



Revista Colombiana de Obstetricia y
Ginecología

ISSN: 0034-7434

rcog@fecolsog.org

Federación Colombiana de Asociaciones de
Obstetricia y Ginecología
Colombia

Villegas-Echeverri, Juan Diego; López-Jaramillo, José Duván; León-Avellaneda, José William;
Restrepo-Santa, Lina Marcela

Papel de la cistoscopia en el estudio de las pacientes con dolor pélvico crónico: Estudio observacional

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 62, núm. 2, abril-junio, 2011, pp. 161-166

Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195222502005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

PAPEL DE LA CISTOSCOPIA EN EL ESTUDIO DE LAS PACIENTES CON DOLOR PÉLVICO CRÓNICO: ESTUDIO OBSERVACIONAL

The role of cystoscopy when studying patients suffering from chronic pelvic pain: an observational study

Juan Diego Villegas-Echeverri, M.D.*, José Duván López-Jaramillo, M.D.**,
José William León-Avellaneda, M.D.***, Lina Marcela Restrepo-Santa, M.D.****

Recibido: octubre 8/10 - Aceptado: mayo 10/11

RESUMEN

Objetivo: este estudio busca describir los hallazgos cistoscópicos en un grupo de pacientes con dolor pélvico crónico (DPC) que consultaron a una clínica de referencia en Pereira (Colombia).

Materiales y métodos: es un estudio de corte transversal en mujeres que consultaron la clínica en el período comprendido entre julio de 2006 y octubre de 2008, por dolor pélvico crónico a una institución hospitalaria de 4° nivel y centro de remisión; y que fueron sometidas a laparoscopia y cistoscopia. Por medio de un formulario se extrajeron los datos de las historias clínicas. También se describe la prevalencia de cistitis intersticial y trigonitis crónica.

Resultados: 115 mujeres con DPC fueron sometidas a laparoscopia y cistoscopia bajo anestesia general. El 59% de las pacientes tenían hallazgos cistoscópicos de cistitis intersticial. Los síntomas de frecuencia urinaria aumentada, disuria y nicturia tuvieron una correlación

estadísticamente significativa con los hallazgos anormales en la cistoscopia. El principal signo hallado en el examen físico fue el dolor al palpar la vejiga. El test de cloruro de potasio tuvo una sensibilidad del 71%, una especificidad del 44%, un Valor Predictivo Positivo (VPP) del 60% y un Valor Predictivo Negativo (VPN) del 57%.

Conclusiones: en pacientes con dolor pélvico crónico y síntomas urinarios se encuentra una alta prevalencia de cistitis intersticial y trigonitis crónica.

Palabras clave: dolor pélvico crónico, síndrome vesical doloroso, cistitis intersticial, cistoscopia, laparoscopia, endometriosis.

SUMMARY

Objective: this study was aimed at describing cystoscopy findings in a group of patients suffering from chronic pelvic pain (CPP) who had consulted at a reference clinic in Pereira, Colombia.

Materials and methods: a cross-sectional study was made of females who had consulted for CPP at a level 4 hospital and referral center between July 2006 and October 2008 and who had then undergone laparoscopy and cystoscopy. Data was extracted from their clinical histories using a tailor-made form. Interstitial cystitis and chronic trigonitis prevalence were described.

* Unidad de laparoscopia ginecológica avanzada y dolor pélvico. Algía. Clínica Comfamiliar. Pereira (Colombia). Correo electrónico: jvillegas@comfamiliar.com

** Unidad de laparoscopia ginecológica avanzada y dolor pélvico. Algía. Clínica Comfamiliar. Pereira (Colombia).

*** Profesor. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Universidad Tecnológica de Pereira (UTP). Pereira (Colombia).

**** Departamento de Ginecología y Obstetricia. Clínica Comfamiliar. Pereira (Colombia).

Results: 115 females suffering from CPP underwent laparoscopy and cystoscopy under general anesthetic; 59% of the patients had positive cystoscopy findings for interstitial cystitis. Increased urinary frequency, dysuria and nicturia symptoms had a statistically significant correlation with abnormal cystoscopy findings. The main sign found in their physical examination was pain on palpating the bladder. The potassium chloride test had 71% sensitivity and 44% specificity, with 60% positive predictive value (PPV) and 57% negative predictive value (NPV).

Conclusions: a high prevalence of interstitial cystitis and chronic trigonitis was found in patients suffering from chronic pelvic pain and urinary symptoms.

Key words: chronic pelvic pain, painful bladder syndrome, interstitial cystitis, cystoscopy, laparoscopy, endometriosis.

INTRODUCCIÓN

El dolor pélvico crónico (DPC) es definido como aquel dolor no cíclico de 3 o más meses de evolución que involucra la pelvis, la pared abdominal anterior, la zona baja de la espalda y la región glútea.¹ Esta compleja condición afecta al 15% de las mujeres en edad reproductiva y es responsable del 10% de las consultas al especialista en ginecología y del gasto de considerables recursos de salud.² El DPC sigue siendo un síndrome enigmático a pesar de todos los esfuerzos e investigaciones. Aproximadamente en el 50% de las pacientes sometidas a laparoscopia no se encuentra una causa que explique la sintomatología.³ Es por esto, que la orientación y el manejo de estas pacientes deben hacerse desde un punto de vista interdisciplinario en el que participen ginecólogos, especialistas en dolor pélvico, fisiatras, psicólogos, urólogos y algisiólogos.²

El dolor pélvico crónico puede tener origen en el tracto urinario. El DPC asociado con la vejiga fue descrito hace más de 150 años y es una causa importante de dolor pélvico para un gran número de mujeres.¹ La cistitis intersticial (CI), es una enfermedad crónica de la vejiga poco entendida,

con una alta frecuencia en mujeres en edad reproductiva. Se han informado prevalencias que alcanzan 510/100 000, e inclusive podrían ser más elevadas.⁴⁻⁸ La CI se considera la causa urológica más común de DPC;³ se ha informado que en este tipo de pacientes su frecuencia oscila entre un 65 y un 80% y está frecuentemente acompañada de endometriosis pélvica.^{9,10}

Sin embargo, es controversial el diagnóstico de CI. La carencia de unos criterios clínicos y una definición internacionalmente estandarizada, ha llevado a que se adopten diferentes terminologías y diferentes guías de manejo.¹ En 1998 The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease (NIDDK) emitió el primer consenso para la definición de la CI;¹¹ no obstante se estima que el 60% de los pacientes con síntomas de CI no cumplían con estos criterios y por lo tanto no se diagnosticaban ni se trataban. En el 2002, The International Continence Society (ICS) introdujo el término de síndrome de vejiga dolorosa (SVD) definiéndolo como “dolor suprapúbico relacionado con la vejiga llena, acompañado de otros síntomas como frecuencia urinaria diurna y nocturna aumentadas, en ausencia de infección urinaria y otras patologías obvias”. Reservaron el término CI para pacientes con “hallazgos Cistoscópicos o histológicos típicos”; entonces, al decir SVD/CI, se habla de alguna forma de inflamación profunda en la pared vesical que se acompaña de dolor en la región de la vejiga.¹² En el 2006 The European Society for the Study of IC/PBS (ESSIC) recomendó el uso del término SVD y diseñó un sistema de clasificación con base en hallazgos cistoscópicos y/o de biopsia de la mucosa vesical.¹³

Es poco lo que se conoce de la frecuencia del SVD y su asociación al DPC en Colombia. Este estudio busca hacer una primera aproximación a la prevalencia de SVD y/o CI en los hallazgos cistoscópicos en un grupo de pacientes con dolor pélvico crónico (DPC) que consultaron a una clínica de referencia en Pereira (Colombia).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, cuya población estuvo conformada por pacientes que consultaron por dolor pélvico crónico a la unidad de laparoscopia ginecológica avanzada y dolor pélvico (ALGIA) de la Clínica Comfamiliar en Pereira (Colombia); una institución de salud de 4° nivel, durante el período del 17 de julio de 2006 al 1 de octubre de 2008, y que fueron sometidas a cistoscopia y laparoscopia bajo anestesia general. La indicación de la laparoscopia en las pacientes con DPC se basó en los hallazgos clínicos sospechosos de una alteración orgánica subyacente. La recolección de la información se hizo de acuerdo a un formato predeterminado. Y se hizo muestreo secuencial por conveniencia.

Para el estudio se tomó en cuenta la definición de cistitis intersticial como la presencia de glomerulaciones en la cistoscopia.¹² A las pacientes en cuyas cistoscopias se encontró una imagen de empedrado en el triángulo vesical fueron denominadas como sugestivas de tener trigonitis crónica.

Se recolectó la siguiente información: edad, estado civil, procedencia, escolaridad, ocupación, tiempo de duración del DPC, antecedentes personales y obstétricos, método de planificación, síntomas dolorosos, hallazgos al examen físico y ginecológicos, resultado del test de cloruro de potasio, hallazgos en la cistoscopia y laparoscopia.

Se hizo un análisis de frecuencias y cruces bivariados por medio de la base de datos SPSS v.15. También se presentó la prevalencia del período de la patología vesical asociada. Se compararon el grupo CI con aquel que no lo presentó por medio de la *t* de Student para variables continuas y para variables cualitativas por medio del *chi* cuadrado. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Se analizaron 115 historias de pacientes. La media de la edad fue 32,56 años, con una edad mínima

de 17 años y una máxima de 53. El tiempo de evolución del dolor fue en promedio 54,56 meses. Aproximadamente el 14% de las pacientes reportaron algún tipo de abuso, ya fuera físico, psicológico o sexual. En cuanto a las pacientes que estaban planificando el 18,6% tenían antecedente de Pomeroy, y en ambos grupos los resultados fueron similares. Así mismo, en ambos grupos, el de cistoscopia normal y anormal, los datos referentes a edad, estado civil, escolaridad, ocupación y procedencia (rural o urbana), fueron similares (**tabla 1**).

En las cistoscopias realizadas se encontraron CI en 68 pacientes (59,1%), cambios macroscópicos sugestivos de trigonitis crónica en 13 pacientes (11,3%) y fueron normales las restantes 34 pacientes. Es de anotar, que 15 de las pacientes con glomerulaciones también tenían signos de trigonitis. Se realizó una biopsia de la mucosa vesical únicamente a tres pacientes, en las que se encontraron lesiones diferentes a las glomerulaciones con el fin de descartar otra enfermedad asociada. Estas fueron reportadas como normales.

Con respecto a la sintomatología urinaria, manifestaron disuria el 52,7% de las pacientes, frecuencia el 38,5% y nicturia el 48,6%. Estos tres síntomas demostraron significancia estadística para el diagnóstico de cistitis intersticial (**tabla 2**). Solamente 6 pacientes refirieron incontinencia urinaria y una paciente refirió enuresis. Se encontró dismenorrea en el 82,7% de las pacientes, síntomas digestivos en el 57,85% y estreñimiento en el 53,2%. Al examen físico, el único hallazgo estadísticamente significativo fue la presencia de dolor a la palpación de la vejiga/pared vaginal anterior en el 73,4% ($p < 0,001$). Hubo otros hallazgos anormales como la presencia de puntos gatillo abdominales en el 40,9% de las pacientes y vulvodinia en el 81,2% (**tabla 2**).

El test de cloruro de potasio (KCl) se le realizó a 58 pacientes del estudio, de los cuales 37 fueron positivos. Comparado con el resultado

Tabla 1. Variables sociodemográficas de las pacientes con dolor pélvico crónico.

Variable	Cistitis intersticial n=68	No cistitis intersticial n=47
Edad	31,9 ± 6,32	33,4 ± 7,39
Gravidez	1,34 ± 1,25	1,57 ± 1,19
Paridad	1,16 ± 1,11	1,13 ± 1,19
Tiempo de evolución en meses.	59,47 ± 52,98	46,86 ± 37,97

Tabla 2. Signos y síntomas en pacientes con y sin cistitis intersticial.

Síntoma	Cistitis n=68	No cistitis n=47	P
Dolor al palpar vejiga	87,7%	51,4%	0,001
Frecuencia urinaria	50,8%	20,5%	0,001
Disuria	63,1%	37,8%	0,009
Vulvodinia	85,5%	74,4%	0,164
Dismenorrea	81,8%	84,1%	0,757
Síntomas digestivos	60%	54,5%	0,572
Estreñimiento	60%	43,2%	0,084

Tabla 3. Características operativas de la prueba KCl para el diagnóstico de la cistitis intersticial (CI).

	CI	No CI	Total
Test KCl positivo	22	15	37
Test KCl negativo	9	12	21
Total	31	27	58

positivo de la cistoscopia para CI, se encontró que la sensibilidad del test de KCl fue del 71%, la especificidad del 44%, un VPP del 60% y VPN 57% (tabla 3).

En las laparoscopias hubo múltiples hallazgos patológicos, cabe anotar que algunas pacientes presentaron más de una patología asociada. Las más frecuentes fueron: endometriosis en 75 pacientes (65%), síndrome de congestión pélvica en 38 (33%), síndrome adherencial pélvico en 13 (11%), miomatosis en 9 (8%), masa anexial en 6 (5%), enfermedad pélvica inflamatoria crónica en 4 (3%).

No se presentaron complicaciones asociadas con los procedimientos.

DISCUSIÓN

El adecuado diagnóstico y manejo de las pacientes con síndrome de dolor pélvico crónico se basa en el entendimiento de la posible presencia de múltiples patologías responsables de los síntomas. Este estudio muestra una importante prevalencia de cistitis intersticial (59%) y trigonitis crónica (11%) en pacientes con DPC. Los resultados de este estudio son consistentes con los de la literatura internacional en cuanto a la presencia de patología vesical en paciente con DPC.^{8, 14, 15}

En el presente estudio, los síntomas significativos para hacer el diagnóstico de CI fueron la presencia de disuria, nicturia y

frecuencia urinaria, los cuales hacen parte del interrogatorio y diagnóstico clínico recomendados por la ICS y la ESSIC.^{11,12}

Contrario a lo publicado anteriormente, en este estudio el test de KCl mostró una baja sensibilidad, especificidad, VPP y VPN; siendo éste, según lo propuesto por algunos autores,¹³ como una prueba fácil de realizar, de bajo costo y sobretodo poco invasiva para el diagnóstico de SVD/CI. Sin embargo, se requieren estudios adicionales sobre el desempeño operativo de esta prueba para poder compararlo con la cistoscopia y con la histopatología, las cuales son el patrón de oro para el diagnóstico de la CI.¹⁶

Las limitaciones de este estudio están relacionadas con el tipo de muestreo, ya que no permite generalizar los resultados. Por otra parte, el no haber podido realizar la prueba de KCl en todas las pacientes pudo afectar la estimación de las características operativas de la prueba. Sin embargo, este estudio alerta sobre la necesidad de pensar en esta patología en pacientes con DPC, en especial cuando ésta se asocia a síntomas urinarios. De igual forma, surge la hipótesis sobre la necesidad de hacer una cistoscopia en el estudio del DPC.

Se requieren la unificación de términos en el manejo de la patología vesical asociada al DPC, así como también hacer la validación de la exactitud de las herramientas diagnósticas.

CONCLUSIONES

En pacientes con dolor pélvico crónico y síntomas urinarios se encuentra una alta prevalencia de cistitis intersticial y trigonitis crónica. Se requieren nuevos estudios para validar estas observaciones.

REFERENCIAS

1. Villegas-Echeverri JD, Giraldo C. Chronic pelvic pain associated with the bladder: we know it exists but how should we name it? *Vision: The International Pelvic Pain Society newsletter* 2008;14:1-4. Visitado 2011 Abr 30. Disponible en: http://pelvicpain.org/news/pdfs/vol15_no4.pdf
2. Gomel V. Chronic pelvic pain: a challenge. *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14:521-6.
3. Parsons CL, Tatis V. Prevalence of interstitial cystitis in young women. *Urology* 2004;64:866-70.
4. Parsons CL, Stanford EJ, Kahn BS, Sand PK. Tools for diagnosis and treatment. *Female Patient* 2002;(suppl):12-7.
5. Waxman JA, Sulak PJ, Kuehl TJ. Cystoscopic findings consistent with interstitial cystitis in normal women undergoing tubal ligation. *J Urol* 1998;160:1663-7.
6. Jones CA, Nyberg L. Epidemiology of interstitial cystitis. *Urology* 1997;49(5A suppl):2-9.
7. Parsons CL, Dell J, Stanford EJ, Bullen M, Kahn BS, Waxell T, Koziol JA. Increased prevalence of interstitial cystitis: previously unrecognized urologic and gynecologic cases identified using a new symptom questionnaire and intravesical potassium sensitivity. *Urology* 2002;60:573-8.
8. Paulson JD, Delgado M. Chronic pelvic pain: the occurrence of interstitial cystitis in a gynecological population. *JLS* 2005;9:426-30.
9. Chung MK, Chung RP, Gordon D. Interstitial cystitis and endometriosis in patients with chronic pelvic pain: The "Evil Twins" Syndrome. *JLS* 2005;9:25-9.
10. Gillenwater JY, Wein AJ. Summary of the National Institute of Arthritis, Diabetes, Digestive and Kidney Diseases Workshop on Interstitial Cystitis, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, August 28-29, 1987. *J Urol* 1988;140:203-6.
11. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International continence society. *Urology* 2003;61:37-49.
12. van de Merwe JP, Nordling J, Bouchelouche P, Bouchelouche K, Cervigni M, Dahi LK, et al. Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: an ESSIC proposal. *Eur Urol* 2008;53:60-7.
13. Parsons CL, Bullen M, Kahn BS, Stanford EJ, Willems JJ. Gynecologic presentation of interstitial

cystitis as detected by intravesical potassium sensitivity. *Obstet Gynecol* 2001;98:127-32.

14. Won HR, Abbott J. Optimal management of chronic cyclical pelvic pain: an evidence-based and pragmatic approach. *Int J Womens Health* 2010;2:263-77.
15. Bordman R, Jackson B. Below the belt: approach to chronic pelvic pain. *Can Fam Physician* 2006;52:1556-62.
16. Persu C, Cauni V, Gutue S, Blaj I, Jinga V, Geavlete P. From interstitial cystitis to chronic pelvic pain. *J Med Life*. 2010;3:167-74.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.