



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2936 - ÚLCERA DE HUNNER- VEJIGA DOLOROSA A PROPÓSITO DE CASO CLÍNICO

M. García Miranda<sup>a</sup>, A. Ciocea<sup>b</sup>, A. Chuchón Alva<sup>c</sup> y V. Ciocea<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Norte. Ávila. <sup>b</sup>Médico de Área. Centro de Salud Fontiveros. Ávila. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ávila Suroeste. Ávila. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Burgohondo. Ávila.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 75 años, con antecedentes de fibrilación auricular paroxística, dislipemia, en tratamiento olmesartan, simvastatina, omeprazol, ribaroxaban, lexatin e ibuprofeno. Acude a la consulta por presentar desde hace 9 meses, escozor vaginal, polaquiuria, dolor en región suprapúbica y sensación de peso constante en la vagina. Ha tenido correcta hidratación pero vaciado dificultoso. Refiere gran deterioro de la calidad de vida con sensación de incompreensión por su entorno y familia. Varios especialistas concluyeron que presentaba infección de orina de repetición. En atención primaria fue tratada con diferentes antibióticos. Tras aislar E. coli en urocultivo decidimos remitir a ginecología, donde se diagnostica distrofia vulvar liquenoide, pautan propoianoto de testosterona sin mejoría. Un mes después se trata con colpotrofin e hidratante externo con leve mejoría. Finalmente remitimos a Urología donde se diagnostica úlcera de Hunner, inician tratamiento con amitriptilina sin mejoría, se pauta 4 instalaciones con ácido hialurónico y benzodiacepinas con mejoría parcial. Se propone hidrodistensión más bótox en trígono y coagulación de la lesión ulcerosa y lo acepta, un mes después la paciente está asintomática.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 150/74, FC: 68 lpm. Dolor a la palpación a nivel suprabúbico, genitales externos: atróficos, resto de exploración anodina. Sistemático de orina: leucos, nitritos, eritrocitos, negativos. Cistoscopia: trigonitis. Lesión ulcerada en fondo derecha, que no se biopsia por anticuagulación.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome de vejiga dolorosa, úlcera de Hunner.

**Diagnóstico diferencial:** Carcinoma in situ, endometriosis y cistitis tuberculosa.

**Comentario final:** Es importante conocer esta enfermedad ya que muchos especialistas la desconocen, realizándose un diagnóstico erróneo y sin un tratamiento adecuado. Los pacientes son derivados a diferentes especialistas mientras los síntomas empeoran llegando a situaciones invalidantes, lo que crea incertidumbre ante la enfermedad que no solo afecta al paciente sino también a su entorno.

### Bibliografía

1. Consultando al Urólogo. Cuestionario de Validación diagnóstica de cistitis intersticial o síndrome de vejiga dolorosa. Potenziani SPSVD/DCP-15, 2005.
2. Potenziani J, Potenziani S. Síndrome de hiperpresión de uretra prostática. En: Potenziani J, ed. Temas Actuales en Urología. Venezuela: Astra Zeneca, 2006.

**Palabras clave:** Síndrome de vejiga dolorosa. Cistopatía intersticial. Úlcera de Hunner.