

LIVING WITH  
CHRONIC PROSTATITIS /  
CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME (CP/CPPS)

# You are not alone.

Pain is real.  
And manageable.

Understanding the cause is the first step. A multimodal approach offers the best path to relief and restoring your quality of life.



## SUPPORTIVE SELF-CARE STRATEGIES



**WARM SITZ BATH**  
Helps relax muscles and soothe pain.

## DONUT CUSHION



Reduces pressure and supports comfort.

## GENTLE STRETCHING



Improves flexibility and reduces muscle tension.

## THE VICIOUS CYCLE

How pain, tension and stress perpetuate CP/CPPS

### 1 HYPERSENSITIVE PELVIC NERVES

Nerves become overactive, sending pain signals even without harm.

*Breaking the cycle is key to healing.*

### 2

### CHRONICALLY TENSE PELVIC FLOOR MUSCLES

Muscles stay tight and guarded, reducing blood flow and maintaining pain.

### 3

### STRESS & ANXIETY

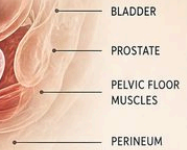
Emotional stress heightens pain perception and increases muscle tension.



**This condition is real.**  
You're not imagining it, and it's not your fault. With the right support and tools, improvement is possible.

## UNDERSTANDING YOUR PELVIS

Everything is connected.



## A MULTIMODAL APPROACH TO HEALING

*Three pillars. One goal: getting your life back.*

### 1 PELVIC FLOOR PHYSICAL THERAPY



Release tension. Restore balance. Specialized therapy helps relax tight muscles, improve movement, and reduce pain.

### 2 NEUROPATHIC PAIN MANAGEMENT



Calm the nerves. Reduce sensitivity. Medications and nerve-modulating strategies help quiet overactive pain signals.

### 3 STRESS MANAGEMENT & PSYCHOLOGICAL SUPPORT



Calm the mind. Support healing. Mindfulness, stress reduction and counseling improve coping and reduce symptom flares.



**HOPE. HEALING. A BETTER QUALITY OF LIFE.**  
Every small step counts. You deserve support, answers, and relief.

*We're here with you.*

# Prostatitis

Folleto para Pacientes: Prostatitis Crónica y Dolor Pélvico (Página 1: Portada)

Un Dolor Persistente que Nadie Parece Entender. Si Vives con Dolor Pélvico, No Estás Solo y No Estás Loco.

Guía para Comprender la Prostatitis Crónica / Síndrome de Dolor Pélvico Crónico (PC/SDPC)

(Imagen: Silueta de un hombre sentado, con un punto de luz o un resplandor en la zona pélvica, transmitiendo la idea de un dolor localizado e interno).

(Página 2: ¿Qué es la Prostatitis Crónica? El Nombre que Confunde)

El término "prostatitis" significa "inflamación de la próstata". Sin embargo, en más del 90% de los casos de "prostatitis crónica", el problema no es una infección bacteriana y, a veces, la próstata ni siquiera es el origen principal del dolor.

Por eso, los médicos prefieren un nombre más preciso: Síndrome de Dolor Pélvico Crónico (SDPC).

Piensa en ello no como una "infección", sino como una condición de "dolor crónico", similar a la migraña o el lumbago. Es un problema real, físico y a menudo debilitante.

## Puntos Clave:

No es cáncer. No es contagioso. En la gran mayoría de los casos, los antibióticos no son la solución a largo plazo. (Página 3: El Mosaico de Síntomas)

El SDPC no se manifiesta igual en todos. Es un mosaico de síntomas que pueden aparecer y desaparecer. Marca los que experimentas:

## **DOLOR (el síntoma principal):**

- Dolor o molestia en la zona entre el escroto y el ano (perineo).
- Dolor en los testículos, el pene o el escroto.  Dolor en la parte baja de la espalda, el pubis o la vejiga.  Dolor durante o después de la eyaculación (esto es muy característico).

## **SÍNTOMAS URINARIOS:**

- Necesidad de orinar con frecuencia o urgencia.  Sensación de ardor al orinar.  Chorro de orina débil o interrumpido.

## **SÍNTOMAS SEXUALES:**

- Disfunción eréctil.  Pérdida del deseo sexual (a menudo relacionada con el propio dolor). El estrés, estar sentado por largos periodos o ciertos alimentos pueden empeorar los síntomas.

(Página 4: ¿Por Qué Ocurre? La Teoría del "Cortocircuito" Nervioso)

Si no es una bacteria, ¿qué causa el dolor? La teoría más aceptada es la del "Sistema de Alarma Sensibilizado".

El Evento Inicial: Todo pudo empezar con una pequeña agresión en la zona pélvica: una infección urinaria pasada, un golpe, estrés intenso o tensión muscular crónica en el suelo pélvico. La "Memoria" del Dolor: Este evento inicial puede haber irritado los nervios de la pelvis. Aunque la causa original desapareció, los nervios quedaron "hipersensibles". Ahora, interpretan estímulos normales (como una vejiga llenándose o la eyaculación) como si fueran dolorosos.

## **El Círculo Vicioso:**

Los nervios irritados provocan que los músculos del suelo pélvico se contraigan de forma involuntaria y crónica. Estos músculos tensos aprietan los nervios aún más, generando más dolor. El

dolor constante genera estrés y ansiedad, lo que a su vez aumenta la tensión muscular. (Diagrama simple: Un círculo vicioso con tres puntos: "Nervios Hipersensibles" -> "Tensión Muscular Pélvica" -> "Estrés y Ansiedad" -> y de vuelta a "Nervios Hipersensibles").

(Página 5: El Diagnóstico: Un Trabajo de Detective)

El diagnóstico del Síndrome de Dolor Pélvico Crónico (SDPC) se basa en descartar otras enfermedades. No hay una sola prueba que diga "usted tiene SDPC". Prepárate para una consulta detallada; tu historia es la pista más importante.

¿Qué hará tu médico?

Escucharte Atentamente: La descripción de tu dolor, cuándo empeora y cómo afecta tu vida es crucial. Examen Físico: Incluirá un tacto rectal, pero no solo para sentir la próstata. El médico buscará puntos gatillo: nudos musculares dolorosos en el suelo pélvico. Si al presionar un músculo se reproduce tu dolor habitual, es una pista muy fuerte de que la tensión muscular es un factor clave.

## **Análisis Básicos:**

Análisis de orina y semen: Para buscar bacterias o signos de inflamación. En la mayoría de los casos de SDPC, estos resultados son normales. Análisis de sangre (PSA): Para evaluar la salud general de la próstata. Un resultado "normal" en todas las pruebas puede ser frustrante, pero en realidad es una buena noticia: significa que no hay una infección grave, cáncer u otro problema serio. Tu dolor es real, pero su causa es funcional, no una enfermedad peligrosa.

(Página 6: El Tratamiento: Atacando el Círculo Vicioso)

Olvidate de la "bala de plata". El tratamiento exitoso del SDPC requiere un enfoque multimodal, atacando el círculo vicioso

desde varios ángulos a la vez. La paciencia es clave.

LA PIEZA CENTRAL: Fisioterapia del Suelo Pélvico

¿Qué es? Es la terapia más importante y con más evidencia. Un fisioterapeuta especializado te enseñará a relajar los músculos hipertensos de la pelvis mediante masajes internos, estiramientos y técnicas de biofeedback. No es ejercicio para "fortalecer", sino para "soltar".

## **MANEJO DEL DOLOR NERVIOSO Y MUSCULAR**

Medicamentos para el dolor neuropático: Fármacos como la Amitriptilina o la Gabapentina (usados en dosis bajas) pueden "calmar" los nervios hipersensibles. No son analgésicos comunes. Relajantes musculares: Para ayudar a romper el ciclo de tensión. Antiinflamatorios: Pueden ayudar durante las crisis de dolor.

## **MANEJO DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD**

Técnicas de relajación: Mindfulness, meditación, yoga o respiración profunda. Reducir el estrés general disminuye la tensión muscular pélvica. Apoyo psicológico: Hablar con un terapeuta puede darte herramientas para manejar el impacto emocional de vivir con dolor crónico. (Imagen: Iconos representando las 3 áreas de tratamiento: una persona estirándose (Fisio), una pastilla (Medicación), y un cerebro tranquilo (Manejo del Estrés)).

(Página 7: Autocuidado: Tú Tienes el Control)

Hay muchas cosas que puedes hacer en tu día a día para manejar los síntomas.

Cojín en forma de dona o "U": Si trabajas sentado, un cojín especial puede aliviar la presión directa sobre el perineo. Baños de asiento tibios: El calor ayuda a relajar los músculos pélvicos. 10-15 minutos al día pueden marcar una diferencia.

Estiramientos: Incorpora estiramientos suaves de los músculos

de la cadera, glúteos e isquiotibiales en tu rutina diaria. Dieta: Algunos pacientes notan que ciertos alimentos empeoran sus síntomas (picantes, alcohol, cafeína). Lleva un diario y descubre cuáles te afectan a ti. Ejercicio moderado: Actividades como caminar o nadar mejoran el flujo sanguíneo y reducen el estrés. Evita ejercicios que pongan mucha presión en la pelvis, como el ciclismo intenso o el levantamiento de pesas pesado. (Página 8: Un Mensaje de Esperanza)

Vivir con dolor pélvico crónico es agotador física y emocionalmente. Es normal sentirse frustrado, especialmente si has pasado por múltiples médicos y tratamientos con antibióticos sin éxito.

### **Lo más importante que debes saber es:**

Tu dolor es real. No es "algo que está en tu cabeza". No estás solo. Es un problema muy común. Hay esperanza. Aunque no existe una "cura" mágica, con un enfoque multimodal, paciencia y el equipo de salud adecuado (urólogo, fisioterapeuta, a veces un psicólogo), la gran mayoría de los hombres pueden lograr un control significativo de sus síntomas y recuperar su calidad de vida. El objetivo es pasar de "sufrir el dolor" a "manejar el dolor". El camino empieza por entender que el enemigo no es una infección, sino un sistema nervioso y muscular que necesita ser reeducado.

### **FIN DEL FOLLETO PARA PACIENTES**

Guía Clínica Rápida: Prostatitis Crónica / Síndrome de Dolor Pélvico Crónico (PC/SDPC) (Página 1: Portada y Clasificación del NIH)

Abordaje Práctico del Paciente con Dolor Pélvico Crónico: Más Allá de los Antibióticos

Una revisión basada en evidencia para el urólogo, médico de familia y residente.

(Imagen: Un diagrama de flujo algorítmico o una representación molecular de citoquinas inflamatorias).

Clasificación de las Prostatitis del National Institutes of Health (NIH): Un Marco Esencial

Categoría I: Prostatitis Bacteriana Aguda Infección aguda de la próstata. Paciente febril, séptico. Urocultivo y hemocultivo positivos. Requiere hospitalización y antibióticos IV. Categoría II: Prostatitis Bacteriana Crónica Infecciones urinarias recurrentes con el mismo uropatógeno. El diagnóstico requiere cultivo fraccionado (Test de Meares-Stamey o su versión simplificada pre/post-masaje prostático). Representa <5% de los casos de "prostatitis". Categoría III: Prostatitis Crónica / Síndrome de Dolor Pélvico Crónico (PC/SDPC) Dolor pélvico de  $\geq 3$  meses de duración sin uropatógeno demostrable en cultivos. Representa >90% de los casos. IIIA (Inflamatorio): Leucocitos presentes en semen, orina post-masaje o secreción prostática. IIIB (No Inflamatorio): Ausencia de leucocitos. Categoría IV: Prostatitis Inflamatoria Asintomática Leucocitos o bacterias en tejido/ secreciones prostáticas. Hallazgo incidental (ej. en biopsia por PSA elevado). No requiere tratamiento. Este folleto se centra exclusivamente en el manejo de la Categoría III (PC/SDPC).

(Página 2: Fisiopatología: Un Modelo Neuro-Inmuno-Muscular)

El paradigma de "infección oculta" ha sido superado. El modelo actual postula una sensibilización del sistema nervioso central y periférico, desencadenada por un evento inicial y perpetuada por un círculo vicioso.

### **El Modelo "CASCADE":**

Evento Iniciador: Infección (incluso transitoria y resuelta), trauma pélvico, estrés psicológico agudo, disfunción del suelo pélvico.

Activación Neuroinmune Local: El evento inicial provoca la degranulación de mastocitos y la liberación de citoquinas

proinflamatorias (TNF- $\alpha$ , IL-1, NGF) en la próstata y la pelvis. Sensibilización Periférica y Central: El "caldo inflamatorio" y la activación neural directa (vía fibras C) disminuyen el umbral de activación de los nociceptores pélvicos. Esto conduce a una reorganización sináptica en el asta dorsal de la médula espinal y en áreas cerebrales del dolor (córtex cingulado anterior, ínsula). Disfunción del Suelo Pélvico: El dolor y la inflamación neural provocan un reflejo de defensa que se manifiesta como hipertonia crónica de los músculos del suelo pélvico (obturador interno, elevador del ano). Perpetuación: La hipertonia muscular comprime los nervios pudendos, causando isquemia neural y más dolor (ciclo vicioso). La ansiedad y la catastrofización del dolor (factores psicológicos) refuerzan la sensibilización central. (Diagrama: Flujograma mostrando el modelo CASCADE).

El resultado es alodinia (percepción de dolor ante estímulos no dolorosos) e hiperalgesia. La próstata puede ser la víctima inicial, pero el generador del dolor persistente es el sistema neuromuscular y nervioso pélvico.

(Página 3: Diagnóstico Fenotípico: El Sistema UPOINT)

El tratamiento multimodal requiere una fenotipificación del paciente. El sistema UPOINT(S) es la herramienta clínica estándar para clasificar los dominios tratables de cada paciente.

(U) - Urinario: Evaluar síntomas de vaciado/llenado. Considerar urodinamia si hay sospecha de disinergia detrusor-esfínter. (P) - Psicosocial: Evaluar ansiedad, depresión, catastrofización, estrés. Usar cuestionarios validados (PHQ-9, GAD-7). (O) - Organismo Específico: Buscar dolor o inflamación prostática. Evaluar leucocitos en semen/orina post-masaje (clasificación IIIA vs IIIB). (I) - Infeccioso: Descartar Categoría II mediante cultivos fraccionados. La presencia de bacterias no patógenas o de bajo recuento no justifica tratamiento antibiótico prolongado. (N) - Neurológico/Sistémico: Identificar dolor neuropático (alodinia,

hiperalgesia) y otros síndromes de dolor funcional (IBS, fibromialgia). (T) - Tensión Muscular: El dominio más importante. Palpar el suelo pélvico (perineal y transrectal) para identificar puntos gatillo en el obturador interno, pubococcígeo y puborrectal. (S) - Sexual: Evaluar disfunción eréctil, dolor eyaculatorio, disminución de la libido.

El objetivo es crear un "mapa UPOINT" para cada paciente y dirigir la terapia a los dominios positivos.

(Página 4: Diagnóstico Diferencial Clave)

Antes de confirmar SDPC, se debe realizar un diagnóstico diferencial razonado.

Categoría Diagnósticos a Considerar Pruebas Sugeridas  
Urológicos Cistitis intersticial/Síndrome de vejiga dolorosa, Cáncer de vejiga (CIS), Prostatitis Bacteriana Crónica, Estenosis de uretra. Citología urinaria, Cistoscopia (si hay hematuria o factores de riesgo), Uroflujometría, Cultivo post-masaje.  
Gastrointestinales Síndrome del Intestino Irritable (IBS), Enfermedad inflamatoria intestinal. Criterios de Roma IV, derivación a Gastroenterología si hay síntomas GI predominantes. Neurológicos Atrapamiento del nervio pudendo, Radiculopatía sacra. Evaluación neurológica, EMG/velocidad de conducción nerviosa si hay alta sospecha clínica.  
Musculoesqueléticos Disfunción de la articulación sacroilíaca, Coxartrosis, Hernia inguinal. Examen ortopédico dirigido.

(Página 5: Algoritmo de Tratamiento Basado en el Fenotipo UPOINT)

El tratamiento debe ser individualizado. Dirija las terapias únicamente a los dominios positivos del "mapa UPOINT" del paciente.

## **Dominio (U) Urinario:**

Terapia de primera línea: Alfabloqueantes (Tamsulosina 0.4mg/día, Silodosina 8mg/día). Mecanismo: Relajación del músculo liso del cuello vesical y la uretra prostática. Evidencia: Nivel 1B. Mejoran los síntomas urinarios, pero tienen un efecto mínimo o nulo sobre el dolor. Útiles si los síntomas LUTS son una queja principal. Otras consideraciones: Anticolinérgicos (ej. Tolterodina) o Mirabegron si predominan los síntomas de vejiga hiperactiva, pero usar con precaución si existe un componente obstructivo.

### **Dominio (P) Psicosocial:**

Terapia de primera línea: Educación al paciente, validación del dolor y establecimiento de expectativas realistas.

### **Intervenciones:**

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): Ayuda a romper el ciclo de catastrofización del dolor. (Nivel de evidencia 2A). Mindfulness y Reducción del Estrés (MBSR): Muy eficaz para reducir la sensibilización central. (Nivel de evidencia 2B). Farmacoterapia: Considerar ISRS (ej. Sertralina) o IRSN (ej. Duloxetine) si coexiste un trastorno de ansiedad o depresión diagnosticado. Derivar a Psiquiatría o Psicología. (Página 6: Tratamiento UPOINT - Dominios Centrales)

### **Dominio (O) Órgano Específico / (I) Infeccioso:**

Regla general: EVITAR CURSOS PROLONGADOS DE ANTIBIÓTICOS EMPÍRICOS. Son la principal causa de frustración y efectos adversos.

### **Protocolo de antibióticos (si se decide usar):**

Justificación: Solo si se aísla un patógeno claro (Categoría II) o en un primer episodio de PC/SDPC tipo IIIA (inflamatorio) en un paciente sin tratamiento previo. Elección: Fluoroquinolonas (ej. Ciprofloxacino 500mg/12h) o Trimetoprim/Sulfametoxazol por 4-6 semanas, debido a su buena penetración prostática.

Reevaluación: Si no hay mejoría significativa en 2-4 semanas, suspender y no repetir. El efecto antiinflamatorio, y no el antibacteriano, puede ser responsable de cualquier mejoría transitoria.

### **Terapias antiinflamatorias:**

AINES (curso corto durante las crisis). Inhibidores de la 5-alfa reductasa (Finasterida/Dutasterida): Pueden tener un rol en pacientes con HPB y hematospermia concomitante, pero su evidencia en el manejo del dolor es débil (Nivel 3).

### **Dominio (N) Neurológico/Sistémico:**

#### **Terapia de primera línea para el dolor neuropático:**

Antidepresivos Tricíclicos: Amitriptilina en dosis bajas (10-25mg por la noche, titular hasta 50-75mg). (Nivel de evidencia 2A).  
Gabapentinoides: Gabapentina (iniciar 300mg/noche, titular hasta 900-1800mg/día) o Pregabalina (iniciar 75mg/día, titular hasta 150-300mg/día). (Nivel de evidencia 2B). Mecanismo: Modulan la percepción del dolor a nivel del sistema nervioso central. Informar al paciente que no son analgésicos convencionales y su efecto puede tardar semanas. (Página 7: Tratamiento UPOINT - El Dominio Clave y Terapias de Tercera Línea)

### **Dominio (T) Tensión Muscular:**

TERAPIA FUNDAMENTAL: Referir a un Fisioterapeuta especializado en Suelo Pélvico. (Nivel de evidencia 1B). Objetivo: Liberación de puntos gatillo miofasciales (trigger points), reeducación neuromuscular, enseñanza de "down-training" (relajación pélvica) y estiramientos. El éxito del tratamiento multimodal a menudo depende de la calidad de esta intervención.

### **Coadyuvantes:**

Relajantes musculares (ej. Ciclobenzaprina 5-10mg por la noche).  
Infiltración de puntos gatillo con anestésico local (ej. lidocaína) o toxina botulínica (uso off-label, por especialistas en dolor).  
Autocuidado: Baños de asiento, estiramientos, uso de cojines de descarga perineal.

### **Dominio (S) Sexual:**

Dolor eyaculatorio: A menudo mejora al tratar los dominios (N) y (T). Los alfabloqueantes pueden ayudar.

### **Disfunción Eréctil:**

Evaluar causas orgánicas y psicógenas. Inhibidores de la PDE5 (Sildenafil, Tadalafilo) son seguros y eficaces. El uso diario de Tadalafilo 5mg puede mejorar sinérgicamente los LUTS (síntomas del tracto urinario inferior) y la función endotelial pélvica.

### **Terapias de Tercera Línea (para casos refractarios, por unidades de dolor pélvico):**

Neuromodulación Sacra: (Implante de un "marcapasos" vesical). Aprobado para LUTS refractarios, con evidencia emergente en dolor pélvico. (Nivel de evidencia 2B-3). Bloqueo del Nervio Pudendo: Con fines diagnósticos y terapéuticos. Inyecciones de Toxina Botulínica: En los músculos del suelo pélvico o intraprostáticas. (Experimental). (Página 8: Conclusiones para el Clínico)

Clasifique y Fenotipifique: Use la clasificación del NIH y el sistema UPOINT. No trate a todos los pacientes con "prostatitis" de la misma manera. Piense "Neuromuscular", no "Infeccioso": El problema central en >90% de los casos es una disfunción del suelo pélvico y una sensibilización neural. La próstata es a menudo un espectador inocente. Abandone la Antibioticoterapia Empírica Recurrente: Es ineficaz a largo plazo y estigmatiza al

paciente. Reserve los antibióticos para casos con evidencia microbiológica clara. Construya una Red Multidisciplinaria: El manejo exitoso del SDPC es un deporte de equipo. Identifique y colabore con: Fisioterapeutas de suelo pélvico (esencial). Psicólogos/Psiquiatras. Especialistas en manejo del dolor. Eduque y Valide: La herramienta terapéutica más potente es la comunicación. Explicar el modelo de sensibilización central y disfunción muscular alivia la ansiedad del paciente, desmitifica la enfermedad y mejora la adherencia al tratamiento multimodal. Establezca metas realistas: el objetivo es el manejo y la mejoría funcional, no necesariamente la "cura" total del dolor.

## **FIN DEL FOLLETO PARA MÉDICOS**

Aviso: documento de divulgación médica del Dr. Alexander Figueredo. No sustituye la consulta ni el criterio de tu médico tratante. Ante cualquier síntoma, acude a un profesional licenciado.