



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3488 - NO TODA DISURIA ES CISTITIS

M. El Sayed Soheim^a, E. Lino Montenegro^b, L. Alli Alonso^c, I. Veli Cornelio^d, I. Mantiñán Vivanco^a y G. Rosario Godoy^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 24 años, sin antecedentes médicos de interés, con clínica de disuria y molestias en zona suprapúbica de 3 años de evolución, hematuria en alguna ocasión con varias consultas en AP y servicio de urgencias y varios ciclos de antibióticos, urocultivos negativos y cultivos de exudado vaginal con aislamiento de Candida y otros negativos. No presenta fiebre. Reinterrogando al paciente añade dispareunia. Ante la persistencia de la clínica se solicita nuevo cultivo de exudado vaginal y cultivo de endocérvix.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente afebril, con exploración completamente anodina, peñupercusión negativo. Exploración ginecológica normal. Analítica normal sin leucocitosis ni alteración de la función renal. En cultivo de exudado vaginal se aísla candida y en cultivo endocérvix se aísla Ureaplasma urealyticum y Mycoplasma hominis.

Juicio clínico: Cervicitis por Ureaplasma urealyticum y Mycoplasma hominis.

Diagnóstico diferencial: Cistitis aguda, vaginitis, litiasis renal, uretritis.

Comentario final: La paciente recibe tratamiento con doxiciclina durante 7 días, con desaparición de la clínica. Las cervicitis constituyen enfermedades infecciosas genitales de transmisión sexual, con clínica muy variable desde asintomáticos o sintomática como exudado vaginal, disuria, dispareunia, sangrado intermenstrual o postcoital, dolor abdominal hipogástrico (se debe descartar EPI), además con complicaciones en embarazadas como parto prematuro, colonización en tracto respiratorio en neonatos que puede causar displasia broncopulmonar en neonatos prematuros. La etiología puede ser Neisseria gonorrhoeae (25%). Chlamydia trachomatis (15-55%). Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis (10-40%). Otros (hongos, Trichomonas...). El diagnóstico se puede conseguir con cultivo de la secreción uretral, cervical o la orina. Es importante descartar otro tipo de ETS mediante serología. El tratamiento dependerá de la etiología, (gonocócica o no gonocócica) y del antibiograma. Mycoplasma genitalium suele ser sensible a monodosis con azitromicina 1 g y como alternativa doxiciclina 100 mg cada 12h 7 días y se debería insistir en las medidas de protección. Ante la persistencia de síntomas a pesar del buen

cumplimiento de tratamiento (y terapia de pareja simultáneamente) se debe sospechar causas infrecuentes como ha sido nuestro caso con *Ureaplasma Urealyticum*.

Bibliografía

1. CDC and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015;64(No. RR-3):1-137.

Palabras clave: Cervicitis. *U. urealyticum*. Disuria.