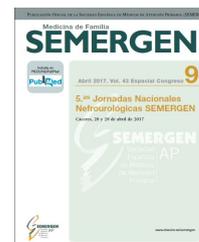




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

245/35 - ¿SIEMPRE ECOGRAFÍA O TAL VEZ CISTOSCOPIA?

F. Cabezudo Moreno^a, L. Araujo Márquez^a, M. Peña Gragera^b, G. Salguero Abrego^c, M. Esteban Rojas^d y M. Gamero Samino^e

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.

^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.

^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.

^dMédico Residente de 2º año. Centro de Salud Zona Centro. Badajoz. ^eMédico de Familia. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 55 años, con antecedentes de múltiples infecciones urinarias de repetición desde 2008 (por lo que es seguida en consultas externas de Urología), distimia e insuficiencia venosa periférica. Fumadora. Acude por nueva clínica de disuria y polaquiuria, sin afectación del estado general ni otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, afebril, puño percusión renal negativa. Abdomen blando, no megalias, ruidos intestinales conservados, dolor a la palpación en hipogastrio. No peritonismo. Resto de exploración dentro de la normalidad. Se realiza tira reactiva con el resultado: hematíes +++/leucocitos +++/nitritos+/resto normal. Se pide urocultivo para el día siguiente y se inicia tratamiento empírico con ciprofloxacino 500 mg/12h/14 días. Urocultivo cuatro días después: Se aísla E. coli, resistente para ciprofloxacino según antibiograma, y se sustituye por nitrofurantoína. La paciente nos comenta que tiene hecha la ecografía para el urólogo y nos pide que si se la podemos mirar. Se informa la existencia de tres lesiones ecógenas de 3, 1,7 y 1 cm en cara posterior de vejiga, compatibles con pólipos. Comparamos con ecografía del año anterior, en la cual se informa de vejiga no valorable por no repleción. Informamos a la paciente y esperamos la visita al especialista la siguiente semana. En consulta de urología, se le realiza cistoscopia, confirmándose múltiples implantes de tumoración vesical por lo que se indica intervención quirúrgica preferente, realizándose resección transuretral de neoformaciones vesicales con instilación posterior de mitomicina.

Juicio clínico: Infecciones urinarias de repetición. Carcinoma urotelial de alto grado.

Diagnóstico diferencial: Cistitis, vulvovaginitis, uretritis por gérmenes de transmisión sexual (gonococo, Chlamydia sp, Ureaplasma sp, herpes), pielonefritis subclínica, litiasis vesical, vaginitis de causa no infecciosa, traumatismos vaginales, procesos neoplásicos de la vía urinaria y patología psiquiátrica.

Comentario final: Las infecciones crónicas de las vías urinarias se han relacionado con un aumento del riesgo de cáncer de vejiga. Se piensa que la inflamación crónica desempeña una función

importante en la carcinogenia en estos casos, sumado a que la paciente era fumadora, plantea la disyuntiva de la indicación de realizar cistoscopia en pacientes de estas características, aunque la ecografía abdominal sea normal.

Bibliografía

1. Valdevenito JP. Infección urinaria recurrente en la mujer. *Rev Chil Infectol.* 2008;25(4):268-76.
2. Varo Baena A, Farouk Allam M, Díaz-Molina C, Serrano del Castillo A, Requena Tapia MJ, Fernández-Crehuet Navajas R. ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar un cáncer de vejiga? *Rev Oncol.* 2004;6(6):327-34.