



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Quinta, André; Carvalho, António Pedro; Oliveira, Mário; Oliveira, Carlos; Ribeiro Santos, Américo
CISTITIS EOSINOFÍLICA SIMULANDO RECIDIVA DE UNA NEOPLASIA UROTELIAL AGRESIVA

Archivos Españoles de Urología, vol. 65, núm. 10, diciembre, 2012, pp. 891-894

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181026108008>

- 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

CISTITIS EOSINOFÍLICA SIMULANDO RECIDIVA DE UNA NEOPLASIA UROTELIAL AGRESIVA

André Quinta, António Pedro Carvalho, Mário Oliveira, Carlos Oliveira y Américo Ribeiro Santos.

Servicio de Urología. Hospital São Marcos. Braga. Portugal.

Resumen.- **OBJETIVO:** Describir un caso de cistitis eosinofílica descubierta durante el seguimiento de un cáncer vesical.

MÉTODOS: Basa en la sospecha de tumor fibroso, la paciente fue sometida a cistectomía parcial.

RESULTADO: El estudio anatomopatológico reveló cistitis eosinofílica e la paciente cumplió 3 meses de tratamiento con antihistamínicos. 35 y 31 meses después del diagnóstico de carcinoma urotelial papilar de alto grado y cistitis

eosinofílica, respectivamente, se encuentra asintomática y sin evidencia (clínica o por pruebas de imagen) de recidiva de las enfermedades.

CONCLUSIONES: La cistitis eosinofílica es una enfermedad rara. La clínica, el imagen e la cistoscopia no son específicos, el diagnóstico es histológico. Aunque la etiología todavía no ha sido claramente establecida, la asociación entre cistitis eosinofílica e cáncer vesical ya es conocida.

Palabras clave: Cistitis eosinofílica. Cáncer vesical. Cistectomía parcial. Antihistamínicos.

Summary.- **OBJECTIVE:** To describe a case of eosinophilic cystitis diagnosed during follow-up for bladder cancer.

METHODS: Based on the suspicion of a bladder fibrous tumor, the patient was submitted for partial cystectomy.

RESULT: The histological analysis revealed eosinophilic cystitis and the patient completed a 3-month course of antihistamines. 35 and 31 months, respectively, after the diagnosis of high grade papillary urothelial carcinoma and eosinophilic cystitis the patient remains asymptomatic and without evidence (clinical or imaging) of recurrent disease.

CONCLUSIONS: Eosinophilic cystitis is a rare disease. The clinical, imaging and cystoscopy findings are nonspecific, so its diagnosis is histological. Although its pathogenesis is not yet fully understood, the association between eosinophilic cystitis and bladder cancer is already known.

Keywords: Eosinophilic cystitis. Bladder cancer. Partial cystectomy. Antihistamines.

INTRODUCCIÓN

La Cistitis Eosinofílica (CE) es una enfermedad inflamatoria poco frecuente. Desde su descripción inicial en 1960 por Brown y Palubinskas (1,2), el número de casos descritos apenas excede los doscientos casos (3).

Sus manifestaciones varían desde quejas miccionales irritativas leves hasta masas vesicales que simulan neoplasias vesicales infiltrantes. Su etiopatogenia aún no ha sido claramente establecida, sin embargo, se conoce que cerca del 25% de los casos pueden desarrollarse de forma metacrónica o sincrónica con carcinomas uroteliales (4).

CASO CLÍNICO

Los autores describen un caso de cistitis eosinofílica asintomática descubierta durante el seguimiento de un carcinoma urotelial de alto grado.



CORRESPONDENCIA

André Quinta
Hospital São Marcos
Rua Elias García, 245
Hab: 62 - 4750 - 144 Arcozelo
Barcelo (Portugal)

andremquinta@gmail.com

Aceptado para publicar: 15 de noviembre 2010



FIGURA 1. TC abdomino-pélvica.

Se trataba de una paciente de 45 años de edad, sin antecedentes de interés. Negaba tabaquismo, radioterapia pélvica, exposición crónica a aminas aromáticas, cistitis de repetición, medicación crónica o casos de neoplasia en la familia.

Tres meses antes tuvo un episodio de hematuria con refuerzo terminal. El estudio ecográfico reveló una neoformación vesical de 30 mm de diámetro en la pared inferior derecha. El estudio analítico, realizado entonces, reveló solo micro-hematuria.

Se sometió a una resección transuretral de vejiga (RTU-V), con instilación de mitomicina C en las primeras 6 horas postoperatorias. El examen anatomopatológico de la pieza quirúrgica reveló: carcinoma urotelial papilar de alto grado, con invasión del tejido conjuntivo subepitelial, sin imágenes de invasión vascular y sin representación de la túnica muscular propia.

Se sometió a una nueva RTU-V del fondo de la lesión y en el estudio anatomopatológico se observó la mucosa vesical y la túnica muscular propia con infiltrado inflamatorio linfo-plasmocitario, sin evidencia de tejido neoplásico residual.

Inmediatamente después, se realizó una tomografía computerizada (TC) abdominopélvica (Figura 1) que describía un marcado engrosamiento de la pared anterolateral derecha y posterior de la vejiga, de contornos lobulados, con pérdida del contorno externo y ligera alteración de la grasa envolvente, en relación con neoplasia vesical. Sin aparente invasión de órganos vecinos. Sin imágenes de adenomegalias en las principales cadenas ganglionares abdominales, pero con pequeños ganglios en la cadena ilíaco-obturadora derecha, pequeña cantidad de líquido peritoneal en la vertiente derecha de la excavación pélvica. Hígado,



FIGURA 2. RM pélvica.

páncreas, bazo, riñones y glándulas supra-renales de morfología normal.

Se realizó una tomografía por emisión de positrones que sugería neoplasia vesical con metastización ganglionar de ambas cadenas ilíaco-obturadoras.

La paciente fue sometida a una tercera RTU-V con linfoadenectomía pélvica y biopsia de la masa fibrótica de la pared antero-lateral derecha de la vejiga detectada intraoperatoriamente. El estudio anatomopatológico reveló: fragmentos de pared vesical comprendiendo epitelio urotelial, mucosa y muscular propia sin alteraciones; 3 ganglios linfáticos de la cadena ilíaco-obturadora derecha y 3 ganglios linfáticos de la cadena ilíaco-obturadora izquierda, no metastatizados; recorte de tejido fibroadiposo sin alteraciones valorables.

Posteriormente, se realizó una resonancia magnética (RM) pélvica (Figura 2) que describía un marcado engrosamiento asimétrico de la pared antero-lateral derecha desde la base hasta la cúpula, de contornos lobulados y con señal algo heterogénea, sugestiva de tumor fibroso. También se apreciaban alteración de la grasa envolvente y escasas colecciones líquidas adyacentes a los vasos ilíacos, en relación con la cirugía previa, sin líquido libre en el fondo de saco posterior ni alteraciones de interés en la sínfisis púbica.

Finalmente fue sometida a cistectomía parcial que reveló: recorte de pared vesical con epitelio urotelial sin alteraciones; infiltrado inflamatorio transmural más acentuado en el tejido conjuntivo, con presencia de numerosos polimorfonucleares eosinófilos - Cistitis Eosinofílica (Figura 3).

Cumplió 3 meses de tratamiento con clorhidrato de fexofenadina.

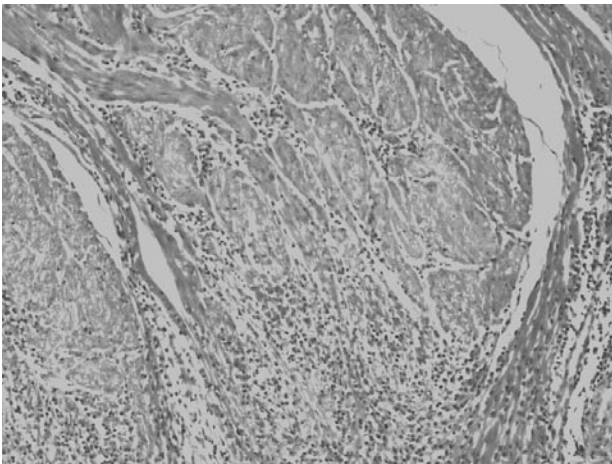


FIGURA 3. Cistitis eosinofílica en muestra de cistectomía parcial.

A los 3 meses de seguimiento pos-cistectomía parcial presentaba:

- reflujo vesico-ureteral grado II derecho y grado III izquierdo (revelados por uretrrocistografía miccional seriada)
- área enrojecida en la zona de transición entre la pared lateral derecha y la pared anterior (diagnosticada por cistoscopia).

Se procedió a una biopsia vesical e inyección perimeática de ácido hialurónico.

El estudio histológico informó de un recorte de mucosa vesical en cuyo córion se identificaba edema y discreto infiltrado inflamatorio polimorfo - Cistitis Actualmente, 35 y 31 meses después del diagnóstico de carcinoma urotelial papilar de alto grado y cistitis eosinofílica, respectivamente, se encuentra asintomática y sin evidencia (clínica o por pruebas de imagen) de recidiva de las enfermedades. Mantiene reflujo vesico-ureteral grado I derecho, vejiga con buena capacidad y presiones bajas de vaciado verificadas en estudio urodinámico.

DISCUSIÓN

La etiología de la CE todavía no ha sido claramente establecida. Inicialmente, se pensaba que era resultado de una reacción alérgica a alimentos, medicamentos, virus, bacterias o parásitos. Posteriormente, se constató la asociación entre la CE y patologías inflamatorias, infecciones extra-pélvicas y cirugías o tumores de la vejiga y próstata.

Actualmente, prevalece la idea de que, más que una entidad diagnóstica distinta, la CE es el fruto de la

respuesta a una variedad de agentes, encontrándose en un número creciente de patologías. Dicho esto, conviene destacar que, en cerca de un tercio de los casos de CE, no es posible determinar un agente causal y que aproximadamente una cuarta parte de los casos pueden desarrollarse de forma metacrónica o sincrónica con carcinomas uroteliales (4,5).

La presentación clínica de la CE, como ya se ha mencionado, es bastante variable e inespecífica. A pesar de que algún grado de microhematuria y piuria sean frecuentes y cerca de un tercio de los enfermos presente eosinofilia periférica, no existe ningún hallazgo de laboratorio genotípico (6).

El estudio de imagen puede ser normal, revelar una vejiga pequeña y fibrótica, una pared vesical engrosada o una masa sugestiva de neoplasia. En casos más avanzados, se puede verificar atrapamiento de los uréteres traduciéndose en hidronefrosis (7).

La cistoscopia produce también hallazgos inespecíficos, que van desde áreas eritematosas, hasta lesiones polipoides o sésiles simulando neoplasias vesicales invasivas.

El diagnóstico de CE es histológico: un proceso inflamatorio transmural con predominio de eosinófilos, más acentuado en la lamina propia (8).

Los hallazgos anatomopatológicos permiten clasificar los casos en fase aguda o crónica. En la fase aguda, se registra eosinofilia en los tejidos, edema y hiperemia de la pared y necrosis muscular. En la fase crónica, puede no haber eosinofilia en los tejidos, se observan varios niveles de inflamación y puede registrarse fibrosis acentuada.

El tratamiento de la CE comienza por la remoción de los alérgenos, cuando son identificables (esta medida ofrece una tasa de curación del 96%). Dependiendo de la severidad de los síntomas, los antihistamínicos y los corticoides también pueden ser útiles.

Algunos casos extremos podrán requerir resección/fulguración trans-uretral, cistectomía parcial o cistectomía radical. En los casos de fibrosis de los uréteres, puede ser necesaria derivación urinaria para salvaguardar las unidades renales mientras se espera el efecto del tratamiento practicado (7,8).

CONCLUSIONES

La CE tiene una clínica bastante variable y el diagnóstico es histológico. El tratamiento puede variar desde la remoción de alérgenos identificables hasta cirugía radical. En nuestro caso, el tratamiento se procedió a cistectomía parcial complementada con 3 meses de antihistamínicos.

**BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS
RECOMENDADAS (*lectura de interés y **
lectura fundamental)**

1. Brown EW. Eosinophilic granuloma of the bladder. J Urol 1960; 83: 665-8
2. Palubinskas AJ. Eosinophilic cystitis: case report of eosinophilic infiltration of the urinary bladder. Radiology 1960; 75: 589-91
- *3. Salman M, Al-Ansari AA, Talib RA, Malik EF, Al-Bozaom IA, Shokeir AA. Eosinophilic cystitis simulating invasive bladder cancer: a real diagnostic challenge. Int Urol Nephrol 2006; 38: 545-8
4. Itano NM, Malek RS. Eosinophilic cystitis in adults. J Urol 2001; 165: 805-7.
5. Thijssen A, Gerridzen RG. Eosinophilic cystitis presenting as invasive bladder cancer: comments on pathogenesis and management. J Urol 1990; 144: 977-9
- *6. Kilç S, Erguvan R, Ipek D, Gökçe H, Günes A, Aydin NE y cols. Eosinophilic cystitis: a rare inflammatory pathology mimicking bladder neoplasms. Urol Int 2003; 71 (3): 285-9
- **7. Van den Ouden. Diagnosis and management of eosinophilic cystitis: a pooled analysis of 135 cases. Eur Urol 2000; 37: 386-94
8. Sepúlveda LF, Foneron A, Troncoso L, Cañoles R, Carrasco C, Hornig A y cols. Cistitis eosinofílica: Revisión y report de dos casos. Actas Urol Esp 2009; 33 (4): 443-6

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol. 2012; 65 (10): 894-897

**QUISTE RENAL SIMPLE INFECTADO. A
PROPÓSITO DE UN CASO**

Tomás Lázaro Rodríguez Collar, Basili Valdés Estévez,
Ariel Núñez Roca y Jorge Luis Germán Meliz¹.

Servicio de Urología y Servicio de Radiología¹. Hospital
Unviersitario Dr. Carlos J. Finlay. La Habana. Cuba.

Resumen.- OBJETIVO: Presentar un nuevo caso de quiste renal simple infectado, su diagnóstico y el tratamiento aplicado.

MÉTODOS. Paciente femenina de 30 años de edad, ingresada en sala de Medicina Interna por síndrome febril prolongado. Al examen físico presentaba taquicardia y dolor a la palpación profunda del hipocondrio izquierdo. El ultrasonido abdominal informó la existencia de un quiste renal izquierdo de gran tamaño con contenido de alta ecogenicidad, corroborándose hiperdensidad del líquido en la tomografía axial computarizada simple y contrastada.



CORRESPONDENCIA

Tomás Lázaro Rodríguez Collar
Hospital Unviersitario Dr. Carlos J. Finlay.
Calle 114, nº 29 J05
e/29-J y 29-K Marianao
11500 La Habana (Cuba)

hidalgo@erkasl.co.cu

Aceptado para publicar: 15 de noviembre 2010