

CISTITIS RECIDIVANTES DE LA MUJER

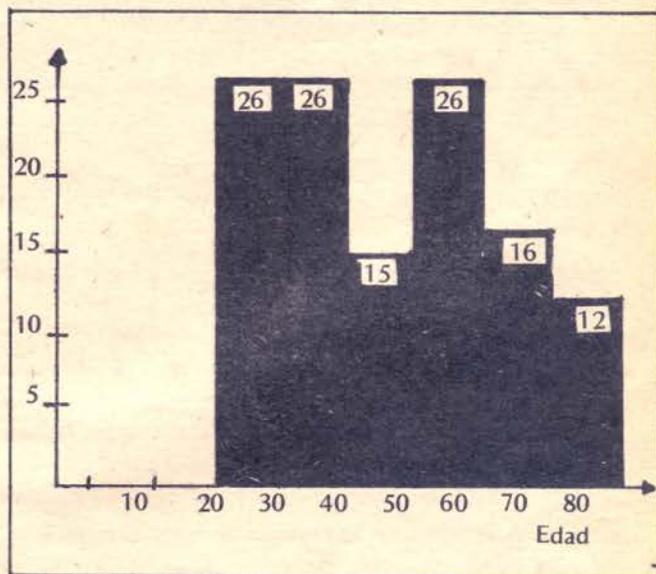
* Rafael Castro

Las cistitis recidivantes son frecuentes en la mujer. Ellas son raramente reveladoras de una afección grave, pero pueden ser invalidantes y representan una fuente de consulta urológica, de prescripciones y de otros gastos médico-sociales. Ninguno de los tratamientos para prevenirlas es completamente satisfactorio.

MATERIAL DE ESTUDIO

Este trabajo se basa en el estudio de 121 pacientes presentando cistitis típicas y recidivantes. Típicas porque asocian micciones frecuentes (polarkiuuria) e imperiosas, ardores miccionales e infección urinaria. Recidivantes después de seis meses en todos los casos, después de más de un año en 76% de los casos y después de más de cinco años en 38% de los casos. Han sido excluidas las mujeres cuyas cistitis se acompañaban de fiebre alta o de otras complicaciones.

La edad de las pacientes es figurada en el cuadro 1. Ella va desde 20 hasta 80 años, con dos picos de frecuencia a 30 años, edad de la actividad sexual máxima, y a los 60 años, algunos años después de la menopausia.



Cuadro No. 1

Todas estas pacientes han sido examinadas por el mismo urólogo y según el mismo plan, incluyendo:

—Un interrogatorio exhaustivo buscando muy particularmente los factores que provocan las crisis.

(*) Urólogo Service de chirurgie, Hôpital de Tarare. 69173 Tarare, Francia.

—Un examen clínico completo. Examen ginecológico detallado.

—Medida del calibre del meato ureteral.

—Uretrocistoscopia tiempo después de la crisis.

—Estudio bacteriológico de la orina.

—Urografía intravenosa y cistografía—uretrografía per-miccional.

FORMAS CLINICAS Y DIAGNOSTICO

Un cierto número de signos son inconstantes:

—Hematurias macroscópicas acompañan la crisis en 37% de los casos. Ellas son poco abundantes y terminales.

—Lumbalgias unilaterales en 14% de los casos (ningún dolor característico de un reflujo).

—Disuria con pujo abdominal o micción en varios tiempos: 12% de los casos. Esta disuria ha revelado una estenosis del meato 3 veces de 5.

El carácter más o menos paroxístico de la crisis, la persistencia o no de ligeros síntomas entre las crisis, permiten oponer las formas típicas durante las cuales las mujeres no sienten entre dos crisis ningún síntoma (55% de los casos), o sienten solamente un ligero peso pelviano y una ligera poliarkuria (28% de los casos), a 17% de formas típicas. Se trata de mujeres que presentan una poliarkuria, una sensación de peso pelviano y ardores permanentes, que se exacerban en el momento de la aparición de las crisis. Estas formas presentan el diagnóstico diferencial más difícil. Es en estos casos, cuando la infección es discutible o inconstante, que hay que saber discutir y eliminar:

—Las vaginitis infecciosas o parasitarias en las mujeres jóvenes.

—Los ardores miccionales vulvo—vaginales hormona-privos de las mujeres de edad.

—O esas raras cistalgias de origen neurótico, cuyas orinas permanecen estériles.

LOS FACTORES QUE PROVOCAN LAS CRISIS DE CISTITIS

Los fenómenos de la vida genital y sexual son de una importancia capital.

Las primeras cistitis fueron provocadas por las primeras relaciones sexuales (Honeymoon cystitis) en 11% de los casos.

Los embarazos y la paridad no tienen ninguna importancia en esta serie: a pesar de la frecuencia de las infecciones urinarias durante el embarazo. La paridad de estas mujeres es comparable a las normas de la población francesa.

La influencia del ciclo hormonal no parece grande: 5 mujeres de 121 tuvieron la impresión de que sus crisis seguían el ritmo de sus ciclos menstruales.

La influencia de las infecciones genitales es, al contrario, indiscutible. 32% de las pacientes tienen o han tenido una infección genital. Entre éstas, 9% tienen antecedentes de infección grave y esa cifra es probablemente subestimada (abortos provocados por infecciones urinarias); 27% de las

pacientes de menos de 40 años tenía una infección ginecológica contemporánea con la infección urinaria. Estas cifras hacen pensar que las cistitis han podido, al menos al principio, complicar una infección ginecológica que hay que saber buscar y tratar. Pero esto no es una regla absoluta, pues 68% de las pacientes no tienen ningún antecedente infeccioso notable. De todas formas, una vez la enfermedad vesical es provocada, evoluciona por su propia cuenta. En el momento del examen por cistitis, 88% de las pacientes no tenía ninguna infección ginecológica en evolución, y netamente ninguna de las mujeres de más de 40 años tenía infección en el momento del examen.

12 pacientes (17% de las mujeres de más de 40 años) eran portadoras de un cistocele o de un prolapsus genital más o menos neto. Debido a la frecuencia de estos cistoceles en la mujer de edad, la relación entre el prolapsus genital y la cistitis recidivante parece discutible.

Así como es discutible el papel del fibroma uterino encontrado en 6 casos sobre 121. Otros hallazgos de patología genital son debido a pura coincidencia: cáncer del cuello uterino 1, cáncer del endometrio 3 casos.

LA INFLUENCIA DE FACTORES PSICO-SEXUALES

Merece, sin duda, ser discutida: 9 pacientes de 121 tenían antecedentes psiconeuróticos indiscutibles; 7 de 12 se presentaron como psicoasténicas, 2 enfermas se quejaban de dispareunia. En resumen, 18 enfermas solamente (15%) tenían una nota psíquica o psicosexual neta. Esta proporción es débil, pero los límites de la neurosis son siempre difíciles a apreciar, debido a que las crisis de cistitis tienen a menudo una repercusión psíquica considerable. Se comprende fácilmente el hecho de que una mujer joven tenga dificultades a realizarse sobre el plano psicosexual cuando teme tener una crisis de cistitis cada vez que tiene una relación sexual. Pero la débil frecuencia de los antecedentes psíquicos, indiscutibles en esta serie, hacen pensar que los problemas psíquicos son frecuentemente las consecuencias y no la causa de la afección.

INFLUENCIA DE LOS PROBLEMAS DIGESTIVOS

39% de las pacientes se quejaban de problemas digestivos asociados; se trataba, en la mayoría de los casos, de simples constipaciones (24%). Un buen número de mujeres tuvieron sus crisis de cistitis provocadas por una crisis de constipación; no hay, que yo sepa, ninguna explicación irrefutable de este fenómeno, pero el tratamiento de esos problemas del tránsito intestinal será un elemento importante en la prevención de las cistitis. En 9% de los casos, las fases de constipación alterna con las fases de diarreas.

Las otras afecciones digestivas pertenecían a la esfera proctológica o afectaban la esfera del colon; esto probablemente es pura coincidencia.

FACTORES ALIMENTICIOS

Buen número de mujeres vieron sus crisis provocadas por la absorción de ciertos alimentos (alimentos ácidos o

picantes) o de ciertas bebidas (vino blanco, alcohol). Estos alimentos provocantes varían mucho de una mujer a la otra; no hay ninguna regla. Pero, bien entendido, hay que tomar en cuenta las susceptibilidades individuales en los consejos higieno—dietéticos que serán dados.

OTROS FACTORES

Una proporción importante de pacientes tienen también afecciones recidivantes de la esfera ORL alternando con las cistitis (23). Hay que notar que ninguna de las pacientes de nuestra serie es diabética.

EL EXAMEN CLINICO

La etapa esencial del examen es el examen ginecológico. En ciertos casos, como ustedes habrán visto más arriba, él permite descubrir un fibroma uterino o un prolapsus genital cuya responsabilidad en la recidiva es siempre discutible. En las mujeres de menos de 50 años hay que buscar los signos de infección genital (exocervicitis encontradas en 7% de los casos, leucorreas anormales encontradas en 9% de los casos).

Buscar en las mujeres nulíparas las anomalías del himen, restos exuberantes que ocultan el meato o bridas laterales que lo tiran hacia atrás encontradas en 27% de los casos.

En las mujeres de más de 50 años hay que apreciar la troficidad de la mucosa vulvo—vaginal, debido a que la atrofia hormonopriva es encontrada en 9% de los casos y puede ser responsable de ardores. Las carunculas del meato (17% de los casos) son frecuentes a esta edad y su responsabilidad como detonante de la crisis es discutible.

Hay que buscar en fin todas las otras anomalías o malformaciones vulvo—vaginales: meato hipospado, abocamiento ectópico del ano, deformación vulvar de las afecciones de la cadera, que pueden ser responsables de las infecciones recidivantes.

BACTERIOLOGIA

Los resultados de los exámenes bacteriológicos muestran la predominancia del colibacilo, ya sea que se trate de un germen aislado o de gérmenes asociados. En nuestra experiencia, las cepas encontradas eran, generalmente, sensibles a los principales antisépticos y antibióticos.

CALIBRE DE LA URETRA

El calibre del meato uretral era, generalmente, pequeño si nos referimos a las normas aceptadas.

—35% de las mujeres tenía un calibre inferior a 25 ch (22/3 mm). Es posible que esas "estenosis" favorezcan las cistitis recidivantes como se dice. Pero esto no es una regla, pues hay mujeres que tienen meatos estrechos y que nunca han tenido cistitis.

RESULTADOS DE LA URETRO—CISTOSCOPIA

El beneficio aportado, a las pacientes, por las 134 uretrocistoscopias es muy pequeño.

Una placa blanquecina de metaplasia vaginal ha sido observada en el trigono vesical en 30% de los casos, sobre todo en las mujeres jóvenes. Pero es poco probable que esta zona de metaplasia tenga una significación patológica. La misma constatación es hecha, frecuentemente, en mujeres que no sufren de infección urinaria recidivante.

Signos de inflamación de la mucosa vesical han sido observados.

Ellos eran netos y difusos en 54% de los casos, moderados y limitados al trigono y al cuello de la vejiga en 35% de los casos; ausencia de signos, netos, de inflamación 11% de los casos. Pero el interés de esta clasificación no es evidente, el grado de inflamación depende, sobre todo, del tiempo pasado después de la última crisis.

La cistoscopia no aportó una información verdaderamente interesante más que en 3 casos: una duplicación ureteral, una cistitis intersticial (aparición de hemorragia durante la distensión vesical), un caso de vejiga neurológica sospechada en presencia de una vejiga de lucha.

Hay que notar que ninguno de estos 134 exámenes ha revelado ni tumor, ni litiasis, ni signos de infección tuberculosa o bilarziosa.

RESULTADOS DE LA UROGRAFIA

En 19 casos, la urografía ha revelado una anomalía del alto aparato urinario, pero se trata 12 veces de anomalías sin relación con las cistitis. Una relación era posible en 7 casos: 3 dilataciones ligeras de ureteres y de calices, 2 asimetrías de la talla renal, una litiasis calicial, 1 reflujo.

Al contrario, la existencia de signos de lucha vesical (trabeculaciones del contorno vesical durante el reposo o residuo importante) que pueden ser observados, deben ser tomados en cuenta, pues estos signos pueden ser debidos a una estenosis del meato o a una vejiga neurológica.

De otro lado, las imágenes de estenosis del meato en la urografía miccional no deben ser admitidas a menos que sean caricaturales. 3 imágenes de estenosis del meato en la urografía miccional parecían características. Ninguna estenosis fue confirmada en el momento de calibrado de la uretra.

CONCLUSIONES

Quisiéramos insistir en los puntos siguientes:

1. Un interrogatorio preciso y un examen ginecológico minucioso son las dos etapas esenciales de la exploración de estas pacientes. Ellos permiten eliminar las falsas cistitis y depistar los factores que provocan las crisis.

2. La utilidad de las exploraciones endoscópicas y de la urografía parece discutible, netamente en caso de cistitis recidivantes de la mujer joven. En estos casos sin duda es preferible prescribir un tratamiento preventivo y no demandar estas exploraciones que en caso de fracaso.

3. El tratamiento preventivo incluye siempre un cierto número de medidas higieno—dietéticas. Se puede recurrir a las inyecciones intra—uretrales de $\text{NO}_3 \text{Ag}$ que representa un tratamiento económico desprovisto de peligro y eficaz en 7 de cada 10 casos como lo veremos en un próximo artículo.