



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/1273 - Doctora, ¿por qué siempre tengo cistitis?

M. Berenguer Callejón<sup>a</sup>, N. Rivera Rodríguez<sup>b</sup> y B. Guerrero Barranco<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puebla de Vícar. Distrito Poniente. Almería.

<sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Mojónera. Distrito Poniente. Almería.

<sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Distrito Poniente. Almería.

### Resumen

**Descripción del caso:** Anamnesis: mujer de 44 años que consulta por dolor en hipogastrio, polaquiuria, disuria, nocturia y urgencia miccional de meses de evolución. No hematuria. Antecedentes personales: intolerancia a tramadol. Enfermedades previas: migraña, rinitis alérgica. Intervenciones quirúrgicas: rinoplastia y 2 abortos. Tratamiento actual: nasonex, ebastina y AINEs.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración: ACP: sin hallazgos relevantes. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio. No se palpan masas ni organomegalias. Meato normal. Cistocele de grado I. No fuga urinaria con Valsalva. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. Sistemático de orina y urocultivo negativos en varias ocasiones. Flujometría: volumen miccional 199 ml, Flujo miccional máximo: 13 ml/seg. Escaso residuo. Cistomanometría: vejiga con buena compliance. No se detectan ondas de actividad del detrusor. Deseos miccionales precoces. Cistoscopia: vejiga con efecto masa extravesical en fondo. Resto normal. Volumen infundido de unos 300 cc con importantes deseos miccionales. Residuo posmiccional escaso. Se realiza estudio ginecológico por posible mioma uterino, siendo el estudio normal. Ecografía pelviana: Sin hallazgos. Biopsia vesical: mucosa vesical con congestión vascular y ligera inflamación crónica inespecífica.

**Juicio clínico:** Síndrome de vejiga dolorosa/cistitis intersticial.

**Diagnóstico diferencial:** ITU. Cánceres del tracto urinario y del tracto genital. Masas pélvicas benignas. Litiasis. Divertículo uretral. Síndrome de vejiga hiperactiva. Erosión de material de sutura o malla quirúrgica en pacientes con cirugía pélvica previa.

**Comentario final:** Tratamiento y evolución: rizatriptán 10 mg (1-0-0) e hidroxizina 25 mg (1-0-1). No mejoría clínica de la paciente, se cambia a solifenacina 5 mg (1-0-0). Inefectividad del tratamiento, se cambia por fesoterodina 4 mg (1-0-1). Continúa sin mejorar, se indican instilaciones intravesicales de ácido hialurónico semanales. El tratamiento continúa siendo inefectivo. En esta ocasión se pauta amitriptilina 50 mg (1-0-0) + instilaciones intravesicales con una fórmula sedante (tetracaína 0,1% en 50 ml de suero fisiológico + urbasón 8 ml) mensuales. Mejora mientras se administran instilaciones intravesicales con fórmula sedante, pero tras terminar el tratamiento comienza nuevamente con los síntomas. Se planteará en sesión clínica para valorar tratamiento con toxina botulínica. Ante una paciente que se puede presentar con clínica de cistitis, tratada con antibioterapia sin mejoría y con urocultivos negativos se debe de pensar en este diagnóstico diferencial.

## BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.cochrane.org/es/CD006113/tratamientos-intravesicales-para-el-sindrome-de-la-vejiga-dolorosacistitis-intersticial>
2. [http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID = 61759](http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=61759)
3. Marinkovic SP, Moldwin R, Gillen LM, Stanton SL. BMJ. 2009;339:b2707.
4. A.B. Figueiredo, P. Palma, C. Riccetto, V. Herrmann, M. Dambros y R. Capmartin. Experiencia clínica y urodinámica con ácido hialurónico intravesical en el síndrome de vejiga dolorosa asociado a cistitis intersticial. UNICAMP, Sao Paulo, Brasil.