

Ginecología

Nº 20

Sandhya Poflee y colaboradores
Nagpur, India
Pág. 1

Citodiagnóstico de la
endometriosis cicatrizal

Nalliah S, Fong J, Lim O
Negeri Sembilan, Malasia
Pág. 4

Infecciones urinarias
recurrentes en mujeres
sanas no embarazadas

Isberg H, Melander E, Beckman A y colaboradores
Lund, Suecia
Pág. 6

Abordaje en atención
primaria de las infecciones
no complicadas del tracto
urinario

Rodriguez L, Stephens A, Naliboff B
Filadelfia, EE.UU.
Pág. 9

Duración de los síntomas en
los pacientes con síndrome
de dolor pelviano crónico
urológico

Citodiagnóstico de la endometriosis cicatrizal

Cytodiagnosis of scar endometriosis

Sandhya Poflee
Indira Gandhi Government Medical College,
Nagpur, India

En las mujeres en edad reproductiva que consultan por una tumoración hiperpigmentada, sensible a la palpación, cercana a una cicatriz en la pared abdominal, se debe considerar el diagnóstico probable de endometriosis. El estudio histopatológico que muestra glándulas endometriales, células del estroma y restos celulares sobre una base hemorrágica es confirmatorio. La obtención de muestras para estudio citológico mediante aspiración con aguja fina es un procedimiento confiable, relativamente no traumático, para el diagnóstico prequirúrgico de la entidad.

(especial para SIIC © Derechos reservados)

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcional por fuera del útero; la enfermedad fue descrita por primera vez por Rokitansky en 1860.¹ La endometriosis compromete entre el 8% y el 15% de las mujeres en edad reproductiva y frecuentemente aparece en la región pelviana.²

Los depósitos de tejido endometrial comúnmente se visualizan en la vulva, la vagina, el cuello uterino, los ovarios, el peritoneo pelviano y, con menor frecuencia, en localizaciones extrapelvianas, como la pared abdominal, las cicatrices quirúrgicas, la región inguinal, el ombligo, el tracto intestinal, el tracto urinario, el peritoneo y los pulmones.³

La endometriosis que afecta la pared abdominal se denomina endometriosis cutánea; la endometriosis cicatrizal es una forma de endometriosis cutánea.

Descripción del caso

La paciente, de 35 años, consultó por la presencia de una tumoración de crecimiento gradual y dolor en la región infraumbilical, de tres años de

evolución. La enferma fue derivada para estudio citológico. Clínicamente, el diagnóstico se correspondió con el de un tumor desmoide. En el examen físico se observó una masa firme, bien definida e inmóvil de 3 cm x 3 cm en la pared anterior del abdomen, por debajo del ombligo. La ecografía abdominal mostró una tumoración única en el plano subcutáneo, con vascularización mínima y sin comunicación con el peritoneo. El aspirado hemorrágico obtenido para citología por medio de aspiración con aguja fina se fijó en alcohol etílico al 95% y se tiñó con hematoxilina y eosina y coloración de Papanicolaou. Los extendidos secados al aire se tiñeron con May Grunwald Giemsa. Las muestras obtenidas por aspiración con aguja fina mostraron buena celularidad, con una población bimodal de células glandulares y del estroma, con núcleos uniformes, sobre una base sanguinolenta, restos celulares y macrófagos vacuolados. Los hallazgos no fueron compatibles con los de los tumores desmoides u otras tumoraciones frecuentes en la pared abdominal, como granulomas de las suturas, sarcomas o lesiones metastásicas.

La paciente fue citada nuevamente para conocer sus antecedentes y los de la lesión, de tres años de evolución. La enferma refirió dos embarazos a término, con cesárea. Dos años después del último nacimiento percibió un nódulo doloroso debajo del ombligo, cuyo tamaño fue creciendo lentamente. Le llamó la atención el hecho de

que el tamaño de la tumoración y el dolor aumentaban durante el ciclo menstrual. La paciente no presentaba tumoraciones en ninguna otra parte del cuerpo ni refería otros síntomas. La tumoración tenía una localización infraumbilical, adyacente a una cicatriz, era sensible a la palpación y no era reducible. La piel sobre la lesión era adherente y estaba hiperpigmentada. Sobre la base de sus antecedentes y los hallazgos del examen físico, el diagnóstico era bastante obvio; se estableció el diagnóstico citológico de endometriosis cicatrizal, el cual se confirmó con posterioridad mediante el estudio histopatológico de la masa extirpada.

El primer caso de endometriosis cicatrizal fue referido por Meyer en 1903.⁴ La endometriosis cicatrizal comúnmente se asocia con cicatrices quirúrgicas de histerectomía, episiotomía, cesárea y laparoscopia. Ocasionalmente se ha referido luego de la cirugía de las trompas de Falopio, apendicectomía y amniocentesis.⁵ Clínicamente, ciertas lesiones no tumorales, como los granulomas de las suturas, los hematomas, las hernias de la incisión, los queloides y los tumores desmoides pueden confundirse con la endometriosis cicatrizal. Los tumores primarios y las metástasis (nódulo de la hermana María José) también se incluyen en el diagnóstico diferencial. La mayoría de estas lesiones pueden distinguirse sobre la base de los antecedentes clínicos, el examen físico meticuloso y los hallazgos histopatológicos.⁶

Enviar correspondencia a: Sandhya Poflee, Indira Gandhi Government Medical College, Department of Pathology, Nagpur, Maharashtra, India

Artículo en inglés, bibliografía completa, especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales del autor.

La teoría metastásica es una de las dos que intentan explicar la fisiopatogenia de la endometriosis; considera el transporte de células endometriales a localizaciones adyacentes por medio de la manipulación quirúrgica, o la diseminación linfática o hemática. La otra teoría, metaplásica, se fundamenta en la presencia de células mesenquimáticas primitivas pluripotentes que sufren diferenciación especializada y metaplasia en tejido endometrial.⁷

El intervalo entre el inicio de los síntomas y el antecedente de cirugía va desde unos pocos meses hasta los diez años. Clínicamente, la endometriosis cicatrizal se presenta como un nódulo definido en la cicatriz o alrededor de ella. El antecedente de agravamiento sintomático, por ejemplo mayor dolor, aumento del tamaño del nódulo y alteraciones de la pigmentación de la piel, con los cambios cíclicos de la menstruación es característico de la endometriosis cicatrizal.⁸

En el examen físico, el nódulo es firme, de color marrón o negrozco, doloroso a la palpación y no reducible. El ultrasonido abdominal por lo general revela un nódulo anecoico, bien definido y de localización subcutánea. La endometriosis cutánea y subcutánea es fácilmente accesible al estudio citológico.

Los hallazgos histopatológicos característicos consisten en la abundante celularidad, con células poligonales glandulares con citoplasma moderado y núcleos redondeados, distribuidas en monocapas, y células fusiformes del estroma con núcleos uniformes en una base sanguinolenta, de células inflamatorias y macrófagos vacuolados, algunos de los cuales tienen hemosiderina. La presencia de dos de tres anomalías típicas (células glandulares endometriales, células del estroma y macrófagos cargados de hemosiderina) permite establecer el diagnóstico citológico de la endometriosis.⁹

Los hallazgos citológicos de la endometriosis se relacionan con los cambios hormonales cíclicos. En la fase proliferativa, las células glandulares forman capas en panal de abejas y agrupaciones de células pequeñas y uniformes con escaso citoplasma y núcleos redondos u ovales, con cromatina de distribución homogénea. Las células del estroma forman agrupaciones sincitiales, y tienen núcleos grandes y fusiformes con cromatina fina. Durante la fase secretoria, las células glandulares aumentan de tamaño y presentan microvacuolización citoplasmática, mientras que las células del estroma muestran citoplasma abundante y apariencia epiteloide.^{7,8} Las dificultades

diagnósticas se presentan cuando la endometriosis surge en contextos clínicos inusuales y en ausencia del patrón celular característico en los extendidos. En presencia de hallazgos citológicos atípicos en la evaluación histológica, la endometriosis debe diferenciarse de los trastornos malignos.¹⁰ Si bien los estudios por imágenes son inespecíficos, son de utilidad para determinar la extensión de la enfermedad y planificar la resección quirúrgica, sobre todo en el caso de lesiones amplias y recurrentes. La resección constituye el tratamiento de elección.¹¹ El anatomopatólogo familiarizado con la endometriosis cicatrizal que interpreta los hallazgos citológicos en combinación con las características clínicas específicas puede establecer de manera rápida y confiable el diagnóstico prequirúrgico de endometriosis cicatrizal primaria o recurrente: 1) enferma en edad reproductiva que presenta tumoración hiperpigmentada cerca de una cicatriz en la pared abdominal anterior; 2) antecedente de exacerbación durante el ciclo menstrual, y 3) localización de la tumoración en el plano subcutáneo en los estudios por imágenes. La aspiración con aguja fina es un procedimiento mínimamente invasivo, bien aceptado por las enfermas y de elección para monitorizar el tratamiento y detectar posible transformación maligna.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2019
www.siicsalud.com

El autor no manifiesta conflictos de interés.

Autoevaluación del artículo

La endometriosis cicatrizal es una entidad relativamente fácil de diagnosticar en presencia de síntomas característicos y hallazgos citológicos típicos.

¿Cuáles son las localizaciones pelvianas más frecuentes de la endometriosis?

- A, La vulva.
- B, La vagina.
- C, Los ovarios.
- D, El cuello uterino.
- E, Todas ellas.

Verifique su respuesta en: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/143033

Cómo citar este artículo:

Poflee S. Citodiagnóstico de la endometriosis cicatrizal. Artículos Originales Ginecología 20:1-3, Sep 2019

How to cite this article:

Poflee S. Cytodiagnosis of scar endometriosis. Artículos Originales Ginecología 20:1-3, Sep 2019

Conexiones temáticas

Los informes de Artículos Originales se conectan de manera estricta (i) o amplia (▶) con diversas especialidades.



Bibliografía

1. Thapa A, Kumar A, Gupta S. Abdominal wall endometriosis: Report of a case and how much we know about it. *Internet J Surg* 9(s), 2007.
2. Agarwal A, Fond YF. Cutaneous endometriosis. *Singapore Med J* 49:704-9, 2008.
3. Rosai J. Uterus-corporis In: Rosai and Ackerman's surgical pathology 10th ed. St Louis, Mosby, pp. 1486-487, 2012.
4. Agarwal N, Subramanian A. Endometriosis-morphology, clinical presentation and molecular pathology. *J Lab Physicians* 2:1-9, 2010.
5. Goel P, Sood SS, Dalal A, Romilla N. Caesarean scar endometriosis-report of two cases. *Indian J Med Sci* 59:495-8, 2005.
6. Pathan ZA, Dinesh US, Rao R. Scar endometriosis. *J Cytol* 27:106-8, 2010.
7. Catalina Fernández I, López Presa D, Sáenz Santamaría J. Fine needle aspiration in cutaneous and subcutaneous endometriosis. *Acta Cytol* 51:380-4, 2007.
8. Medeiros FC, Cavalcante DI, Medeiros MA, Eleuterio J Jr. Fine needle aspiration cytology of scar endometriosis :study of seven cases and literature review. *Diagn Cytopathol* 39:18-21, 2011.
9. Pathan SK, Kapila K, Haji BE, Mallik MK, Al-Ansary TA, George SS, et al. Cytomorphological spectrum in scar endometriosis: A Study of eight cases. *Cytopathology* 16:94-9, 2005.
10. Fernandes H, Marla NJ, Pailoor k, Kini R. Primary umbilical endometriosis -Diagnosis by fine needle aspiration. *J Cytol* 28:214-6, 2011.
11. Blanco RG, Parthivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schien M, Grest PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg* 185:596-8, 2003.

Informes destacados

Infecciones urinarias recurrentes en mujeres sanas no embarazadas

Recurrent urinary infections in healthy non-pregnant women



Indian Journal of Urology 35(2), Abr 2019

Nalliah S, Fong J, Lim O

International Medical University Clinical Campus Seremban; Negeri Sembilan, Malaysia

Los resultados del metanálisis en red de seis estudios clínicos controlados sugieren que la nitrofurantoína representa la alternativa de elección para la profilaxis de las infecciones urinarias recurrentes en las mujeres no embarazadas por su relación entre eficacia, tolerabilidad y costo.

Introducción

Las infecciones del tracto urinario (ITU) inferior (ITU), es decir de la uretra y la vejiga, son muy comunes. Los síntomas más comunes de las ITU incluyen la mayor frecuencia de la micción, con disuria o sin ella, en ausencia o presencia de malestar suprapúbico. La infección del tracto urinario superior o pielonefritis se asocia con una elevada morbilidad. Las infecciones urinarias recurrentes (IUR) se definen en los pacientes con más de un episodio en el transcurso de seis meses o más de dos episodios por año. Son más frecuentes en las mujeres, con una prevalencia de 40% a 50%. Además, se estima que alrededor del 25% y del 40% de las enfermas con una infección urinaria (IU) presentarán un nuevo episodio en el transcurso de los seis y doce meses siguientes, respectivamente. La frecuencia de las relaciones sexuales, las nuevas parejas sexuales, las anomalías del tracto urinario, la menopausia, la exposición a anticonceptivos orales, la obesidad y el antecedente de histerectomía son algunos de los factores que predisponen a las IUR. La deficiencia de estrógenos, característica de la menopausia, tiene consecuencias desfavorables sobre la mucosa de la uretra y la vejiga.

La hidratación abundante (1.6 litros por día como mínimo), las micciones frecuentes y el vaciado vesical luego del coito se consideran estrategias

útiles para prevenir las IUR. Algunos estudios sugirieron la eficacia del tratamiento a corto y largo plazo con antibióticos en dosis bajas, la utilización de jugo de arándanos y la terapia de reemplazo con estrógenos en las mujeres posmenopáusicas con vaginitis atrófica. Por el contrario, el uso de espermicidas y de diafragmas, como métodos de anticoncepción, ha sido involucrado en la aparición de IU e IUR.

El uso de antimicrobianos en dosis bajas y por períodos prolongados (seis meses) se considera una estrategia profiláctica eficaz; los esquemas más comunes incluyen la administración diaria de nitrofurantoína (50 a 100 mg), ciprofloxacina (125 mg), trimetoprima (100 mg) y trimetoprima más sulfametoxazol (40/200 mg). La eficacia suele determinarse 6 a 12 meses después, sobre la base de la recurrencia de los síntomas y la presencia de uropatógenos en el estudio de la orina. Según los resultados de un metanálisis, los comprimidos sobre la base de arándanos y la D-manosa también son útiles. Sin embargo, la información no permite establecer conclusiones firmes para ninguna de las estrategias de prevención mencionadas. Los metanálisis en red permiten efectuar comparaciones directas o indirectas entre distintos agentes o respecto del placebo. El objetivo de la presente revisión sistemática fue determinar

la eficacia y la tolerabilidad de los fármacos usados habitualmente para la prevención de las IUR.

Materiales y métodos

Los artículos publicados entre 2002 y 2016 se identificaron a partir de una búsqueda en PubMed, ScienceDirect y el *Cochrane Central Registry of Clinical Trials*; se siguieron las pautas *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Protocols* (PRISMA 2009).

Se incluyeron estudios realizados con mujeres de más de 18 años incluidas pacientes con menopausia de más de un año de duración y enfermas con IUR durante más de dos años, sin otros síntomas del tracto urinario inferior. Solo se analizaron estudios clínicos aleatorizados y controlados. Se realizó un metanálisis en red para determinar la eficacia y la tolerabilidad de las distintas estrategias de prevención. Se identificaron inicialmente 817 artículos, seis de los cuales fueron aptos para el presente estudio.

Resultados

La edad promedio de las pacientes fue de 57.7 años. Los agentes de mayor eficacia fueron la D-manosa (primer lugar), la fosfomicina (segundo lugar) y la nitrofurantoína (tercer lugar); sin embargo, el costo tal vez sea un factor limitante para la selección. La fosfomicina, en dosis de 3 g por mes, fue una estrategia eficaz para la

prevención de las IUR; sin embargo, los resultados pudieron haber estado sesgados por la heterogeneidad, ya que este fármaco solo se evaluó en un trabajo con un número reducido de pacientes. Asimismo, a pesar de la mayor eficacia, la fosfomicina se asocia con una frecuencia más elevada de efectos adversos respecto de otros agentes. Los efectos adversos referidos con mayor asiduidad fueron náuseas, diarrea, vómitos, exantema, pirosis, vaginitis, cefaleas, escalofríos y astenia. Todos fueron tolerables y ninguno motivó el abandono del protocolo (el índice de adhesión fue del 100%). La administración de nitrofurantoína en dosis de 50 mg por día ocupó el tercer lugar en eficacia; los efectos adversos comunes, relacionados con el uso de nitrofurantoína, fueron náuseas, vómitos, diarrea y reacciones de hipersensibilidad cutánea. Con menor frecuencia se refirieron reacciones anafilácticas en sujetos de edad avanzada, hiperreactividad bronquial similar al asma, edema pulmonar, fiebre inducida por fármacos, cefaleas, vértigo, depresión, aumento de los niveles séricos de transaminasas, alteraciones hematológicas y polineuropatía periférica. Sin embargo, no se observaron interrupciones del tratamiento por efectos adversos. Los arándanos se asocian con menor eficacia. En cuanto a la clasificación de cada intervención en las IUR para los efectos adversos, la D-manosa ocupó el primer lugar, en tanto que los productos con arándanos y el estriol fueron más seguros (el arándano resultó más seguro incluso que el estriol). La administración de nitrofurantoína, en comprimidos de 50 mg, fue la estrategia más económica, sobre la base del *National British Formulary*. La D-manosa y trimetoprima-sulfametoxazol son las alternativas más costosas; los pesarios con estriol, el jugo de arándanos y la fosfomicina se asociaron con un costo intermedio.

Discusión

Los resultados del presente metanálisis sugieren que el tratamiento con 50 mg diarios de nitrofurantoína durante seis meses representa la mejor estrategia

para la prevención de las IUR en las mujeres no embarazadas, sobre la base de la eficacia, la tolerabilidad y el costo. Si bien la fosfomicina y la D-manosa serían alternativas más eficaces, la seguridad es inferior. En una revisión previa (2016) de diez estudios publicados entre 1977 y 2007 se incluyeron hombres y mujeres con diabetes mellitus subyacente, de modo que los resultados no pueden compararse con los del metanálisis actual. Cabe recordar que las modificaciones en las modalidades profilácticas pueden afectar los índices de proliferación de los patógenos urinarios y los patrones de resistencia a los antibacterianos. En otro metanálisis de 2009 con cinco artículos en los que se evaluaron los mismos agentes analizados en la presente ocasión se obtuvieron hallazgos similares. En las mujeres de cualquier edad, las relaciones sexuales más frecuentes, la utilización de espermicidas o diafragma como métodos anticonceptivos y la deficiencia de estrógenos, asociada con efectos deletéreos sobre la vagina y las estructuras periuretrales, representan los principales factores de riesgo de IUR. En este sentido, se suele indicar el vaciado vesical inmediatamente después del coito con la finalidad de reducir el riesgo de introducción de bacterias en la vejiga; la eficacia de esta medida no cuenta con un aval científico franco. En las mujeres posmenopáusicas la deficiencia de estrógenos tiene una participación esencial en el compromiso de la integridad de la mucosa de la uretra, la vejiga, la vagina y la flora vaginal. La deficiencia de estrógenos se acompaña de aumento del pH vaginal, disminución de la microflora vaginal endógena y mayor incidencia de prolapso de órganos pelvianos por debilidad de los músculos del piso de la pelvis y de la fascia endopelviana. Diversos estudios mostraron que en las mujeres posmenopáusicas la aplicación vaginal de dosis bajas de estrógenos durante dos semanas reduce el riesgo de IUR. El presente metanálisis en red confirma la eficacia de la administración continua de dosis

bajas de diversos fármacos como estrategia de prevención de las IUR, las cuales, en ausencia de intervención, suponen un aumento del riesgo de ITU superior. Los esquemas utilizados son variables, por ejemplo trimetoprima-sulfametoxazol 40/200 mg una vez o tres veces por semana, nitrofurantoína 50 a 100 mg una o tres veces por semana y fosfomicina 3 g cada 10 días durante seis meses. También se ha referido la utilidad de la profilaxis posterior al coito con una única dosis de nitrofurantoína de 50 mg o de trimetoprima/sulfametoxazol 40/200 mg. Las alternativas no farmacológicas, como el jugo de arándanos y la D-manosa, son útiles para evitar las IUR. En un estudio se refirieron índices más bajos de infección en las mujeres tratadas diariamente con 50 ml de concentrado de arándanos durante seis meses, por mecanismos que todavía no se conocen con precisión. Sin embargo, los arándanos tienen ácido hipúrico, con propiedades bacteriostáticas y, tal vez, ejercen supresión de las fimbrias de *Escherichia coli* por acción de las proantocianidinas (taninos). La D-manosa (un azúcar simple no farmacológico), en cantidades de 2 mg por día, también parece ser eficaz para la prevención de las IUR, pero su uso se ve limitado por su costo elevado en comparación con la nitrofurantoína. La D-manosa se produce por oxidación del manitol y está presente en diversas frutas. Este azúcar se fija a *Escherichia coli* y motiva la separación de la bacteria de la mucosa del tracto urinario. Los diferentes criterios de valoración aplicados en los distintos trabajos y la heterogeneidad de los productos analizados fueron limitaciones importantes para tener en cuenta en la presente revisión.

Conclusión

Los hallazgos en conjunto sugieren que la administración de nitrofurantoína, en dosis de 50 mg por día durante seis meses, representa la mejor estrategia para la profilaxis de las IUR, por su eficacia, tolerabilidad y costo, en las mujeres no embarazadas.

Abordaje en atención primaria de las infecciones no complicadas del tracto urinario

Approach of uncomplicated urinary tract infections in primary care



BMC Infectious Diseases 19(155), Feb 2019

Isberg H, Melander E, Beckman A y colaboradores
Lund University, Lund, Suecia

El estudio muestra índices bajos de resistencia de Escherichia coli y sus hallazgos avalan las recomendaciones para el tratamiento empírico de las infecciones urinarias no complicadas, es decir el uso de pivmecilinam y nitrofurantoína como alternativas terapéuticas de primera línea.

Introducción

Las infecciones del tracto urinario (ITU) no complicadas (ITUnc) representan la principal causa para la prescripción de antibióticos en mujeres sanas. Si bien en Suecia los índices de resistencia a los antibióticos son, en general, bajos, la resistencia a *Escherichia coli* (el principal patógeno involucrado en las ITUnc) está en aumento, a juzgar por los resultados de los cultivos de orina, en pacientes internados y en el ámbito de la atención primaria, aportados por el registro nacional Res-Net con la inclusión de 25 laboratorios de microbiología. Asimismo, entre 2007 y 2016, los índices de resistencia de *E. coli* para trimetoprima aumentaron del 17.5% al 22%, respectivamente; en tanto que, para la ciprofloxacina, los índices se incrementaron del 7.5% en 2012 a casi el 10% en 2016. Por otra parte, la resistencia para cefadroxilo aumentó del 3.5% en 2007 al 5% en 2016; aproximadamente los dos tercios de las cepas resistentes a cefadroxilo son productoras de betalactamasas de espectro extendido (ESBL, por su sigla en inglés). Por el contrario, la incidencia de resistencia frente a mecilinam y nitrofurantoína se mantuvo baja, en valores del 5% y el 1%, respectivamente, en 2016. Los sistemas de atención de la salud, las recomendaciones de tratamiento con antibióticos y las poblaciones analizadas difieren de un estudio a otro, de modo que los hallazgos suelen no ser aplicables a todos los países. Para Suecia se dispone de muy

poca información relacionada con la etiología bacteriana, la resistencia a antibióticos y el patrón de administración de antimicrobianos en el ámbito de la atención primaria. En los trabajos más recientes al respecto (2007 y 2008), los índices de resistencia de *E. coli* fueron bajos; los factores que contribuyen a la aparición de resistencia no han sido analizados con precisión en ese ámbito.

Las guías de ese país recomiendan el uso de pivmecilinam y nitrofurantoína como alternativas terapéuticas de primera línea para las ITUnc; en cambio, se desaconseja el uso de fluoroquinolonas y trimetoprima. El tratamiento se indica de manera empírica; solo se solicitan cultivos de orina en los pacientes con factores de riesgo de complicaciones, de modo que la etiología y los patrones de resistencia se conocen muy poco. De hecho, la información proporcionada por los laboratorios de microbiología suele corresponder a pacientes seleccionados que presentan factores asociados con mayor riesgo de complicaciones.

En el presente estudio, los autores evaluaron los patrones de tratamiento con antibióticos, los resultados microbiológicos y la prevalencia de cepas de *E. coli* resistentes, como también los factores que participan en la aparición de resistencia en el ámbito de la atención primaria, en mujeres de 17 años o más con síntomas sugestivos de ITU.

Métodos

La investigación tuvo un diseño prospectivo observacional; se llevó a cabo en los *Primary Healthcare Centers* (PHCC) en Skåne, en el sur de Suecia. Las enfermas presentaban síntomas compatibles con ITU, es decir frecuencia, urgencia o disuria. En 2013, el estado de Skåne tenía 1 272 434 habitantes y 150 PHCC. Se evaluaron enfermas asistidas en cuatro PHCC rurales y cuatro PHCC urbanos, incluida la ciudad de Malmö, con alrededor de 300 000 habitantes. Sobre la base de estudios previos, se asumió que el 60% de los cultivos de orina serían positivos y que en el 80% de los casos se aislaría *E. coli*. El propósito inicial fue recolectar 400 muestras de orina para detectar alrededor de 200 cepas de la bacteria, un número suficiente para determinar la prevalencia de *E. coli* resistente. El reclutamiento de mujeres de 17 años o más con posible ITUnc tuvo lugar entre 2014 y 2016. Se obtuvieron muestras de orina (parte media del chorro) para estudio microbiológico; las pacientes fueron tratadas según los protocolos convencionales. La gravedad de los síntomas, el antecedente de ITU y la utilización previa de antibióticos se conocieron a partir de cuestionarios que completaron las pacientes. Las enfermas también aportaron información acerca de los viajes que habían realizado a otros países en los últimos seis meses. Los cultivos de orina fueron positivos cuando se aislaron ≥ 103 unidades formadoras

Tabla 1. Comparación de la resistencia a los antibióticos para *Escherichia coli* en el estudio y en los datos de laboratorio de rutina.^a

Antibiótico probado / mecanismo de resistencia	Resistencia en atención primaria Nº de muestras n (%) (n = 176)	Resistencia en laboratorio ^b Nº de muestras n (%) (n = 176)	p
Mecilinam	2 (1.1)	714 (3.1)	0.18c
Nitrofurantoína	0 (0)	184 (0.8)	0.66c
Trimetoprima	30 (17.0)	4612 (19.9)	0.35d
Cefadroxilo	4 (2.3)	1223 (5.3)	0.087c
Ciprofloxacina	2 (1.1)	1400 (6.0)	0.0022c
Productor de ESBL	4 (2.3)	807 (3.5)	0.53c

^a Muestras de orina de mujeres durante noviembre de 2014 a marzo de 2016.

^b El Departamento de Medicina de Laboratorio, División de Microbiología Clínica en Lund.

^c La prueba exacta de Fisher.

^d Prueba de *chi* al cuadrado.

ESBL, betalactamasas de espectro extendido.

de colonias (UFC)/ml para *E. coli* y *Staphylococcus saprophyticus*, y ≥ 104 UFC/ml para los uropatógenos menos frecuentes. La susceptibilidad de las bacterias se determinó con los criterios propuestos por el *European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing* (EUCAST). En los casos de resistencia de *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus mirabilis* para cefotaxima o ceftazidima, se verificó la presencia de bacterias productoras de ESBL en la prueba MAST, en tanto que las cepas con sensibilidad reducida a carbapenémicos se identificaron con el sistema Check-MDR. Solo se analizaron las muestras que fueron enviadas al laboratorio en el transcurso de las primeras 24 horas posteriores a la recolección.

El porcentaje encontrado de cepas de *E. coli* resistentes se comparó con el índice de resistencia registrado en el laboratorio regional de microbiología de Lund, para el mismo período y los mismos grupos de edad. Las comparaciones estadísticas se realizaron con pruebas de *chi* al cuadrado; los valores de $p < 0.05$ se consideraron estadísticamente significativos. Mediante modelos de regresión logística binaria se determinaron las correlaciones entre la presencia de *E. coli* resistente y

diversas variables independientes; se calcularon los *odds ratio* (OR), con intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

Resultados

La muestra para los análisis estuvo integrada por 304 pacientes en quienes se realizaron cultivos de orina. La mediana de edad fue de 46 años (32 a 66); 121 enfermas refirieron haber recibido antibióticos por ITU en una o más ocasiones en los últimos 12 meses, con una mediana de cursos de antibióticos por ITU de 1 (1 a 3).

El 3.6% y el 18.5% de las pacientes presentaban diabetes e incontinencia, respectivamente. Alrededor de la mitad de las participantes había tenido ITUnc en más de cinco ocasiones antes del estudio y la mitad presentó un episodio de ITUnc en el transcurso de los últimos seis meses.

La mediana del número de meses desde la última ITU fue de 7 (1.1 a 24), en tanto que la mediana de la duración de los síntomas al momento de la consulta fue de 4 (2 a 7) días y la mediana del tiempo de retención vesical fue de 2.5 horas (1.2 a 4). El 17% de las pacientes (n = 55) refirió haber viajado al exterior en los últimos seis meses.

En el 80% de las muestras de orina (n = 243) se aislaron bacterias; *E. coli* y *S. saprophyticus* fueron los gémenes aislados con mayor frecuencia. En 20 muestras se aislaron dos especies bacterianas relevantes; sin embargo, en estos casos solo se consideró el uropatógeno más importante (*E. coli* en 18 casos y *Klebsiella pneumoniae* en los otros dos casos).

El 80% de las cepas de *E. coli* ue susceptible a todos los antibióticos analizados; ninguna cepa fue resistente a nitrofurantoína. Cuatro cepas de *E. coli* fueron resistentes a trimetoprima y a 1 o 2 antibióticos adicionales (mecilinam, n = 1; cefadroxilo, n = 2 y cefadroxilo y ciprofloxacina, n = 1). Se detectaron cuatro cepas productoras de ESBL, dos de ellas con resistencia a trimetoprima, y una resistente a ciprofloxacina. Se encontraron diferencias significativas en los índices de resistencia de *E. coli* a ciprofloxacina entre el presente estudio y la prevalencia de resistencia en el laboratorio clínico local de microbiología (p = 0.0022). Los factores asociados con riesgo aumentado de resistencia de *E. coli* fueron el tratamiento de ITU con antibióticos en los últimos 12 meses (OR ajustado = 4.97; IC 95%: 2.04 a 12.06) y el haber viajado al exterior en

los últimos seis meses (OR ajustado = 4.02; IC 95%: 1.35 a 11.35). No se encontraron correlaciones entre la resistencia a antibióticos y la edad, o la presencia de incontinencia o diabetes. El 74% de las pacientes recibió tratamiento empírico con antibióticos, es decir en ausencia de los resultados del cultivo. Los antibióticos prescritos con mayor frecuencia fueron pivmecilinam y nitrofurantoína; en cambio, la trimetoprima y las fluoroquinolonas se indicaron con menos frecuencia.

En el 73% de los casos, la indicación clínica inicial fue apropiada (pacientes con cultivo de orina positivo y bacterias sensibles al antibiótico indicado, y pacientes sin crecimiento bacteriano y sin indicación empírica de antibióticos). El 63% de las enfermas presentó ITU por bacterias sensibles al antibiótico prescrito y el 10% no manifestó ITU y no recibió antibióticos.

Se prescribieron antibióticos incorrectamente en el 49% de las enfermas con cultivos de orina negativos y en el 3% de las pacientes con ITU por patógenos resistentes al antibiótico indicado; en el 14% de las mujeres con urocultivos positivos no se indicaron antibióticos.

Discusión

En el presente estudio realizado en la atención primaria de Suecia con mujeres con diagnóstico presuntivo de ITU se obtuvieron urocultivos positivos en el 80% de las muestras. Con excepción de la trimetoprima, los índices de resistencia de *E. coli* fueron bajos y los índices de resistencia de esta bacteria para ciprofloxacina

fueron significativamente inferiores, en comparación con los datos del laboratorio. El 74% de las pacientes recibió antibióticos y, en la mayoría de los casos, la selección fue apropiada en función de las guías clínicas vigentes. No haber logrado el reclutamiento de 400 enfermas fue la principal limitación del estudio. Además, el tiempo de retención vesical fue más corto, respecto del recomendado, de cuatro horas, posiblemente por los síntomas urinarios que complican la retención vesical.

Los hallazgos fueron, en general, similares a los referidos en trabajos anteriores: *E. coli* fue responsable de las ITU en la mayoría de los casos, de manera independiente de la edad. En comparación con tres estudios previos realizados en atención primaria en otros países de Europa, los índices de resistencia de *E. coli* para ciprofloxacina fueron más bajos; en cambio, fueron similares para trimetoprima, nitrofurantoína y cefadroxilo. Se han referido diferencias sustanciales en los patrones de prescripción de antibióticos de un país a otro, un fenómeno que explicaría, al menos en parte, las discrepancias entre los resultados del presente estudio y de trabajos anteriores. En 2007 se publicaron las guías suecas para el tratamiento de las ITU; debido a los índices crecientes de resistencia a trimetoprima y ciprofloxacina, pivmecilinam y nitrofurantoína pasaron a ser los antibióticos recomendados para la terapia empírica de primera línea en las enfermas con ITU. Los resultados del presente estudio confirman que estos antibióticos representan

una buena elección. Debido a que los índices de resistencia frente a trimetoprima son altos en el ámbito de la atención primaria, este fármaco solo debería indicarse cuando los resultados de laboratorio están disponibles. Si bien los índices de resistencia para ciprofloxacina fueron bajos, este antibiótico tampoco se recomienda como alternativa de primera línea, porque el uso de fluoroquinolonas se vincula con incrementos de los índices de aparición de bacterias con resistencia a múltiples fármacos. La prescripción de ciprofloxacina debería limitarse a los casos complicados y, mejor aún, luego de obtener los resultados de los cultivos.

Conclusión

Los resultados del presente estudio realizado en la atención primaria de Suecia indican que la mayoría de las pacientes con diagnóstico presuntivo de ITU reciben tratamiento según las recomendaciones vigentes para ese país. Los índices de *E. coli* resistente fueron bajos, con excepción de la resistencia a trimetoprima, un fenómeno que avala la indicación de pivmecilinam o nitrofurantoína como fármacos de primera elección. El nivel observado de resistencia a ciprofloxacina fue más bajo respecto de los datos de los laboratorios clínicos de microbiología, de modo que estos podrían sobrestimar los índices de resistencia a antibióticos y motivar cambios innecesarios en la prescripción empírica de antibióticos, en las ITU en el ámbito de atención primaria, cuya información debe ser separada de la obtenida en el ámbito intrahospitalario.

⋮ Duración de los síntomas en los pacientes con ⋮ síndrome de dolor pelviano crónico urológico

Symptom duration in patients with urologic chronic pelvic pain



Urology 124:14-22,
Feb 2019

Rodríguez L, Stephens A, Naliboff B
University of Southern California, Los Angeles; University
of Pennsylvania Perelman School of Medicine, Filadelfia,
EE.UU., y otros centros participantes

La duración más prolongada de los síntomas en los pacientes con síndrome de dolor pelviano crónico urológico solo se asocia con síntomas más pronunciados en ciertas subpoblaciones de enfermos. La duración de los síntomas no se vincula con el riesgo de entidades dolorosas crónicas superpuestas ni con la comorbilidad mental.

Introducción

El dolor pelviano crónico, en presencia de síntomas urológicos, define el síndrome de dolor pelviano crónico urológico (SDPCU). Se ha sugerido que la duración de los síntomas predice la gravedad de estos y que la progresión en el tiempo de la gravedad sintomática refleja la progresión fenotípica de la enfermedad: del síndrome orgánico específico (vesical) al síndrome de dolor centralizado o sistémico (con compromiso de la vejiga y de otros órganos no pelvianos). Sin embargo, estas hipótesis han sido poco estudiadas y la evolución natural de la enfermedad aún no se conoce con precisión. Es posible que la duración más prolongada de los síntomas se asocie con manifestaciones clínicas más importantes y con un mayor riesgo de aparición de síndromes somáticos. En este contexto, se evaluaron las asociaciones transversales entre la duración de los síntomas en el SDPCU, la gravedad de los síntomas, la presencia de entidades superpuestas de dolor crónico (ESDC) y la presencia de síntomas mentales como depresión, ansiedad y estrés en participantes del *Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain (MAPP) Research Network Epidemiology and Phenotyping Study*, una investigación longitudinal multicéntrica subsidiada por los

National Institutes of Health, con la inclusión de 424 hombres y mujeres con SDPCU.

Pacientes y métodos

La MAPP *Research Network* abarca ocho centros en total dedicados al estudio longitudinal del SDPCU. El protocolo central (*MAPP Epidemiology and Phenotyping Study*) es un estudio longitudinal para conocer la historia natural del SDPCU tratado. Los participantes aportan datos que permiten conocer el fenotipo de la enfermedad, al inicio y a los 6 y 12 meses. En esta ocasión se utilizaron los datos basales para todos los participantes del estudio de casos y controles *trans-MAPP*. Se evaluó un número similar de pacientes con SDPCU de comienzo reciente (hasta 2 años de duración) y con síntomas de mayor duración (más de 2 años). La muestra para los análisis incluyó 233 mujeres y 191 hombres de 18 años o más reclutados en seis centros de la red. Los participantes debían referir al menos un punto en la escala de dolor, dolor a la presión o malestar (0 a 10 puntos) y reunir los criterios específicos para el diagnóstico del SDPCU. También debían presentar una sensación desagradable de dolor o molestia en la región pelviana o vesical, acompañada de síntomas del tracto urinario inferior, o dolor o malestar

con la micción o las relaciones sexuales o en la región genital inferior la mayoría del tiempo en los tres meses anteriores.

Los síntomas urinarios y vesicales se conocieron con el *Genitourinary Pain Index* (GUPI), con subescalas de dolor, síntomas urológicos y calidad de vida. Los síntomas urinarios y el dolor se determinaron con el *Interstitial Cystitis Symptom Index* (ICSI) y el *Interstitial Cystitis Problem Index* (ICPI); los síntomas urológicos también se evaluaron con el *American Urological Association Symptom Index* (AUASI). El *Symptom and Health Care Utilization Questionnaire* (SYM-Q), un instrumento de 12 secciones creado específicamente para el estudio, permite conocer el dolor, los síntomas urinarios, la presencia de síntomas no urológicos y el estado de ánimo. El dolor también se determinó con el *Brief Pain Inventory* (BPI). Las manifestaciones no urológicas (ESDC) y los trastornos psicológicos se valoraron con el *Complex Multi-symptom Inventory*, la *Hospital Anxiety and Depression Scale*, la *Perceived Stress Scale*, la *Catastrophizing Scale* del *Coping Strategies Questionnaire*, el *Positive and Negative Affect Schedule* y el *International Personality Item Pool*. Se tuvieron en cuenta diversas variables de influencia, entre ellas la edad, los ingresos económicos, la

Tabla 1. Puntajes de síntomas urológicos basales seleccionados para los participantes con SDPCU.

	Hombres					Mujeres			
	< 2 años	≥ 2 años	Valor de p sin ajuste	Valor de p con ajuste	Diferencia promedio (IC 99%)	< 2 años	≥ 2 años	Valor de p sin ajuste	Valor de p con ajuste
Participantes, n	90	101				89	144		
Intensidad del dolor (0-28)	13.5 ± 4.5	14.5 ± 6.0	0.181	0.104	1.3 (-0.8, 3.4)	16.0 ± 5.2	15.6 ± 5.9	0.631	0.972
Intensidad de síntomas urinarios (0-25)	9.7 ± 5.8	12.9 ± 6.3	< 0.001	0.003	2.7 (0.3, 5.0)	14.1 ± 5.7	13.3 ± 6.3	0.320	0.416
SYM-Q1: Dolor basal (0-10)	4.6 ± 2.1	5.1 ± 2.4	0.142	0.112	0.5 (0.3, 1.4)	5.3 ± 2.0	5.2 ± 2.2	0.546	0.920
SYM-Q2: Urgencia basal (0-10)	4.1 ± 2.5	5.2 ± 2.6	0.004	0.033	0.8 (-0.2, 1.8)	5.6 ± 2.4	5.2 ± 2.6	0.261	0.383
SYM-Q3: Frecuencia basal (0-10)	4.2 ± 2.7	5.0 ± 2.5	0.042	0.198	0.5 (-0.5, 1.5)	5.3 ± 2.5	5.0 ± 2.6	0.365	0.468
SYM-Q4: Vaciado basal (1-4)	2.1 ± 0.9	2.5 ± 0.9	0.001	0.009	0.4 (0.0, 0.7)	2.6 ± 0.9	2.6 ± 0.9	0.714	0.769
SYM-Q5: Síntomas urológicos basales (0-10)	4.8 ± 2.2	5.1 ± 2.5	0.262	0.199	0.5 (-0.5, 1.4)	5.6 ± 2.2	5.2 ± 2.4	0.259	0.471
SYM-Q6: Síntomas basales no urológicos (0-10)	2.9 ± 2.8	2.6 ± 2.3	0.450	0.495	-0.3 (1.2, 0.7)	3.6 ± 2.9	3.7 ± 2.7	0.784	0.700
Puntaje basal de dolor en el GUPI (0-23)	11.8 ± 3.7	12.6 ± 4.7	0.202	0.098	1.1 (-0.6, 2.7)	13.1 ± 4.3	12.7 ± 4.8	0.533	0.910
Subescala urinaria basal en el GUPI (0-10)	4.2 ± 2.8	5.2 ± 2.8	0.011	0.029	0.9 (-0.2, 2.0)	6.0 ± 2.7	5.6 ± 3.1	0.290	0.508
Subpuntaje de impacto basal en la QOL en el GUPI (0-12)	7.4 ± 2.5	7.7 ± 3.0	0.410	0.179	0.6 (-0.5, 1.6)	8.2 ± 2.8	7.6 ± 3.0	0.095	0.233
Puntaje basal total en el GUPI (0-45)	23.5 ± 7.0	25.5 ± 8.9	0.077	0.044	2.4 (-0.7, 5.6)	27.3 ± 8.3	25.9 ± 9.3	0.240	0.514
ICINDEX Basal - Síntomas (0-16)	7.2 ± 4.1	9.6 ± 4.9	< 0.001	0.004	2.0 (0.2, 3.7)	11.0 ± 4.3	10.6 ± 4.6	0.569	0.647
ICINDEX Basal - Problemas (0-16)	6.2 ± 4.3	8.3 ± 4.9	0.002	0.013	1.6 (-0.1, 3.3)	9.8 ± 3.9	9.3 ± 4.1	0.353	0.407
Puntaje en el Índice de Síntomas Basales de la AUA en el mes previo (0-35)	11.9 ± 7.7	15.8 ± 8.3	< 0.001	0.005	3.4 (0.3, 6.5)	17.2 ± 8.7	16.4 ± 8.5	0.463	0.628
Puntaje de gravedad de dolor en el BPI (0-10)	3.5 ± 1.9	4.0 ± 2.1	0.062	0.018	0.7 (-0.1, 1.5)	4.2 ± 1.8	4.3 ± 2.0	0.839	0.627
Puntaje basal en el FSFI para mujeres (0-36)	0 (0.0%)	0 (0.0%)				17.8 ± 10.0	16.8 ± 9.9	0.477	0.7794
Puntaje basal en el IIEF para hombres (0-30)	22.1 ± 8.8	20.3 ± 9.9	0.180	0.557	-0.8 (4.4, 2.8)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		

etnia, el nivel educativo, el estado laboral, la edad en el momento del inicio de los síntomas, y la presencia de ESDC, como fibromialgia, síndrome de vejiga irritable y síndrome de fatiga crónica. Estas variables se compararon entre los pacientes con síntomas de SDPCU de menos de 2 años o de 2 o más años de duración. Las comparaciones estadísticas de las variables continuas y categóricas se realizaron con pruebas de la *t* y de *chi* al cuadrado, respectivamente, en modelos sin ajuste y en modelos de regresión lineal y logística, con ajuste por edad. En el análisis principal se evaluó la asociación entre los síntomas urológicos y no urológicos respecto de la duración del SDPCU. Todos los análisis se estratificaron según el sexo. La significación estadística se determinó en presencia de valores de $p < 0.01$ con el objetivo de reducir la probabilidad de resultados falsos positivos.

Resultados

Los hombres y las mujeres con síntomas de menor duración eran más jóvenes en el momento del reclutamiento en comparación con los pacientes con síntomas de mayor duración, pero tuvieron más edad al comienzo de los síntomas. El 47% y el 53% ($n = 90$ y $n = 101$, respectivamente) de los hombres refirieron síntomas de menos de dos años y de más de dos años de duración, en ese orden; los porcentajes correspondientes en las mujeres fueron de 38% y 62% ($n = 89$ y $n = 144$). En los modelos con ajuste por edad no se observaron diferencias significativas en la etnia, el nivel de educación, el estado laboral o los ingresos económicos entre los hombres y las mujeres con síntomas de mayor o menor duración. No se hallaron diferencias entre los grupos según la duración sintomática en la prevalencia de ESDC. La frecuencia del síndrome de fatiga crónica tendió a ser más elevada en las mujeres (*odds ratio* ajustado = 1.04 por año) por cada año adicional de síntomas de SDPCU ($p = 0.0095$). En los varones, la duración más prolongada de los síntomas de SDPCU no se asoció con la presencia simultánea de síndrome de fatiga crónica, fibromialgia o síndrome de vejiga irritable. Solo en los hombres los síntomas urinarios ligeramente más importantes se asociaron con una

duración más prolongada del SDPCU (Tabla 1). Los hombres con síntomas de dos años de duración o más tuvieron puntajes más desfavorables en el ICSI y el AUASI y más síntomas relacionados con el vaciado vesical. También presentaron mayor urgencia miccional y gravedad sintomática, según los puntajes del GUPI *Urinary*, el GUPI *Total* y el ICPI, y dolor más intenso; sin embargo, las diferencias no fueron significativas. No se observaron diferencias importantes en los síntomas urológicos o el dolor, en relación con la duración de los síntomas, en las mujeres. Por ende, las diferencias sintomáticas entre los enfermos con manifestaciones clínicas de menor duración o de duración más prolongada fueron leves y, probablemente, de relevancia clínica mínima. En las mujeres los síntomas psicológicos y la capacidad para afrontar la enfermedad tendieron a mejorar en relación con los síntomas más prolongados; la relación fue parcialmente atribuible a la edad y las diferencias fueron leves y no significativas, con un valor de $p = 0.01$. Las mujeres con síntomas de dos años de duración o más refirieron menos estrés y menor compromiso del estado de ánimo respecto de aquellas con enfermedad de menor duración. En los hombres los puntajes promedio de depresión fueron más altos en los que tenían síntomas de dos años de duración o más respecto de aquellos con síntomas de menos tiempo de duración ($p = 0.045$) después de considerar la edad; no obstante, la diferencia no fue significativa. En los análisis exploratorios, con aplicación de umbrales alternativos para la duración de los síntomas, como variable continua, se observó mayor gravedad para la mayoría de los síntomas urológicos en los hombres hasta alrededor de los 15 años de enfermedad, fenómeno que no se registró en las mujeres. En éstas los síntomas no urológicos disminuyeron a medida que la duración de la enfermedad fue mayor, hasta los 5 años, y luego aumentaron gradualmente a niveles más altos cuando la enfermedad tuvo unos 20 años de duración. La prevalencia de otras ESDC no aumentó en las distintas categorías de duración sintomática. No se observaron asociaciones importantes entre la duración de los síntomas y la presencia de ESDC.

Discusión y conclusión

Los hombres, pero no las mujeres, con síntomas de SDPCU de 2 años de duración o más tienen síntomas más graves que aquellos con síntomas de menos de dos años de duración. Sin embargo, la prevalencia de ESDC fue similar en los dos grupos de duración sintomática. Si bien en la práctica diaria se acepta que la gravedad de los síntomas en los pacientes con SDPCU se asocia con la duración de la enfermedad, los resultados del presente estudio no confirman esta teoría; de hecho, la vinculación mencionada solo se observó en algunos subgrupos de enfermos. La duración de los síntomas no se asoció con la gravedad del dolor en los enfermos de ambos sexos; solo los varones con síntomas urinarios más graves presentaron SDPCU de mayor duración. Aunque este fenómeno podría obedecer a la aparición de hiperplasia prostática benigna en los hombres de edad avanzada, los análisis exploratorios mostraron síntomas urológicos más graves a medida que transcurrieron alrededor de 15 años de evolución de la enfermedad, pero no con posterioridad. Esta asociación no se encontró en las mujeres. Las diferencias podrían atribuirse, al menos en parte, a diferencias en los síntomas del SDPCU vinculadas al sexo, a diferencias para afrontar la enfermedad en relación con la duración de los síntomas, o a diferencias biológicas o fisiopatológicas entre hombres y mujeres con SDPCU. No se hallaron indicios que avalen la teoría de la progresión sintomática en el tiempo a un síndrome de dolor centralizado en la mayoría de los pacientes con SDPCU. Tampoco se confirmó la supuesta asociación temporal entre la duración de los síntomas y la presencia de comorbilidades. No se observó una vinculación entre la duración de los síntomas y su gravedad en las mujeres y la asociación en los hombres solo fue moderada. La presencia de síntomas centralizados se relacionó con síntomas más graves y con la enfermedad de inicio temprano, pero no con la duración de las manifestaciones clínicas. Por lo tanto, los hallazgos del presente estudio transversal no avalan una progresión temporal en la mayoría de los enfermos de una entidad orgánica específica a un síndrome centralizado. El SDPCU y las ESDC podrían representar manifestaciones de un

proceso fisiopatológico similar en ciertos subgrupos de enfermos o reflejar factores comunes de riesgo. La fase longitudinal del estudio será de gran valor para confirmar los datos obtenidos en el presente

ensayo transversal. En conclusión, la duración de los síntomas del SDPCU no parece determinar la intensidad del dolor; sin embargo, los hombres con síntomas de 2 años o más de duración refieren síntomas urinarios

más graves que los pacientes con síntomas de menos tiempo de duración. En cambio, la duración de los síntomas no se vincula con la prevalencia de síndromes somáticos concomitantes.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de
Información Científica (SIIC), 2019
www.siicsalud.com