

Resolución espontánea de un quiste hidatídico retrovesical

Emilio Pintor-Holguín^a, Pedro García-Méndez^b, José María Moral-Pascual^b y José Luis Barbosa-Rodríguez^c

^aDepartamento de Especialidades Médicas. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Madrid. Servicios de ^bMedicina Interna y ^cRadiodiagnóstico. Clínica Santa Elena. Madrid. España.



Figura 1. Imagen de TC de la pelvis: en localización paravesical izquierda se observa una imagen de lesión quística polilobulada con pared gruesa y contenido vesicular.



Figura 2. Imagen de TC de la pelvis: se observa la lesión quística con diferentes densidades de aproximadamente 8 x 4,5 cm.

Caso clínico

Mujer de 63 años diagnosticada previamente de hidatidosis hepática calcificada que fue intervenida de tumoración quística ovárica para el que se realizó tratamiento quirúrgico (histerectomía y doble anexectomía). Durante el acto quirúrgico se produjo rotura del quiste en la cavidad peritoneal liberándose un contenido líquido con formaciones similares a “pellejos de uva”, realizándose limpieza quirúrgica con suero hipertónico e iniciándose tratamiento con mebendazol oral 300 mg/8 h, que se suspendió a los 3 meses por intolerancia gastrointestinal.

Seis meses después la paciente estaba asintomática y con técnicas de imagen (ecografía y tomografía computarizada [TC]) se observó la aparición de una tumoración quística en la cara posterolateral izquierda de la vejiga (figs. 1 y 2) y serología positiva (hemaglutinación indirecta) a títulos altos (1/4096).

Se decidió tratamiento conservador y controles periódicos, y se reinició mebendazol oral (500 mg/8 h). Durante 8 años la paciente se mantuvo asintomática con niveles de títulos serológicos para hidatidosis estables (en torno a 1/8192) y con estabilización del tamaño del quiste.

Acudió a la consulta por cuadro de sintomatología urinaria con disuria y hematuria, así como la emisión de “pellejos de uva” en la orina. No refería alteración del ritmo ni de las características de la deposición. El urocultivo fue negativo, la histopatología de la orina era compatible con paredes de quiste hidatídico y las técnicas de imagen (ecografía-TC) demostraron una disminución significativa del tamaño del quiste con imágenes aéreas tanto a nivel del quiste como dentro de la vejiga (fig. 3).

Evolución

Se realizó un tránsito gastrointestinal y un enema opaco donde no se evidenció comunicación del quiste ni de la vejiga con el tubo digestivo. Se decidió tratamiento conservador (no quirúrgico) iniciándose tratamiento farmacológico con albendazol 400 mg/12 h por vía oral durante 3 meses, y el tamaño del quiste se redujo hasta desaparecer por completo 12 meses después (fig. 4).

Comentario final

La hidatidosis retrovesical es una forma de presentación poco frecuente que representa entre el 0,1-0,5% de todos los quistes hidatídicos¹. Las mayores series publicadas en la literatura están realizadas en países donde esta enfermedad es endémica; en especial en el área mediterránea, y no suelen superar los 30 casos recogidos a lo largo de varios años¹⁻⁴. En nuestro país se ha descrito en los últimos años algún caso aislado⁵⁻⁷. La mayor parte de los casos ocurre como consecuencia de la rotura de algún quiste abdominal o

Correspondencia: Dr. E. Pintor-Holguín.
Departamento de Especialidades Médicas. Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad Europea de Madrid.
Tajo, s/n. 28670 Villaviciosa de Odón. Madrid. España.
Correo electrónico: emilio.pintor@ema.cisa.uem.es

Manuscrito recibido el 27-8-2003; aceptado el 26-9-2003.



Figura 3. Imagen de TC de la pelvis: quiste paravesical izquierdo con menor tamaño que en las imágenes previas, con aire en su interior y en la cúpula vesical.



Figura 4. Imagen de TC de la pelvis han desaparecido las imágenes quísticas paravesicales y el aire intravesical.

pélvico y su diseminación por el saco de Douglas durante un acto quirúrgico con fines diagnósticos o terapéuticos.

Esta forma de hidatidosis suele manifestarse clínicamente con sintomatología urinaria inespecífica^{2,4} como disuria, polaquiuria y tenesmo e incluso como retención urinaria⁶. Ocasionalmente (no más del 15% de las hidatidosis retrovesicales²) pueden fistulizarse: sobre todo a la vejiga^{8,9} o algún órgano adyacente (como vagina o colon¹⁰). Cuando existe una fistula quistovesical, la presencia de hidatiduria (orina con material gelatinoso y la presencia de “pellejos de uva”) es patognomónico de quiste hidatídico fistulizado a la vía urinaria.

El diagnóstico de las hidatidosis retrovesicales suele basarse en los antecedentes del paciente (cirugía abdominal o pélvica por hidatidosis) y se confirma con la serología y las técnicas de imagen² (ecografía y TC).

El tratamiento de esta entidad suele ser quirúrgico en la mayor parte de los casos con la resección del quiste²⁻⁴, aunque en ocasiones por las características del quiste o la situación clínica del paciente se decide una actitud conservadora y tratamiento farmacológico con benzimidazoles^{11,12}.

Respecto al tratamiento de las fistulas quistovesicales se suele recomendar el cierre quirúrgico de la misma, aunque se han descrito 2 casos en la literatura como el nuestro de curación “espontánea” sin cirugía¹³.

En nuestra paciente se decidió un tratamiento no quirúrgico de la hidatidosis retrovesical produciéndose una evolución favorable de forma espontánea al producirse la fistulización a vejiga. La utilización a partir de este momento de albendazol por vía oral puede haber contribuido en alguna medida a que la fistula quistovesical se haya resuelto sin cirugía.

Bibliografía

1. Seimenis A. Overview of the epidemiological situation on echinococcosis in the Mediterranean region. *Acta Trop* 2003;85:191-5.
2. Horchani A, Nouira Y, Chtourou M, Kacem M, Ben Safta Z. Retrovesical hydatid disease: a clinical study of 27 cases. *Eur Urol* 2001;40:655-60.
3. Ben Adballah R, Hajri M, Aoun K, Ayed M. Retrovesical and retroperitoneal extrarenal hydatid cyst: descriptive study of 9 cases. *Prog Urol* 2000;10: 424-31.
4. Ozbey I, Aksoy Y, Bigci O, Polat O. Hydatid disease of the urinary tract: review of the management of 9 cases. *Int Urol Nephrol* 2001;33:329-34.
5. Rizza G, Bartolotta G, Vacirca F, Rasa G, Pecorella G, Fusto A. Retrovesical hydatid cyst fistulized into the bladder, associated with multiple hepatic and epididymic hydatidosis (contribution on pelvic echinococcosis in humans). *Chir Ital* 1980;32:1394-414.
6. Rodríguez Rincón JP, Cabello Padial J, Cuervo Pinna C, García-Moreno AA, Marino Del Real J, Sevilla Zabaleta M. Uropatía obstructiva secundaria a un quiste hidatídico retrovesical. *Actas Urol Esp* 1999;23:282-6.
7. Carmona Campos EC, Regueiro López JC, Álvarez Kindelan J, Saceda López JL, Anglada Curado F, Requena Tapia MJ. Quiste hidatídico retrovesical. *Actas Urol Esp* 1998;22:446-8.
8. Touiti D, Ameer A, Chohou K, Alkandry S, Oukheira H, Borki K. Hydatid cyst of the Douglas' cul-de-sac with fistula to the bladder. Report of 2 cases. *Ann Urol (Paris)* 2001;35:216-9.
9. Cruz Pineda O, Munoz Segui J, Aguiló Lucía F, Torrecilla Ortiz C, Serrallach Mila N. Quiste hidatídico retrovesical fistulizado laterovesical. *Actas Urol Esp* 1987;11:411-4.
10. Burgos FJ, Tallada M, Hernández C, Perales L, Pérez de Oteya J. Quiste hidatídico retrovesical fistulizado al colon sigmoidees. *Actas Urol Esp* 1986; 10:367-70.
11. El-On J. Benzimidazole treatment of cystic echinococcosis. *Acta Trop* 2003; 85:243-52.
12. Reuter S, Jensen B, Buttenschoen K, Kratzer W, Kern P. Benzimidazoles in the treatment of alveolar echinococcosis: a comparative study and review of the literature. *J Antimicrob Chemother* 2000;46:451-6.
13. Vaidyanathan S, Rao MS, Sharma SK, Rajendran LJ, Subudhi CL, Rao KM, et al. Non-operative management of a pelvic hydatid cyst communicating with the bladder. *J Urol* 1979;121:245-7.