

## Hidatidosis retrovesical: presentación de un caso

### Retrovesical hydatidosis: A case report

Dres. Bengochea, D.;

Mastronardi, A.;

Luna, E.;

Ferrer, J.;

Aleksandroff, A.;

Seeber J.

#### INTRODUCCIÓN

La Hidatidosis es una enfermedad causada por *Echinococcus Granulosus*, la cual es endémica en África, Australia, Nueva Zelanda, Sud América, Asia.

Existen en la literatura, casos descriptos de hidatosis retrovesical, la cual es extremadamente rara, siendo el riñón el órgano del aparato urinario más afectado abarcando un 2-3% de todos los casos de enfermedad hidatídica.

#### CASO CLÍNICO

Paciente de 38 años de edad, sexo masculino, procedente de San Francisco del Chañar, provincia de Córdoba, de hábito rural. Consulta al urólogo por polaquiuria, urgencia miccional y disuria de larga evolución con episodios anteriores a la consulta de retención urinaria por lo que fuera sondado.

El paciente no refiere antecedentes personales patológicos ni quirúrgicos.

Durante el examen físico, se comprueba masa palpable en hipogastrio, no adherida a planos profundos y fluctuante, no refiriendo el paciente durante el examen físico deseo miccional. A la percusión, mate. Tacto rectal sin particularidades, puño-percusión renal negativa, puntos renoureterales negativos, resto de examen físico, sin particularidades.

*Ecografía abdominal:* Dilatación ureteropielocalicial bilateral, vejiga con escaso volumen en su interior, desplazada hacia el plano anterior por masa quística de 10 x 10 cm. aproximadamente; de paredes engrosadas. Riñones con relación corticomedular conservada. Hígado y vesícula biliar, sin particularidades. Bazo y páncreas, sin particularidades.

*Laboratorio:* Urea 51 mg/dl; creatinina 1,41 mg/dl.; resto de laboratorio de rutina dentro de parámetros normales.

*Urograma de excreción:* Retardo de la eliminación del medio de contraste, con dilatación ureteropielocalicial (Foto 1).

Ante la sospecha ecográfica de quiste de origen hidatídico, se solicita inmunofluorescencia para hidatosis y prueba de arco 5, juntamente con par radiológico de tórax, pruebas que resultan negativas para hidatidosis, sin hallar alteraciones en las placas radiográficas. Finalmente, se solicita una T.A.C. abdominopélica que informa lesión ocupante de espacio, de 11 cm plano transversal por 11 cm plano longitudinal, redondeada, que se encuentra detrás de la vejiga y por delante del recto. Imagen de paredes gruesas e irregulares que circundan un centro de densidad agua. Vejiga de paredes finas, observándose compresión extrínseca por su cara posterior. Hígado, páncreas y bazo sin particularidades. Dilatación del sistema pielocalicial. Recto y planos perirecta-

Hospital Italiano de Córdoba.  
Córdoba capital, Argentina.  
Dr. Bengochea, Daniel:  
Dirección: Roma 550. Tel.: 0351-4106538, fax: 0351-4106510.  
e-mail:  
danielbengochea@yahoo.com.ar.  
Jefe Servicio de Urología. Hospital Italiano de Córdoba. Docente de la Universidad Nacional de Córdoba.

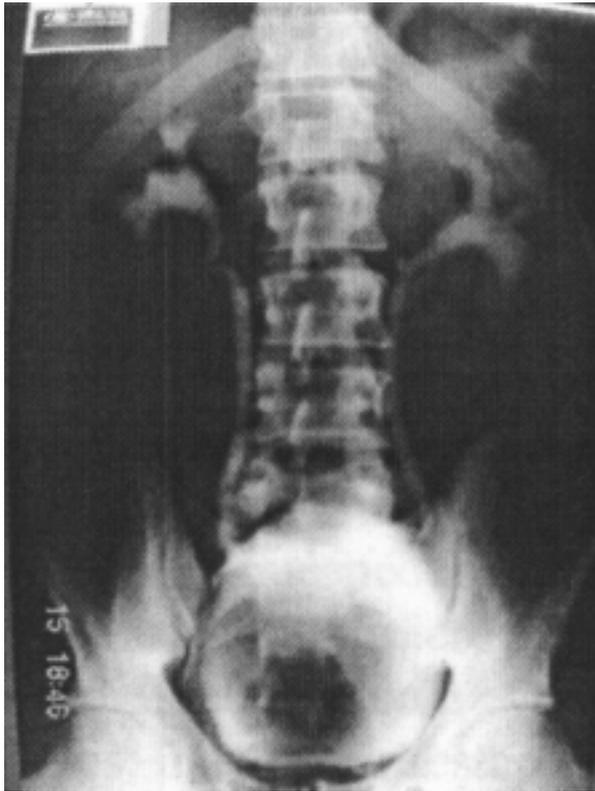


Foto 1

les se observan conservados. No se visualizan adenomegalias (Fotos 2 y 3).

Con el diagnóstico presuntivo de hidatidosis, se decide conducta quirúrgica exploradora mediante una incisión mediana infraumbilical, apertura del peritoneo, incidiendo la cavidad peritoneal en busca de posibles implantes; posteriormente, a nivel retrovesical, se observa gran tumoración en contacto con uréteres y vesí-

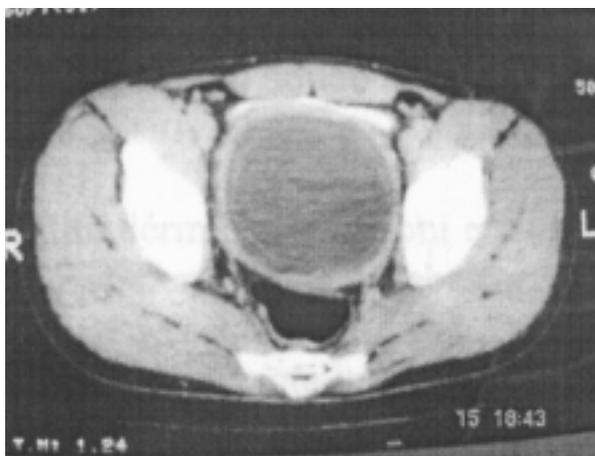


Foto 2

culas seminales. Se libera y extrae tumoración de 10 x 10 cm aproximadamente, seguido de lavado con solución fisiológica.

*Anatomía patológica:* Quiste hidatídico.

*Postoperatorio:* Favorable, con tratamiento médico y seguimiento con inmunofluorescencia para hidatidosis.

## DISCUSIÓN

La hidatidosis es una enfermedad de origen zoonótico, cuyo agente causal es el *Echinococcus Granulosus* y cuya máxima incidencia es en aquellas regiones donde la cría de ganado ovino, bovino o caprino es la principal actividad económica. En Argentina, la incidencia más elevada se observa en la Patagonia, seguida de la prov. de Buenos Aires, La Pampa, Córdoba, Santiago del Estero, San Luis y La Rioja.

El ciclo normal del parásito se desarrolla entre mamíferos carnívoros como huéspedes definitivos y herbívoros u omnívoros como huéspedes intermediarios. El hombre se infecta accidentalmente al insertarse en el ciclo. Éste adquiere la enfermedad por la ingestión del huevo del *Echinococcus* presente en alimentos, agua u otras fuentes contaminadas con materia fecal de huéspedes definitivos. Éstos, se infestan al comer vísceras que contengan los quistes. En el intestino se liberan las larvas, que penetran la pared para buscar la circulación portal y localizarse en el hígado o pulmón, sitios más frecuentes de la afección. Un pequeño porcentaje entra a la circulación sistémica infestando a distintos órganos. La patología que causa el quiste intacto es por compresión, desplazamiento o por ocupación de espacio, lo que sucede en forma lenta y progresiva, como observamos en este caso. A nivel renal, no hay signos ni síntomas específicos para el diagnóstico de hidatidosis.

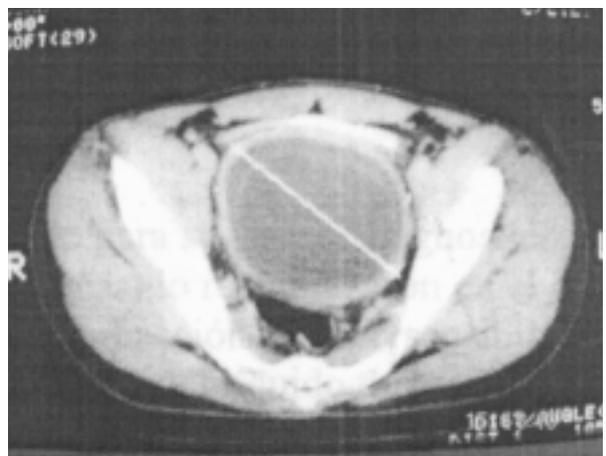


Foto 3

El examen clínico y los antecedentes epidemiológicos permiten sospechar el diagnóstico. Los exámenes de rutina pueden demostrar únicamente eosinofilia. La baja especificidad de la eosinofilia es debida a la alta incidencia de resultados falsos positivos en áreas endémicas de otras infecciones parasitarias concomitantes.

El diagnóstico se basa en pruebas inmunológicas, radiológicas y parasitológicas y, por supuesto, la anatomía patológica. Las inmunológicas son pruebas que, siendo positivas, confirman el diagnóstico, pero siendo negativas no lo excluyen. Se calcula que entre el 15-25% de las hidatidosis son seronegativas, en esto influye la localización del quiste en el organismo en donde a mayor número de quistes hidatídicos, mayor probabilidad de serología positiva.

El test intradérmico de *Casoni* era antiguamente utilizado para sugerir el diagnóstico de hidatosis, pero varias pruebas serológicas (inmunológicas) lo reemplazaron en el diagnóstico de esta patología. La prueba de *Casoni* es una reacción de hipersensibilidad tardía donde se inyecta intradérmicamente antígeno obtenido del líquido de los quistes. Otras pruebas serológicas utilizadas en el diagnóstico son: inmunolectroforesis, ELISA, hemoaglutinación indirecta y prueba de látex. La primera es de gran valor cuando se logra demostrar la presencia del arco 5.

La hemoaglutinación indirecta y ELISA son los test más sensibles, pero ellos pueden dar falsos negativos debido a la circulación de inmunocomplejos o falsos positivos debido a reacciones cruzadas con otras parasitosis, tales como esquistosomiasis o la cisticercosis. En la práctica médica, la imagenología (ecografía, T.A.C.) constituyen métodos complementarios de gran ayuda en el diagnóstico de este tipo de lesiones, ya que las mismas según sus etapas evolutivas, tienen características radiológicas comunes a todas sus localizaciones (hepática, pulmonar, urinaria, etc.).

A nivel del árbol urinario, la hidatosis se observa con mayor frecuencia en el riñón (2-3%) sobre el total de los casos.

El diagnóstico por imágenes se basa en reconocer estructuras propias del parásito (líquido, arenilla, membranas y vesículas hijas) y/o la adventicia configu-

rando, de acuerdo con el momento biológico, los distintos tipos de características tanto ecográficas cuanto tomográficas (clasificación ecográfica de *Ghardbi*) de los quistes hidatídicos.

A pesar de esta baja frecuencia a nivel urinario, el conocimiento de estas características radiológicas antes mencionadas nos permitirán realizar un diagnóstico diferencial, sobre otro tipo de lesiones quísticas de mayor frecuencia, principalmente a nivel renal.

La hidatosis es una entidad rara en la localización urinaria, siendo la hidatiduria un signo clínico específico para esta patología, la cual no se presentó en nuestro caso, en donde las características epidemiológicas y la imagenología adquieren importancia en el diagnóstico presuntivo y la conducta a seguir.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Uygur, M. C.; Gulerkaya, A.; Karakoc, A. y Erol, D.: A solitary hydatid cyst of the retrovesical region. *Int. Urol. Nephrol.*, 31 (1): 45-47, 1999.
2. Angulo, J. C.; Escribano, J.; Alfonso, D. y Sánchez-Chapado, M.: Isolated retrovesical and extra-renal retroperitoneal hidatosis: clinical study of 10 cases and literature. *J. Urol.*, 159 (1): 76-82, 1998.
3. Hamit, A.; Faruk, Y.; Sahabettin, M. y Necdet H.: Hidatid disease of the kidney: evaluation and features of diagnostic procedures. *J. Urol.*, vol. 151, 567-570, 1994.
4. Musbah, A.; Zemni, S.; Guerinazi, H. y Dahmoul, H.: Retrovesical hydatid cyst (or of Douglas pouch). *J. Urol.*, 95 (8): 465-469, (Paris) 1989.
5. Benejam Gual, J. M.; Rioja, S.; Cuesta Precedo, J. M.; Gil Martínez, P.; Bono Armo, A. y Rioja Sanz, L. A.: Primary retroperitoneal hidatidosis. *Actas Urol. Esp.*, 21 (5) 524-527, May 1997.
6. Menor Serrano, F.; Martí-Bonmati, L.; García Aguayo, F.; Gordo Román, G. y Ballesta Cunat, A.: Isolated retroperitoneal hydatid cyst. CT Study. A propos of a case. *J. Radiol.*, 68 (3): 209-211, 1987.
7. Erzurumlu Hokelek, M.; Gonluzen, L.; Tas, K. y Amanurmez, R.: The effect of albendazole on the prevention of secondary hidatidosis. *Hepatogastroenterology*, 47 (31): 247-250, 2000.
8. Moguillansky, S. J.; Giménez, R. C. y Villavicencio, R. L.: Radiología e imagen diagnóstica y terapéutica. Abdomen. Tomo 2. Lippincott Williams & Wilkins, págs. 47-72, 1999.