

Dra. Maricarmen Cuevas Gómez,¹
 Dr. Israel Herrera Flores,¹
 Dra. Bertha Lilia Romero Báizabal,²
 Dra. Pilar Dies Suarez,²
 Dra. María Teresa Valadez Reyes,²
 Dra. Nora Isela Moguel Molina²

Cistitis eosinofílica. Presentación de un caso en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

RESUMEN

Objetivo. Se presenta un caso poco común de cistitis eosinofílica en paciente pediátrico, desde la fase inicial hasta la aguda. Asimismo, se realiza una revisión de la literatura.

Materiales y métodos. Paciente masculino de 5 años y 5 meses con antecedente de linfangioma retroperitoneal al año de vida que ingresa por hematuria. El ultrasonido inicial muestra una vejiga de pared normal que posteriormente muestra engrosamiento, aumento de la

vascularidad mural, coágulos y ecos en su interior. Los riñones inicialmente mostraban heterogeneidad en su parénquima que, posteriormente, formaron lesiones ecogénicas focales sugestivas de áreas de sangrado. El paciente requirió tratamiento médico y quirúrgico.

Resultado. Después del tratamiento quirúrgico con hemostasia de los sitios de sangrado se obtuvo el diagnóstico histopatológico de cistitis eosinofílica.

Conclusión. La cistitis eosinofílica es una enfermedad poco común y más aún en la edad

pediátrica. Sin embargo, debe tenerse en cuenta en casos de hematuria y en lesiones pseudotumorales intravesicales, en donde los estudios de imagen son imprescindibles para su caracterización y seguimiento.

Palabras clave: cistitis eosinofílica, granuloma eosinofílico, hematuria en niños, pseudotumor vesical.

Continúa en la pág. 35

¹ Del Servicio de Radiología Pediátrica y del ²Servicio de Radiología e Imagen del Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Dr. Márquez No. 162, Col. Doctores, 07726, México, D.F. Copias (copies): Dra. Maricarmen Cuevas Gómez
 E-mail: maricarmencuevasgomez@hotmail.com

Introducción

La cistitis eosinofílica (CE), también llamada granuloma eosinofílico, es un proceso inflamatorio con infiltración de eosinófilos en la pared vesical; es poco frecuente y su evolución clínica es impredecible. Su etiología no ha sido plenamente establecida.¹

En cuanto a sus características clínicas presenta síntomas vesicales (disuria, incontinencia, enuresis, polaquiuria), hematuria y dolor abdominal. Puede existir eosinofilia pero su diagnóstico es, finalmente, histológico.

La primer descripción de infiltrado de eosinófilos fue hecha por Loeffler en 1932 en tejido pulmonar. En adultos el primer caso de cistitis eosinofílica fue descrito en 1960 por Brown y Palubinskas. En niños el primer caso fue descrito por Farber en 1962. En este artículo presentamos un caso y revisión de la literatura. Van Den Ouden observó que esta afección se presentaba

en menos de 21% de los pacientes menores de 16 años y que, en este grupo, era mayor la frecuencia en niños que en niñas.

Reporte de caso

Se trata de un paciente masculino de 5 años y 5 meses de edad, con antecedente de linfangioma retroperitoneal reseccionado al año de vida; el padecimiento actual inicia con hematuria franca acompañada de disuria, polaquiuria y tenesmo vesical.

Se realizó ultrasonido abdominal y se encontró la vejiga de tamaño normal, central, con la pared vesical delgada pero con finos detritus flotantes en su interior (Figura 1). Los riñones eran de tamaño normal pero se había perdido la diferenciación córticomédular y mostraban áreas hipercoicas en su parénquima además de un área ecogénica hacia el polo inferior del riñón derecho: hallazgo que se acentuó con el uso del transductor lineal (Figuras 2 y 3).

En su evolución clínica el paciente presentó astenia y adinamia. Se documentó eosinofilia en el laboratorio

ABSTRACT

Objective. Presents a rare case of eosinophilic cystitis in a pediatric patient, since the initial phase until the acute. Also a review of the literature.

Materials and Methods. Male from 5 years and 5 months with past history of retroperitoneal lymphangioma (at one year of age) and haematuria. The initial ultrasound shows a normal

bladder wall that subsequently shows thickening, increase in the wall vascularity and presence of clots and echoes inside. The kidneys initially showed heterogeneity in its parenchyma that subsequently formed echogenic injuries that suggest focal areas of bleeding. The patient required medical and surgical treatment.

Result. After surgical treatment with hemostasis of sites of bleeding was obtained the histopathologic diagnosis of eosinophilic cystitis.

Conclusion. The eosinophilic cystitis is a rare entity and even more in the pediatric age, but must be taken in mind in cases of haematuria and in intravesical pseudotumoral injuries, where the image studies are essential for its characterization and follow-up.

Key words: eosinophilic cystitis, eosinophilic granuloma, pediatric haematuria, vesical pseudotumor.

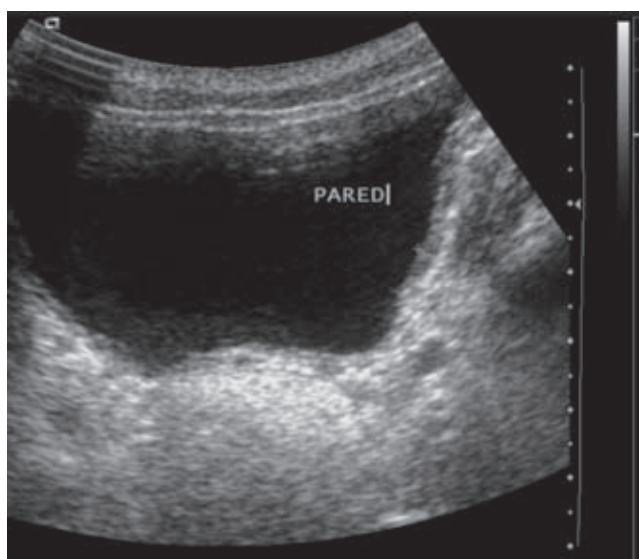


Figura 1. Pared vesical de grosor normal, el interior de la vejiga presenta detritus flotantes.

pero, al persistir la hematuria, se realizó gammagrafía de vasos intraabdominales en la búsqueda de algún sitio de sangrado: el estudio resultó normal. Figura 4.

Al quinto día de su internamiento, y por persistir la hematuria, se realizó un nuevo ultrasonido abdominal. En el riñón izquierdo se apreció un área redondeada ecogénica en el seno renal que sugería la presencia de un coágulo. Figura 5.

En la vejiga se observó una imagen lobulada ecogénica, heterogénea y móvil en relación con un coágulo, además de finos detritus flotantes. La pared vesical persistía con grosor normal. Figura 6.

A los doce días se documentó un marcado engrosamiento de la pared vesical (que se apreciaba

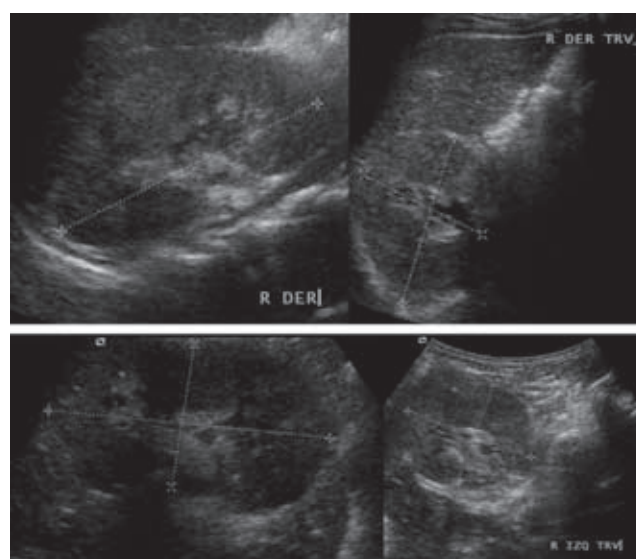


Figura 2. Riñones con pérdida de la diferenciación corteza-médula, con áreas ecogénicas mal definidas, seno renal ecogénico.

heterogénea) y tras la aplicación de color Doppler mostró alta vascularidad. Figura 7.

Debido a la sospecha (clínica y por imagen) de cistitis eosinofílica el paciente recibió tratamiento médico con corticoides; el cuadro remitió paulatinamente y desapareció la hematuria. A partir de su egreso el seguimiento ha sido estrecho tanto con estudios de imagen como con ultrasonido y cistoscopia; por este último método se tomó la biopsia que confirmó el diagnóstico.

Discusión

La causa de la infiltración eosinofílica vesical no se ha establecido, sin embargo se manejan algunas hipótesis:^{1,2}

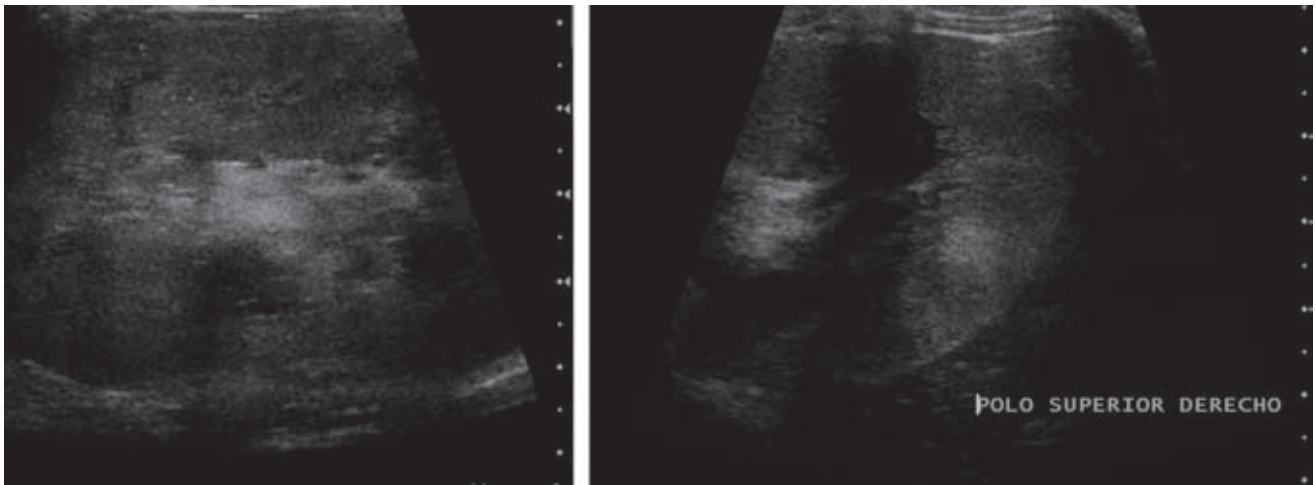


Figura 3. Imagen con transductor lineal que muestra áreas ecogénicas en el seno y en el parénquima renal.

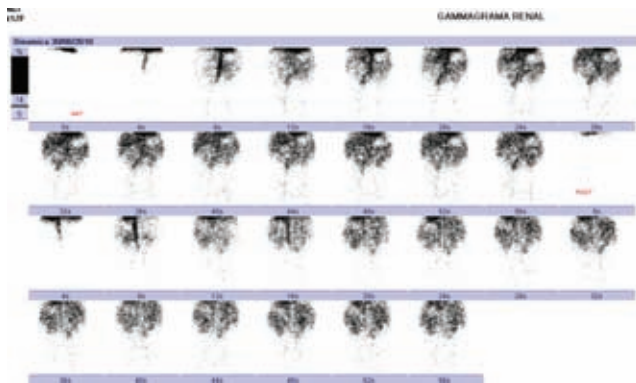


Figura 4. Gammagrafía que muestra adecuada captación del radiofármaco y trayecto de vasos normal sin evidencia de lesiones vasculares ni sangrado.

- Reacción local por daño postraumático o posquirúrgico.
- Infecciones bacterianas y parasitarias (toxocariasis, schistosomiasis).
- Reacción secundaria a medicamentos (penicilina, ciclofosfamida, warfarina, metilicina).
- Respuesta alérgica inespecífica del tracto urinario (especialmente en niños con antecedente de atopía).

Se ha planteado que podría tratarse de una manifestación de enfermedad sistémica o del síndrome hipereosinofílico debido a la hipereosinofilia en sangre periférica, médula ósea, pulmones, corazón e infiltrado a mucosa del tracto gastrointestinal.^{1,3}

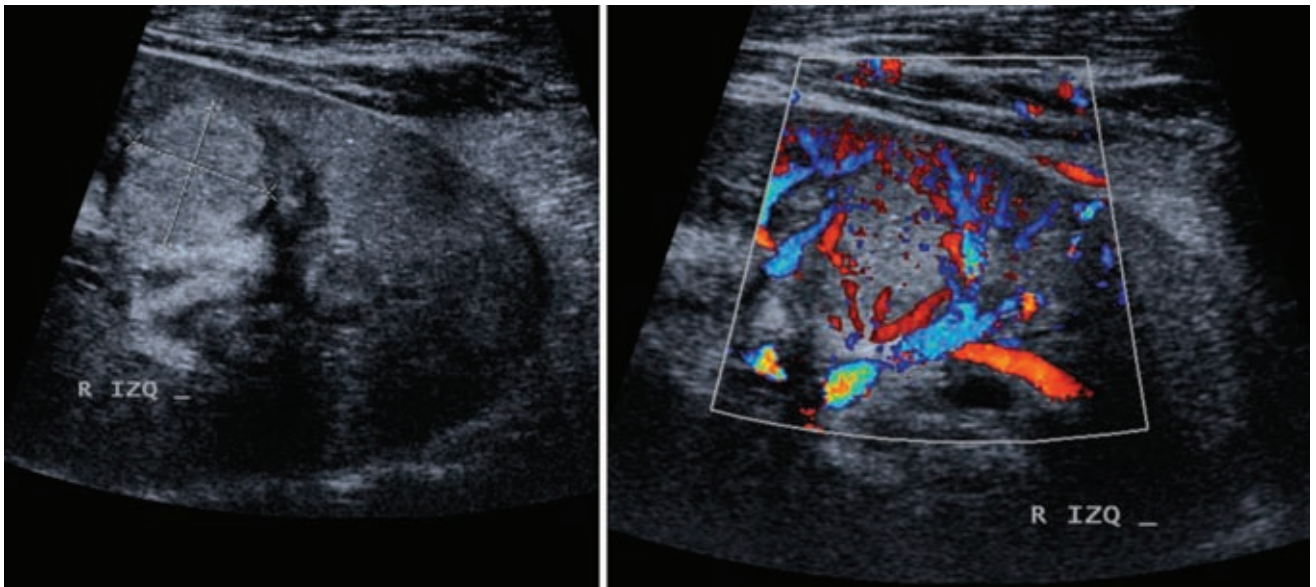


Figura 5. Imagen ecogénica en seno renal izquierdo, la cual ejerce efecto de masa sobre los vasos intrarrenales.



Figura 6. Coágulo intravesical con ecos flotantes dispersos.

Niño y cols. reportaron en 2009 la presencia de 22 casos con una edad media de presentación de 8.2 años.³

La presentación clínica puede ser aguda, crónica y recurrente. Puede simular infección del tracto urinario ya que sus síntomas son inespecíficos (disuria, urgencia, polaquiuria, hematuria) pero también puede presentarse con dolor abdominal (suprapúbico) e incontinencia urinaria. En niños 63% se presenta con un tumor vesical y de los pacientes que presentan retención urinaria 79% son mujeres o niños.^{2,4,5,8}

En laboratorio se encuentra hematuria (macro o microscópica), proteinuria, piuria y eosinofilia en sangre periférica. Cabe señalar que en pacientes pediátricos se ha reportado disminución de la eosinofilia hasta rangos normales (<1500 eosinófilos/ mm^3) en forma espontánea.³

Los hallazgos pueden ser indistinguibles de un tumor vesical, por lo que para descartar patología tumoral es necesario correlacionar los hallazgos clínicos, el tiempo de evolución y las características en imagen. El estudio inicial de elección es el ultrasonido pues permite distinguir la capacidad vesical, el contenido y las características de la pared. Se ha documentado que en estos casos hay engrosamiento global o focal

de la pared vesical, la presencia de coágulos, de lesiones pseudotumorales e hipervascularidad. En riñón se han documentado hidronefrosis y cambios en su ecogenicidad.

En algunos casos se requieren técnicas de imagen seccional como la tomografía y la resonancia magnética; sin embargo, en la mayoría de los casos es indispensable la toma de biopsia.

La cistoscopia muestra engrosamiento y edema de la pared vesical, con eritema, placas rojas y áreas ulceradas. Pueden existir también tumores sésiles o pólipos. El diagnóstico definitivo se hace por biopsia y la histología demuestra fibrosis muscular y de la mucosa así como infiltración de células inflamatorias con predominio de eosinófilos.⁴

El diagnóstico diferencial es contra sarcomas vesicales (rabdo y leomiosarcoma), sarcoma botryoides (pólipo de rhabdomyosarcoma embrionario), adenoma nefrogénico, cistitis intersticial y tuberculosis urogenital.^{4,5,6}

El tratamiento inicial (principalmente en niños) es la observación ya que usualmente tiene un curso autolimitado; en adultos tiende a la recurrencia. Se han usado corticoides, antiinflamatorios no esteroides y antibióticos (sólo en caso de sobreinfección). En casos graves se realiza resección.⁷

Dentro de los procedimientos quirúrgicos de salvamento del tracto urinario se encuentran la nefroureterectomía, la cistectomía parcial o total y la cistoplastia de aumento.¹⁰

El pronóstico es bueno ya que, como se ha dicho, es autolimitado en la mayoría de los casos. Sin embargo, hay posibilidades de recurrencia en alrededor de 50% de los pacientes.^{2,6}

No se ha reportado que esta entidad evolucione a neoplasia maligna pero se sugiere su seguimiento a largo plazo debido a la recurrencia que, según Scully, se presenta en alrededor de 50% de los casos.^{3,5,11}

Conclusión

Este fue un caso raro pero permitió observar los cambios desde fases iniciales de la enfermedad (en

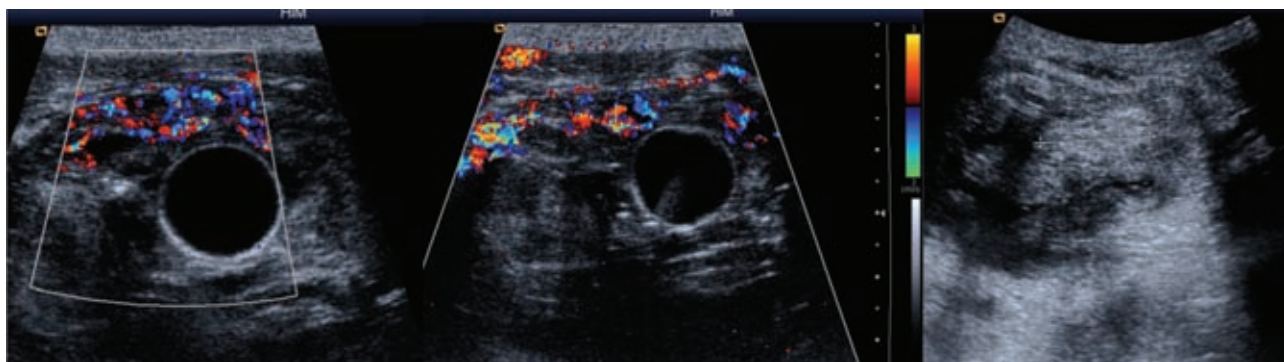


Figura 7. Ultrasonido con Doppler que muestra pared vesical engrosada y altamente vascularizada.

donde la vejiga sólo mostraba detritus) hasta la fase más activa donde se documentó el gran engrosamiento vesical y su alta vascularidad. También deben tomarse en cuenta los hallazgos en riñón, donde seguramente también había inflamación por eosinofilia y hemorragia secundaria. Esto significa que en este tipo de afección no sólo debe investigarse el entorno vesical sino también el renal.

La cistitis eosinofílica es una entidad rara pero debe considerarse en casos de hematuria. Su presentación clínica es inespecífica y es por eso que los hallazgos de laboratorio e imagen que presentan eosinofilia con alteraciones vesicales y renales orientan tanto para diagnosticar como para descartar otras causas de la hematuria, tomando siempre en cuenta que el diagnóstico definitivo es histopatológico.

Referencias

1. Baquedano DP, Nardiello A, et al. Cistitis eosinofílica: reporte de un caso. *Rev Chi Urol* 2003;68(2):207-210.
2. Van den Ouden D, Van Kaam N, Eland D. Eosinophilic cystitis presenting as urinary retention. *Urol Int* 2001;66(1): 22-26.
3. Sutphin M and Middleton AW. Eosinophilic Cystitis in Children: a self-limited process. *J Urol* 1984;132:117-119.
4. Kiliç S, Erguvan R. Eosinophilic cystitis: a rare inflammatory pathology mimicking bladder neoplasms. *Urol Internat* 2003;71:285-289.
5. Axelrod S et al. Eosinophilic Cystitis in Children. *Urol* 1991;37(6):549-552.
6. Verhagen P, Nikkels P and de Jong TP. Eosinophilic Cystitis. *Arch Dis Child* 2001;84(4): 344-346.
7. Pomeranz A, Eliakim A, et al. Eosinophilic Cystitis in a 4-year-old boy: successful long-term treatment with cyclosporin A. *Pediatrics* 2001;108(6):1-4.
8. Teegavarapu P, Sahai A, Chandra A, Dasgupta P, Khan MS. Eosinophilic Cystitis and its management. *Int J Clin Pract* 2005; 59 (3):356-360.
9. Itano NM, Malek RS. Eosinophilic cystitis in adults. *J Urol* 2001;165: 805-807.
10. Cardini S , Smulevich E, Salvadori A, Lombardi M. Augmentation ileocystoplasty in a case of eosinophilic cystitis. *Minerva Urol Nefrol* 1997;49(4):219-223.
11. Flamm J. Tumor-associated tissue inflammatory reaction and eosinophilia in primary superficial bladder cancer. *Urology* 1992;40(2):180-185.