

Cistitis eosinofílica

Presentación de un caso y revisión bibliográfica

Eosinophilic cystitis

A case report and literature review

Dres. Crivella G.;
Quintar A.;
Saravia Tamayo S.;
Ale R.;
Grippio L.

INTRODUCCIÓN

La cistitis eosinofílica (CE) es una rara enfermedad de presentación en adultos y niños. Esta es una forma de cistitis crónica caracterizada por un intenso infiltrado de eosinófilos en la lámina propia vesical, acompañado por grados variables de necrosis del músculo detrusor.^{1,2}

La forma de presentación clínica es variable, prevaleciendo los síntomas miccionales irritativos y el dolor suprapúbico.

Se ha asociado a esta entidad con múltiples factores etiológicos, a saber: infecciosos, traumáticos, anafilácticos e iatrogénicos, llegándose a una clara relación en algunos de ellos.

La importancia de la CE y su reconocimiento reside en el hecho de que constituye uno de los diagnósticos diferenciales histopatológicos más difíciles de realizar con el cáncer de vejiga.¹

CASO CLÍNICO

Paciente J. G., sexo masculino, 61 años de edad, con antecedentes de diabetes tipo II insulino-requiriente, coronariopatía y dislipemia, con un perfil psicológico gobernado por ansiedad, promiscuidad sexual y fuerte tendencia demandante. Es evaluado en nuestro Servicio por síndrome obstructivo infravesical de larga data con mala respuesta al tratamiento médico, en seguimiento en otro Centro asistencial. Consulta a Guardia General por presentar un cuadro clínico compatible con insuficiencia renal crónica ocasionada por una retención crónica incompleta de orina (RCO). En esta oportunidad se realiza derivación urinaria mediante sonda uretral a permanencia y tratamiento clínico-nefrológico. El paciente es controlado por consultorios externos de Urología y Nefrología por un lapso de 2 meses aproximadamente, donde se negó sistemáticamente a todo tipo de maniobra invasiva (UCFC, Urodinamia) y se mostró muy ansioso en resolver definitivamente su patología obstructiva; sólo se realizó urograma excretor por RMN (debido a su IRC), el cual evidenciaba una ureterohidronefrosis bilateral mínima compatible con el cuadro de RCO.

Se efectuó una adenomectomía prostática transvesical, presentando buena evolución postquirúrgica, retiro de catéter uretral al sexto día y buena micción espontánea, externándose al séptimo día del procedimiento.

Se realizaron controles postquirúrgicos semanales. En el primero de ellos, se manifiesta una disuria leve. A la segunda semana, el paciente refiere febrícula vespertina e incremento de las molestias miccionales, por lo que se solicitó realizar urocultivo y ecografía renovesicoprostática, ésta última fue normal, por lo que fue tratado mediante fluconazol por la positividad del cultivo para *Candida* spp.

Servicio de Urología, Hospital Francés,
Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
E-mail: gustavocrivella@yahoo.com.ar

A las 8 semanas del procedimiento quirúrgico, continuaban los síntomas miccionales y la febrícula, agregándose un cuadro de descompensación metabólica importante debido a su antecedente de diabetes. Es internado y se solicitan interconsultas con los Servicios de Nefrología (IRC), Nutrición (DBT) e Infectología (febrículas persistentes); también se practica una TAC abdomino-pelviana que mostraba una moderada ureterohidronefrosis y una pared vesical engrosada (20 mm) (Figura 1). A instancias del Servicio de Infectología se solicitó un examen de HIV, previo consentimiento informado, el cual fue positivo. Los hemocultivos y urocultivos realizados durante este período fueron negativos para gérmenes comunes y TBC. Como parte de la evaluación multidisciplinaria del paciente HIV positivo, fue visitado por el Servicio de Psicopatología, expresando la decisión de no dar a conocer el resultado a sus familiares cercanos. Se indican anticolinérgicos, los cuales no presentan buenos resultados en la modificación de los síntomas miccionales. Se propone al paciente la realización de una cistoscopia, a lo cual se niega. Luego de la estabilización del cuadro metabólico, se decide su externación, pero con persistencia de la sintomatología, fundamentalmente polaquiuria.

Continúa en controles ambulatorios presentando grado creciente de síntomas irritativos, dolor suprapúbico y, en ocasiones, macrohematuria. Ante el empeoramiento del estado general, el paciente acepta, 3 meses post-cirugía, la realización del estudio endoscópico; se lleva a cabo una uretrocistofibroscopia donde se evidencia: uretra y lodge prostática libres, una intensa congestión e hiperhemia de la mucosa vesical, se toman biopsias vesicales randomizadas (6 tomas). El informe del Servicio de Anatomía Patológica (Prof. Dr. S. *Besuschio*), luego de varias revisiones, fue de "cistitis eosinofílica difusa con compromiso de capa muscular en su totalidad" (Figura 2).

En Ateneo con el Servicio de Infectología, se contraindica en forma absoluta el uso de corticoides en este paciente. Se instaura tratamiento con antihistamínicos (loratadina, difenhidramina), el cual no tiene resultado satisfactorio.

Ante la no mejoría clínica del paciente, la falta de respuesta a los tratamientos empleados (anticolinérgicos, antihistamínicos) y la imposibilidad de utilizar corticoides, efectuamos una actualización bibliográfica sobre el tema, surgiendo de ésta que ante una enfermedad difusa y no respondedora a tratamientos conservadores, existía la indicación eventual de cistectomía total. Evidentemente, esta decisión no contó con la aprobación del paciente ni con nuestra convicción, frente a una patología no tumoral.

Luego de varios meses de padecimiento y múltiples internaciones, con deterioro del performance status, sumado a la exigencia del paciente en cuanto a una decisión de fondo, se decide realizar una interconsulta con la Cátedra de Urología de la Universidad de Buenos Aires (Hospital de Clínicas "José de San Martín"), donde se sugirió la indicación de cámara hiperbárica, basado en los buenos resultados obtenidos con este tratamiento en la cistitis actínica, y ante la falla de esto se recomendaba la cistectomía radical. El paciente realizó este tratamiento, mejorando la hematuria, pero no así los síntomas irritativos (60 sesiones en una Institución privada derivado por Obra Social).

Evaluando la falla de todos los tipos de tratamientos conservadores existentes para esta entidad, sumado al carácter difuso de la patología y la precarización de la calidad de vida del paciente, se convino con el mismo en realizar una cistectomía total con derivación a través



Figura 1. TAC donde se evidencia engrosamiento vesical.

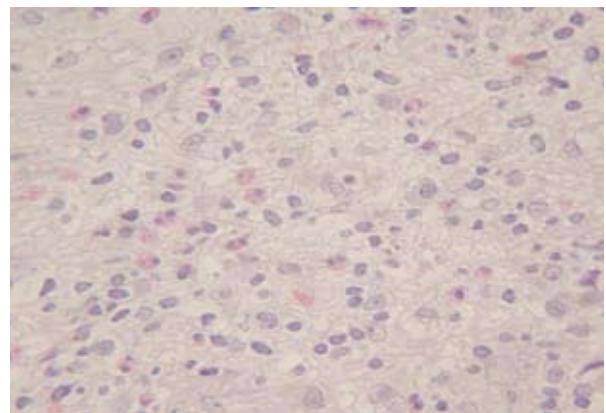


Figura 2. Infiltrado eosinofílico en tejido vesical

de ureterostomía cutánea, debido a que las condiciones clínicas de base del paciente no alentaban a otro tipo de derivación.

Durante el acto quirúrgico, se evidenció un intenso proceso pericístico inflamatorio y fibrótico, con intensas adherencias a planos perivesicales. La vejiga en sí misma estaba totalmente retraída y con su pared muy gruesa, coincidente con los estudios realizados, y de consistencia aumentada en todo su espesor.

Actualmente, se encuentra en buena evolución y con óptima re inserción laboral y social.

DISCUSIÓN

La cistitis eosinofílica (CE) es una rara condición inflamatoria crónica de la vejiga, la cual puede presentarse tanto en adultos como en niños³. Su incidencia es mayor para el sexo masculino, sin diferencias raciales de importancia⁴.

Desde el punto de vista etiológico, se la ha relacionado con una respuesta inmune vesical ante agresiones de diferente tipo, tales como factores infecciosos (principalmente parasitarios y en niños), alérgicos, traumáticos y quirúrgicos⁵. No hemos encontrado bibliografía que avale la relación entre este proceso y el HIV, adenoma prostático o la diabetes mellitus, lo cual podría haber explicado la evolución tórpida del presente caso.

Se ha encontrado asociación con la instilación intravesical de dimetilsulfóxido y mitomicina C, ésta última con mayoría de casos asintomáticos^{6,7,8}.

La relación con historia familiar de procesos alérgicos es controvertida, relacionándola a alérgenos estacionales y hasta suturas quirúrgicas como el catgut crómico^{8,9}.

Su forma de presentación es variable, existiendo predominio de poliuriuria, dolor suprapúbico y hematuria^{4,5,10}. La presencia de piuria, tenesmo vesical y urgencia miccional es variable^{10,11,12}.

Para el diagnóstico, los métodos imagenológicos son bastante inespecíficos, pudiéndose hallar imágenes compatibles con masa endovesical o engrosamiento difuso de la pared vesical en el ultrasonido. Un hallazgo frecuente es la presencia de grados variable de uretero-hidronefrosis bilateral y vejiga de baja capacidad en el urograma excretor^{9,11}.

En cuanto a las constantes imagenológicas que presenta esta forma de cistitis, la bibliografía internacional expone la similitud con neoplasias vesicales, principalmente sarcomas^{2,3,10,12,13}.

El *gold standard* para el diagnóstico de CE lo constituye la cistoscopia con biopsia vesical, donde el edema y eritema de la mucosa vesical son las características más salientes^{4,5,11}.

Al investigar sobre el tratamiento de esta patología, encontramos que suele autolimitarse o tener buena respuesta al tratamiento conservador en niños¹³. La primer línea de tratamiento médico lo constituyen los corticoides, en segunda línea se encuentran antihistamínicos (loratadina, difenhidramina) y AINEs^{4,5,11,13}. Existen publicaciones de remisión total del cuadro irritativo con el uso de montelukast sódico, un agente que participa en la vía de los leucotrienos¹⁴.

La falla al tratamiento médico debe hacer pensar en el tratamiento quirúrgico. Es de elección la realización de una resección transuretral si la lesión es superficial y localizada. Cuando la lesión es profunda y difusa puede llegarse a la cistectomía parcial o total^{4,5,11}.

En nuestro caso, el paciente presentó una forma subaguda de cistitis, y hemos tratado de buscar alguna relación entre sus múltiples factores de riesgo y este proceso patológico, no encontrando datos que sostengan esta relación sospechada ante una evolución agresiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Robbins: Patología estructural y funcional. Capítulo XXI: Vía urinaria baja. 1095-1110. 5° edición. 1997.
2. Medina Pérez y cols.: Cistitis eosinofílica simulando un carcinoma vesical. *Arch. Esp. de Urol.*; 52 (3), 272-273. 1999.
3. Thomas J y cols.: Eosinophilic cystitis in a child presenting with bladder mass. *J Urol.*; 171, 1654-55. 2004.
4. Itano NM y cols.: Eosinophilic cystitis in adults. *J Urol.*; 165(3), 805-807. 2001.
5. Martino G y cols.: Eosinophilic cystitis associated with uretral stricture disease from pelvic trauma. *G Chir.*; 26, 425-429. 2005.
6. Abramov Y y cols.: Eosinophilic cystitis after bladder instillation with DMSO. *Urology*; 63(6), 1182-1183. 2004.
7. Ulker V y cols.: Eosinophilic cystitis induced by mitomycin C. *Int. Urol. Nephrol.*; 28(6), 755-59. 1996.
8. Gelabert Mas A y cols.: Eosinophilic cystitis as special form to response to mitomycin C. *Arch. Esp. Urol.*; 44(8), 429-432. 1991.
9. Hirano S y cols.: Eosinophilic cystitis: a report of two cases. *Hinyokika Kyo*; 29(10), 1329-37. 1983.
10. Kilic S y cols.: Eosinophilic cystitis: a rare pathology mimicking bladder neoplasms. *Urol. Int.*; 71(3), 285-289. 2003.
11. Ogiera H y cols.: A case report of eosinophilic cystitis complicated with transient vesicoureteral reflux. *Hinyokika Kyo*; 37(1), 83-86. 1991.
12. Axelrod SL y cols.: Eosinophilic cystitis in children. *Urology*; 37(6), 549-552. 1991.
13. Thompson RH y cols.: Clinical manifestations and functional outcomes in children with eosinophilic cystitis. *J. Urol.*; 174, 2347-49. 2005.
14. Sternett y cols.: Eosinophilic cystitis: successful long-term treatment with montelukast sodium. *Urology*; 67, 423-424. 2006.