



DOI: <https://doi.org/10.46296/yc.v10i18.0876>

PROSTATITIS CRÓNICA / SÍNDROME DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO: FENOTIPOS CLÍNICOS Y RESPUESTA TERAPÉUTICA

CHRONIC PROSTATITIS / CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME: CLINICAL PHENOTYPES AND THERAPEUTIC RESPONSE

Torres-Chamba James Karlyle ¹; Cueva-Criollo Andrea Natalia ²;
Ramírez-Quevedo Deyanira Viviña ³; Quezada-Rueda Carina Piedad ⁴

¹ Médico General. Loja, Ecuador.

Correo: md.jamestorres@outlook.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-2058-0537>

² Médico General. Quito, Ecuador.

Correo: andreanathalia31@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-9986-7044>

³ Médico General, Distrito 11D07 Macará –Sozoranga – Salud. Ecuador.

Correo: deyaniraramirez020898@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-3944-7560>

⁴ Médico General, Hospital Básico Yantzaza. Zamora, Ecuador.

Correo: cariquezada20@hotmail.com

Resumen

Introducción: La prostatitis crónica / síndrome de dolor pélvico crónico (CP/CPPS, por sus siglas en inglés) corresponde a un cuadro heterogéneo caracterizado por dolor o malestar pélvico persistente o recurrente, habitualmente por más de tres meses, en ausencia de infección bacteriana demostrada u otra patología local evidente que explique completamente los síntomas. Su impacto clínico es relevante porque compromete dolor, función urinaria, actividad sexual, salud mental y calidad de vida. **Objetivo:** Analizar los fenotipos clínicos de la CP/CPPS y su relación con la respuesta terapéutica, destacando la utilidad del modelo UPOINT/UPOINTS para orientar un manejo individualizado, multimodal y multidisciplinario. **Métodos:** Se realizó una revisión narrativa basada en guías clínicas internacionales, revisiones sistemáticas, estudios de fenotipificación y literatura relevante sobre diagnóstico, evaluación de respuesta y tratamiento de la CP/CPPS. **Desarrollo:** La evidencia disponible indica que ningún tratamiento aislado produce una respuesta universal. La clasificación por fenotipos permite identificar dominios predominantes: urinario, psicosocial, órgano-específico, infeccioso, neurológico/sistémico, sensibilidad muscular del piso pélvico y disfunción sexual. Cada dominio se asocia con estrategias terapéuticas específicas, como alfa-bloqueadores, antibióticos dirigidos por cultivo, antiinflamatorios, fitoterapia, neuromoduladores del dolor, fisioterapia del piso pélvico, terapia psicológica y tratamiento de la disfunción sexual. **Conclusiones:** La CP/CPPS debe abordarse como un síndrome biopsicosocial de expresión variable. La respuesta terapéutica mejora cuando el tratamiento se adapta al fenotipo clínico, se evita el uso repetido e injustificado de antibióticos y se integran intervenciones urológicas, fisioterapéuticas, psicológicas y de medicina del dolor. El NIH-CPSI constituye una herramienta útil para cuantificar gravedad y seguimiento, considerándose clínicamente relevante una disminución aproximada de 6 puntos en el puntaje total.

Palabras claves: prostatitis crónica; síndrome de dolor pélvico crónico; UPOINT; fenotipos; NIH-CPSI; dolor pélvico masculino; tratamiento multimodal.

Abstract

Background: Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS) is a heterogeneous condition characterized by persistent or recurrent pelvic pain, usually for more than three months, in the absence of proven bacterial infection or another evident local disease explaining symptoms. It affects pain, urinary function, sexual health, psychosocial well-being and quality of life. **Objective:** To analyze the clinical phenotypes of CP/CPPS and their relationship with therapeutic

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 09 de febrero de 2026.

Fecha de aceptación: 10 de abril de 2026.

Fecha de publicación: 10 de mayo de 2026.



response, emphasizing the UPOINT/UPOINTS model as a practical framework for individualized and multimodal care. Methods: A narrative review was conducted using international clinical guidelines, systematic reviews, phenotyping studies and relevant literature on diagnosis, outcome assessment and treatment of CP/CPPS. Discussion: Current evidence supports a phenotype-directed approach because no single monotherapy benefits all patients. The UPOINT/UPOINTS domains include urinary, psychosocial, organ-specific, infection, neurologic/systemic, tenderness of pelvic floor muscles and sexual dysfunction. Each domain suggests specific therapeutic strategies, such as alpha-blockers, culture-guided antibiotics, anti-inflammatory agents, phytotherapy, pain neuromodulators, pelvic floor physical therapy, psychological therapy and sexual dysfunction management. Conclusions: CP/CPPS should be understood as a biopsychosocial syndrome with variable clinical expression. Therapeutic response is optimized when treatment is tailored to the dominant phenotype, unnecessary repeated antibiotics are avoided and multidisciplinary care is implemented. NIH-CPSI is useful for monitoring symptom burden and response over time.

Keywords: chronic prostatitis; chronic pelvic pain syndrome; UPOINT; phenotypes; NIH-CPSI; male pelvic pain; multimodal therapy.

1. Introducción

La prostatitis crónica / síndrome de dolor pélvico crónico es una de las entidades más complejas de la urología funcional. A diferencia de la prostatitis bacteriana aguda o crónica, la CP/CPPS no se define por la presencia constante de un microorganismo, sino por un conjunto de síntomas persistentes que combinan dolor pélvico, molestias urinarias, disfunción sexual y afectación psicosocial. Esta heterogeneidad explica por qué los enfoques terapéuticos uniformes suelen ser insuficientes.

Desde el punto de vista clínico, el paciente puede referir dolor perineal, suprapúbico, peneano, testicular, rectal o lumbar bajo, asociado a síntomas del tracto urinario inferior,

eyaculación dolorosa, disminución de la función eréctil, ansiedad, alteraciones del sueño o temor persistente a enfermedad prostática grave. La exploración puede evidenciar hipersensibilidad prostática, puntos gatillo miofasciales o hipertonía del piso pélvico, aunque en muchos casos los hallazgos físicos son discretos.

El reto diagnóstico consiste en reconocer la CP/CPPS sin minimizar el dolor del paciente, pero descartando causas secundarias relevantes como infección urinaria persistente, prostatitis bacteriana crónica, litiasis, estenosis uretral, neoplasias, dolor neuropático pudiendo, enfermedad intestinal, dolor lumbar referido, síndrome de vejiga dolorosa y trastornos dermatológicos o infecciosos



genitales. Por ello, el diagnóstico debe ser clínico, razonado y proporcional, evitando investigaciones repetidas que incrementen ansiedad sin modificar la conducta terapéutica.

En los últimos años, el enfoque fenotípico ha ganado relevancia porque permite pasar de la pregunta “¿qué fármaco sirve para la prostatitis crónica?” a una pregunta más útil: “¿qué dominios clínicos están activos en este paciente y qué intervención corresponde a cada uno?”. En este contexto, el sistema UPOINT y su modificación UPOINTS ofrecen un marco práctico para personalizar la atención.

2. Metodología

Se elaboró una revisión narrativa con búsqueda dirigida de guías clínicas, revisiones sistemáticas, artículos de fenotipificación, estudios prospectivos y literatura relevante sobre CP/PPS. Se priorizaron documentos de sociedades científicas, revisiones Cochrane, publicaciones con enfoque UPOINT/UPOINTS, estudios sobre NIH-CPSI y artículos recientes sobre terapias multimodales. La

información se organizó por dominios clínicos, criterios diagnósticos, respuesta terapéutica y aplicabilidad en la práctica clínica.

Esta revisión no constituye una revisión sistemática ni un metaanálisis. Su finalidad es académica y busca integrar evidencia disponible en un formato útil para exposición, discusión clínica y orientación general del manejo individualizado.

Marco conceptual y clasificación

La clasificación tradicional de prostatitis del National Institutes of Health divide las entidades prostáticas en cuatro categorías: prostatitis bacteriana aguda, prostatitis bacteriana crónica, prostatitis crónica / síndrome de dolor pélvico crónico y prostatitis inflamatoria asintomática. La CP/PPS corresponde a la categoría III y puede subdividirse en IIIA, cuando existen datos inflamatorios en secreción prostática, semen u orina posmasaje, y IIIB, cuando no se documenta inflamación evidente. Sin embargo, esta división inflamatoria tiene limitaciones para predecir respuesta clínica, por lo que el

fenotipado sintomático suele ser más útil en la práctica.

El concepto moderno de dolor pélvico crónico considera que el dolor puede persistir aunque el evento inicial haya desaparecido. En estos casos intervienen mecanismos periféricos y centrales: inflamación neurogénica, hipersensibilidad visceral, disfunción del piso pélvico, alteraciones inmunológicas, microbioma urinario o prostático, estrés, ansiedad, catastrofización del dolor, trastornos del sueño y comorbilidades sistémicas como síndrome de intestino irritable o fibromialgia.

Por tanto, la CP/CPPS debe entenderse como un síndrome con expresión urológica, musculoesquelética, neurológica, sexual y psicosocial. Esta perspectiva evita atribuir todos los

síntomas a una infección prostática no demostrada y reduce el riesgo de indicar ciclos repetidos de antibióticos sin evidencia microbiológica.

Fenotipos clínicos UPOINT/UPOINTS

El sistema UPOINT organiza la CP/CPPS en seis dominios: urinario, psicosocial, órgano-específico, infección, neurológico/sistémico y sensibilidad muscular. La versión UPOINTS añade el dominio de disfunción sexual. Este modelo no pretende ser una etiqueta rígida, sino una guía para identificar objetivos terapéuticos. Un paciente puede presentar varios dominios positivos; mientras mayor sea el número de dominios activos, mayor suele ser la carga sintomática y más probable es que requiera tratamiento combinado.

Tabla 1. Fenotipos UPOINTS y orientación terapéutica

Dominio	Hallazgos sugerentes	Evaluación práctica	Tratamiento orientado al fenotipo
Urinario	Urgencia, frecuencia, nicturia, chorro débil, vaciamiento incompleto, dolor asociado a micción.	Cuestionario de síntomas, uroanálisis, cultivo, uroflujometría y residuo posmiccional si hay sospecha obstructiva.	Alfa-bloqueadores en pacientes con síntomas obstructivos o irritativos predominantes; medidas conductuales, control de líquidos irritantes y seguimiento con NIH-CPSI.



Dominio	Hallazgos sugerentes	Evaluación práctica	Tratamiento orientado al fenotipo
Psicosocial	Ansiedad, depresión, hipervigilancia, catastrofización, insomnio, miedo a cáncer o infertilidad.	Tamizaje de ansiedad/depresión, evaluación del impacto laboral, sexual y familiar.	Educación, validación del dolor, terapia cognitivo-conductual, manejo del sueño, técnicas de relajación y derivación a salud mental cuando corresponda.
Órgano-específico	Dolor prostático o uretral, hipersensibilidad prostática, molestias pos-eyaculación, inflamación local probable.	Tacto rectal cuidadoso, exclusión de prostatitis bacteriana, análisis de semen u orina posmasaje si está indicado.	Antiinflamatorios de corta duración, fitoterapia seleccionada, medidas antiirritantes, control de eyaculación dolorosa y vigilancia de síntomas de alarma.
Infección	Cultivos positivos, infecciones urinarias recurrentes, antecedente de ITS, secreción uretral o síntomas sistémicos.	Uroanálisis, urocultivo, pruebas para ITS según riesgo, cultivo de semen o prueba pre/postmasaje en casos seleccionados.	Antibióticos solo cuando exista sospecha microbiológica razonable o cultivo positivo; evitar ciclos repetidos sin evidencia de infección.
Neurológico / sistémico	Dolor generalizado, síndrome de intestino irritable, fibromialgia, fatiga, alodinia, dolor neuropático.	Búsqueda de comorbilidades, evaluación neurológica y de medicina del dolor si hay refractariedad.	Neuromoduladores del dolor en casos seleccionados, ejercicio gradual, educación en dolor persistente y manejo multidisciplinario.
Sensibilidad muscular	Dolor al palpar elevador del ano, obturador interno, periné o músculos aductores; hipertonía del piso pélvico.	Examen musculoesquelético y evaluación del piso pélvico; identificar puntos gatillo y patrones posturales.	Fisioterapia especializada del piso pélvico, liberación miofascial, biofeedback, respiración diafragmática y evitar ejercicios de Kegel si existe hipertonía.
Sexual	Disfunción eréctil, eyaculación dolorosa, disminución del deseo, evitación sexual, ansiedad de desempeño.	Historia sexual sensible, evaluación de erección y eyaculación, relación con dolor y pareja.	Inhibidores de PDE5 si hay disfunción eréctil, educación sexual, terapia de pareja o sexología, manejo del dolor pos-eyaculatorio.

Evaluación diagnóstica

La evaluación inicial debe ser amplia, pero no indiscriminada. El objetivo es confirmar un patrón compatible con CP/CPPS, identificar fenotipos activos, descartar causas secundarias y establecer una línea basal para medir la respuesta. La

anamnesis debe precisar duración, localización del dolor, factores desencadenantes, relación con micción, defecación y eyaculación, síntomas urinarios, antecedentes de infecciones, tratamientos previos, consumo de antibióticos, actividad sexual, ITS, trauma pélvico, cirugía,

estrés, sueño y comorbilidades de dolor crónico.

El examen físico debe incluir abdomen, región lumbar, genitales externos, testículos, epidídimos, hernias, tacto rectal y evaluación de sensibilidad del piso pélvico. El tacto rectal debe ser respetuoso y cuidadoso: una próstata dolorosa no confirma infección, pero puede orientar el dominio órgano-específico; la hipertonía o sensibilidad muscular orienta hacia fenotipo de piso pélvico.

Las pruebas básicas incluyen uroanálisis y urocultivo. Según el

contexto se pueden solicitar pruebas para infecciones de transmisión sexual, antígeno prostático específico en pacientes con indicación por edad o riesgo, uroflujometría, residuo posmiccional, ecografía, cistoscopia o estudios de imagen. Estas herramientas no deben usarse de rutina en todos los pacientes, sino de forma dirigida ante hematuria, fiebre, pérdida de peso, dolor óseo, retención, infecciones recurrentes, síntomas obstructivos graves o sospecha de neoplasia, litiasis, estenosis uretral o enfermedad neurológica.

Tabla 2. Diagnóstico diferencial y signos de alarma

Situación clínica	Datos orientadores	Conducta sugerida
Prostatitis bacteriana aguda	Fiebre, escalofríos, mal estado general, próstata muy dolorosa, disuria intensa, leucocituria o bacteriuria.	Tratamiento antibiótico urgente, evitar masaje prostático y valorar hospitalización si hay sepsis, retención o comorbilidad.
Prostatitis bacteriana crónica	Infecciones urinarias recurrentes por el mismo microorganismo, respuesta transitoria a antibióticos.	Cultivos seriados y antibiótico dirigido; valorar factores anatómicos predisponentes.
Cáncer urológico o patología estructural	Hematuria, pérdida de peso, dolor óseo, masa, PSA alterado según contexto, síntomas progresivos.	Derivación urológica, imagen, cistoscopia o biopsia según indicación clínica.
Estenosis uretral u obstrucción infravesical	Chorro débil marcado, esfuerzo miccional, residuo elevado, antecedentes de instrumentación o trauma.	Uroflujometría, residuo posmiccional, cistoscopia o uretrografía según sospecha.
Síndrome de vejiga dolorosa / cistitis intersticial	Dolor que empeora con llenado vesical y mejora al orinar, frecuencia y urgencia persistentes.	Evaluación dirigida a vejiga dolorosa y manejo multimodal según guías.
Dolor musculoesquelético o neuropático	Dolor reproducible por palpación muscular, irradiación neuropática, antecedente lumbar, dolor pudendo.	Fisioterapia, medicina física, neurología o clínica de dolor según caso.



Medición de gravedad y respuesta terapéutica

La respuesta terapéutica debe medirse con instrumentos reproducibles. El National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) es el cuestionario más utilizado. Evalúa tres dominios: dolor, síntomas urinarios e impacto en calidad de vida. No diagnostica por sí solo CP/PPS, pero permite cuantificar la carga basal, comparar evolución y comunicar resultados de forma objetiva.

Una reducción aproximada de 6 puntos en el puntaje total del NIH-CPSI suele considerarse clínicamente significativa. Sin embargo, la interpretación debe individualizarse: algunos pacientes valoran más la reducción del dolor, otros la recuperación sexual, el sueño, la capacidad laboral o la disminución de recaídas. Por ello, además del NIH-CPSI, es útil registrar escala visual analógica de dolor, frecuencia de crisis, uso de analgésicos, función sexual, sueño, actividad física y satisfacción global.

Tabla 3. Indicadores útiles para evaluar respuesta

Indicador	Utilidad clínica	Interpretación práctica
NIH-CPSI total	Cuantifica gravedad global y seguimiento.	Descenso cercano o superior a 6 puntos sugiere respuesta clínicamente relevante.
Subescala de dolor	Mide localización, frecuencia e intensidad del dolor.	Útil para valorar terapias analgésicas, fisioterapia y neuromodulación.
Subescala urinaria	Evalúa frecuencia, urgencia y vaciamiento.	Orienta respuesta a alfa-bloqueadores, cambios conductuales o evaluación obstructiva.
Calidad de vida	Refleja interferencia funcional y emocional.	Puede mejorar aun cuando persista dolor leve; indicador clave de recuperación real.
Función sexual	Evalúa erección, eyaculación dolorosa y evitación sexual.	Permite identificar respuesta al manejo sexual y reducción del miedo asociado al dolor.
Adherencia y eventos adversos	Determina tolerancia y continuidad terapéutica.	Evita mantener fármacos ineficaces o mal tolerados.

Respuesta terapéutica por fenotipo

Fenotipo urinario

Los pacientes con predominio de síntomas urinarios pueden beneficiarse de alfa-bloqueadores, especialmente cuando existe chorro débil, hesitación, sensación de vaciamiento incompleto o datos de obstrucción funcional. La respuesta suele ser mayor cuando los síntomas urinarios son prominentes y menor en pacientes cuyo síntoma central es dolor miofascial o neuropático. Deben vigilarse mareo, hipotensión postural y efectos eyaculatorios, explicando al paciente que el objetivo es mejorar la función miccional y no “curar” todos los componentes del síndrome.

Fenotipo infeccioso

El dominio infeccioso exige prudencia. En la CP/CPPS, muchos pacientes han recibido múltiples ciclos antibióticos sin cultivos positivos, lo que aumenta efectos adversos, resistencia bacteriana y frustración terapéutica. El antibiótico puede considerarse cuando existen cultivos positivos, antecedente de infecciones urinarias recurrentes,

sospecha de infección de transmisión sexual o inicio reciente con datos inflamatorios/infecciosos razonables. En ausencia de evidencia microbiológica, no se recomienda repetir antibióticos de forma indefinida.

Fenotipo específico/inflamatorio **órgano-**

Cuando predominan dolor prostático, hipersensibilidad local, dolor pos-eyaculatorio o datos inflamatorios, pueden emplearse antiinflamatorios por periodos cortos, fitoterapia seleccionada y modificaciones de irritantes dietéticos. La evidencia para antiinflamatorios y fitoterapia es variable, por lo que deben explicarse beneficios modestos, tiempos de prueba definidos y suspensión si no hay mejoría. En pacientes con próstata aumentada o síntomas compatibles con hiperplasia benigna puede considerarse terapia dirigida a esa condición, no como tratamiento universal de CP/CPPS.

Fenotipo psicosocial

El componente psicosocial no significa que el dolor sea imaginario. La ansiedad, la hipervigilancia, la



catastrofización y el insomnio amplifican la percepción del dolor y reducen la respuesta a monoterapias. La educación sobre dolor persistente, la validación de síntomas, la terapia cognitivo-conductual, la reducción del miedo a enfermedad grave y el abordaje de depresión o ansiedad pueden mejorar adherencia y resultados. En casos seleccionados, antidepresivos con efecto analgésico, como tricíclicos o inhibidores de recaptación de serotonina-noradrenalina, pueden ser útiles dentro de un plan de medicina del dolor.

Fenotipo neurológico/sistémico

La coexistencia de intestino irritable, fibromialgia, fatiga, dolor lumbar crónico, migraña o hipersensibilidad generalizada sugiere sensibilización central. En estos pacientes, el éxito rara vez depende de un único fármaco urológico. Es preferible integrar ejercicio progresivo, higiene del sueño, neuromoduladores del dolor, intervención psicológica y coordinación con medicina del dolor. El objetivo realista es reducir intensidad, frecuencia e interferencia funcional, más que prometer

eliminación completa e inmediata del dolor.

Fenotipo de sensibilidad muscular del piso pélvico

La hipertonía del piso pélvico y los puntos gatillo miofasciales son frecuentes y tratables. El examen puede reproducir el dolor habitual al palpar elevador del ano, obturador interno o musculatura perineal. La fisioterapia especializada debe centrarse en relajación, liberación miofascial, respiración, reeducación postural y control de patrones de contracción involuntaria. En este fenotipo, indicar ejercicios de fortalecimiento tipo Kegel sin evaluar el tono puede empeorar síntomas, porque el problema no siempre es debilidad sino hiperactividad muscular.

Fenotipo sexual

La disfunción sexual puede ser consecuencia del dolor, de la ansiedad anticipatoria, de efectos farmacológicos o de comorbilidades vasculares y metabólicas. La eyaculación dolorosa es una queja característica y puede generar evitación sexual. El abordaje debe ser abierto y no estigmatizante. Los

inhibidores de fosfodiesterasa tipo 5 pueden considerarse si existe disfunción eréctil, mientras que la terapia sexual o de pareja ayuda cuando el dolor ha condicionado miedo, evitación o conflicto relacional.

Tratamiento multimodal y escalonado

La estrategia más razonable consiste en combinar intervenciones según los dominios positivos. Un paciente con síntomas urinarios, ansiedad y dolor miofascial no debería recibir únicamente antibiótico; requiere alfa-bloqueador si procede, educación, fisioterapia del piso pélvico y manejo psicosocial. Otro paciente con cultivo positivo recurrente y dolor prostático puede necesitar antibiótico dirigido, pero también seguimiento para evitar recaídas y descartar factores anatómicos.

El tratamiento debe pactarse con metas claras: reducción del dolor, mejoría del sueño, recuperación sexual, disminución de urgencia urinaria, retorno laboral o reducción de crisis. Los controles suelen ser más útiles cada 6 a 12 semanas al inicio, usando NIH-CPSI y metas

funcionales. Mantener terapias sin respuesta prolongada aumenta frustración; por el contrario, retirar prematuramente intervenciones no farmacológicas impide observar beneficios acumulativos.

Algoritmo práctico propuesto

1. Confirmar dolor pélvico persistente o recurrente por al menos tres meses y caracterizar localización, intensidad, factores desencadenantes y repercusión funcional.
2. Descartar causas secundarias mediante anamnesis, examen físico, uroanálisis, urocultivo y pruebas dirigidas según edad, riesgo y signos de alarma.
3. Aplicar NIH-CPSI como línea basal y registrar escala de dolor, función urinaria, función sexual, sueño, ansiedad y calidad de vida.
4. Fenotipar con UPOINTS e identificar dominios positivos; explicar al paciente que puede tener más de un mecanismo activo.
5. Indicar tratamiento dirigido a dominios: urinario, infeccioso, inflamatorio/órgano-específico, psicosocial,



neurológico/sistémico, muscular y sexual.

6. Reevaluar en 6 a 12 semanas; continuar intervenciones efectivas, suspender las inútiles y escalar a manejo multidisciplinario si persiste dolor de alta interferencia.
7. Evitar antibióticos repetidos sin evidencia de infección y evitar procedimientos invasivos sin indicación clara.

3. Resultados y discusión

La CP/CPPS representa un ejemplo clásico de enfermedad en la que el diagnóstico anatómico aislado resulta insuficiente. El término “prostatitis” puede inducir a pensar en una inflamación o infección prostática persistente, pero gran parte de los pacientes no presenta bacterias demostrables ni respuesta sostenida a antibióticos. Por ello, las guías contemporáneas proponen evaluar al paciente desde una perspectiva de dolor pélvico masculino, integrando urología, piso pélvico, salud mental y medicina del dolor.

La evidencia farmacológica muestra resultados heterogéneos. Algunos

tratamientos, como alfa-bloqueadores, antiinflamatorios, fitoterapia o inhibidores de 5-alfa reductasa, pueden reducir síntomas en subgrupos, pero la calidad de evidencia suele ser baja o muy baja y los efectos no son uniformes. Esto no significa que las terapias sean inútiles, sino que deben seleccionarse de acuerdo con fenotipo, expectativas, comorbilidades y tolerancia.

El aporte principal del modelo UPOINT/UPOINTS es clínico: traduce la heterogeneidad en decisiones concretas. En lugar de iniciar el mismo esquema a todos los pacientes, permite construir un plan terapéutico razonado. Además, facilita la comunicación con el paciente, quien suele llegar con frustración por tratamientos previos fallidos. Explicar que el dolor puede tener componentes musculares, neurológicos y psicosociales reduce la búsqueda de una causa infecciosa única y favorece la adherencia.

La fisioterapia del piso pélvico merece especial atención. Muchos pacientes con CP/CPPS tienen hipertonía, dolor miofascial o contracción refleja secundaria al dolor. En ellos, el abordaje manual,

la relajación y el biofeedback pueden ser más relevantes que nuevos antibióticos. Sin embargo, la disponibilidad de fisioterapeutas capacitados en piso pélvico masculino sigue siendo limitada en varios entornos, lo que condiciona subtratamiento.

Finalmente, la respuesta terapéutica debe valorarse con realismo. La mejoría puede ser parcial y progresiva. Una reducción de 6 puntos en NIH-CPSI es clínicamente significativa, pero también lo son recuperar actividad sexual, dormir mejor, trabajar sin interrupciones o disminuir crisis. El manejo centrado en el paciente reconoce estos objetivos y evita promesas de curación rápida que erosionan la confianza clínica.

4. Conclusiones

La prostatitis crónica / síndrome de dolor pélvico crónico es un síndrome heterogéneo, de base multifactorial, en el que convergen componentes urológicos, musculares, neurológicos, sexuales y psicosociales. La falta de infección demostrada no invalida el dolor del paciente; por el contrario, obliga a un

enfoque clínico más amplio y preciso.

La fenotipificación mediante UPOINT/UPOINTS permite orientar el tratamiento de forma individualizada. Los mejores resultados se obtienen cuando se combinan intervenciones dirigidas a los dominios activos, se mide la respuesta con herramientas como NIH-CPSI y se establecen metas realistas de recuperación funcional.

El manejo contemporáneo debe abandonar el esquema de ciclos repetidos de antibióticos sin evidencia microbiológica y avanzar hacia un modelo multimodal, multidisciplinario y centrado en el paciente. Este enfoque mejora la comprensión del síndrome, optimiza la adherencia y ofrece una estrategia terapéutica más coherente para una condición de alta carga clínica y emocional.

Bibliografía

1. Lai HH, Pontari MA, Argoff CE, et al. Male Chronic Pelvic Pain: AUA Guideline: Part I Evaluation and Management Approach. *J Urol.* 2025;214(2):116-126.



- doi:10.1097/JU.00000000000004564.
2. Lai HH, Pontari MA, Argoff CE, et al. Male Chronic Pelvic Pain: AUA Guideline: Part II Treatment of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. J Urol. 2025;214(2):127-137. doi:10.1097/JU.00000000000004565.
3. European Association of Urology. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. Arnheim: EAU Guidelines Office; 2025.
4. Pendegast HJ, Leslie SW, Tadi P. Chronic Prostatitis and Chronic Pelvic Pain Syndrome in Men. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
5. Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJ Jr, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. J Urol. 1999;162(2):369-375.
6. Probert KJ, Litwin MS, Wang Y, et al. Responsiveness of the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index. Qual Life Res. 2006;15(2):299-305.
7. Shoskes DA, Nickel JC, Dolinga R, Prots D. Clinical phenotyping of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and correlation with symptom severity. Urology. 2009;73(3):538-542. doi:10.1016/j.urology.2008.09.074.
8. Shoskes DA, Nickel JC, Kattan MW. Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective study using UPOINT. Urology. 2010;75(6):1249-1253. doi:10.1016/j.urology.2010.01.021.
9. Shoskes DA, Nickel JC. Classification and treatment of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome using the UPOINT system. World J Urol. 2013;31(4):755-760.
10. Magri V, Wagenlehner F, Perletti G, et al. Use of the UPOINT chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome classification in European patient cohorts: sexual function domain improves correlations. J Urol. 2010;184(6):2339-2345. doi:10.1016/j.juro.2010.08.025.
11. Samplaski MK, Li J, Shoskes DA. Clustering of UPOINT domains and subdomains in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and contribution to symptom severity. J Urol. 2012;188(5):1788-1793.

doi:10.1016/j.juro.2012.07.036.

12. Franco JVA, Turk T, Jung JH, et al. Pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;(10):CD012552. doi:10.1002/14651858.CD012552.pub2.
13. Maeda K, Shigemura K, Fujisawa M. A review of current treatments for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome under the UPOINTS system. *Int J Urol.* 2023;30(5):431-436.
14. Bryk DJ, Shoskes DA. Using the UPOINT system to manage men with chronic pelvic pain syndrome. *Arab J Urol.* 2021;19(3):387-393.
15. Zhang K, Zhang Y, Hong S, Cao Y, Liu C. Comparative analysis of efficacy of different combination therapies of alpha-receptor blockers and traditional Chinese medicine external therapy in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: Bayesian network meta-analysis. *PLoS One.* 2023;18(4):e0280821.
16. Qin Z, Guo J, Chen H, Wu J. Acupuncture for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a GRADE-assessed systematic review and meta-analysis. *Eur Urol Open Sci.* 2022;46:55-67.
17. Pan J, Jin S, Xie Q, et al. Acupuncture for chronic prostatitis or chronic pelvic pain syndrome: an updated systematic review and meta-analysis. *Pain Res Manag.* 2023;2023:7754876.
18. Nickel JC, Krieger JN, McNaughton-Collins M, et al. Alfuzosin and symptoms of chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome. *N Engl J Med.* 2008;359(25):2663-2673.
19. Pontari MA, Krieger JN, Litwin MS, et al. Pregabalin for the treatment of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2010;170(17):1586-1593.
20. FitzGerald MP, Anderson RU, Potts J, et al. Randomized multicenter feasibility trial of myofascial physical therapy for the treatment of urological chronic pelvic pain syndromes. *J Urol.* 2013;189(1 Suppl):S75-S85.
21. Wagenlehner FM, Schneider H, Ludwig M, et al. A pollen extract in patients with inflammatory chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome: a multicentre, randomized, prospective, double-blind, placebo-



controlled phase 3 study. Eur
Urol. 2009;56(3):544-551.

22. Herati AS, Shorter B, Srinivasan AK, Tai J, Seideman C, Lesser M, Moldwin RM. Effects of foods and beverages on the symptoms of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Urology. 2013;82(6):1376-1380.
23. Zhang R, Chomistek AK, Dimitrakoff JD, Giovannucci EL, Willett WC, Rosner BA, Wu K. Physical activity and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Med Sci Sports Exerc. 2015;47(4):757-764.