



## *Hidronefrosis secundaria a cistitis eosinofílica en un paciente en hemodiálisis*

L. Sánchez, C. del Pozo, I. Torregrosa y M. D. Albero

Sección de Nefrología. Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy.

Sr. Director:

La cistitis eosinofílica (CE) es una patología inflamatoria de etiología incierta, cuya historia natural es impredecible y su tratamiento pocas veces es efectivo. Existe una asociación entre la CE y otras patologías alérgicas, aunque también se ha descrito en relación con la hipertrofia prostática benigna o el carcinoma vesical<sup>1-5</sup>. Presentamos el primer caso descrito de CE en un paciente en hemodiálisis (HD).

Se trata de un varón de 68 años, diagnosticado en 1995 de leucemia linfática crónica estadio I de Rai en remisión parcial. En 1998 desarrolla hidronefrosis renal izquierda por litiasis precisando nefrostomía. En abril de 1999 se realiza nefrectomía radical derecha por adenocarcinoma renal de células claras, ureterolitectomía izquierda y retirada de nefrostomía. La histología peritumoral revela nefropatía intersticial crónica. El postoperatorio cursa con insuficiencia renal progresiva, iniciando programa de HD. En agosto de 1999 el riñón izquierdo mide 8,8 cm con parénquima adelgazado y sin dilatación de vía. En febrero de 2000, aparece hematuria macroscópica con coágulos y dolor lumbar izquierdo. Analítica: anemia sin eosinofilia, estudio de coagulación normal. Ecografía: riñón izquierdo de 8 cm con hidronefrosis grado IV. Cistoscopia: ausencia de masas tumorales, se cateteriza el uréter izquierdo sin progresión del catéter, por lo que se coloca nefrostomía. Pielografía descendente: estenosis irregular y corta del uréter distal con ureterohidronefrosis (fig. 1) y múltiples defectos de replección vesicales. TAC: riñón izquierdo pequeño; dos áreas focales en la pared vesical con grosor aumentado. Biopsia de próstata negativa para malignidad. Biopsia vejiga: cistitis eosinofílica.

En abril de 2000 reaparece la diuresis vía uretral y va disminuyendo la diuresis por nefrostomía. Pielografía descendente (junio 2000): vejiga de paredes lisas y uréter algo tortuoso pero con vaciamiento



Fig. 1.—Pielografía descendente que muestra estenosis del uréter distal con ureterohidronefrosis.

adecuado hacia la vejiga, por lo que se retira la nefrostomía. TAC: vejiga pequeña con pared engrosada y luz muy disminuida, con próstata aumentada de tamaño y heterogénea. A los 11 meses de la retirada de la nefrostomía, el enfermo mantiene diuresis residual (800 cc diarios), sin hematuria ni síndrome miccional.

La CE es un proceso inflamatorio infrecuente, que puede afectar a la vejiga y extenderse al tracto urinario con un comportamiento pseudotumoral<sup>2</sup>. Los síntomas predominantes son hematuria, polaquiuria, nicturia y dolor hipogástrico o perineal<sup>3</sup> con períodos de remisión clínica y endoscópica. La mayoría de los casos son varones, con una edad media de 70 años.

El paciente descrito no tenía antecedentes alérgicos, ni había sufrido traumatismos vesicales. Había portado sonda vesical exclusivamente ocho días y no había recibido medicaciones que pudieran actuar como posibles alérgenos<sup>6,7</sup> (sulfamidas, meticilina, warfarina). Únicamente se describe en el TAC una hipertrofia prostática, que teóricamente podría estar involucrada en la génesis de la CE.

Los hallazgos radiológicos<sup>8</sup> varían desde la normalidad en la UIV y ecografía, hasta la imagen de lesión ocupante de espacio en la cistografía. En este paciente la ecografía y el TAC nos hicieron pensar como primera posibilidad en tumoración vesical.

El aspecto endoscópico<sup>5</sup> de las lesiones es muy variable: vejiga trabeculada, edema bulloso, inflamación, formas polipoides, áreas necróticas o vesículas amarillentas. La imagen endoscópica del caso descrito fue de una mucosa hiperémica y edematosa, sin masas sugestivas de neoplasia.

Histológicamente<sup>7,9</sup> existe una afectación de la mucosa y muscular vesical con edema, hiperemia, infiltración eosinófila, ulceración, necrosis y fibrosis. Es frecuente la presencia de eosinófilos en la citología de la orina<sup>5,10</sup>. El diagnóstico debe ser anatomopatológico, pues ni la clínica ni las exploraciones complementarias son características.

El tratamiento es sintomático, siempre y cuando no sea posible la identificación y eliminación del estímulo antigénico. Se han intentado tratamientos con corticoides<sup>11</sup>, AINE<sup>12</sup>, antihistamínicos, antibióticos<sup>9</sup>, inmunosupresores<sup>13</sup>, hidrodilatación de la vejiga o radiación<sup>7</sup>, con diferentes resultados. La RTU o biopsia fría incluyendo pared muscular vesical es válida para el diagnóstico y como maniobra hemostática. La cistectomía se realiza en vejiga retráctil. En los pacientes añosos, en los que la CE es un hallazgo de una RTU de adenoma de próstata o de tumor vesical, parece recomendable la abstención terapéutica<sup>5</sup>. En hematuria masiva se puede intentar un tratamiento esteroideo. Nosotros optamos inicialmente por un tratamiento conservador con desobstrucción urinaria a través de un catéter de nefrostomía y diálisis sin heparina.

La evolución de la CE es tórpida e imprevisible, con frecuentes recidivas<sup>14,15</sup>. Se han descrito como complicaciones el reflujo vesicoureteral<sup>3,6</sup> y la disminución de la capacidad vesical. Es más favorable la evolución de los pacientes en los que se relaciona con patología vesicoprostática, en los cuales la curación tras el tratamiento del proceso prostático es la norma. El caso descrito evolucionó con dismi-

nución de la hematuria a lo largo de 15-20 días y la progresiva recuperación de la diuresis por vía uretral, quedando con una vejiga retráctil.

Resulta recomendable tener presente a la CE entre los posibles diagnósticos a considerar ante una hematuria macroscópica o síndrome miccional persistente, sobre todo en varones con patología vesicoprostática. Se deben seguir controles periódicos radiológicos, citológicos y endoscópicos con biopsias vesicales múltiples por existir una predisposición hacia la diferenciación neoplásica del urotelio.

## BIBLIOGRAFÍA

- Hellstrom UR, Davis BK, Shonnard JW: Eosinophilic cystitis: a study of 16 cases. *Am J Clin Pathol* 72: 777-784, 1979.
- Atahan Ö, Kayigil Ö, Atahan S, Metin A: Eosinophilic cystitis-induced severe urethral stricture. *British J Urol* 76: 132-133, 1995.
- Ruiz R, Hernández I, Polo L, Atienzar M, Salinas A, Pastor J, Martínez M, Cañamares L, Virseda JA: Cistitis eosinofílica y cistitis glándulo-quística como lesiones pseudotumorales. *Arch Esp Urol* 49: 179-183, 1996.
- Gelabert A, Vesilanes J, Corominas J, Arango O, Bielsa O, Carbonell C: Cistitis eosinofílica como forma especial de respuesta a la mitomicina C. *Arch Esp Urol* 44: 929-932, 1991.
- Server G, López P, García JA, Hita E, Asensio L, Rigabert M: Cistitis eosinofílica: un único cuadro anatomopatológico y tres diferentes formas de presentación. Propuesta de clasificación. *Actas Urol Esp* 20 (2): 155-161, 1996.
- Menéndez V, Solé M, Sala X, Romero A, Carretero P: Cistitis eosinofílica. A propósito de cuatro casos. *Arch Esp Urol* 50,1: 79-81, 1997.
- Scully R, Mark E, McNeely W, Ebeling S. Case 27. *N Engl J Med* 339: 616-622, 1998.
- Barry KA, Jafri SZ: Eosinophilic cystitis: CT findings. *Abdom Imaging* 19 (3): 272-273, 1994.
- Ferrero, R, Ortiño G, Guzmán P, Morga JP, Tomás M, Rico JL, Semrere A, Fontana LO: Cistitis eosinofílica. *Actas Urol Esp* 21 (4): 385-390, 1997.
- Dubucquoi S, Janin A, Desreumaux P, Rigot JM, Copin M, Francois M, Torpier G, Capron M, Gosselin B: Evidence for eosinophilic activation in eosinophilic cystitis. *Eur Urol* 25: 254-258, 1994.
- Stephen WH, Singh EO, Hermans MR: Recurrent eosinophilic cystitis: a case responsive to steroids. *J Urol* 147: 689-692, 1992.
- Motzkin D: Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of eosinophilic cystitis. *J Urol* 144: 1464-1466, 1990.
- Oliver C, Carvailido J, Sánchez-Vegazo L, Reina GR, Ondina LM: Cistitis eosinofílica. *Actas Urol Esp* 11: 287-292, 1987.
- Romero M, Flores J, Arroyo JM, Ramírez F, Pérez J, Lérida L, Flores J: Cistitis eosinofílica en el niño. Estudio de 4 casos. *Arch Esp Urol* 50,7: 750-754, 1997.
- Quintero R, Campoy P, Blasco P, Camacho E, Vilches E, Espinosa FJ, Hierro CC, García M: Cistitis eosinofílica. Estudio clínico-evolutivo de 6 nuevos casos y revisión de la literatura reciente. *Actas Urol Esp* 18 (3): 222-226, 1994.