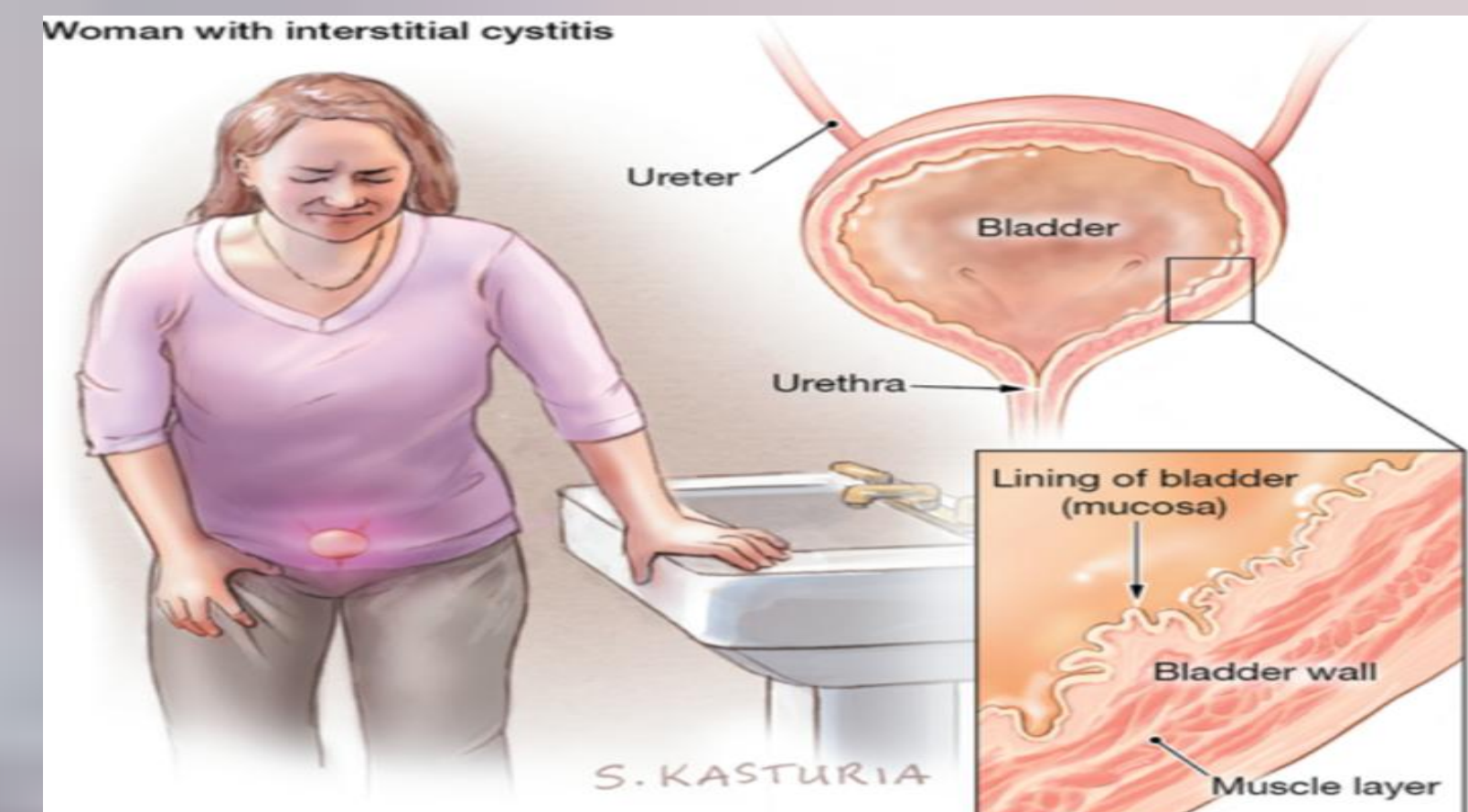


# CISTITIS DE REPETICIÓN COMO PRESENTACIÓN DE NEOPLASIA VESICAL INFILTRANTE

GONZÁLEZ GÓNGORA, AURELIANO (UGC NÍJAR (DISTRITO ALMERÍA)); GARCÍA MASEGOSA, JUAN FRANCISCO (UGC LOS VELEZ (DISTRITO ALMERÍA NORTE)); CAÑADAS LÓPEZ, PILAR(UGC NÍJAR (ALMERÍA))

## INTRODUCCIÓN

- La gran prevalencia de cistitis en mujeres, mayor de 60 años, nos permite realizar **antibioterapia empírica y control con cultivos en atención primaria**, para discernir evoluciones atípicas que deben realizar estudios complementarios en 2º nivel para **un diagnóstico precoz de patología grave causante**.



## DESCRIPCIÓN DEL CASO:

- **Mujer, 67 años, 3 cistitis en 2 meses.** Profesión hostelería. No tóxicos. Molestias en hipogastrio, no rebote. Percusión renal negativa.
- 1º Cistitis aguda se trata con Fosfomicina. 2ª cistitis a los 21 días (Orina nitritos +, >100 leucocitos/campo, 30 hematíes/campo, bacteriuria abundante. **Streptococo Agalactiae B** sensible a Augmentine 7 días. 3ª cistitis a los 25 días (Orina nitritos -, 70 leucocitos/campo, 20 hematíes/campo. Cultivo -) se repite Augmentine 10 días, analítica y orina



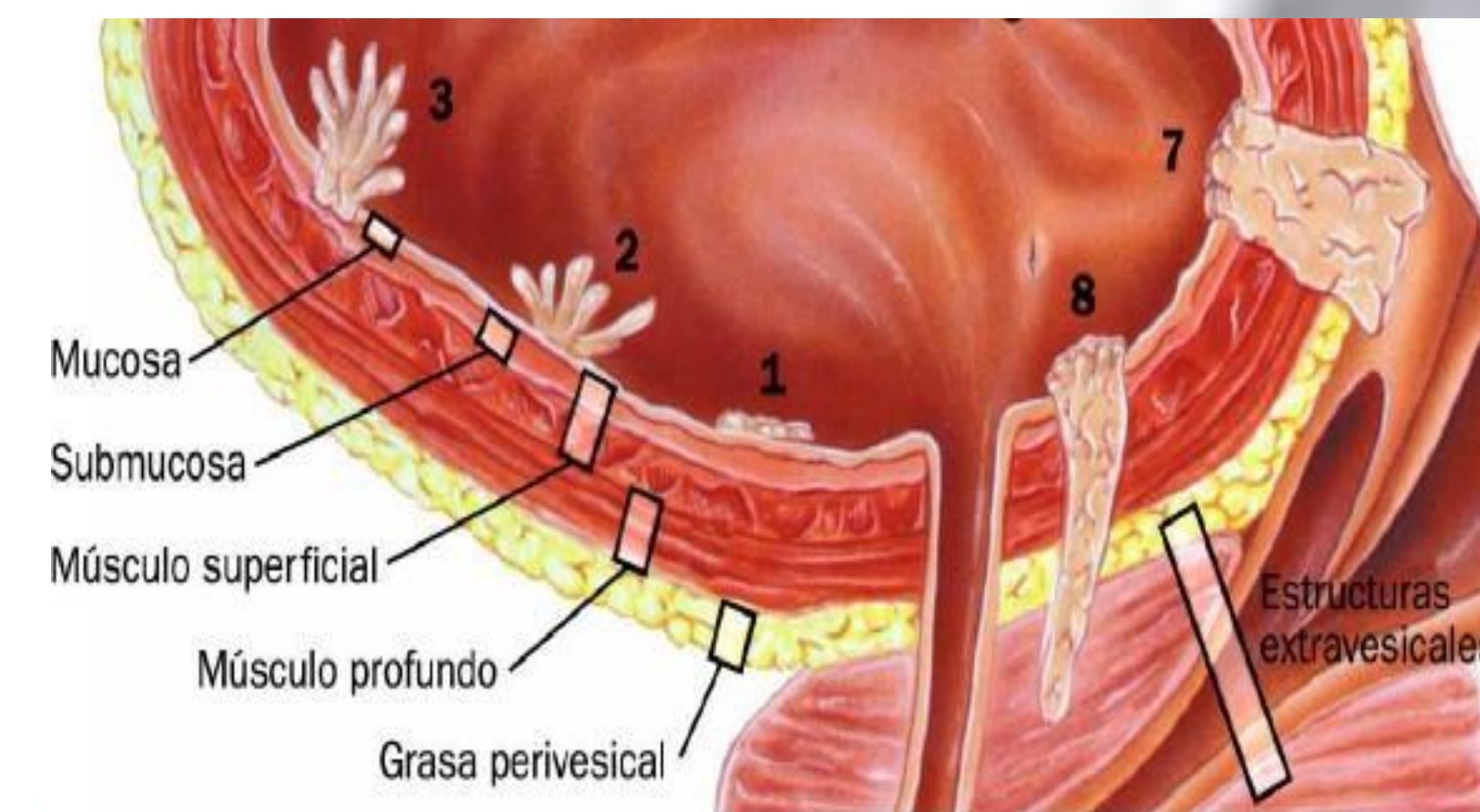
- Derivo a **urología preferente** por cistitis de repetición/ITU complicada/Disuria a estudio
- Analítica **19220 neutrófilos, fibrinógeno 889, urea 50, Creatinina 1,7, sodio 133, PCR 15,38.** Percusión renal +. Pasa a urgencias hospitalarias/urología (Eco/TAC **masa pélvica infiltra pared vesical. Hidronefrosis bilateral III/IV**)

**PALABRAS CLAVE:** Cistitis de repetición; Tumor vesical; síndrome miccional

## BIBLIOGRAFIA:

1. Gilbert DN, Chambers HF, Eliopoulos GM, Saag MS, Black MS, Freedman DO, et al . Guía de Terapéutica Antimicrobiana. 45a ed. EEUU: Guía Sanford; 2015.p. 26-30
2. JF Jiménez, E Broseta, M Gobernado- Actas urológicas Españolas 2002
3. JM Sánchez, V Chantada- Urología en Atención Primaria. Manual de algoritmos diagnóstico-terapéuticos 2012.
4. Jiménez JF, Broseta E, Budía A, Burgués JP. Urología práctica. En: Jiménez JF 1ª ed. España. Hospital La Fe Valencia. 2004.p71-89

- **Juicio clínico: Tumor vesical infiltrante T4aN0Mx**
- **Se hace cistectomía radical. Revisiones urología.**

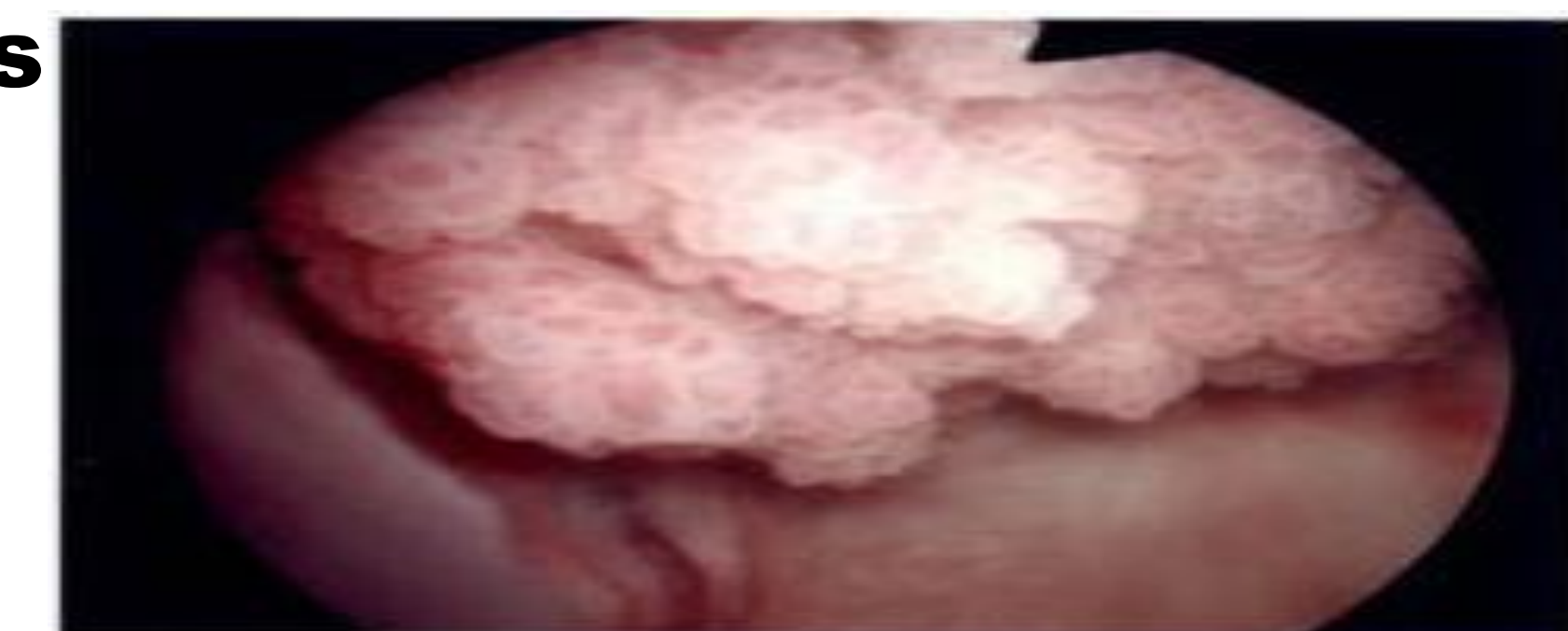


## ESTRATEGIA PRACTICA DE ACTUACIÓN:

- **Factores de riesgo de cistitis: mujer, > 60 años, pH vaginal > 4,5; DIU, espermicidas, relaciones sexuales. Piruria (>10 leuc/campo); hematuria; nitritos + (Sens 71%; Espec 83%).**



- **Cistitis no complicada trata empíricamente sin urocultivo, salvo recurrente, complicada, embarazo, varón, o germen resistente. Durante 3 días, salvo nitrofurantoina 7 días, y fosfomicina monodosis. Prolongar a 7-10 días en >65 años, hombre, fallo de tratamiento, infección recurrente y complicada.**
- **Se relaciona la cistitis crónica en la causa de tumor vesical, siendo criterio de sospecha hematuria (macro o micro) > síntomas irritativos**



- **La persistencia de microhematuria y/o síntomas irritativos tras tratarlas son criterios de derivación.**