



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/934 - CISTITIS ATÍPICA EN PACIENTE JOVEN

A. Ruíz Nicolás<sup>1</sup> y E. Esparza Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 28 años, procedente de otra área de salud, con antecedente de infecciones urinarias de repetición en el pasado. Niega tratamiento crónico. Consultas frecuentes en Urgencias en los últimos tres meses por disuria, polaquiuria, tenesmo vesical y dolor sordo en hipogastrio relacionado con la micción, sin relación con la actividad sexual, que ha empeorado en las últimas semanas y ahora asocia incontinencia de urgencia, nicturia y ocasionalmente hematuria macroscópica. Ha sido tratada secuencialmente con fosfomicina, cefixima y ciprofloxacino, además de analgésicos, en sus múltiples visitas a Urgencias Generales, y Ginecología pautó óvulos de fenticonazol, sin aparente mejoría. Los análisis realizados hasta el momento en el hospital sólo mostraban una mínima elevación de la PCR, con función renal, hemograma y sistemático de orina normales. Sin bacteriuria ni leucocituria. Dos urocultivos negativos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: normal. Analítica: PCR: 4,4, hematuria de +++ y leucocituria de ++. Resto normal. Se solicita nuevo urocultivo en una semana para aclarar el último antibiótico y se cursa interconsulta urgente a Urología. Se prescribe pauta corta de prednisona. La paciente es vista por Urología en tres semanas. El dolor ha mejorado con la pauta corticoidea y el urocultivo que se solicitó es negativo. Ecografía abdominopélvica: sin hallazgos relevantes. Cistoscopia con hidrodistensión: mínimas ulceraciones petequiales mucosas dispersas por la pared vesical compatibles con glomerulaciones, sin presencia de abollonaduras murales ni de áreas hemorrágicas. Se toman biopsias de las lesiones y se inicia tratamiento, pero la paciente no vuelve a consulta.

**Orientación diagnóstica:** Cistitis intersticial.

**Diagnóstico diferencial:** Cistitis infecciosa, urolitiasis, carcinoma vesical, endometriosis.

**Comentario final:** La cistitis intersticial es una enfermedad de etiología desconocida y baja prevalencia en pacientes jóvenes cuyo diagnóstico a menudo es de exclusión cuando otras causas orgánicas de síndrome miccional se han descartado. Frecuentemente, pautas reiteradas de antibioterapia empírica prescritas en diferentes momentos pueden complicar un diagnóstico que suele confundirse con cistitis decapitadas que no mejoran. Es labor del médico de familia sospechar aquellos cuadros de evolución tórpida que deben ser remitidos al especialista e intentar, como en este caso, pautas de esteroides cortas, la respuesta a los cuales apoya el diagnóstico.

## **Bibliografía**

1. Michels T, Sands J. Dysuria: Evaluation and Differential Diagnosis in Adults. *Am Family Physician*. 2015;92(9):778-86.
2. Van de Merwe J. Diagnosis of Interstitial Cystitis: A Clinical, Endoscopic and Pathologic Approach. *Bladder Pain Syndrome - An Evolution*. 2017:57-62.

**Palabras clave:** Cistitis Intersticial. Dolor pélvico.