

Disuria persistente

Persistent dysuria

Ignacio Ramil, Ana Arévalo, Cristina Pérez, Tamara Ferreiro

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). SERGAS

Introducción

El síndrome miccional es un problema al que nos enfrentamos a menudo en nuestra práctica clínica diaria. En muchas ocasiones y fundamentalmente en mujeres, se realiza un diagnóstico erróneo, atribuyéndose los síntomas a un proceso infeccioso que muy frecuentemente es tratado empíricamente con antibióticos, sin estar justificado. Esto da lugar, además de la ausencia de mejoría clínica del paciente, a la generación de resistencia antibiótica. Es importante por tanto plantearse un diagnóstico diferencial de esta entidad y tener en mente patologías como la que relatamos a continuación, que pueden justificar dichos síntomas, y con frecuencia no son conocidas por los profesionales.

Caso clínico

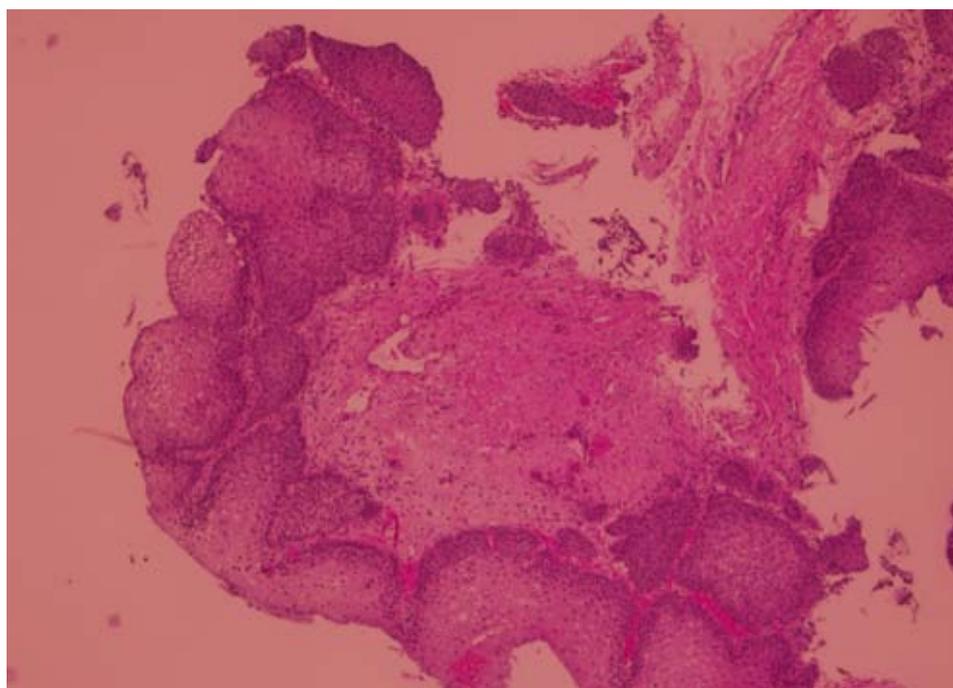
Mujer de 25 años que acude a urgencias por dolor suprapúbico persistente. Como único antecedente personal refería Enfermedad de Crohn ileocólica, diagnosticada mediante biopsia hacía 8 años, que había permanecido quiescente en el último año, con colonoscopia 7 meses antes normal. Desde hacía aproximadamente 4

meses presentaba dolor suprapúbico en reposo, que se agravaba con la deambulación, acompañado de disuria de predominio terminal, polaquiuria y tenesmo vesical. Nunca fiebre, neumo o hematuria. Negaba síndrome general, cambios en el hábito intestinal, productos patológicos con las deposiciones u otra clínica. En la exploración destacaba dolor a la palpación suprapúbica sin peritonismo ni otras alteraciones.

Debido a ello se habían realizado en múltiples ocasiones sedimentos urinarios que mostraban en ocasiones leucocituria leve, por lo que se había tratado empíricamente con diversas pautas de antibióticos. También se realizaron urocultivos, hallándose en uno de ellos *E. coli* resistente a amoxiclavulámico y quinolonas. Fue valorada por el Servicio de Urología de otro centro quienes realizaron urografía intravenosa y Tc Abdomino-Pélvico que no mostraron alteraciones.

Ante la persistencia de la clínica con limitación para la vida diaria por dicha sintomatología, se decidió ingreso en Medicina Interna para estudio. Se realizaron hemograma, coagulación, bioquímica y radiografía de tórax y abdomen que resultaron normales. El sedimento urinario mostró leucocituria de 44 células/ μ l, sin hematuria ni proteinuria.

Figura 1



Con el fin de cubrir la posibilidad de infección urinaria de origen bacteriano con cultivos negativos por abuso de antimicrobianos, se procedió a la retirada de nuevo urocultivo, en el que posteriormente no se aislaron gérmenes, y se inició tratamiento empírico con fosfomicina según antibiograma previo, sin mejoría del cuadro. Se realizó además frotis uretral que fue negativo para *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. Fue valorada por ginecología que no apreció alteraciones por su parte. Se tomaron 3 muestras de orina matutina para Auramina y Lowenstein que no evidenciaron infección por mycobacterias. Se solicitó ecografía abdominal que no mostró anomalías estructurales y dados sus antecedentes se realizaron colonoscopia y RM abdomino-pélvica que descartaron fístula entero-vesical. Finalmente se realizó una cistoscopia en la que se objetivó a nivel del trigono vesical un área sugestiva de cervicotrigonitis cuya biopsia mostró metaplasia escamosa característico de esta entidad (Fig 1). Tras este hallazgo se realizó un interrogatorio dirigido, en el que la paciente refería empeoramiento de los síntomas previo a la menstruación. Se inició por parte del Servicio de Urología tratamiento hormonal y vitamina A, con mejoría del cuadro.

Discusión

La cervicotrigonitis es una entidad que se manifiesta como un síndrome miccional, con disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. Suele acompañarse de dolor generalmente suprapúbico que se reagudiza con el ejercicio, situaciones de estrés psíquico y de forma característica con el periodo premenstrual¹⁻⁴. Es importante diferenciarla de otras entidades que pueden cursar con la misma sintomatología como pueden ser infecciones bacterianas de repetición, uretritis, cistitis intersticial, etc. El diagnóstico se establece con la combinación de la sospecha clínica, los hallazgos en la cistoscopia, y la demostración en el estudio histológico de una zona de metaplasia escamosa, similar a la del epitelio vaginal, en lugar del epitelio transicional¹⁻³. Este hallazgo, aunque puede presentarse en personas asintomáticas, es característico de

esta entidad⁵. En función de los hallazgos cistoscopios se clasifica en Tipo I o Hiperémica (eritema trigonal con mucosa vesical normal), Tipo II o Pseudomembranosa (trígono ocupado por pseudomembrana blanquecina, sobreelevada, de aspecto algodonoso que respeta desembocaduras ureterales) y Tipo III o Fibrosa (fibrosis en cuello vesical de aspecto blanco anacarado)⁶. La principal hipótesis etiológica es la hormonal, basada en la presencia de histología similar al cérvix uterino en el trigono vesical, la mejoría de la patología con estrógenos y el cese en la mayor parte de los casos de la sintomatología tras la menopausia^{1,7}.

Algunos autores proponen un tratamiento con Estriol y Vitamina A junto con analgesia y ansiolíticos, reservando la ablación eléctrica de la zona metaplásica por vía endoscópica para casos más rebeldes¹.

El pronóstico es variable en función del tipo de metaplasia, siendo el más favorable el tipo hiperémico (94% mejoran) y la metaplasia fibrosa la de peor pronóstico (más del 95% sin cambios clínicos)¹.

El motivo de exponer este caso es el de revisar una de las causas poco conocidas de síndrome miccional persistente, que requiere un tratamiento específico, y que como se ha señalado, puede llevar a un uso indiscriminado e injustificado de antibióticos con el consiguiente desarrollo de resistencias bacterianas.

Bibliografía

1. Aragona F, Serretta V, Marconi A, de Angelis M. Nostra esperienza nella terapia medica della cervico-trigonite cronica. Clin Ter. 1985; 114:323-30.
2. Vicente J, Crespi G. Cistopatía cervico-trigonal. An Fund Puigvert 1971; 1:55.
3. Resel L, Blanco E, Cano F et al. Cistopatías endocrinas: metaplasia trigonal. Actas Urol Esp. 1977; 1: 25.
4. Bueno Lope R. Urología Ginecológica. Madrid: Ed. Paz Montalvo; 1968. p. 211-18.
5. Pacchioni D, Revelli A, Casetta G, Piana P, Tizzani A, Bussolati G, et al. Immunohistochemical detection of estrogen and progesterone receptors in the normal urinary bladder and in pseudomembranous trigonitis. J Endocrinol Invest. 1992;15:719-25.
6. Gallo R. Contribución al tema de la uretrotrigonitis crónica. Rev Mel Urol. 1964; 23: 3.
7. Lencioni L. El Urocitograma. Buenos Aires: Ed. Panamericana; 1963.

Fe de erratas:

Martínez Gabarrón M, Castellanos Monedero JJ, Roncero García-Escribano O, Galindo Andúgar MA, Matín Castillo A. Hemorragia digestiva aguda como debut de un tumor del estroma gastrointestinal duodenal. Galicia Clin 2010; 71 (4): 179-181

Debe citar:

Martínez Gabarrón M, Castellanos Monedero JJ, Roncero García-Escribano O, Galindo Andúgar MA, Martín Castillo A. Hemorragia digestiva aguda como debut de un tumor del estroma gastrointestinal duodenal. Galicia Clin 2010; 71 (4): 179-181