



DOLOR EN TRAMO URINARIO INFERIOR EN MUJERES: DIAGNÓSTICOS A RECORDAR

Resumen de la sesión del comité de continencia del 17 de marzo de 2004(*)

Muchas pacientes remitidas para estudio urodinámico padecen síntomas miccionales funcionales (sin patología orgánica o infecciosa). Recordaremos algunas de las enfermedades poco frecuentes y potencialmente graves, que pueden presentarse como síntomas miccionales. Es recomendable, aunque no siempre posible, definir los síntomas de forma clara y comprensible.

TRIGONITIS, UN MITO.

El consenso del comité fue que "trigonitis" es un término obsoleto, que hace años se usaba para definir síntomas miccionales inespecíficos con urocultivo negativo. A veces se observaba una metaplasia escamosa del trigono en la cistoscopia, pero es un hallazgo inespecífico.

SÍNTOMAS Y HALLAZGOS DE ALERTA.

El aumento de la frecuencia miccional asociado a dolor hipogástrico o uretral, debe explorarse con un sedimento de orina, una ecografía y un estudio urodinámico. Podemos encontrar un estudio normal (probable cuadro funcional), inestabilidad o baja acomodación. La baja acomodación indica mala distensibilidad vesical. Puede ser una forma de inestabilidad o una alteración orgánica de la pared. Es necesario descartar patología orgánica mediante análisis de orina específicos (tinción de Ziehl, cultivo de Lowenstein y PAP repetidos 2 veces) y eventual cistoscopia.

TUBERCULOSIS GENITO-URINARIA.

Aunque es rara, en la unidad de ha detectado un caso recientemente. Era una paciente de 45 años con dificultad miccional y aumento de frecuencia miccional. Este ha sido el único urocultivo positivo del año aunque el número de Lowenstein solicitados ha sido bajo. Otro dato orientativo es la orina ácida.

TUMOR VESICAL.

Su detección se retrasa en mujeres debido a la mala observación de la hematuria. El último caso se diagnosticó por dolor vesical pre-miccional y aumento de frecuencia. La mayoría son visibles por ecografía, pero el carcinoma in situ puede ser un tumor difuso y plano, muy agresivo, que puede pasar desapercibido.

CISTITIS INTERSTICIAL, CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

Los criterios del NIH americano son muy estrictos y han sido criticados recientemente. El criterio principal es la exclusión de otras causas infectivas, tumorales o rápidas de cistitis, junto con la presencia de dolor

suprapúbico, aumento de frecuencia e imperiosidad y hallazgos en cistoscopia con sobredistensión: glomerulaciones o hemorragias submucosas (excepcionalmente se ven úlceras). Hecho el diagnóstico, es importante informar sobre la naturaleza crónica de la enfermedad. Los fármacos son poco eficientes (vía oral, antihistamínicos, anticolinérgicos y pentosán sulfato – no disponible en España. Otras opciones son las instilaciones de ácido hialurónico y, en casos extremos, la cistectomía supratrigonal con enterocistoplastia- sustitución parcial de vejiga).

Otras cistitis más raras son la endometriosis, la cistitis rádica y la malacoplaquia.

Resumen: los principales diagnósticos a descartar en caso de síntomas miccionales y dolor, son: Tuberculosis génito-urinaria, Tumor vesical o CIS y (por exclusión y cistoscopia) Cistitis intersticial

(*) Participantes, por orden alfabético: J. Antoni, JE Batista, A Bayes, J del Pozo, T Draper, J Esquirol, MT Gómez, M Isart, LI Marçet, M Rico, F Sanfeliu, R Soriano

BIBLIOGRAFÍA

Peeker R et al. Towards a precise definition of interstitial cystitis. J Urol 2002; 167: 2470-2
Ipiens A y Pascual JI (Eds) Tuberculosis génito urinaria. Una posibilidad diagnóstica en los comienzos del S XXI. Urol Int y de Invest. 2003; 8: 323-386
Rodríguez L, Batista JE, et al. Cistectomía supratrigonal y enterocistoplastia como tratamiento de la cistitis intersticial avanzada. Urol Integr Invest. 1999; 4: 350-3