

**CASO CLÍNICO**

## Cistitis eosinofílica: presentación de un caso y revisión de la literatura

Vázquez Ortega LS,<sup>1</sup> Paraguirre S,<sup>1</sup> Cantellano Orozco M,<sup>1</sup> Morales Montor G<sup>1</sup>  
y Calderón Ferro F<sup>1</sup>

**RESUMEN**

La cistitis eosinofílica es una entidad inflamatoria de la vejiga, que en ocasiones puede ser indistinguible de una neoplasia vesical. Enseguida, se presenta un caso de paciente masculino de 65 años con antecedentes de tabaquismo e hipertensión, el cual acudió al servicio de urología de nuestro hospital con hematuria macroscópica de difícil control.

Se practicaron estudios de gabinete complementarios y se sospecha de lesión vesical. Se realizó resección transuretral con diagnóstico histopatológico de cistitis eosinofílica. Nuestro manejo fue con fulguración vesical directa e irrigación a través de sonda transuretral con evolución favorable. Se hace una revisión de la literatura.

**Palabras clave:** cistitis eosinofílica.

**SUMMARY**

*Eosinophilic cystitis is a rare inflammatory disease that in some occasion could be indistinguishable from a bladder neoplasm. We present the case of a 65 years old male with hypertension and with antecedent of smoking who present with macroscopic hematuria with difficult control who has image studies with high suspicious of a bladder lesion. We made a transurethral resection with a histopathological result of eosinophilic cystitis. It was managed with bladder fulguration and continuous irrigation with a transurethral drain with favorable evolution. We review literature for this case.*

**Key words:** eosinophilic cystitis.

<sup>1</sup> División de Urología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Secretaría de Salud, México, D.F.

Correspondencia: División de Urología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Secretaría de Salud, México D.F., Calzada de Tlalpan 4800, Col. Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, C.P. 14000. Teléfono: 5665-3511, fax: 5665-7681.

## OBJETIVO

Se presenta un caso de cistitis eosinofílica, su manejo y evolución, también se revisa la bibliografía.

## CASO CLÍNICO

Masculino de 65 años sin antecedentes heredo-familiares de importancia, hipertenso de 2 años de evolución, controlado con captopril. Tabaquismo durante 20 años, fumando 20 cigarrillos al día. Inicia su padecimiento actual un mes antes de su valoración inicial al presentar hematuria macroscópica total, de inicio súbito, con coágulos, sin sintomatología irritativa urinaria que originó retención aguda de orina, motivo por lo que acude al servicio de urología. Se instala catéter uretral y se inicia irrigación y medidas de reposición con concentrados eritrocitarios, además de manejo antimicrobiano e hidroelectrolítico. Al examen físico, el paciente no presenta manifestaciones anormales en los aparatos respiratorio, cardiovascular y digestivo. Tacto rectal, con próstata grado II blanda. Pene y testículos sin alteraciones.

El manejo intrahospitalario fue con irrigación vesical durante 3 días. Se realiza ultrasonido renal y vesical con evidencia de imagen isoecóica en el interior de la vejiga, sin poder definirse si sólo es presencia de coágulos o corresponde a masa vesical (figura 1). El paciente desarrolla un evento agudo de dificultad respiratoria y acidosis respiratoria, ameritando intubación endotraqueal y apoyo ventilatorio. Se descarta tromboembolia pulmonar y se define como corpulmonar. Una vez en mejor estado general, se realiza tomografía axial computarizada de abdomen encontrando una imagen de defecto de llenado en pared vesical, por lo que se realiza cistoscopia.

### Procedimiento cistoscópico

Bajo sedación se efectuó cistoscopia encontrando la uretra permeable en todo su trayecto, lóbulos prostáticos contactantes al 70%, distancia cuello-veru 2 cm. Vejiga trabeculada y presencia de masa vesical en domo y pared lateral izquierda (figura 2). Se realiza resección transuretral completa de la masa, sin incidentes ni complicaciones. El diagnóstico histopatológico fue de cistitis eosinofílica (figura 3).

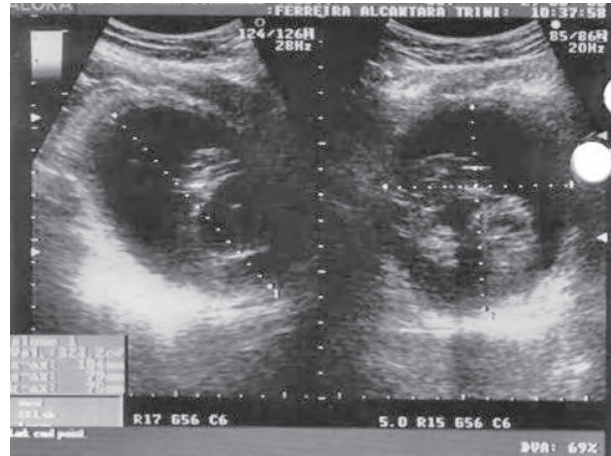


Figura 1. Ultrasonido vesical, se aprecia una imagen intravesical de ecos mixtos en pared lateral de la vejiga.

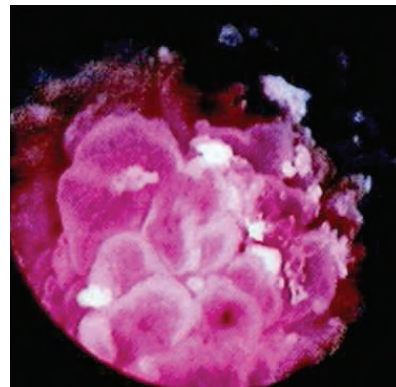


Figura 2. Cistoscopia. Se aprecia una imagen exofítica irregular en racimo de uvas dependiente de la pared lateral y domo de la vejiga.

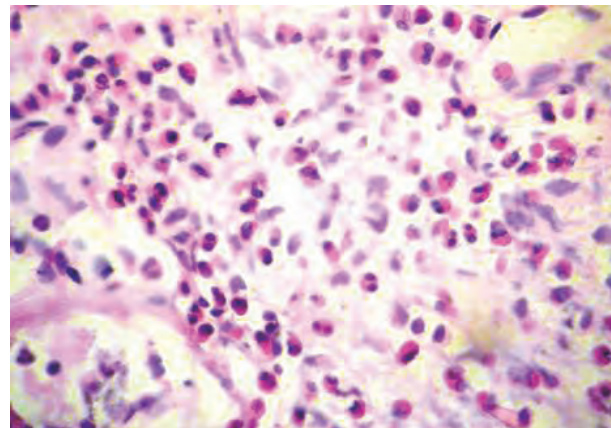


Figura 3. Estudio histopatológico.

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La cistitis eosinofílica (CE) es una lesión inflamatoria rara, descrita inicialmente por Brown en 1960. Existen alrededor de 66 casos publicados, su predominio es en hombres (1.3:1). La edad media de presentación es de 48 años de edad y aunque se reportan algunos casos en niños.<sup>1</sup> En cuanto a su etiología, se han propuesto varios factores entre los que se encuentran: trauma posquirúrgico o suturas intravesicales, infecciones bacterianas o parasitarias, del tipo toxocara o esquistosomiasis, medicamentos (penicilina, ciclofosfamida, warfarina y meticilina), respuesta alérgica asociada a atopias e incluso al uso de quimioterapia intravesical. Se puede presentar junto con carcinoma de células transicionales. La fisiopatología es causada por la atracción mediada por la IgE de eosinófilos con la subsecuente degranulación de mastocitos.<sup>2</sup>

Clínicamente se puede presentar desde sintomatología irritativa urinaria, hasta un cuadro importante de hematuria macroscópica. Existe eosinofilia en sangre periférica hasta en 56% de los pacientes.<sup>2</sup> En los estudios de imagen se pueden apreciar defectos de llenado o masas en vejiga indistinguibles de tumores vesicales. En la cistoscopia puede identificarse desde engrosamiento y edema de la pared vesical hasta eritema con placas rojas ulceradas y masas sésiles o pediculadas.<sup>3</sup>

El diagnóstico definitivo, es por biopsia de pared vesical o de la lesión e histológicamente la característica es el hallazgo de infiltración por células inflamatorias de predominio eosinófilos.<sup>4</sup>

En el diagnóstico diferencial, se encuentra el carcinoma de urotelio, los sarcomas de vejiga (rabdo o leiomiomasarcoma), el sarcoma botroides (pólipo de rabdomiosarcoma embrional), el adenoma nefrogénico, la cistitis intersticial y la tuberculosis urogenital.<sup>5</sup>

El tratamiento depende de la severidad de la presentación clínica y puede ser lo siguiente: observación y manejo con irrigación, uso de

corticoides o desinflamatorios no esteroideos, instilaciones de dimetilsulfóxido (domoso) o nitrato de plata, resección transuretral de la lesión y en casos muy severos llegar incluso a la cistectomía y derivación urinaria. También se han propuesto a la radioterapia o quimioterapia como manejo alternativo.<sup>4,5</sup> La evolución habitualmente es favorable después de un seguimiento de hasta 23 años y en pocos casos amerita tratamiento secundario posterior al manejo inicial.<sup>2</sup>

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Ésta es una entidad inflamatoria de vejiga, rara y cuyas manifestaciones van desde la hematuria como única presentación, hasta la presencia de una lesión en vejiga confundible con cáncer a ese nivel. En ocasiones pueden asociarse ambas entidades. Su manejo no está bien definido y va desde irrigación vesical hasta incluso la aplicación de dimetilsulfóxido o derivaciones urinarias en casos extremos. Por su baja frecuencia es importante tenerla presente y entender su manejo de acuerdo a la severidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Clark T, Chang SS, Cookson MS. Eosinophilic cystitis presenting as a recurrent symptomatic bladder mass following intravesical mitomycin C therapy. *J Urol.* 2002;167(4):1795.
2. Itano NM, Malek RS. Eosinophilic cystitis in adults. *J Urol.* 2001;165(3):805-7.
3. Popert RJ, Ramsay JW, Owen RA, Fisher C, Hendry WF. Eosinophilic cystitis mimicking invasive bladder tumour: discussion paper. *JR Soc Med.* 1990;83(12):776-8.
4. Sibert L, Khalaf A, Bugel H, Sfaxi M, Grise P. Intravesical dimethyl sulfoxide instillations can be useful in the symptomatic treatment of profuse hematuria due to eosinophilic cystitis. *J Urol.* 2000;164(2):446-7.
5. Thompson RH, Dicks D, Kramer SA. Clinical manifestations and functional outcomes in children with eosinophilic cystitis. *J Urol* 2005;174(6):2347-9.