



CISTITIS EOSINOFILICA. REPORTE DE UN CASO.

Chaves Lourdes¹, Rojas Jose¹, Mendoza Geraldine¹, Armando De Majo¹

**1. Servicio de Urología, Hospital Miguel Pérez Carreño. Caracas,
Venezuela. Universidad Central de Venezuela.**

CORRESPONDENCIA: Calle La Industria, Caracas 1020, Distrito Capital

E-MAIL: chabriela@hotmail.com

RESUMEN

La cistitis eosinofílica (CE) es una lesión inflamatoria rara, que involucra la pared vesical, descrita inicialmente por Brown en 1960. Existen alrededor de 200 casos publicados, con predominio en el adulto y de etiología aún desconocida. Los síntomas son inespecíficos, siendo el diagnóstico por histología y el tratamiento en la mayoría de los casos conservador. Se caracteriza por el hallazgo histológico de eosinófilos, fibrosis y áreas de necrosis muscular. Caso Clínico Masculino de 55 años edad, acude por disuria y hematuria macroscópica de seis meses de evolución, examen físico: palidez cutáneo mucosa, facie álgica, abdomen doloroso a la palpación suprapúbica, sonda uretrovesical evidencia de hematuria. Cistoscopia: lesiones elevadas, sólidas, de aspecto polipoideo, áreas de edema, con hemorragias focales. Diagnóstico anatomopatológico: cistitis eosinofílica, el tratamiento del paciente consistió en corticoesteroides al inicio y posterior combinación de antihistaminicos y anti-inflamatorios no esteroideos observandose mejoría de los síntomas del paciente, la CE



es una entidad rara, cuya presentación clínica y sintomatología variable puede conducir a un diagnóstico y tratamiento retardado. El tratamiento tardío o insuficiente puede conducir a mayor incomodidad para el paciente debido a la posible de cronicidad de la afección, así como a la recurrencia de los síntomas.

PALABRAS CLAVE: cistitis, cistitis eosinofílica, lesión vesical.

EOSINOPHILIC CYSTITIS. CASE REPORT.

ABSTRACT

Eosinophilic cystitis (EC) is a rare inflammatory lesion, which involves bladder injury, described by Brown in 1960. There are about 200 published cases, predominantly in adults and of etiology still unknown. The symptoms are nonspecific, being the diagnosis by histology and treatment in most cases conservative. It is characterized by histological findings of eosinophil, fibrosis and areas of muscle necrosis. Clinical case: A 55-year-old male clinical case, acknowledgment of dysuria and macroscopic hematuria, six months in progress, physical examination: mucous skin paleness, allergic facie, painful abdomen on suprapubic palpation, urethrovesical catheter evidence of hematuria. Cystoscopy: elevated, solid, polypoid-looking lesions, areas of edema, with focal hemorrhages. Anatomopathologic diagnosis: eosinophilic cystitis, the patient's treatment consisted of corticosteroids at the beginning and subsequent combination of antihistaminic and non-steroidal anti-inflammatories, observing improvement of the patient's symptoms. Discussion: the EC is a rare entity, whose clinical presentation and variable symptomatology can lead to delayed diagnosis and



treatment. Late or insufficient treatment can lead to greater discomfort for the patient due to the possible chronicity of the condition, as well as the recurrence of symptoms.

KEYWORDS: cystitis, eosinophilic cystitis, bladder injury.

INTRODUCCION

La cistitis eosinofílica (CE) es una lesión inflamatoria rara, que involucra la pared vesical, descrita inicialmente por Brown en 1960 (1). Existen alrededor de 200 casos publicados en el mundo (2), afecta principalmente a los adultos, ambos sexos por igual, y en los niños presenta predominio masculino (2:1) (3).

Su etiología y patogénesis aún se encuentra en investigación; se ha relacionado con la exposición vesical a un antígeno, con la consecuente formación de complejos antígeno-anticuerpo, que se depositan en la pared vesical. Los complejos generan una respuesta mediada por IgE que conduce a la desgranulación de los mastocitos y

eosinófilos, los cuales liberan interleukina 5, que atrae mayor cantidad de eosinófilos y macrófagos, quienes a su vez liberan más IL-5, perpetuando la enfermedad y provocando una respuesta inflamatoria con daño tisular (4,7). El planteamiento de la patogenesis de la CE se basa en su asociación con enfermedades como irritación vesical crónica, reacción posterior a cirugía vesical, parasitosis, alergias a medicamentos o alimentos, posterior a instilación intravesical de mitomicina-C, infecciones del tracto urinario, carcinoma urotelial, trastornos autoinmunes y enteritis eosinofílica (5,9).

Los síntomas de la CE suelen ser inespecíficos. Un estudio realizado en el St. Clara Hospital Rotterdam



Publicado en el año 2000 donde evaluaron 135 casos de CE publicados en la literatura, establecieron como síntomas predominantes: hematuria macroscópica o microscópica (68%), frecuencia miccional (67%), disuria (62%), dolor suprapúbico (49%) y retención urinaria (10%) (3).

Los estudios de imágenes como Tomografía o Ecografía, nos permiten evaluar el tracto urinario superior e inferior y establecer diagnósticos diferenciales. El estudio puede ser normal o evidenciar un engrosamiento de la pared vesical y/o dilatación del sistema excretor urinario, que puede ser interpretado como de origen neoplásico (8).

La Cistoscopia nos permite evidenciar lesiones edematosas, eritematosas, polipoideas, que son difíciles de diferenciar de las producidas por la tuberculosis vesical, de cistitis intersticial, el carcinoma de células transicionales, el carcinoma in situ y

sarcomas. No existen áreas vesicales que sean afectadas con mayor frecuencia (4).

Su diagnóstico definitivo es a través de cistoscopia y toma de biopsia de la lesión, y el consecuente reporte anatomopatológico de eosinófilos, fibrosis y áreas de necrosis muscular (11).

El tratamiento depende de la presentación y respuesta clínica del paciente. Se recomienda un manejo conservador, sobre todo en los pacientes asintomáticos (6).

La remisión espontánea suele ser más frecuente en niños que en los adultos, los cuales habitualmente requieren medicación (10).

La literatura reporta como tratamiento más frecuente el uso de combinaciones de corticosteroides, antihistamínicos y antibióticos (45%), resección transuretral de las lesiones (9%), cistectomía parcial o cistectomía

total (4%) (4,6). Contando con mayor tasa de éxito la resección transuretral combinada con corticosteroides, antihistamínicos o antibióticos; mientras que la cistectomía total está reservada para pacientes con enfermedad que no responden al tratamiento conservador o presentan hematuria (6,8).

CASO CLINICO

Masculino de 55 años edad, quien consulta por disuria y hematuria macroscópica, de seis meses de evolución, exacerbándose sintomatología y asociándose fiebre y astenia. Los antecedentes personales y familiares eran irrelevantes. *Examen físico:* conciente y orientado, palidez cutáneo mucosa, facie álgica, abdomen doloroso a la palpación suprapúbica, sonda uretrovesical con hematuria. *Laboratorios:* hemoglobina 10 g/dL, leucocitos 11.430/ μ L con 950/ μ L eosinófilos; urocultivo: negativo para crecimiento bacteriano. *Ultrasonido*

vesical: vejiga con engrosamiento de pared lateral izquierda, sugestivo de LOE. *Cistoscopia:* lesiones elevadas, sólidas, de aspecto polipoideo, áreas de edema, con hemorragias focales.

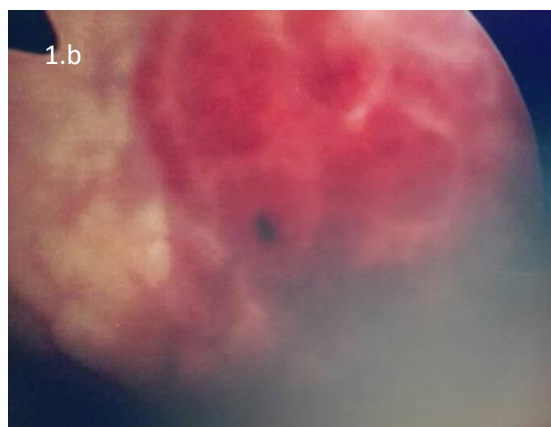
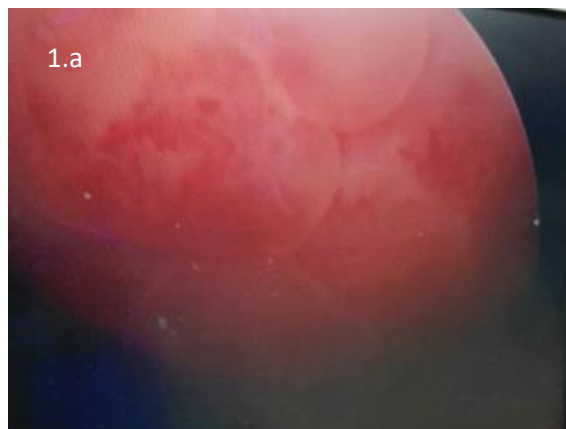


Figura 1a 1b. lesiones elevadas, sólidas, de aspecto polipoideo, areas de edema, con hemorragias focales.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Descripción macroscópica: Muestra N°1 Vejiga Urinaria: un fragmento irregular de tejido. Mide 0,7 x 0,4 x 0,3 cm. Es de color pardo grisáceo. Se incluye la totalidad del material para estudio histológico (5F). Muestra N°2 Próstata: múltiples fragmentos irregulares de tejido, en conjunto pesan 10 gr. El mayor mide 1,3 x 0,7 x 0,3 cm. Se incluye la totalidad del material para estudio histológico (74F, 5 Bloques).

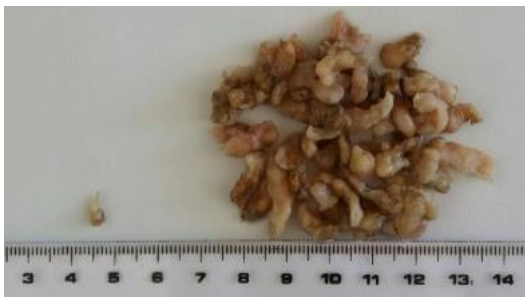


Figura 2. Muestra de Vejiga Urinaria: un fragmento irregular de tejido

Descripción microscópica: Muestra N°1 Lesión benigna de la mucosa vesical caracterizada por esfacelamiento multifocal del epitelio urotelial y marcada infiltración por eosinófilos (más de 20 eosinófilos por CAP), en la lámina propia. Edema severo, marcada proliferación vascular. Músculo detrusor presente. Ausencia de invasión por células malignas.

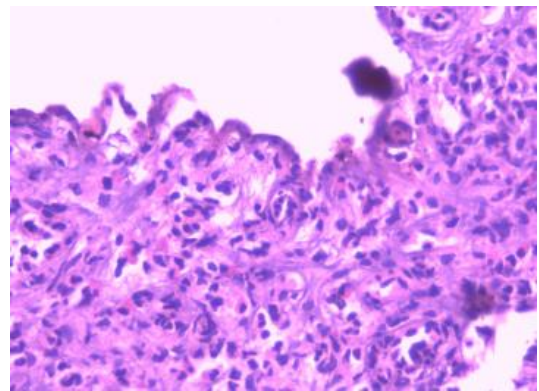


Figura 3. Mucosa vesical caracterizada por esfacelamiento multifocal del epitelio urotelial y marcada infiltración por eosinófilos

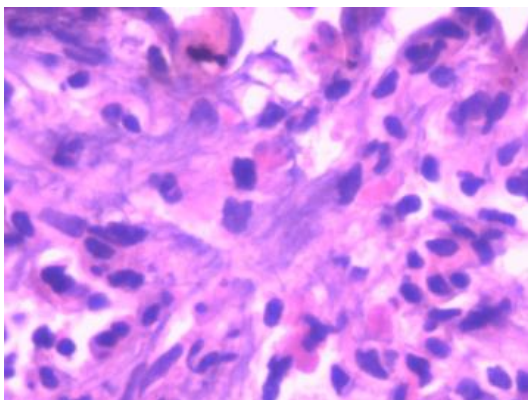


Figura 4, proliferación nodular de glándulas y estroma prostático

Muestra N°2 Las secciones histológicas muestran proliferación nodular de glándulas y estroma prostático. Los nódulos hiperplásicos en su mayoría, están constituidos por tejido conjuntivo denso y células musculares lisas. Las glándulas se encuentran revestidas por una capa interna de células epiteliales, de núcleos regulares, nucleolos inconspicuos y citoplasma basófilo claro. La capa externa corresponde a células mioepiteliales. Algunas glándulas se encuentran quisticamente dilatadas, en cuyo interior se identifican células epiteliales descamadas

granulares, macrófagos y Cuerpos Amiláceos. El estroma presenta infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos, plasmocitos, leucocitos polimorfonucleares neutrófilos y macrófagos. Ausencia de células displásicas o células malignas.

El paciente fue manejado con dosis de corticoesteroides como tratamiento inicial (prednisolona 20mg día) y posterior con anti-inflamatorios no esteroideos (Meloxicam 15 mg día) combinación con antihistaminicos (Cetirizina 10 mg día) mejorando la hematuria y dolor suprapúbico, persistiendo la frecuencia miccional aumentada. Debido a que la lesión tiende a reaparecer a pesar del tratamiento, se planteo el seguimiento a largo plazo para el paciente.

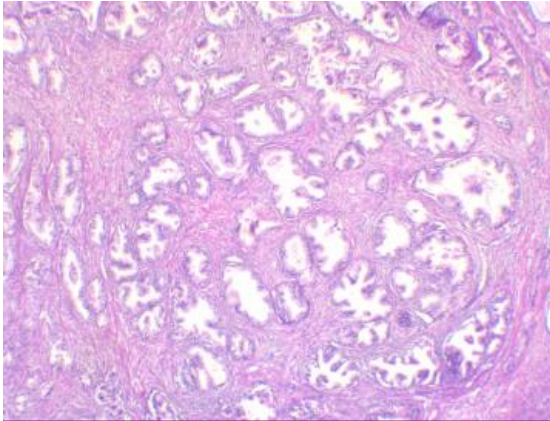


Figura 5. nódulos hiperplásicos en su mayoría, están constituidos por tejido conjuntivo denso y células musculares lisas

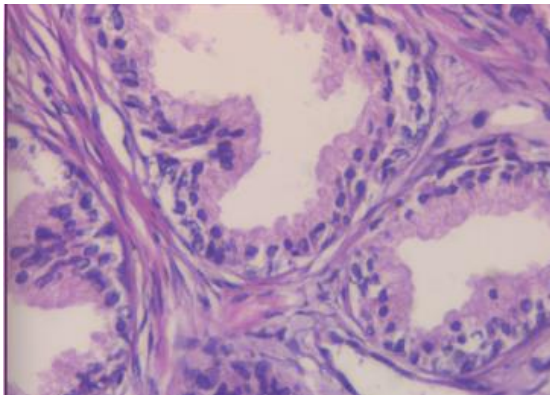


Figura 6. Ausencia de células displásicas o células malignas.

CONCLUSION

El diagnóstico anatomopatológico para la muestra de vejiga: cistitis eosinófila aguda con exulceraciones múltiples. Ausencia de células displásicas o células malignas. En el material examinado no se identificó malignidad. Próstata (resección transuretral): hiperplasia glándulo estromal (hiperplasia prostática benigna). Atrofia acinar. Prostatitis crónica y aguda. Uretritis crónica folicular. Ausencia de células displásicas o células malignas.

La cistitis eosinofílica es una enfermedad inusual cuya mejoría depende de un diagnóstico exacto. La literatura revela que la mayoría de las veces su diagnóstico es incidental o diferencial ante patologías más frecuentes. Su manifestación clínica más común es la hematuria y puede

simular una lesión neoplásica por la presencia del engrosamiento vesical. Para su diagnóstico es necesario el estudio histopatológico; el manejo puede ser expectante o con antihistamínicos, antiinflamatorios y corticoides. En los casos refractarios al tratamiento médico la cirugía puede ser una alternativa.

REFERENCIAS

1. Brown EW. Eosinophilic granuloma of the bladder. *J Urol* 1960;83:665-668.
2. Luis F. Ebel Sepulveda, A. Fonero, L. Troncoso, R. Cañoles, C. Carrasco, A. Hornig, G. Gil, D. Corti. Cistitis eosinofílica: Revisión y reporte de dos casos. *Actas Urol Esp* vol.33 no.4 abr. 2009.
3. Van den Ouden D. Diagnosis and management of eosinophilic cystitis: a pooled analysis of 135 cases. *Eur Urol* 2000;37(4): 386-394.
4. Sparks S, Kaplan A, DeCambre M, et al. Eosinophilic cystitis in the pediatric population: a case series and review of the literature. *J Peiatr Urol* 2013;9(6 Pt A):738-44.
5. Nesson Htum Azawi. Eosinophilic cystitis: three cases, and a review over 10 years. NCBI, Published online 2014 Oct 13. doi: 10.1136/bcr-2014-205708.
6. Van den Ouden D. Diagnosis and management of eosinophilic cystitis: a pooled analysis of 135 cases. *Eur Urol*. 2000 Apr;37(4):386-94. Review.
7. Frensilli FJ, Sacher EC, Keegan GT. Eosinophilic cystitis: observations on etiology. *J Urol* 1972; 107(4): 595-596.
8. Teegavarapu PS, Sahai A, Chandra A, et al. . Eosinophilic cystitis and its management. *Int J Clin Pract* 2005;59:356-60.
9. Caso J, Qin D, Sexton WJ.. Eosinophilic cystitis following immediate post-resection intravesical



instillation of mitomycin-C. Can J Urol
2010;17:5223–5.

10. Baquedano P, Nardiello A, Monje
M. Cistitis Eosinofílica: Reporte de un
caso. Rev Chil Urol 2003; 68 (2): 207-
210.

11. Hellstrom HR, Davis BK, Shonnard
JW. Eosinophilic cystitis: A Study of
16 cases. Am J Clin Pathol
1979;72(5):777-784.