



Cistitis crónicas no bacterianas

Q. Manach, S.-J. Drouin, A. Vieillefond, M. Rouprêt

El término de cistopatías crónicas engloba distintas afecciones vesicales de etiologías diversas (infecciosas, traumáticas, irritativas, etc.), cuya presentación clínica es variada y combina, en la mayoría de los casos, dolor pélvico, hematuria y síntomas irritativos. Las pruebas de imagen suelen ser de escasa utilidad para el diagnóstico y se utilizan sobre todo para descartar las complicaciones. El diagnóstico suele basarse en la cistoscopia y el estudio histológico de las biopsias vesicales asociadas a la anamnesis y a la búsqueda de factores desencadenantes. El tratamiento es médico (tratamiento del agente causal, antibioticoterapia, instilaciones endovesicales) y/o quirúrgico (resección endoscópica, cistectomía parcial o total). Las recidivas son frecuentes y algunas formas son precancerosas, por lo que se recomienda un seguimiento a largo plazo.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Cistopatías; Cistitis; Vejiga; Eosinófilo; Incrustante; Amiloidosis; Endometriosis; Cistoscopia

Plan

■ Introducción	1
■ Cistitis eosinofílica	2
Epidemiología	2
Etiología	2
Clínica	2
Pruebas complementarias	2
Endoscopia e histología	2
Tratamiento	2
■ Cistitis incrustante	2
Etiopatogenia	2
<i>Corynebacterium urealyticum</i>	2
Clínica	3
Pruebas complementarias	3
Endoscopia e histología	3
Tratamiento	3
■ Cistitis quística y glandular	3
Etiopatogenia	3
Cistitis quística	4
Cistitis glandular o metaplasia glandular	4
■ Cistitis polipoide	4
Etiopatogenia	4
Clínica	5
Pruebas de imagen	5
Endoscopia e histología	5
Tratamiento	5
■ Endometriosis vesical	5
Epidemiología	5
Etiología	5
Clínica	6
Pruebas de imagen	6
Endoscopia e histología	6
Tratamiento	6

■ Malacoplaquia	7
Etiopatogenia	7
Clínica	7
Pruebas complementarias	7
Endoscopia e histología	7
Tratamiento	7
■ Amiloidosis vesical	8
Etiopatogenia	8
Amiloidosis vesical primaria	8
Amiloidosis vesical secundaria	8
■ Cistitis crónica por ciclofosfamida	8
■ Conclusión	10

■ Introducción

El término « cistopatías crónicas » engloba distintas afecciones vesicales que sólo tienen en común la duración de la evolución de sus síntomas y la existencia de lesiones patológicas individualizables mediante la endoscopia y/o la histología.

Se trata de enfermedades que pueden ser asintomáticas, porque se localizan y se diagnostican en lesionesseudotumorales mediante endoscopia o se manifiestan por síntomas invalidantes, de los que los principales son los trastornos irritativos y el dolor. A menudo se pasan por alto y plantean problemas diagnósticos perjudiciales para los pacientes que los presentan, pues su tratamiento consiste en la mayoría de los casos en la supresión del agente causal. El objetivo de este artículo es enumerar las distintas formas de estas cistopatías (a excepción de las cistitis por radiación e intersticiales) y describir sus principales elementos del diagnóstico y del tratamiento.

■ Cistitis eosinofílica

Epidemiología

Es infrecuente y afecta tanto a adultos como a niños. En la mayoría de los casos, se encuentra un contexto inmunoalérgico [1].

Etiología

La hipótesis etiopatogénica principal es la de una reacción inmunológica antígeno-anticuerpo responsable de la atracción de eosinófilos a la pared vesical que liberan citocinas responsables del proceso inflamatorio. La cistitis eosinofílica puede producirse en menos ocasiones en el marco de una uropatía preexistente [2, 3].

Clínica

La sintomatología es polimorfa e inespecífica. La cistitis por eosinófilos se manifiesta como una cistitis aguda hematuria, dolor suprapúbico, disuria y hematuria crónica. En pocas ocasiones, existe nicturia o retención aguda de orina. Algunas manifestaciones alérgicas, como un exantema cutáneo, se asocian en ocasiones a los signos urinarios.

En un estadio tardío, puede manifestarse de entrada por ciertas complicaciones, sobre todo una ureterohidronefrosis secundaria al engrosamiento de la pared vesical, un reflujo vesicoureteral, infecciones reiteradas o incluso una fístula enterovesical [1].

Pruebas complementarias

Las pruebas de laboratorio muestran una ausencia de bacteriuria, leucocitosis con eosinofilia en el 60% de los casos y, en ocasiones, una eosinofilia, aunque ésta es infrecuente e inespecífica [4]. Las pruebas de imagen pueden mostrar un engrosamiento difuso de la pared vesical, una masa de aspecto seudotumoral. En ellas se busca, sobre todo, una repercusión sobre el tracto urinario superior [4].

Endoscopia e histología

La cistoscopia y las biopsias permiten realizar el diagnóstico. Suele observarse un edema y lesiones polipoides eritematosas de la mucosa, asociadas a ulceraciones. Desde el punto de vista histológico, se trata de un infiltrado inflamatorio denso rico en eosinófilos, que se difunde por un corion fibroedematoso y se infiltra entre los fascículos del músculo detrusor, dando lugar a un cuadro de pancistitis de la mucosa y de la submucosa [3, 5] (Fig. 1).

Tratamiento

Consiste, en primer lugar, en la supresión del agente alérgico si se encuentra (fármaco), asociado a antiinflamatorios no esteroideos [5, 6]. Los corticoides se emplean como segunda línea terapéutica, asociados en ocasiones a antihistamínicos [3]. En los casos resistentes a la corticoterapia, se puede proponer un tratamiento con ciclosporina [7]. Si esto fracasa, se han propuesto muchos protocolos, pero sin un éxito demostrado: instilaciones de nitrato de plata, de azatioprina o de mitomicina C [8].

En último lugar, o en presencia de una repercusión sobre el tracto urinario superior, es necesario recurrir a la cirugía. En tal caso, se puede plantear una resección endoscópica de las lesiones, una cistectomía parcial e incluso una enterocistoplastia. Es indispensable realizar

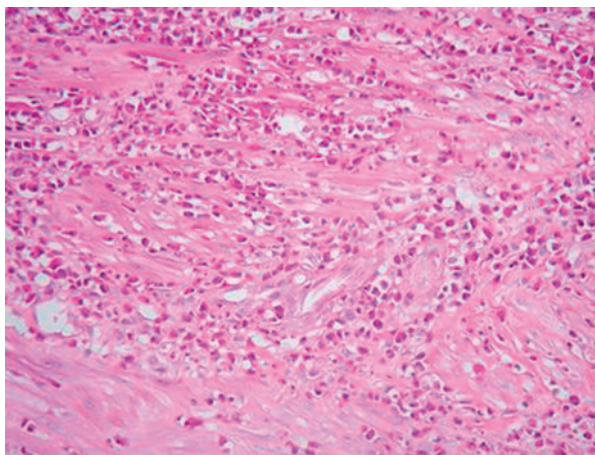


Figura 1. Cistitis eosinofílica. Aspecto de pancistitis con infiltrado inflamatorio muy rico en eosinófilos, que en esta imagen se ven disociando los fascículos musculares del detrusor.

un seguimiento a largo plazo, porque las recidivas son frecuentes [5, 6].

“ Punto importante

Cistitis eosinofílica

Se produce en un contexto inmunoalérgico y se debe a una reacción antígeno-anticuerpo. En ocasiones, se observa una elevación de los eosinófilos en la sangre o la orina, pero el diagnóstico se realiza por la histología, que muestra un infiltrado inflamatorio eosinófilo del corion y del músculo. El tratamiento consiste en la supresión del agente causal y la administración de antiinflamatorios.

■ Cistitis incrustante

Etiopatogenia

La cistitis incrustante provoca depósitos en « cáscara de huevo » sobre la mucosa vesical, pero también en el urotelio del tracto urinario superior. Es una afección bien conocida en los pacientes que presentan infecciones urinarias de repetición. Ha desaparecido casi por completo con la aparición de los antibióticos. También puede manifestarse tras la realización de un procedimiento endourológico [9].

Se puede observar, en ausencia de tratamientos antibióticos eficaces, en pacientes (a menudo inmunodeficientes) infectados por microorganismos que poseen ureasa, en particular por *Corynebacterium urealyticum* [10].

Corynebacterium urealyticum

Pertenece a la flora cutánea normal y se observa en el 2-5% de las infecciones urinarias, esencialmente en un medio urológico hospitalario (pacientes debilitados por manipulaciones instrumentales repetidas, diabéticos, inmunodeprimidos, etc.). Esta bacteria sólo se encuentra en los urocultivos si se busca en medios particulares.

La actividad ureásica de *C. urealyticum* transforma la urea en amoníaco, de modo que la orina se vuelve alcalina y favorece la formación de cálculos blandos de estruvita (cristales de fosfato amónico-magnésico) y de apatita, que se incrustan en las zonas de mucosa necrosada y ulcerada [11-13].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8827817>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8827817>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)