

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS CISTOPATÍAS

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 las que más se investiga aunque aún insuficientemente y su prevalencia se reporta en 60/100000 habitantes mujeres en Estados Unidos y 18/100000 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.

Las variantes de ellas más identificadas son:

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 infecciosa.

CISTITIS CRÓNICA RETRACTIL: secundaria a infecciones agudas persistentes que pasan a la cronicidad y en algunos casos de etiología desconocida.

CISTITIS RADICA: generalmente secundaria a tratamiento radiante de tumores pélvicos que en casos graves puede conducir a la formación de fístulas 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 los quistes se ha atribuido a una posible degeneración de los nidos de Von Brunn, obstrucción de conductos glandulares, procesos inflamatorios o parasitarios.

CISTOPATÍA FOLICULAR: constituye una variante especial de las cistitis crónica determinada por una forma peculiar de acúmulo 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 EOSINOFILICA: también denominada granuloma eosinófilo vesical, es producido por la reacción alérgica de un anticuerpo IgE frente a un antígeno proveniente de alimentos o medicamentos.

La evolución natural de estas enfermedades conlleva a 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 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

- 1- Establecer el diagnóstico positivo de los distintos tipos de cistopatías.
- 2- Identificar los pacientes que son tributarios de tratamiento médico y aquellos en los que está indicada la cirugía.
- 3- Demostrar que la cistectomía supratrigonal más iliocistoplastia es una opción válida en pacientes con reducción de la capacidad vesical.
- 4- Reducir al mínimo las complicaciones de los pacientes sometidos a cirugía.
- 5- Mejorar la calidad de vida de los portadores de cistopatías.
- 6- Ofrecer información a pacientes, familiares y médicos generales acerca de estos padecimientos crónicos poco conocidos.

DESARROLLO

El médico especialista en Urología será el encargado de identificar las manifestaciones clínicas en los pacientes aquejados de cistopatías. Las mismas por las características de éstas enfermedades incluirán no solo los síntomas referidos sino las evidencias a la exploración cistoscópica.

Síntomas referidos:

- Polaquiuria diurna y nocturna.
- Micción imperiosa y / o incontinencia por urgencia.
- Disuria.
- Hematuria macroscópica terminal o microscópica.
- Dolor suprapúbico, pélvico y / o perineal que puede irradiarse a uretra, vagina, recto y base del pene en el hombre.

Exploración cistoscópica:

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

Signos cistoscópicos:

CISTITIS INTERSTICIAL

- Hiperemia de la mucosa vesical.
- Hemorragias petequiales a la distensión (glomerulaciones).
- Hematuria terminal post distensión vesical.
- Úlceras de Hunner (10%)
- Las lesiones generalmente respetan el trigono.
- Capacidad vesical normal o inferior a 400 ml.

CISTITIS CRÓNICA RETRÁCTIL

- Hiperemia de la mucosa vesical.
- Mucosa deslustrada.
- Capacidad vesical inferior a 400 ml.

CISTITIS RÁDICA

- Mucosa vesical deslustrada.
- Hematuria a la distensión vesical.
- Ulceraciones y esfáculos extensos del epitelio.

CISTOPATÍA GLANDULAR

- Lesión proliferativa de aspecto irregular y mamelonado, a veces vellosa con lesiones quísticas asociadas.
- Se distribuyen en el trigono y cuello, rara vez ocupan toda la vejiga.

CISTOPATÍA QUÍSTICA

- 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

- Hiperemia de la mucosa
- Nódulos amarillentos de superficie lisa generalmente localizados en el trigono o cercanos a él.

CISTITIS EOSINOFÍLICA

- Congestión difusa de la mucosa.
- Lesiones proliferativas polipoideas de aspecto verrucoso.

Estudios complementarios

UROCULTIVO

La toma de muestra se realizará de acuerdo a las normas establecidas . Será necesario 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 mismo 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 sus 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:

Cistitis Intersticial: edema, infiltrado de células inflamatorias, congestión vascular y hemorragia de la submucosa. Pérdida en ocasiones total del epitelio transicional que queda sustituido por los elementos inflamatorios. Ellos se extienden a la muscular, serosa y tejido perivesical conduciendo a fibrosis de todas las capas.

Cistitis crónica retráctil: mucosa más edematosa que en la cistitis aguda que causa apilamiento del epitelio. Engrosamiento fibroso de la túnica propia con rigidez consecuente de la pared.

Cistitis rádica: hiperemia congestiva, edema difuso, infiltración de leucocitos en el intersticio. Lesión por radiación de los vasos sanguíneos pudiendo apreciarse trombosis vasculares.

Cistopatía glandular: el epitelio se torna mucosecretor con la presencia de glándulas que pueden ser de diferentes tipos: intestinal, periuretral, uracal y adenomas nefrogénicos.

Cistopatía quística: presencia de inclusiones mucosas en el epitelio vesical en forma de pequeños quistes esparcidos con diámetro de 1 a 5 mm.

Cistopatía folicular: reacción inflamatoria crónica con acumulación de linfocitos en folículos dentro de la mucosa vesical y la pared subyacente.

Cistitis Eosinofílica: infiltración por eosinófilos de todas las capas de la vejiga.

Tratamiento

MÉDICO

Su objetivo es fundamentalmente el alivio de los síntomas en aquellos pacientes que aún no tienen disminución de la capacidad vesical. Pueden utilizarse como monoterapia o combinados entre ellos o con procedimientos quirúrgicos.

Cistitis Intersticial

Tratamiento del dolor ligero a moderado:

- Acetaminofen
- Ácido acetil salicílico
- Antiinflamatorios no esteroideos: Ibuprofeno , Naproxeno
- Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina 10-25 mg/día (max. 75 mg)
- Benzodiacepinas: diazepam, clonazepam

Tratamiento del dolor intenso:

Opioides: codeína, morfina, petidina

Tratamiento dirigido al mastocito

Cimetidina 200 mg c/ 8 horas

Otras cistopatías con polaquiuria y urgencia:

Anticolinérgicos: Oxibutinina 5mg c/ 8 horas

Cloruro de trospio 1 tab c/8 horas

Tolterodina 2mg c/12 horas

Cistitis rádica con hematuria:

Oxigenación hiperbárica.

QUIRÚRGICO

Cirugía endoscópica:

Resección y electrofulguración de todas las lesiones evidentes en cistoscopia como úlceras de Hunner, quistes, imágenes mamelonantes o polipoideas.

Hidrodistensión vesical a su máxima capacidad durante 5 minutos. Se realiza como parte de la exploración cistoscópica.

Cirugía a cielo abierto:

Reducción de la capacidad vesical a 400ml o menos en cualquiera de las variantes mencionadas: Cistectomía supratrigonal o total si las lesiones toman el trigono y cuello, seguida de sustitución vesical con ileon terminal. Se utilizará la técnica clásica descrita así como el uso de profilaxis antibiótica con Cefazolina 1g c/8horas y sutura absorbible a largo plazo 0 y 3/0.

Evaluación y control

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 casos 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.

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 hidrodistension 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. ,Aldenberg 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.

INFORMACIÓN AL PACIENTE

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 :

1. Observación detallada de su vejiga bajo anestesia (cistoscopia)
2. 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.

Consentimiento Informado

Se realizará en aquellos pacientes que serán sometidos a cirugía a cielo abierto. Se someterán a su consideración los siguientes aspectos:

1. Riesgo habitual de sometimiento a anestesia general
2. Tiempo quirúrgico prolongado de tres horas o más.
3. Resección casi total de su vejiga nativa.
4. Empleo del intestino delgado para sustituir la vejiga enferma.
5. Permanencia de sonda uretral por 21 días o más después de la cirugía.
6. Posibilidad de dependencia del cateterismo intermitente postratamiento de forma temporal o permanente.