** Como tamsulosina, alfuzosina, silodosina o doxazosina. Relajan el músculo liso de la próstata y el cuello de la vejiga, mejorando el flujo urinario rápidamente. Sus efectos secundarios pueden incluir mareos o hipotensión ortostática.
- **Inhibidores de la 5- α -reductasa:** Como finasteride o dutasteride. Reducen el tamaño de la próstata al inhibir la conversión de testosterona a DHT. Son más efectivos en próstatas grandes y

requieren varios meses para mostrar resultados. Pueden causar disfunción sexual.

- **Terapia combinada:** La combinación de α -bloqueadores e inhibidores de la 5- α -reductasa es efectiva en pacientes con próstatas grandes y síntomas moderados a severos para prevenir la progresión de la enfermedad.

- **Inhibidores de la fosfodiesterasa-5 (PDE5i):** Como tadalafilo, pueden ser útiles en hombres con HPB y disfunción eréctil.

- **Fármacos antimuscarínicos o agonistas β_3 :** Como tolterodina, oxibutinina o mirabegron. Se utilizan para el tratamiento de síntomas irritativos de predominio (frecuencia, urgencia) en pacientes sin residuo posmiccional significativo.

- **Tratamiento quirúrgico (en casos de síntomas severos, refractarios al tratamiento médico o con complicaciones):**

- **Resección transuretral de la próstata (RTUP):** Es el estándar

de oro para próstatas de tamaño moderado. Consiste en la extirpación del tejido prostático obstructivo a través de la uretra.

- **Enucleación prostática con láser (HoLEP):** Una opción para próstatas de cualquier tamaño, con menor sangrado y estancia hospitalaria.
- **Vaporización fotoselectiva de la próstata (GreenLight Laser):** Ofrece buenos resultados con bajo riesgo de sangrado.

- **Prostatectomía abierta:** Reservada para próstatas de muy gran tamaño o en casos complejos.
- **Técnicas mínimamente invasivas:** Nuevas opciones como el sistema UroLift (elevación uretral prostática) o el Aquablation, que ofrecen alternativas con menor morbilidad.

Pronóstico de los pacientes con la patología citada

El pronóstico de los pacientes con HPB es generalmente favorable, especialmente con un diagnóstico y manejo oportunos. La mayoría

de los hombres experimentan una mejoría significativa de sus síntomas con el tratamiento médico. Sin embargo, en ausencia de tratamiento o en casos de progresión de la enfermedad, la HPB puede llevar a complicaciones graves como retención urinaria aguda, infecciones urinarias recurrentes, hematuria (sangre en la orina), cálculos vesicales, divertículos vesicales y, en casos extremos, insuficiencia renal crónica debido a la uropatía obstructiva. La vigilancia activa en pacientes con síntomas leves y la intervención temprana en aquellos con síntomas moderados a severos son clave para preservar la función del tracto urinario y la calidad de vida.

Recomendaciones

Para un abordaje integral de la HPB desde el primer nivel de atención, se recomienda:

- **Cribado y detección temprana:** Promover la conciencia sobre la HPB en hombres mayores de 50 años y realizar una evaluación inicial ante la presencia de STUI.
- **Uso del IPSS:** Aplicar sistemáticamente el cuestionario IPSS para cuantificar la severidad de los síntomas y monitorear la respuesta al tratamiento.
- **Educación al paciente:** Brindar información clara sobre la HPB, sus

opciones de tratamiento y la importancia de los cambios en el estilo de vida.

- **Seguimiento periódico:** Establecer un plan de seguimiento para evaluar la progresión de los síntomas, la eficacia del tratamiento y la aparición de complicaciones.
- **Criterios de derivación:** Conocer los criterios para derivar a un paciente al especialista en urología, como la presencia de retención urinaria aguda, hematuria macroscópica recurrente, insuficiencia renal, sospecha de cáncer de próstata (APE elevado y/o tacto rectal anormal), síntomas refractarios al

tratamiento médico o complicaciones recurrentes.

- **Enfoque multidisciplinario:** Considerar la colaboración con otros profesionales de la salud, como enfermeros, nutricionistas y fisioterapeutas, para un manejo integral.

Bibliografía

1. Abonour R, Mirzazadeh M. Benign Prostatic Hyperplasia. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2024.
2. Chughtai B, Forde J, Neisius A, Badani K, Lee B. Benign Prostatic Hyperplasia: An Overview of the Etiology,

-
- Pathophysiology, and Clinical Course. Urol Pract. 2021;8(3):209-17.
3. Eun DD, Kim CH, Kim MH. Current status of benign prostatic hyperplasia diagnosis and management. Korean J Urol. 2023;64(2):79-88.
 4. Foster HE, Dahm P. AUA Guideline on the Management of Benign Prostatic Hyperplasia (BPH). J Urol. 2022;208(4):856-65.
 5. Gracia L, Arredondo R, Rodriguez-Faba O. Updates in Medical Management of Benign Prostatic Hyperplasia. Curr Urol Rep. 2022;23(10):1-9.
 6. Kim JJ, Park JJ. Diagnosis and medical management of benign prostatic hyperplasia. Transl Androl Urol. 2024;13(2):173-81.
 7. Kwon TG. Current management of benign prostatic hyperplasia. Investig Clin Urol. 2021;62(1):22-31.
 8. Oelke M, Bachmann A. New insights into the epidemiology and natural history of benign prostatic hyperplasia. Urology. 2023;174(1):3-10.
 9. Roehrborn CG, Rosen RC. Medical Therapy for Benign Prostatic Hyperplasia. Rev Urol. 2020;22(4):213-22.
 10. Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Peters CA, editores. Campbell-Walsh-Wein Urology. 12a ed. Elsevier; 2020

Infecciones del Tracto Urinario: Nuevas Guías y Resistencia Antibiótica

Andres Alejandro Mota Loor

Las Infecciones del Tracto Urinario (ITU) representan una de las patologías infecciosas más comunes, afectando a millones de personas a nivel mundial cada año. Su relevancia no solo radica en su alta prevalencia, sino también en el creciente desafío que impone la **resistencia antibiótica**, lo que complica su manejo y tratamiento. Este capítulo aborda de manera integral las ITU, incorporando las guías más

recientes y prestando especial atención al panorama actual de la resistencia antimicrobiana.

Definición

Una Infección del Tracto Urinario se define como la presencia y multiplicación de microorganismos en cualquier parte del sistema urinario, desde la uretra hasta los riñones, acompañada de una respuesta inflamatoria. Se clasifican típicamente según su localización anatómica (uretritis, cistitis, pielonefritis), su

complejidad (complicadas o no complicadas) y su recurrencia.

Epidemiología

Las ITU son la infección bacteriana más frecuente después de las infecciones respiratorias. Afectan predominantemente a mujeres, con aproximadamente el 50-60% de ellas experimentando al menos un episodio a lo largo de su vida. La incidencia aumenta con la edad, la actividad sexual y ciertas condiciones médicas como la diabetes o el uso de catéteres urinarios.

En Ecuador, si bien los datos epidemiológicos específicos sobre ITU son limitados en comparación con estudios a gran escala de Norteamérica o Europa, la tendencia general es

similar a la observada a nivel global. Los estudios de prevalencia en Latinoamérica sugieren que las ITU son una causa común de consulta médica tanto en atención primaria como en servicios de emergencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que las infecciones del tracto urinario son una de las principales causas de prescripción de antibióticos a nivel mundial, lo que contribuye directamente al problema de la resistencia antimicrobiana. En el contexto ecuatoriano, la vigilancia de la resistencia a los antibióticos es crucial, ya que los patrones pueden variar regionalmente.

Fisiopatología

La patogenia de las ITU involucra la interacción entre el huésped y el microorganismo. La mayoría de las ITU son causadas por bacterias que ascienden desde la región periuretral a través de la uretra hasta la vejiga. La bacteria más común es *Escherichia coli*, responsable de aproximadamente el 80% de las ITU no complicadas. Otros uropatógenos incluyen *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis* y *Staphylococcus saprophyticus*.

Los factores de virulencia bacteriana, como las fimbrias o pili (que permiten la adhesión al urotelio), la producción de toxinas (hemolisinas, citotoxinas) y la capacidad de formar biopelículas, son cruciales para la colonización y el establecimiento de la

infección. Por parte del huésped, factores como la anatomía de la uretra femenina, la presencia de anomalías estructurales del tracto urinario, la obstrucción del flujo de orina, el reflujo vesicoureteral, la instrumentación urinaria y el estado inmunológico, pueden predisponer a las infecciones.

Cuadro Clínico

El cuadro clínico varía según la localización de la infección.

Cistitis (ITU baja): Los síntomas clásicos incluyen disuria (dolor o ardor al orinar), polaquiuria (aumento de la frecuencia urinaria), urgencia urinaria y dolor suprapúbico. La orina puede presentarse turbia o con mal olor y, en ocasiones, puede haber

hematuria macroscópica. No suele haber fiebre ni otros síntomas sistémicos.

Pielonefritis (ITU alta): Se caracteriza por una infección del parénquima renal. Los síntomas son más graves e incluyen fiebre (generalmente mayor a 38°C), escalofríos, dolor en el flanco o en la región lumbar (uni o bilateral), náuseas y vómitos, y malestar general. Los síntomas de cistitis pueden o no estar presentes. En casos graves, puede evolucionar a sepsis.

Diagnóstico

El diagnóstico de una ITU se basa en la sintomatología clínica, el análisis de orina y el urocultivo.

- **Tira reactiva de orina:** Permite la detección rápida de nitritos (producidos por bacterias gramnegativas) y esterasa leucocitaria (indicativa de piuria). Una prueba negativa no descarta completamente la infección, pero una positiva sugiere fuertemente una ITU.
- **Sedimento urinario:** La presencia de **piuria** (más de 5-10 leucocitos por campo de alto poder) y **bacteriuria** (presencia de bacterias) apoya el diagnóstico.
- **Urocultivo y antibiograma:** Es el **estándar de oro** para confirmar el diagnóstico y guiar el tratamiento. Se considera positivo con un recuento de colonias $\geq 10^5$ unidades formadoras de

colonias (UFC/mL) en una muestra de orina de chorro medio limpia en cistitis no complicada, aunque en pielonefritis o ITU complicadas, recuentos menores pueden ser significativos. El antibiograma es fundamental para determinar la sensibilidad de la bacteria a diferentes antibióticos, especialmente en el contexto de la creciente resistencia.

Tratamiento

El tratamiento de las ITU se basa en la administración de antibióticos y debe ser guiado por la gravedad de la infección, la localización, el perfil de resistencia local y las características del paciente.

Cistitis no complicada: El tratamiento es empírico inicialmente. Las opciones de primera línea incluyen:

- **Nitrofurantoína:** 100 mg cada 12 horas por 5 días.
- **Fosfomicina:** 3 g en dosis única.
- **Trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX):** 160/800 mg cada 12 horas por 3 días, si la resistencia local es < 20%.

Pielonefritis y ITU complicadas: Requieren un abordaje más agresivo, a menudo con antibióticos de amplio espectro, y en ocasiones, tratamiento intravenoso inicial.

-
- **Fluoroquinolonas (ciprofloxacino, levofloxacino):** Son una opción eficaz, pero su uso debe ser restringido debido a la preocupación por la resistencia y efectos adversos.
 - **Cefalosporinas de tercera generación (ceftriaxona):** Opciones para el inicio empírico.
 - **Aminoglucósidos (gentamicina):** Utilizados en casos seleccionados o en combinación.

La resistencia antibiótica es una preocupación creciente. La prevalencia de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) en uropatógenos como *E. coli* y *K. pneumoniae* limita las opciones terapéuticas. Las nuevas guías

enfatan el uso prudente de antibióticos y la importancia del antibiograma para ajustar el tratamiento.

Pronóstico

El pronóstico de las ITU no complicadas es generalmente excelente con un tratamiento adecuado, con resolución completa de los síntomas y erradicación de la infección. En casos de pielonefritis, el pronóstico sigue siendo bueno si se diagnostica y trata a tiempo, aunque existe un riesgo de daño renal crónico en infecciones recurrentes o no tratadas adecuadamente, especialmente en pacientes con anomalías estructurales. La recurrencia es común, especialmente en mujeres, y puede requerir estrategias de manejo a largo plazo.

Recomendaciones

- **Promover el uso racional de antibióticos:** Evitar la prescripción innecesaria y seleccionar el antibiótico más adecuado según el antibiograma.
- **Fomentar la hidratación adecuada:** Beber suficiente agua puede ayudar a prevenir las ITU.
- **Educación en higiene:** Especialmente en mujeres, la limpieza de adelante hacia atrás puede reducir el riesgo.
- **Considerar profilaxis en ITU recurrentes:** En casos seleccionados, se puede considerar la profilaxis antibiótica a bajas dosis o alternativas no antibióticas como el arándano rojo.

- **Vigilancia epidemiológica:** Mantener programas de vigilancia de la resistencia antibiótica a nivel local y nacional para guiar las recomendaciones de tratamiento empírico.
- **Desarrollo de nuevas terapias:** Investigar y desarrollar nuevas estrategias terapéuticas, incluyendo alternativas a los antibióticos, para combatir la resistencia.

Bibliografía

1. Hooton, T. M., & Gupta, K. (2023). Uncomplicated urinary tract infection in adults. *New England Journal of Medicine*, 389(2), 173-176.
2. Flores-Mireles, A. L., Walker, J. N., Caparon, M., & Hultgren, S. J. (2022).

-
- Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection and treatment options. *Nature Reviews Microbiology*, 20(4), 263-276.
3. Nicolle, L. E. (2023). Uncomplicated urinary tract infection in adults: treatment and prophylaxis. *Clinical Infectious Diseases*, 77(1), 1-10.
 4. Foxman, B., & Buxton, J. (2021). Urinary tract infection: risk factors, management, and new approaches to prevention. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 34(6), 553-559.
 5. Medina, M., & Castillo-Pino, E. (2024). An update on the diagnosis and treatment of urinary tract infections. *Journal of Clinical Urology*, 12(3), 200-209.
 6. Wagenlehner, F. M. E., & Tandogdu, Z. (2022). Recurrent urinary tract infections: an update on prophylaxis and treatment. *European Urology Focus*, 8(1), 11-19.
 7. Tenke, P., Kovacs, B., & Wullt, B. (2023). European Association of Urology (EAU) Guidelines on Urological Infections. *European Urology*, 83(5), 450-460.
 8. Palou, J., & Breda, G. (2021). Diagnosis and management of uncomplicated urinary tract infections. *BJU International*, 128(S4), 3-10.
 9. Mazzei, T., & Matera, L. (2024). Antimicrobial resistance in urinary tract infections: a growing concern. *Infection*, 52(1), 1-8.

-
10. Taneja, N., & Sharma, M. (2022). Antimicrobial resistance in urinary tract infections in community and hospital settings: a systematic review. *Journal of Global Antimicrobial Resistance*, 28, 205-215

Síndrome de Dolor Pélvico Crónico: Enfoque Multidisciplinario

Carolina Alejandra Toapanta Pullutasig

Definición

El SDPC se define como dolor constante o recurrente, no cíclico, localizado en la pelvis o sus estructuras adyacentes, que tiene una duración mínima de seis meses y que causa discapacidad funcional o requiere tratamiento médico. Este dolor puede

ser de origen ginecológico, urológico, gastrointestinal, musculoesquelético o

neuropático, y con frecuencia coexisten múltiples factores contribuyentes.

Epidemiología

La prevalencia del SDPC es significativa y varía según la población estudiada y la definición utilizada. Se estima que afecta entre el 15% y el 20% de las mujeres en edad reproductiva a nivel global. En Estados Unidos y Europa, se reporta una prevalencia que oscila entre el 15% y el 25% en mujeres. La Organización Mundial de la Salud (OMS) no proporciona datos específicos por país para Ecuador, sin embargo, la carga de la enfermedad se considera similar a la de otras

regiones latinoamericanas, donde la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno agrava la situación. La incidencia en hombres, aunque menos estudiada, también es relevante, especialmente en el contexto de síndromes de dolor urogenital crónico.

Fisiopatología

La fisiopatología del SDPC es intrincada y a menudo implica la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Se postula un modelo de sensibilización central y periférica. La sensibilización periférica ocurre por la estimulación persistente de nociceptores en los tejidos pélvicos debido a inflamación, isquemia o daño tisular. La sensibilización central implica cambios en el procesamiento

del dolor a nivel de la médula espinal y el cerebro, lo que lleva a una amplificación de las señales de dolor, reducción del umbral del dolor y propagación del dolor a áreas no afectadas inicialmente. Factores como la disfunción del suelo pélvico, la hiperalgesia visceral, la inflamación crónica de bajo grado y las alteraciones neuropáticas contribuyen a esta cascada. Además, los factores psicosociales como el estrés, la ansiedad, la depresión y los antecedentes de trauma pueden modular la percepción y la intensidad del dolor.

Cuadro Clínico

El cuadro clínico del SDPC es heterogéneo y los pacientes pueden presentar una amplia gama de síntomas. El dolor pélvico es el

síntoma cardinal y puede describirse como punzante, sordo, quemante, opresivo o de tipo cólico. La localización puede ser suprapúbica, en el bajo abdomen, perineal, vulvar, vaginal, testicular o irradiarse a la espalda baja o los muslos. Con frecuencia, el dolor se exacerba con ciertas actividades como la defecación, la micción, las relaciones sexuales (dispareunia) o la actividad física. Otros síntomas asociados incluyen disfunción vesical (polaquiuria, urgencia, disuria), disfunción intestinal (estreñimiento, diarrea, dolor con la defecación), disfunción sexual (dispareunia, disminución de la libido), fatiga, trastornos del sueño y síntomas psicológicos como ansiedad y depresión. La cronicidad del dolor impacta significativamente la calidad de vida, las

relaciones interpersonales y la capacidad laboral de los individuos afectados.

Diagnóstico

El diagnóstico del SDPC es fundamentalmente clínico y se basa en una historia clínica exhaustiva y un examen físico meticuloso. No existe una prueba diagnóstica única para el SDPC. El proceso implica la exclusión de otras causas de dolor pélvico agudo o crónico que puedan requerir un tratamiento específico. La historia clínica debe detallar las características del dolor (localización, irradiación, intensidad, factores desencadenantes y aliviadores), los síntomas asociados (urinarios, intestinales, sexuales), el historial médico y quirúrgico, y los factores psicosociales. El examen físico debe

incluir una evaluación abdominal, ginecológica o urológica, y musculoesquelética para identificar puntos gatillo, espasmos musculares o signos de neuropatía. Se pueden realizar pruebas complementarias según la sospecha diagnóstica, como análisis de orina, cultivos, ecografía pélvica, resonancia magnética, laparoscopia diagnóstica (en casos seleccionados) o pruebas urodinámicas. Es crucial un enfoque diagnóstico que considere la multifactorialidad del síndrome.

Tratamiento

El tratamiento del SDPC es multidisciplinario y se enfoca en el alivio del dolor, la mejora de la función y la calidad de vida. Las estrategias de tratamiento varían según la etiología

subyacente y las necesidades individuales del paciente. Las terapias farmacológicas pueden incluir analgésicos (antiinflamatorios no esteroideos, antidepresivos tricíclicos, gabapentina o pregabalina para el dolor neuropático), relajantes musculares o terapias hormonales en casos específicos. La fisioterapia del suelo pélvico es una piedra angular del tratamiento, abordando la disfunción muscular, los puntos gatillo y la reeducación neuromuscular. Las intervenciones psicológicas, como la terapia cognitivo-conductual (TCC) o la terapia de aceptación y compromiso (ACT), son cruciales para manejar el impacto emocional del dolor, desarrollar estrategias de afrontamiento y mejorar la funcionalidad. Las terapias intervencionistas como las infiltraciones de

puntos gatillo, los bloqueos nerviosos o la neuromodulación pueden considerarse en casos refractarios. En situaciones seleccionadas, la cirugía puede ser una opción si se identifica una causa quirúrgicamente corregible, aunque su papel es limitado en el SDPC sin una patología estructural clara. La clave del éxito radica en la combinación de estas modalidades de tratamiento en un plan individualizado y coordinado por un equipo de especialistas.

Pronóstico de los pacientes con la patología citada

El pronóstico de los pacientes con SDPC es variable y depende de múltiples factores, incluyendo la etiología, la duración del dolor, la presencia de comorbilidades psicológicas y la

respuesta al tratamiento. Si bien la curación completa es poco común, un enfoque multidisciplinario y temprano puede lograr una reducción significativa del dolor, una mejora de la función y un aumento de la calidad de vida. Sin un manejo adecuado, el SDPC puede cronificarse, llevando a un deterioro progresivo de la salud física y mental, aislamiento social y disminución de la productividad. El pronóstico es más favorable en pacientes que participan activamente en su tratamiento, adhieren a las recomendaciones y cuentan con un sistema de apoyo adecuado.

Recomendaciones

Para optimizar el manejo del SDPC, se recomienda:

-
- **Detección temprana y derivación oportuna:** Los profesionales de atención primaria deben estar capacitados para identificar los signos de SDPC y derivar a los pacientes a equipos multidisciplinarios especializados.
 - **Enfoque de equipo:** Fomentar la colaboración entre ginecólogos, urólogos, gastroenterólogos, fisioterapeutas, algólogos, psiquiatras/psicólogos y otros especialistas.
 - **Educación al paciente:** Empoderar a los pacientes con información clara sobre su condición, opciones de tratamiento y estrategias de autocuidado.

- **Manejo individualizado:** Adaptar el plan de tratamiento a las necesidades específicas de cada paciente, considerando todos los factores contribuyentes.
- **Investigación continua:** Promover la investigación para mejorar la comprensión de la fisiopatología, desarrollar nuevas herramientas diagnósticas y terapias más efectivas.
- **Soporte psicosocial:** Reconocer y abordar la carga psicológica del SDPC, ofreciendo acceso a terapias de apoyo y grupos de ayuda.

Bibliografía

-
1. Abbott, J. A., et al. (2022). Chronic Pelvic Pain: An Evidence-Based Approach to Diagnosis and Management. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, 49(3), 503-518.
 2. Bajaj, P., et al. (2021). Central Sensitization in Chronic Pelvic Pain: A Narrative Review. *Pain Research and Management*, 2021, 5588327.
 3. Fall, M., et al. (2020). The European Association of Urology Guidelines on Chronic Pelvic Pain. *European Urology Focus*, 6(3), 475-484.
 4. Grinberg, K., et al. (2023). Pelvic Floor Muscle Dysfunction in Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(4), 1402.
 5. International Pelvic Pain Society. (2024). *Understanding Chronic Pelvic Pain*. Recuperado de <https://www.pelvicpain.org/> (Nota: La IPPS es una organización líder en el campo, sus publicaciones y recursos son actuales).
 6. Mehta, N. N., & Argoff, C. E. (2023). Pharmacologic Management of Chronic Pelvic Pain. *Current Pain and Headache Reports*, 27(6), 263-272.
 7. Polus, H., et al. (2022). Psychological Interventions for Chronic Pelvic Pain: A Scoping Review. *Pain Practice*, 22(1), 101-115.
 8. Resende, C., et al. (2021). Diagnostic Approach to Chronic Pelvic Pain: A Comprehensive Review. *Journal of*

Endometriosis and Pelvic Pain Disorders,
13(2), 79-90.

9. Shitara, Y., et al. (2023). Neuromodulation for Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Physician*, 26(1), E1-E14.
10. Tu, F. F., & As-Sanie, S. (2020). Chronic Pelvic Pain. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 63(3), 522-531.

Datos de Autor

Erick Steef Velasco Vera

Universidad de Guayaquil Médico

Médico

Andres Alejandro Mota Loor

Médico Universidad Guayaquil

Maestría en Administración Pública Maestría en
Seguridad y Salud Ocupacional Universidad
Educativa Espiritu Santo

Médico en Funciones Hospitalarias Hospital General
Guasmo Sur

Carolina Alejandra Toapanta Pullutasig

Médico General, Máster en Epidemiología y Salud
Pública

Médico General

Urología Enfoques Clínicos Modernos

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y LIMITACIÓN DE USO

La información contenida en esta obra tiene un propósito exclusivamente académico y de divulgación científica. No debe, en ningún caso, considerarse un sustituto de la asesoría profesional calificada en contextos de urgencia o emergencia clínica. Para el diagnóstico, tratamiento o manejo de condiciones médicas específicas, se recomienda la consulta directa con profesionales debidamente acreditados por la autoridad competente.

La responsabilidad del contenido de cada artículo recae exclusivamente en sus respectivos autores.

ISBN: 978-9942-7406-3-2

Wissentaal Quito, Ecuador

Junio 2025

manager@wissentaal.com

Editado en Ecuador

Toda forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra queda sujeta a autorización previa y expresa de los titulares de los derechos, conforme a lo dispuesto en la normativa vigente.

