

CISTOPATÍAS

Diagnóstico Y Tratamiento

Autor

Dra. Beatriz Cuendias Abreu

Servicio

Urología

INTRODUCCIÓN

El término *cistopatías* incluye un grupo de patologías localizadas a la vejiga que tienen como elemento común, la presencia de síntomas urinarios bajos persistentes, de larga evolución y reducción progresiva de la capacidad vesical.

Existen pocos reportes sobre su incidencia y prevalencia en la literatura internacional y ninguno en nuestro país. La cistitis intersticial es una sobre la que más se investiga, aunque aún insuficientemente y su prevalencia se reporta en 60/100 000 habitantes mujeres en Estados Unidos y 18/100 000 mujeres mayores de 20 años en Finlandia.

Todas sus variantes pueden afectar a ambos sexos aunque lo hacen con mayor frecuencia en el femenino y en edades medias de la vida. La falta de conocimiento sobre sus posibles causas, controversias respecto a los criterios diagnósticos e ineficacia de las soluciones terapéuticas hacen que el diagnóstico positivo se realice tardíamente y los resultados terapéuticos no siempre sean los esperados.

La evolución natural de estas enfermedades conlleva trastornos psicológicos secundarios e incapacidad laboral con la consecuente repercusión social. Por ello creemos que, aunque el número de pacientes que serán estudiados puede no ser elevado, este protocolo representa uno de los primeros pasos para adentrarnos en el difícil empeño de dar una respuesta exitosa a nuestros enfermos.

Desde el punto de vista económico la propuesta de una cronología de estudios suprimirá gastos de múltiples investigaciones infructuosas a las que son sometidos estos enfermos durante años sin arribar a conclusiones satisfactorias; de igual forma, reducirá el uso indiscriminado de antibióticos con el propósito de aliviar los síntomas.

OBJETIVOS

- Establecer el diagnóstico positivo de los distintos tipos de cistopatías.
- Identificar los pacientes que son tributarios de tratamiento médico y aquellos en los que está indicado el tratamiento quirúrgico.
- Demostrar que la cistectomía supratrigonal más iliocistoplastia es una opción válida en pacientes con reducción de la capacidad vesical.
- Reducir al mínimo las complicaciones de los pacientes sometidos a cirugía.

- Mejorar la calidad de vida de los portadores de cistopatías.
1. Ofrecer información a pacientes, familiares y médicos generales acerca de estos padecimientos crónicos poco conocidos.

Variante de cistopatías más identificadas

Cistopatías más comunes	
Cistitis intersticial	•De causa desconocida y posiblemente multifactorial. Se han invocado diferentes teorías etiológicas como el incremento de la permeabilidad del epitelio vesical a sustancias tóxicas de la orina, degranulación de mastocitos e inflamación neurógena. Se ha descartado la causa infecciosa
Cistitis crónica retráctil	•Secundaria a infecciones agudas persistentes que pasan a la cronicidad y en algunos casos de etiología desconocida.
Cistitis rádica	•Generalmente secundaria a tratamiento radiante de tumores pélvicos que, en casos graves, puede conducir a la formación de fistulas extensas de difícil solución.
Cistopatía glandular	•Caracterizada por la presencia de glándulas en la mucosa vesical, no necesariamente asociada a inflamación, que puede ser resultado de un proceso degenerativo o aberración de una raíz embrionaria
Cistopatía quística	•La presencia de quistes se ha atribuido a una posible degeneración de los nidos de <i>Von Brunn</i> , obstrucción de conductos glandulares, procesos inflamatorios o parasitarios
Cistopatía folicular	•Constituye una variante especial de las cistitis crónica determinada por una forma peculiar de acumulo de los linfocitos en la pared vesical. Algunos autores piensan que la presencia de pequeños folículos en el aparato urinario es normal y otros que aparecen como consecuencia de una respuesta inmunológica.
Cistitis eosinofílica	•También denominada granuloma eosinófilo vesical, es producido por la reacción alérgica de un anticuerpo IgE frente a un antígeno proveniente de alimentos o medicamentos.

DESARROLLO

Diagnóstico

El médico especialista en Urología será el encargado de identificar las manifestaciones clínicas en los pacientes aquejados de cistopatías. Por las características de estas enfermedades, incluirá no solo los síntomas referidos sino las evidencias a la exploración cistoscópica.

Síntomas referidos

- Polaquiuria diurna y nocturna
- Micción imperiosa, incontinencia por urgencia, o una de ellas
- Disuria

- Hematuria macroscópica, terminal o microscópica
- Dolor suprapúbico, pélvico, perineal, o uno de ellos, que puede irradiar a uretra, vagina, recto y base del pene en el hombre

Exploración cistoscópica

Este proceder resulta imprescindible para el diagnóstico positivo, permite descartar la presencia de otras patologías como los tumores malignos que pueden manifestarse de forma muy similar y además puede ser terapéutico en muchos de los casos.

Deberá realizarse en la Unidad Quirúrgica, bajo anestesia regional o general. Incluye la medición de capacidad vesical y la toma de muestra para biopsia.

Signos cistoscópicos	
Cistitis intersticial	<ul style="list-style-type: none"> •Hiperemia de la mucosa vesical •Hemorragias petequiales a la distensión (glomerulaciones) •Hematuria terminal post distensión vesical •Ulceras de <i>Hunner</i> (10 %) •Las lesiones generalmente respetan el trigono •Capacidad vesical normal o inferior a 400 mL
Cistitis crónica retráctil	<ul style="list-style-type: none"> •Hiperemia de la mucosa vesical •Mucosa deslustrada •Capacidad vesical inferior a 400 mL
Cistitis rádica	<ul style="list-style-type: none"> •Mucosa vesical deslustrada •Hematuria a la distensión vesical •Ulceraciones y esfácelos extensos del epitelio
Cistopatía glandular	<ul style="list-style-type: none"> •Lesión proliferativa de aspecto irregular y mamelonado, a veces vellosa, con lesiones quísticas asociadas •Distribuidas en trigono y cuello, rara vez ocupan toda la vejiga
Cistopatía quística	<ul style="list-style-type: none"> •Quistes de contenido claro en las proximidades de los orificios ureterales •Quistes pequeños de color marrón o verdoso menos abundantes •Quistes mayores no transparentes del color de la mucosa vesical escasos
Cistopatía folicular	<ul style="list-style-type: none"> •Hiperemia de la mucosa
Cistitis eosinofílica	<ul style="list-style-type: none"> •Congestión difusa de la mucosa •Lesiones proliferativas polipoideas de aspecto verrucoso

(*) Nódulos amarillentos de superficie lisa, generalmente localizados en el trigono o cercanos a él

Estudios complementarios

Urocultivo

- La toma de muestra se realizará de acuerdo a las normas establecidas y disponer de frascos estériles, medios de cultivo, discos para antibiograma y personal calificado en el laboratorio de microbiología para su interpretación.
- Generalmente no existe crecimiento bacteriano excepto en casos de infección sobreañadida a la patología de base. La misma debe ser resuelta antes de concluir el estudio pues se requiere de una instrumentación que en ningún caso se realizará en presencia de infección.
- El antimicrobiano a utilizar en cada paciente será seleccionado de acuerdo al resultado del antibiograma.

Biopsia vesical

- La toma de muestra se realizará durante la cistoscopia mediante *ponche*, cuando no existe lesión aparente de la mucosa vesical, o *por resección* en lesiones extensas o que producen relieve.
- De preferencia el diagnóstico deberá realizarse por el patólogo ya familiarizado con el tema, teniendo en cuenta su complejidad.
- Existen controversias en cuanto a su valor absoluto o relativo en este grupo de enfermedades. Muchos de los elementos son comunes a todas ellas pero también hay evidencias que las identifican especialmente. Su indicación es *absoluta* pues no sólo contribuye al diagnóstico positivo, sino que permite descartar otras patologías como los tumores malignos vesicales.

Sus elementos particulares son los siguientes:

Hallazgos en la biopsia vesical	
Cistitis intersticial	<ul style="list-style-type: none"> •Edema e infiltrado de células inflamatorias •Congestión vascular y hemorragia de la submucosa •Pérdida, en ocasiones total, del epitelio transicional y su sustitución por elementos inflamatorios, que se extienden a la muscular, serosa y tejido perivesical conduciendo a fibrosis de las capas
Cistitis crónica retráctil	<ul style="list-style-type: none"> •Mucosa más edematosa que causa apilamiento del epitelio •Engrosamiento fibroso de la túnica propia, rigidez consecuente de la pared
Cistitis rádica	<ul style="list-style-type: none"> •Hiperemia congestiva y edema difuso •Infiltración de leucocitos en el intersticio •Lesión vasos sanguíneos; se puede apreciar trombosis vascular
Cistopatía glandular	<ul style="list-style-type: none"> •El epitelio se torna mucosecretor, diferentes tipos de glándulas: intestinal, periuretral, uracal, adenomas nefrogénicos
Cistopatía quística	<ul style="list-style-type: none"> •Presencia de inclusiones mucosas en el epitelio vesical en forma de pequeños quistes esparcidos, con diámetro de 1 a 5 mm
Cistopatía folicular	<ul style="list-style-type: none"> •Reacción inflamatoria crónica con acumulación de linfocitos en folículos dentro de la mucosa vesical y la pared subyacente
Cistitis eosinofílica	<ul style="list-style-type: none"> •Infiltración por eosinófilos de todas las capas de la vejiga.

Tratamiento

Tratamiento Médico (aliviar síntomas en ausencia de disminución de capacidad vesical)	Cistitis Intersticial	Dolor ligero a moderado	<ul style="list-style-type: none"> •Acetaminofen, ácido acetil salicílico, anti inflamatorios no esteroideos: (ibuprofeno, naproxeno), amitriptilina (10-25 mg/día, máx. 75 mg) •Benzodiacepinas: diazepam, clonazepam
		Intenso	•Opioides: codeína, morfina, petidina
		Dirigido al mastocito	•Cimetidina 200 mg, vía oral, cada 8 h
	Otras cistopatías con polaquiuria y urgencia	<ul style="list-style-type: none"> •Anticolinérgicos: oxibutinina: 1 tabl. 5 mg cada 8 h •Cloruro de trospio: 1 tabl., vía oral cada 8 horas •Tolterodina: 1 tabl. 2 mg, vía oral, cada 12 horas 	
	Cistitis rádica con hematuria	•Oxigenación hiperbárica	
Tratamiento Quirúrgico	Cirugía endoscópica	<ul style="list-style-type: none"> •Resección y electro fulguración de todas las lesiones evidentes en cistoscopia como úlceras de Hunner, quistes, imágenes mamelonantes o polipoideas 	
	Cirugía a cielo abierto (capacidad vesical \leq 400 mL)	<ul style="list-style-type: none"> •Cistectomía supratrigonal o total: si las lesiones toman el trígono y cuello, seguida de sustitución vesical con ileon terminal (mediante la técnica clásica descrita y profilaxis antibiótica: cefazolina 1 g cada 8 horas y sutura absorbible a largo plazo 0 y 3/0) 	

Seguimiento

El seguimiento de los pacientes sometidos a tratamiento médico se realizará de acuerdo a las necesidades individuales para evaluar modificación de los síntomas al interrogatorio y realizar los ajustes de dosis necesarios:

- En los sometidos a cirugía endoscópica se indicará cistoscopia de control a los tres y seis meses con programaciones subsiguientes de acuerdo a la evolución individual.
- En los sometidos a cirugía a cielo abierto el seguimiento se realizará a los tres meses con evaluación ultrasonográfica del tracto urinario y a los seis meses con cistoscopia, medición de capacidad vesical y estudio urodinámico.

EVALUACIÓN Y CONTROL

<i>Indicadores de estructura</i>		<i>Plan %</i>	<i>Bueno</i>	<i>Regular</i>	<i>Malo</i>
Recursos humanos	Urólogo y personal auxiliar entrenados en contenido del PA	95	95	--	< 80
Recursos materiales	Aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA	95	95	--	< 80
	Disponer de los medicamentos expuestos en el PA	95	95	--	< 80
	Disponer de los recursos para la	95	95	--	< 80

	aplicación de investigaciones				
Recursos Organiza- tivos	Garantizar el número progre- mado de 2 operaciones/semana	95	95	--	< 80
	% pacientes con Planilla de Re- cogida Datos (PRD) del PA	100	100	-	<100
	% pacientes con PRD incluida en LA Base de Datos	100	100	-	<100
Indicadores de procesos		Plan%	Bueno	Regular	Malo
% pacientes con cistopatía con aplicación del tratamiento correspondiente según PA		100	100	-	<100
% pacientes con cistopatía que cumplimenta- ron el seguimiento según se planificó		>90	>90	80-90	< 80
Indicadores de resultados		Plan%	Bueno	Regular	Malo
% pacientes con cistopatía con mejoría en la calidad de vida con tratamiento impuesto		>80	>80	70-80	< 70
% pacientes con cistopatía con complicacio- nes resultantes de cada proceder		< 2,5	< 2,5	2,5-6	>6

Información al paciente y familiares

Las cistopatías son un grupo de enfermedades crónicas de la vejiga cuyo origen es aún poco conocido aunque se investiga en la actualidad para descifrar sus enigmas. Ellas se caracterizan por síntomas como necesidad frecuente e imperiosa de orinar, dolor en la parte baja del abdomen, pelvis, vagina, recto o pene. La intensidad de los mismos se incrementa con el paso del tiempo, repercute sobre sus actividades diarias y puede llevarlo a la incapacidad laboral. De ahí la importancia de su diagnóstico y tratamiento.

Para conocer si usted padece alguna de sus variantes deberá ser hospitalizado y sometido a un estudio que incluirá:

- Observación detallada de su vejiga bajo anestesia (cistoscopia)
- Toma de muestra para biopsia.

De acuerdo a los resultados usted puede necesitar de algún tipo de tratamiento desde medicamentoso, cirugía endoscópica o de mínimo acceso hasta la cirugía a cielo abierto, algo más compleja.

Bibliografía

1. Agarwal M., O'Reilly P.H., Dixon R.A. Interstitial Cystitis – a time for revision of name and diagnostic criteria in the new millennium?. BJU Int. 2001; Vol 88: 348-350
2. Berger R.E., Miller J.E: Rothman I., Krieger J.N. and Muller C.H. Bladder petechiae after cystoscopy and Hidrodistensión in men diagnosed with prostata pain. J. Urol. 1998; Vol 159: 83-85.
3. Cifuentes D.L. Cistitis y cistopatías. Segunda Edición.1989; 1-309.

4. Cuarren J.W., Horne L.M., Hebel J.R., Marvel R.P., Keay S.K., and Chai T.C. Pilot study of sequential oral antibiotics for the treatment of Interstitial Cystitis. *J. Urol.* 2000; Vol 163: 1685-1688.
5. Erickson D. Interstitial Cystitis: Updates on Etiologies and therapeutic options. *Journal of women's health and gender-based.* 1999; Vol 8.
6. Messing E. Cistitis Intersticial y Síndromes relacionados. Campbell. *Urología.* Sexta Edición: 978-1001
7. Michael Y.R., Kawachi I., Stampfer M.J., Colditzga and Curhan G.C. Quality of life among women with Interstitial Cystitis. *J. Urol.*2000; Vol 164: 423-427.
8. Peeker R., Aldenborg F., and Fall M. The treatment of Interstitial Cystitis with supratrigonal cystectomy and iliocystoplasty: Diference in outcome between classic and nonulcer disease. *J. Urol.* 1998; Vol 159: 1479-1482.
9. Peeker R., Fall M. Interstitial Cystitis – a time for revision of name and diagnostic criteria in the new millennium? *Correspondence. BJU Int.* 2002; Vol 89: 637.
10. Van de Merwe J.P. and Arendsen H.J. Interstitial Cystitis: a review of immunological aspects of the aetiology and pathogenesis, with a hypothesis: *BJU International.* 2000; Vol 85-8: 1440- 1444.