



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11246

10
2FE

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SERVICIO DE UROLOGIA Y NEFROLOGIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
SECRETARIA DE SALUD

SINDROME IRRITATIVO URINARIO BAJO CRONICO:
VALOR DIAGNOSTICO DE LA CISTOSCOPIA,
CITOLOGIA URINARIA Y BIOPSIA VESICAL.

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN UROLOGIA
P R E S E N T A :
DR. JOSE GUZMAN ESQUIVEL

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO AUTONOMO



MEXICO, D. F.



1995

FALLA DE ORIGEN DIRECCION DE ENSEÑANZA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

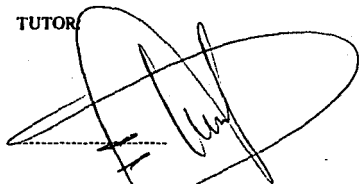
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

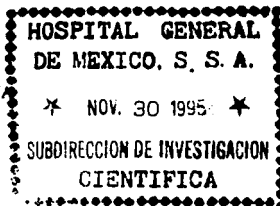


DR. CARLOS GARCIA IRIGOYEN.
JEFE DEL SERVICIO DE UROLOGIA Y NEFROLOGIA.
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE
POSTGRADO.

TUTOR



DR. HUGO ARTURO MANZANILLA GARCIA
MEDICO AUXILIAR DEL SERVICIO DE UROLOGIA
Y NEFROLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE
MEXICO.



ESTA TESIS FUE REGISTRADA Y REVISADA POR:

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA CLINICA

DISEÑO Y EVALUACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S.S.

A CARGO DE:

DR. WALTER GLENDER BLANCO

CON CLAVE

DIC/95/105/03/120

TITULO:

SINDROME IRRITATIVO URINARIO BAJO CRONICO.
VALOR DIAGNOSTICO DE CISTOSCOPIA, CITOLOGIA URINARIA
Y BIOPSIA VESICAL.

DEDICATORIAS

A MI MADRE : CON AMOR Y ETERNO AGRADECIMIENTO.
POR SU BONDAD Y SACRIFICIO.

A MI PADRE: POR FORJAR LAS BASES QUE ME
HAN SOSTENIDO EN ESTA TAREA. CON INMENSO RESPETO Y
CARIÑO.

A MIS HERMANOS: A TODOS ELLOS, POR DARME LO NECESARIO Y
SIEMPRE JUSTO PARA EMPRENDER ESTE CAMINO DIFICIL PERO
GRATIFICANTE. CON AMOR Y SINCERO RESPETO.

A MIS AMIGOS: ALBERTO BENITEZ, JOSE LUIS BERASTEGUI,
ALVARO GUTIERREZ , WILLIAM RODRIGUEZ Y MARTIN LUIS
MENDEZ. CON RESPETO Y CARIÑO. SIEMPRE AMIGOS ENTRAÑABLES

A G R A D E C I M I E N T O S

**A TODOS MIS MAESTROS: QUE ME HAN LEGADO SUS
CONOCIMIENTOS . CON QUIENES HE COMPARTIDO
MOMENTOS INOLVIDABLES . CON RESPETO SINCERO Y
PROFUNDO RECONOCIMIENTO.**

**AL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO. CON CARÍÑO A ESTA
CASA QUE NOS BRINDA SU COBIJO Y NOS ALIMENTA SIEMPRE
SERVICIO DE UROLOGIA , UNIDAD 105 INOLVIDABLE.**

CONTENIDO

	Pag.
I.- RESUMEN	
II.- INTRODUCCION	1
III.-OBJETIVOS	5
IV.- HIPOTESIS	5
V.- JUSTIFICACION	6
VI.- MATERIAL Y METODO	6
VII.-RESULTADOS	8
VIII.DISCUSION	11
IX.- CONCLUSIONES	13
X.- ANEXOS	14
XI.- BIBLIOGRAFIA	15

RESUMEN:

El Síndrome Irritativo Urinario representa un problema diagnóstico para el Urólogo desde el momento en que se hace crónico y no se tiene un diagnóstico etiológico. El propósito de este proyecto es el de conocer el valor diagnóstico que tiene la Cistoscopia, Citología urinaria y Biopsia vesical, en pacientes que cursan con síndrome irritativo urinario bajo crónico y que se ha demostrado que no cuentan con proceso infeccioso, vejiga neurogénica u otro antecedente que se manifieste con este síndrome, todo ello con el fin de realizar el diagnóstico de desordenes vesicales que cursan con sintomatología similar " Síndrome Irritativo Urinario Bajo Crónico" (SIUBC) .

Basados en estos conceptos se realizó un estudio, prospectivo, descriptivo, longitudinal y observacional en 30 pacientes de ambos sexos, que cursaron con SIUBC. Captados en la consulta externa del Servicio de Urología del Hospital General de México.

A todos los pacientes se les realizó, Cistoscopia, toma de muestra de Citología Urinaria, prebiopsia y postbiopsia con solución fisiológica y tomas de muestra de Biopsia Vesical en sacabocado de lesiones sospechosas o en forma aleatorias en mucosa vesical aparentemente normal.

De los 30 pacientes incluidos se obtuvieron en la Cistoscopia 7 pacientes con lesiones visibles y corresponde a un 31.8%, la Citología urinaria 22 pacientes con alteraciones citológicas, con un porcentaje de 73.3% y finalmente como método que aporó más alteraciones celulares fue, la Biopsia vesical 24 pacientes con resultado positivo con un porcentaje de 80.0% . La relación masculino femenino fue de 1/5.

No se presentaron complicaciones inherentes al empleo de los métodos de apoyo diagnóstico empleados.

Concluimos que el SIUBC. es más frecuentes en mujeres que en hombres; el intervalo de edad que con mayor frecuencia se presenta es de 43 a 54 años; el diagnóstico más común son los cambios inflamatorios crónicos inespecíficos, seguidos de metaplasia; a todo paciente con SIUBC. se le debe practicar citología urinaria y biopsia vesical ya que incrementa la certeza diagnóstica. No existen complicaciones de los métodos empleados.

INTRODUCCION:

El Síndrome Irritativo Urinario Bajo Crónico, es un complejo sintomático caracterizado por la presencia de polaquiuria, disuria y urgencia miccional. Dicho síndrome puede presentar varias causas etiológicas, tanto de origen infeccioso como no infeccioso, dentro de las que destacan los siguientes:

Cistitis post-radiación (1-2); Cistitis medicamentosa, como la Ciclofosfamida, agentes alquilantes como el Busulfan, Thiotepa, Anilina, (1.2); Cistitis por microorganismos específicos como la Clamidia T y el Micobacterium T. y cistitis por microorganismos inespecíficos comunes. También se manifiesta en otro tipo de enfermedades sistémicas como es el caso de las Colagenosis y Sarcoidosis (3-4). Se ha reportado la Cistitis Eosinofílica, como una entidad fuertemente asociada a sintomatología irritativa urinaria baja y que actualmente está plenamente identificada como una entidad distinta a las antes mencionadas, algunas veces asociada a la Esparganosis (8), otras veces confundida con tumor de vejiga (9), más sin embargo fuertemente asociada a un fondo de tipo alérgico (10).

Sin lugar a dudas dos entidades que entran dentro de este grupo de enfermedades que cursan con un cuadro clínico similar y que reviste gran importancia por el enfoque de éste trabajo son : Cistitis intersticial y el Carcinoma superficial de vejiga (1,5,6,7).

La Chlamydia trachomatis es responsable de casi un 50 % de los casos de uretritis no Gonocócica transmitidos sexualmente, aunque la infección usualmente se encuentra limitada a uretra, se ha documentado que C.trachomatis puede ascender a tracto urinario superior y poder involucrar vejiga. Por medio de estudios de inmunohistoquímica en muestra de biopsia vesical se ha encontrado una frecuencia de un 33 % de infección por C. trachomatis (11). Cistitis hemorrágica puede ser definida, como una hemorragia aguda o incidiosa de vejiga aunque puede obedecer a un gran número de condiciones causales, las dos más comunmente relacionadas son agentes quimioterapicos (familia de ciclofosfamida) y radioterapia usadas en el tratamiento de neoplasias. Tiene una mortalidad del 4 % y una morbilidad mucho mayor. Numerosos tratamientos han sido empleados para el manejo de esta entidad, desde la irrigación vesical con soluciones y evacuación de coagulos, hasta procedimientos más invasivos, como el uso de electrofulguración , instilación intravesical de nitrato de plata, formalina, aluminio, prostaglandinas. Hasta llegar incluso a la embolización arterial hipogástrica o selectiva de arterias vesicales. Se ha reportado el empleo de nefrostomía bilateral como una alternativa efectiva en el manejo de ésta entidad (12).

La Cistitis intersticial (CI) es una enfermedad crónica caracterizada por dolor en la región de la vejiga y musculatura pélvica con diferentes alteraciones vesicales motoras y sensitivas. En 1887 Skene fué el primero en describir esta entidad y la llamo CI, más sin embargo su mejor conocimiento fué realizado por Hunner, que describe las úlceras alucivas de vejiga. Las mujeres son afectadas más frecuentemente que los hombres, con una relación de 10:1. Generalmente el diagnóstico es realizado por la presencia de la triada, hallazgos clínicos, ausencia de una evidencia objetiva de otra enfermedad y los hallazgos cistoscópicos característicos (13). Su etiología y patogénesis es desconocida, más sin embargo muchas son las condiciones o factores que se han atribuido en su génesis, de las que se incluyen las siguientes : Infecciones, congestión linfovascular, neuropatías, endocrinopatías, anomalías psiconeurogenas, inflamatorias, etc. También se ha reportado la asociación con otras entidades clínicas, dentro de las que se incluyen; enfermedades de la colágena; enfermedades autoinmunes, infecciones pélvicas, faringéas, gastrointestinales y urinarias. Hay quienes afirman la asociación de ésta entidad con infecciones, desde Hunner (1915) hasta Wilkins (1989). Algunos autores rechazan ésta teoría desde el momento en que no se encuentra una respuesta objetiva al tratamiento antimicrobiano.

Elliott et al. investigó a pacientes con sintomatología característica de cistitis crónica, demostrando que a pesar de tener cultivos y exámenes de orina negativos, en muestras de biopsia vesical con microscopía electrónica, encontraba la presencia de bacterias en el urotelio (14). En relación a la participación inmunológica como factor causal de la CI, Miller et al. en 1992 realizó un estudio comparativo controlado, sin encontrar una diferencia en los resultados de pacientes con CI y aquellos que no la presentaban (15). Así como la etiología se manifiesta de una manera confusa , la patogenia de ésta entidad también lo es y al respecto se han realizado numerosos trabajos para conocer mejor éste punto. Hohenfellner et al. encuentra una estrecha relación o asociación de CI con cambios neurológicos , específicamente incremento en la transmisión simpática en la vejiga y un metabolismo alterado del neuropéptido Y y polipeptido vasoactivo intestinal (16). Se ha analizado el flujo sanguíneo en pacientes con CI demostrandose que evidentemente se encuentra un bajo flujo sanguíneo así como una capacidad vesical reducida (17). Por las mismas condiciones peculiares que presenta esta entidad nosológica, el tratamiento es muy variado. Así tenemos desde manejo médico sistémico, como la adrenalina intramuscular ; Clorhidrato de emetina; hormona adrenocorticotropa; estrógenos, esteroides, antihistamínicos,

petosapolisulfato de sodio y amitriptilina, todos ellos administrados por vía oral. El manejo a base de cáterismos, hidrodilatación vesical y alguna terapia de contacto vesical como la heparina y DMSO (Dimetilsulfoxido) también se han empleado con diversa respuesta. Finalmente se puede llegar a tratamientos más radicales en casos severos de CI como la resección abierta; reducción de la sensibilidad vesical, como los procedimientos neuroquirúrgicos ; cistoplastia de aumento y la cistectomía total con derivación urinaria, continente y no continente. En relación a la hidrodilatación, con respuesta variable en la mejoría clínica, se ha reportado la ruptura vesical como complicación grave (18). Se han publicado en estudios recientes, el manejo de la CI con Doxorubicina, Esteroides, Nifedipina y BCG., con diversa respuesta, que indudablemente se debe tener en cuenta, para aquellos casos en que el manejo convencional ha fallado (19,20,21,22,23).

El cáncer de vejiga es la segunda neoplasia más frecuente del tracto urinario y se ha encontrado una fuerte asociación con agentes químicos, en especial con el uso de pinturas (anilina); agentes químicos carcinogénicos como la 2-naftilamina, 4-aminobipenil, toluidina, ciclofosfamida y sus derivados, aminas aromáticas, etc. Otras condiciones asociadas se encuentran el consumo de cigarro y las infecciones bacterianas y parasitarias. Es conveniente mencionar que el cáncer de vejiga, puede ser clasificado de acuerdo a su extensión en: Cáncer superficial de vejiga, localmente avanzado y avanzado. En relación a este punto, el cáncer superficial de vejiga se incluye de acuerdo a la clasificación TNM., en Ta, Tis y T1 y es precisamente en este grupo donde se debe hacer mención de el SIUBC, ya que el Carcinoma in situ, puede tener un comportamiento clínico compartido con las entidades antes mencionadas que cursan con el SIUBC.

El problema clínico y de diagnóstico que representa para el médico, es cuando el "Síndrome irritativo urinario bajo" se hace crónico, momento en el cual se transforma en un verdadero dilema para el Urologo y un gran pesar para el paciente debida a la gran morbimortalidad que representan estas dos entidades .

Los métodos de diagnóstico, como la citología urinaria, cistoscopia y biopsia vesical, son de gran importancia en el diagnóstico precoz de neoplasias vesicales y cistitis intersticial, lo que va a influir de manera substancial en el tratamiento oportuno.

La utilidad de la citología urinaria fué demostrada por primera vez en 1946,(24). Nos ayuda a determinar cambios celulares que nos indican la presencia de células inflamatorias características o cambios que nos corroboran la presencia de verdaderas células neoplásicas.

Debido a que tiene un potencial importante de contaminación, la toma de muestra de orina debe tomarse con ciertas medidas, para evitar al máximo estas anomalías.

- a.- Deshechar el producto de la primera micción.
- b.- Ingerir 1 gr. de vitamina C. con el fin de acidificar la orina y mejorar las condiciones para el citólogo.
- c.- Aumentar la diuresis, bajo la ingesta forzada de líquidos.
- d.- Obtener la muestra bajo condiciones estériles.
- e.- Procesar la muestra en forma inmediata, (25,26,27).

La cistoscopia, es un procedimiento diagnóstico de gran utilidad, teniendo las siguientes ventajas:

- a.- Visualización directa de las lesiones presentes en la mucosa vesical, tanto inflamatorias, como neoplásicas.
- b.- Evaluación de los cambios de la mucosa vesical característicos en ocasiones de algunas enfermedades.
- c.- Permite la toma de muestra de citología urinaria y biopsia vesical.

La biopsia en frío de mucosa vesical, es un procedimiento instrumentado que se realiza durante una cistoscopia o bien bajo una exploración vesical bajo anestesia.

Nos permite obtener una muestra de las capas superficiales de la pared vesical o bien de lesiones específicas encontradas durante el procedimiento. debe proveer al patólogo una adecuada muestra donde se incluya lesión tumoral (si es que existe), lamina propia y músculo superficial, (28,29). La ventaja de la biopsia en frío, es que no altera la arquitectura celular. La muestra de biopsia vesical podrá ser tomada incluso de mucosa aparentemente normal. Los resultados obtenidos prácticamente nos darán el diagnóstico histopatológico definitivo, el cual además de demostrarnos tipo histológico del tumor, grado de anaplasia y profundidad, nos permitirá hacer el diagnóstico diferenciar entre otras entidades con cuadro clínico y hallazgos cistoscópicos similares.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Conocer la sensibilidad de la citología urinaria, cistoscopia y biopsia vesical como métodos de apoyo diagnóstico, en la etiología del Síndrome Irritativo Urinario Bajo Crónico de la población estudiada.

Objetivos específicos:

- 1.- Conocer la sensibilidad de la citología urinaria para el diagnóstico etiológico del síndrome irritativo urinario bajo crónico.
- 2.- Conocer la sensibilidad de la cistoscopia para el diagnóstico etiológico del síndrome irritativo urinario bajo crónico.
- 3.- Conocer la sensibilidad de la biopsia vesical para el diagnóstico etiológico del síndrome irritativo urinario bajo crónico.

Objetivos secundarios:

- a.- Conocer el porcentaje de las entidades nosológicas que cursaron con síndrome irritativo urinario bajo crónico.
- b.- Conocer el porcentaje de las complicaciones presentadas en cada método de apoyo diagnóstico y en conjunto.
- c.- Conocer la prevalencia de cada entidad nosológica por edad y sexo.

HIPOTESIS:

- 1.- La cistoscopia, citología urinaria y biopsia vesical, son métodos de apoyo diagnóstico que solos o en conjunto tienen una sensibilidad elevada, en el diagnóstico etiológico de pacientes que cursan con Síndrome irritativo urinario bajo crónico.
- 2.- La cistoscopia, citología urinaria y biopsia vesical, son métodos de apoyo diagnóstico para realizar diagnóstico diferencial entre, Ca. superficial de vejiga, cistitis intersticial y cistitis inespecífica.
- 3.- Los métodos de diagnóstico antes mencionados no tienen valor para ser el diagnóstico etiológico del síndrome irritativo urinario bajo crónico.

JUSTIFICACION:

La manifestación clínica de mayor importancia en los padecimientos que afectan a la vejiga, es el Síndrome Irritativo Urinario Bajo Crónico. Dentro de la etiologías de dicho se encuentran diversas causas, tanto benignas como malignas. El diagnóstico de certeza de muchas de estas causas, se hace al realizar una buena historia clínica. Sin embargo muchas de las ocasiones a pesar de ello, no es posible dilucidar la causa etiológica, por lo que se justifica la aplicación de métodos de diagnóstico auxiliares que nos pueden proporcionar y/o confirmar el diagnóstico sospechado.

MATERIAL Y METODO:

De Junio de 1995 a Diciembre de 1995 se incluyeron en el estudio a 30 pacientes que cursaron con síndrome irritativo urinario bajo, con más de tres meses de evolución, todos ellos captados en la consulta externa del servicio de Urología del Hospital General de México.

Se estudiaron a pacientes de ambos sexos que reunieron los siguientes criterios:

- a.- Pacientes mayores de 18 años que cursaron con Síndrome irritativo urinario bajo crónico por más de tres meses de evolución.
- b.- Pacientes que se encontraban sin proceso infeccioso, descartado por exámenes de laboratorio, (exámen general de orina, urocultivo y BAAR en orina).
- c.- Pacientes que no presentaban alteraciones neurológicas que pudieran comprometer a vejiga.
- d.- Pacientes sin antecedente de neoplasia o radioterapia.
- e.- Pacientes que tuvieron un seguimiento completo.

Fueron excluidos del estudio por consiguiente los pacientes que presentaron, proceso infeccioso demostrado por exámenes de laboratorio, aquellos que tenían diagnóstico etiológico previo, menores de 18 años y que se les encontro, durante la exploración física alteración neurológica con repercusión a vejiga. Se eliminaron aquellos pacientes, que tuvieron complicaciones o fallecimiento por otra entidad nosológica y pacientes que no cumplieron los requisitos necesarios para la elaboración del estudio.

Antes de realizar los procedimientos de apoyo diagnóstico empleados, se les informó en forma detallada sobre cada procedimiento a realizar, además de los posibles efectos colaterales o complicaciones que pudieran presentar.

Procedimiento cistoscópico y toma de muestras (citología urinaria y biopsia vesical)
(Fig 1.)

En posición de litotomía, previa antisepsia de la región genital con Isodine espuma, se colocaron campos esteriles, para dar inicio a la realización de uretrrocistoscopia, con cistoscopio ACMI con camisa 19 Fch. previa lubricación del mismo, en ese momento se tomó la primera muestra para citología urinaria 30 ml. de orina, posteriormente se instiló irrigador con solución fisiológica al 0.9 %, se describen los hallazgos encontrados durante el procedimiento en forma metódica, techo, fondo, pared lateral izquierda, pared lateral derecha y piso vesical, en sentido de las manecillas del reloj. Se toma la segunda muestra para citología urinaria (por barbotaje) 30 ml. en frasco esteril. Posterior a ello se tomaron 4 muestras de biopsia de mucosa vesical (sistematizada) piso, techo, pared lateral izquierda y pared lateral derecha, todas ellas en el caso de no encontrar lesiones o anormalidades en la vejiga. Cuando se encontraron lesiones sospechosas o alteraciones en la mucosa vesical, se tomaron dos muestras más de esas lesiones.

Se registraron los hallazgos encontrados en la cistoscopia (en hoja de captura de datos) y las muestras de citología urinaria y biopsia vesical se membretaron correctamente enviendose para su inmediato procesamiento.

RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio 30 pacientes, con una edad mínima de 25 años y una máxima de 75 años con una edad promedio de 48 años, obteniéndose 5 intervalos de edad con un tamaño de cada intervalo de 9.6. Los intervalos correspondientes se representan de la siguiente forma:

Intervalo I, con una edad mínima de 25 años y una máxima de 34.6, encontrándose 7 pacientes.

Intervalo II, con una edad mínima de 34.6 años y una máxima de 42.2, encontrándose 6 pacientes.

Intervalo III, con una edad mínima de 42.2 años y una máxima de 53.8, encontrándose 5 pacientes.

Intervalo IV, con una edad mínima de 53.8 años y una máxima de 63.4, encontrándose 5 pacientes.

Intervalo V, con una edad mínima de 63.4 años y una máxima de 75, encontrándose 7 pacientes. (Fig.2)

Para obtener la edad promedio de los pacientes a través de la Media, se obtuvo un marcador de clase de 1460.4 en los 30 pacientes, dando como resultado una edad de 48.68. (Fig.3).

El 23.33 % de los pacientes atendidos tienen una edad entre 25 y 34.6 años y un 20 % de los pacientes tienen una edad de 34.6 a 42.2 años. Los intervalos más representativos son el de 25 a 34.6 años y de 63.4 a 73 años, porque son los porcentajes que tuvieron más pacientes atendidos.

Se obtuvo el valor central de los pacientes incluidos a través de la Mediana, dando como resultado un valor de 48.04, siendo de esta manera 15 pacientes menores de 48.04 años y 15 pacientes con una edad mayor de 48.04. Para conocer la frecuencia de edad de los pacientes incluidos se realizó la Moda, obteniendo como resultado dos edades de mayor frecuencia, que corresponden a 33.4 y 65.5 años de edad, siendo de esta manera una distribución bimodal. (Fig.4).

Al obtener los resultados de la Media, se descartaron los valores de la Mediana y Moda, ya que la Moda se encontró en los extremos y no es representativo y como la Mediana y Moda tienen casi el mismo valor, resultó indistinto trabajar con cualquiera de ellas. Para

obtener la certeza de la media poblacional se empleo el método estadístico t-Student, con una muestra de 30 pacientes , una media de 48.68 y un valor S por desviación estandar de 14.59, obteniendo un nivel de certeza de 95 % con un nivel de significación de $p = 0.025$.

La probabilidad de elegir a un hombre es este estudio fué de 16.67 % y para elegir a una mujer fué de 83.33 % , partiendo de que solo se incluyeron 5 hombres en una $n=30$ y 25 mujeres en la misma $n=30$.

Los resultados obtenidos por cada método de apoyo diagnóstico empleado, fueron los siguientes:

CISTOSCOPIA

La cistoscopia demostró 7 casos de 30 pacientes (23.3 %) con lesiones visibles durante el procedimiento, una lesión nodular de base sésil correspondiendo a un 14.28 % , 2 lesiones papilares correspondiendo a un 28.57 % y 4 lesiones en trígono planas aterciopeladas que corresponden a un 57.14 % (Fig.5).

CITOLOGIA URINARIA

Los resultados de la citología urinaria fueron reportados por el servicio de Patología con 22 pacientes con alteraciones citológicas (73.3 %); 14, con cambios inflamatorios crónicos inespecíficos correspondiendo a un 63.64 %; 3, con metaplasia siendo un 13.63 %; 2 con infiltrado por mastocitos y linfocitos siendo un 9.09 % y finalmente papiloma, displasia y carcinoma de células transicionales uno para cada diagnóstico correspondiendo a un 4.54 % en cada caso (Fig.6).

BIOPSIA VESICAL

Los resultados de la biopsia vesical, reportados por el servicio de Patología mostraron 24 pacientes con alteraciones histopatológicas (80 %), distribuidos con la siguiente frecuencia: 11 cambios inflamatorios crónicos inespecíficos siendo un 45.83 % de los casos, 4 metaplasias con un 16.60 % , 2 cistitis intersticial con un 8.33 % , 2 tumor de celulas de transicionales con un 8.33 % , 2 cistitis aguda con infiltrado de polimorfonucleares igual con 8.33 % y finalmente cistitis quística, cistitis glandular y hemangioma 1 caso para cada uno correspondiendo a un 4.16 % de los casos positivos (Fig.7).

Nuestro método de apoyo diagnóstico que más alteraciones mostró en los 30 pacientes sometidos al estudio, fué la biopsia vesical, por lo que solo se obtuvo la sensibilidad de la citología urinaria y cistoscopia para cada diagnóstico, dando los siguientes resultados:

Para los Cambios Inflamatorios Crónicos Inespecíficos, la cistoscopia tuvo una sensibilidad de 18.18 % y la citología urinaria de 100 % ; Para Metaplasia la cistoscopia una sensibilidad de 25 % y la citología urinaria de 75 % ; En Cistitis Intersticial la cistoscopia mostró una sensibilidad de 50 % y la citología urinaria de 100 % ; Para Carcinoma de celulas transicionales , la cistoscopia una sensibilidad del 100 % y la citología urinaria de 50%.

No se obtuvo sensibilidad de éstos dos métodos empleados para los diagnósticos de Hemangioma capilar, Cistitis glandularis, Cistitis quística y Cistitis aguda(Fig.8)

La probabilidad que se obtuvo en los pacientes que fueron sometidos a cistoscopia de mostrar alteraciones visibles fue de 23.3 % . La probabilidad de que la citología urinaria mostrara alteraciones citológicas fue de 73.3 % . La biopsia vesical tuvo una probabilidad de mostrar alteraciones histopatológicas de 80 % . A pesar de los resultados obtenidos con la biopsia vesical, que nos ofrece mayor porcentaje de alteraciones en los pacientes en estudio, no excluye la realización de la cistoscopia y citología urinaria, ya que la primera fue util para la realización de la toma de muestras de citología urinaria y biopsia vesical, además que demostró las lesiones sospechosas a cáncer, siendo confirmada por la biopsia vesical. Por otra parte la citología urinaria mostró, más número de cambios inflamatorios crónicos inespecíficos, que la biopsia vesical. La citología urinaria y biopsia vesical son dos métodos de apoyo diagnóstico que a pesar de tener un porcentaje alto de resultados con alteraciones celulares, son bastante inespecíficos, ya que el primero reportó 14 casos con cambios inflamatorios crónicos inespecíficos y el segundo 11 casos. El reporte de cambios inflamatorios crónicos inespecíficos, finalmente no confirman la causa etiológica de este SIUBC.

No se presentaron complicaciones en la realización de los métodos de apoyo diagnóstico empleados (Cistoscopia, Citología urinaria y Biopsia vesical).

DISCUSION:

El síndrome irritativo urinario bajo crónico, no es una entidad nosológica de causa específica, más sin embargo este complejo sintomático, se encuentra asociado a un gran número de causas etiológicas. Hemos encontrado una fuerte asociación de este síndrome con cambios inflamatorios crónicos inespecíficos, que sin embargo no confirma una causa definida.

La relación hombre-mujer de 1 : 5 encontrada en nuestro estudio no difiere de los reportes (Messing y Stamey, 1978; O'Connor, 1955; Oravisto, 1975; Walsh, 1978), que encuentran una relación de 6 a 11 veces mayor en mujeres que en hombres y de similar relación con el síndrome uretral. Este último diagnóstico al igual que la cistitis intersticial es una entidad nosológica demostrable, con causa y fisiopatología diferente, pero su comportamiento clínico es similar a enfermedades que cursan con síndrome irritativo urinario bajo. En nuestro estudio se encontró una frecuencia de presentación por grupos de edad en dos picos; el primero entre 25 - 35 años, y el segundo entre los 65 y 75 años; esto nos sugiere que el SIUBC se presenta con más frecuencia en mujeres en etapa de vida sexual activa y en pacientes de la tercera edad, en acuerdo con algunos autores como Kaplan, 1980; Carson, 1979; Mabry, 1981; quienes reportan algunas entidades que cursan con SIUBC, que se manifiestan en mujeres en edad reproductiva, o mujeres de edad media como lo reportan Herbst, 1937, Oravisto, 1970.

La cistoscopia demostró, 3 lesiones sospechosas para cáncer, siendo confirmadas en dos de ellas por la biopsia vesical, teniendo de esta manera alta sensibilidad para la detección de cáncer, y un falso positivo. Esto manifiesta la importancia de la cistoscopia en nuestro estudio, para la detección de estos casos y por consiguiente mejorar el pronóstico del paciente al hacer su detección precoz. También se pudo analizar la poca sensibilidad que tiene este procedimiento, en detectar cambios inflamatorios crónicos inespecíficos ya que solo se pudo demostrar cambios cistoscópicos visibles en 4 pacientes de 14 reportados por la citología urinaria. Por otra parte la citología urinaria solo determinó 1 caso de cáncer y por consiguiente un falso negativo. Este caso falso negativo fue reportado como una displasia severa, por lo que haciendo un análisis al respecto se debe mencionar a la citología urinaria como un estudio de apoyo con alta sensibilidad para la detección de cambios celulares que confirman y sugieren cáncer. Hay reportes que manifiestan un porcentaje de 22 a 62 % para

detectar tumores, sobre todo en estadio temprano de la enfermedad, (Farrow, 1988; Murphy, 1984). En nuestro estudio solo se obtuvo una frecuencia de 4.54 % de cáncer en pacientes que cursaron con SIUBC.

La citología urinaria apoyó en los dos casos de cistitis intersticial para la confirmación de dicho diagnóstico. La frecuencia de presentación de la cistitis intersticial como causa etiológica del SIUBC en nuestro estudio fue de solo dos pacientes que correspondió a 8.33%.

Se encontraron 3 casos de Metaplasia como causa de SIUBC, correspondiendo a un 13.63 %. Estos cambios metaplásicos fueron confirmados por biopsia vesical y puede estar fuertemente asociado a etapas tempranas de una verdadera neoplasia vesical, como se a mencionado en la literatura (Campbell's 6a. Ed.).

La Biopsia vesical es el método que proporciona mayor número de alteraciones en los pacientes estudiados con SIUBC. Estos resultados pueden estar asociados de manera directa como causa etiológica de pacientes que cursan con dicho síndrome. Confirmó 2 de 3 diagnósticos de cáncer sospechados en la cistoscopia, así también como en la citología urinaria. Proporcionó datos, que aunque inespecíficos fueron sugerentes de cistitis intersticial y finalmente pudo determinar 4 casos con diagnóstico distinto no sospechado durante la cistoscopia y no reportado en la citología urinaria, como fué la cistitis quística, cistitis glandularis, cistitis aguda y hemangioma capilar.

La biopsia vesical no elimina la realización de citología y cistoscopia, ya que estos dos métodos se complementaron, para confirmar o descartar la causa etiológica y fueron además métodos que tuvieron pocos casos de verdaderos positivos y negativos.

CONCLUSIONES:

Concluimos que la realización de la Cistoscopia, Citología urinaria y Biopsia vesical son metodos de apoyo diagnóstico el los pacientes que cursan con SIUBC. El SIUBC es más frecuente en mujeres que hombres con una relación de 5 : 1 y la edad que se presenta con mayor frecuencia es de 43 a 54 años. Son métodos seguros que no presentan complicaciones a la realización de los mismos y que nos proporcionan diagnósticos etiológicos precisos con diferente sensibilidad, pero que finalmente pueden diagnosticar casos de Cistitis intersticial y Cáncer de vejiga, dos entidades con alta morbimortalidad. Indudablemente se debe tomar en consideración que la población incluida en el presente estudio puede resultar baja y que la realización del mismo estudio con una muestra mayor puede resultar significativa en gran medida, pero hasta el momento se desconoce en nuestra población la frecuencia de los diagnósticos obtenidos en pacientes que cursan SIUBC. También podemos concluir que todo paciente que cursa con SIUBC, con más de tres meses de evolución se les debe realizar biopsia vesical, por ser el método ideal en éstos casos y que al realizarse en forma conjunta con toma de muestras para citología urinaria se incrementa el número de diagnósticos. Debido a los resultados obtenidos con mayor frecuencia para los Cambios inflamatorios crónicos inespecíficos, plantea la necesidad de realizar otros estudios de apoyo diagnóstico, específicamente aquellas empleadas para determinar la presencia de infección viral y inmunohistoquímicas.

ANEXOS

FLUJOGRAMA

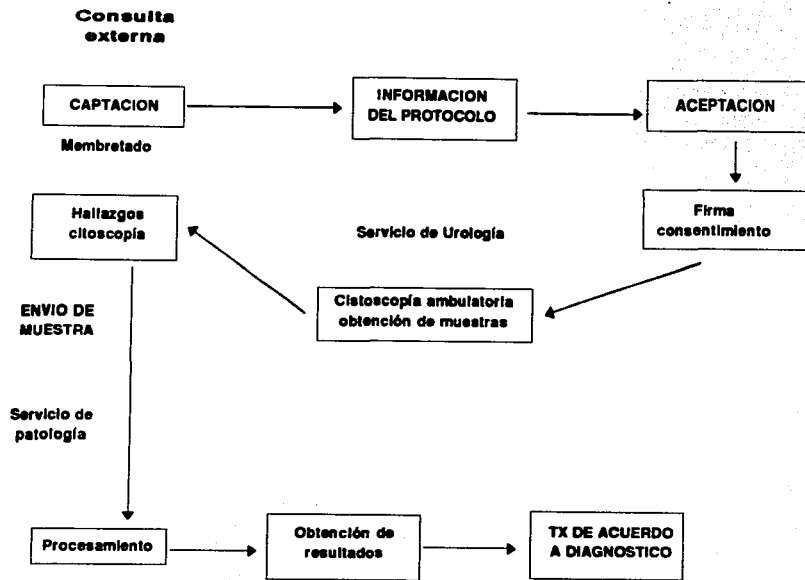


Fig. 1.

INTERVALOS RANGOS DE EDAD POR INTERVALO

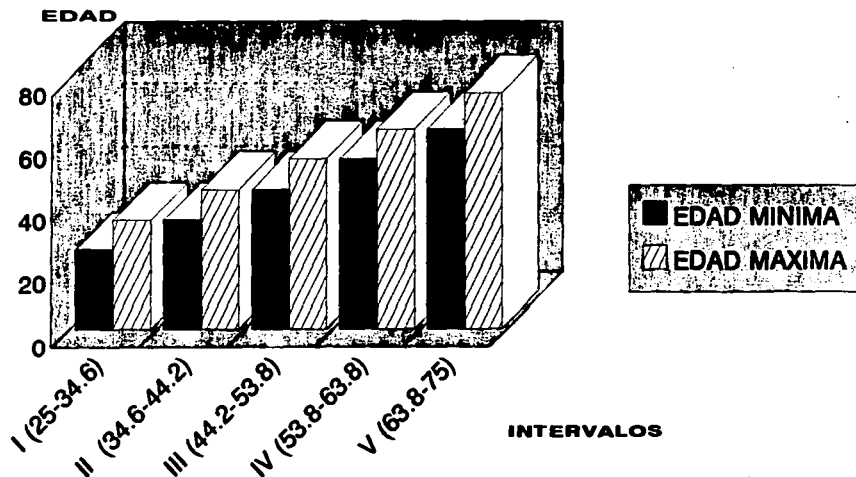


FIG.2

NUMERO DE PACIENTES POR INTERVALO Y PORCETAJE DE CADA UNO.

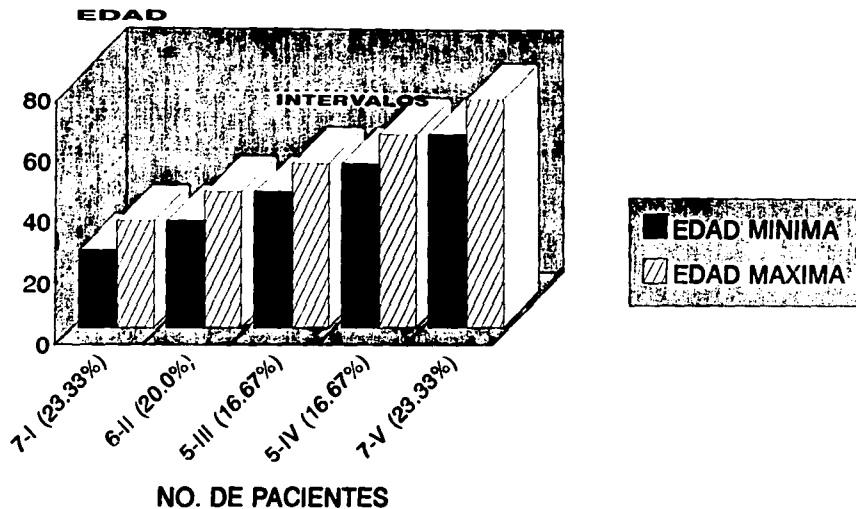


FIG.3

GRAFICA DE DISTRIBUCION DE EDAD POR FRECUENCIA (POLIGONO DE FRECUENCIA)

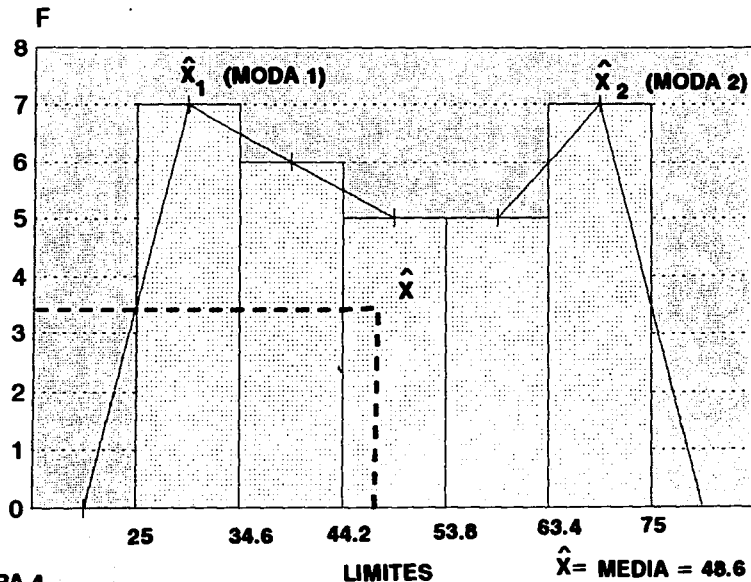


FIGURA 4

RESULTADOS POSITIVOS DE LA CISTOSCOPIA (n=7)

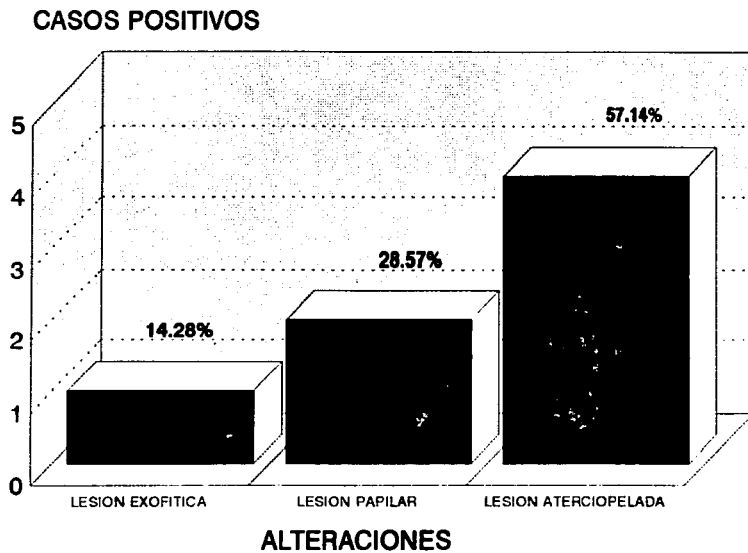


Fig. 5

RESULTADOS POSITIVOS DE CITOLOGIA (n=22)

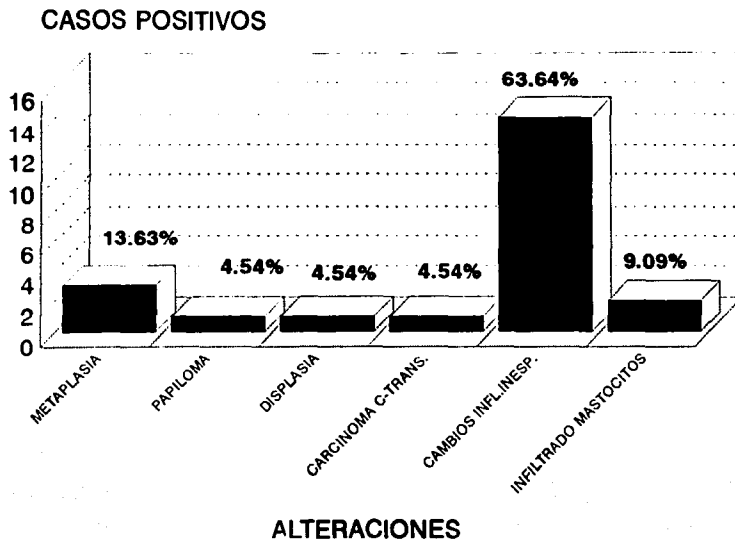


Fig. 6

RESULTADOS POSITIVOS DE BIOPSIA VESICAL (n=24)

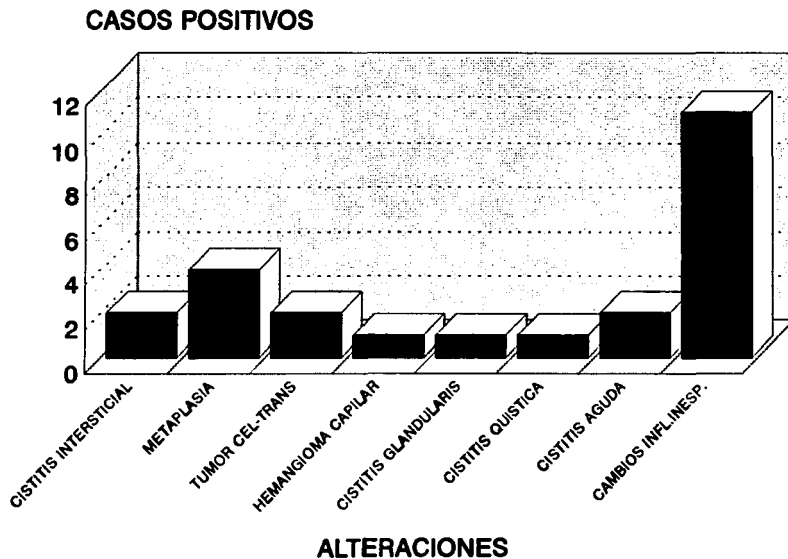


Fig. 7

SINDROME IRRITATIVO URINARIO BAJO CRONICO

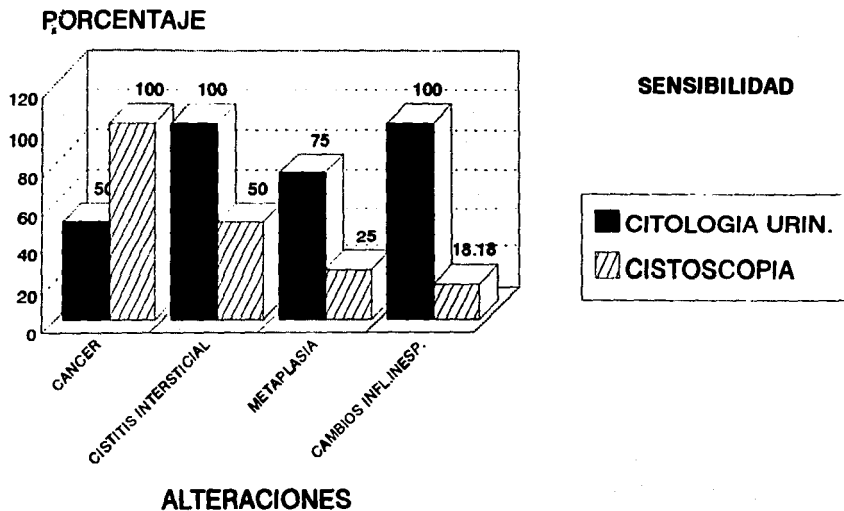


Fig. 8

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Clayson DB, Cooper EH: Cancer of the Urinary Tract. AVD-Cancer Res. 13:217-1970.
- 2.- Price JM: Etiology of Bladder Cancer. Benign and Malignant Tumors of the Urinary Bladder. Flushing, NY, Médical Examination Publishing, pp 189-251, 1971.
- 3.- Hartge P, Harvey EB, Martson W, et-al. : Unexplaney Excess Risk of Bladder Cancer in Man. J-Natl-Cancer Inst-82: 1636, 1990.
- 4.- Lower GM, Nilsson CE, Nilsson T, et-al.: N-Acetiltransferase, Fhenotipe and Risk in Urinary Bladder Cancer: Approaches in Molecular Epidemiology. Eviron Health persp. 29:71, 1979.
- 5.- Radomsky JL. Greenwald D, Hernn WL, et-al.: Nitrosamine formation in Bladder, Infections and its Role in the Etiology of Bladder Cancer. J-Urol. 120-48, 1978.
- 6.- Hendry WF, Manning N, Perry NM, et-al.: The Efects of Haematuria Service of the Early Diagnosis of Bladder Cancer. London. Principles of Combination Terapy. London, Butterworths, 19-25, 1981.
- 7.- UTZ DC, Hanash KA, farrow GM, : The Pligth of the Patient with carcinoma in situ of the Bladder: J-Urol-103. 160-164, 1970.
- 8.- Seung J.OH, JE G.Chi and Sang E. Lee : Eosiphilic Cystitis Caused by Vesical Sparganosis : J-Urol. Vol. 149, 581-1583, 1993.
- 9.- Anthony Thijssen and Ronald G. Gerridzen : Eosinophilic Cystitis Presenting as Invasive Bladder Cancer. J-Urol. vol 144, 977-979, 1990.

- 10.- Stan K.Sujka, M.D., John E. Fisher, M.D., Saul P. Greenfield, M.D.: Eosinophilic Cystitis in Children. Urology. Vol.40, 262-264, 1992.
- 11.- Muhammad S.,Shurbaji, M.D.,J. StephenDumler, M.D.,et-al.: Immunohistochemical Dctection of Chlamydial Antigens in Association with Cystitis. A.J.P.C. March, 1990.
- 12.- Ronald J.Zagoria, Richard G. Hodge, Raymond B. Dyer and William D. Routh. : Percutaneous Nephostomy for the Treatment of Intractable Hemorrhagic Cystitis.J-Urol, vol-149, 1449-1451, 1993.
- 13.- Sonny L.Johansson and Magnus Fall. : Clinical Features and Spectrum of Light Microscopic Changes in Interstitial Cystitis. J-Urol, Vol.143, 1990.
- 14.- Letters to the Editor.: RE. Diagnosis of Interstitial Cystitis. Vol 145, 839, 1991.
- 15.- C.H.Miller, J.P. Macdermott, K.B. Quattrocchi, G.A. Broderick and A.R. Stone.: Lymphocyte Functin in Patients With Interstitial Cystitis. J-urol. Vol. 147, 592-595, 1992.
- 16.- M. Hohenfellner, L. Nunes and E.A. Tanago. : Interstitial Cystitis : Increased Sympathetic Innervation and related Neuropeptide Synthesis .J-Urol, Vol 147, 1992.
- 17.- Paul Irwin and Niall T.M. Galloway. Impaired Bladder Perfusion in Interstitial Cystitis. J-Urol. Vol. 149. 890-892, 1993.
- 18.- A.J. Hamer,S. Nicholson and C.J. Padfield.: Spontaneous Rupture of the Bladder in Interstitial Cystitis. British J- Urol 1993.
- 19.- D. Thompson and J. Cumming. Granulomatous Hepatitis Following Intravesical BCG Therapy. British J-Urol,1993.

- 20.- Eric J. Zeidman, M.D., Barbi Helfrick, R.N. et-al. : Bacillus Camette-Guerin Immunotherapy for Refractory Interstitial Cystitis. *Urology*, Vol 43, 121-124 , 1994.
- 21.- letter to the Editor: Hemorrhagic Cystitis: Failure of Estrogen Treatment. *Urology*, Vol.34, 1990.
- 22.- OM P. Khanna, M.D.and Jeffrey H. Loose, M.D.: Interstitial Cystitis Treated with Intravesical Doxorubicin. *Urology*, Vol-34, 1990.
- 23.- Jonathan D. Fleischmann, H. Nick Huntley, W. Bruce Shingleton and Deborah B. Wendworth. : Clinical and Immunological Response to Nifedipine for the Treatment of Interstitial Cystitis. *J-Urol*. Vol.146, 1235-1239, 1991.
- 24.- Murphy WM., Emerson Ld.,Chandler RW, et-al. : Flow Citometry-vs-Urynari Cytology in Evaluation of Patient with Bladder Cancer. *J-Urol*. Vol.136, 815.-1986.
- 25.- Beyer Boon ME.,Voorn-Den Hollander MJA. : Cell Yield Obtained with Various Cytopreparatori Techniques for Urinary Cytology . *Acta Cytol*. 22, 589-594, 1978.
- 26.- Murphy WM. : Curren Status of Urinary Cytology in the Evaluation fo Bladder Neoplasms. *Hum Pathol*, 21, 886.896, 1990.
- 27.- Naib ZM. : The Urinay Tract and the Prostate, In exfoliative Cytology. Boston Little, Brown, 427-430. 1985.
- 28.- Blasco E., Torrado J.,Belloso L. et-al.: T- Antigen . A Prosnostic Indicator of high Recurrence Index in Transitional Carcinoma of the Bladder. *Cancer* 61. 1091.1095, 1988.
- 29.- Dixon JS.and Gosling JA. : Histology and Fine Structure of the Muscularis Mucosae of the Human Urynary Bladder. *J-Anat*. 136. 265-271, 1983.