

Hidatidosis primaria retrovesical como causa de enfermedad renal crónica

Nefrología 2013;33(2):285-6

doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Oct.11761

Sr. Director:

La hidatidosis es una zoonosis endémica causada por la tenia *Echinococcus*, en la que el ser humano participa al ingerir los huevos excretados en heces de perros u otros huéspedes¹. De forma poco frecuente, puede presentarse con quistes localizados en pelvis².

Presentamos el caso de un varón de 73 años que a los 33 años fue intervenido de quiste hidatídico pulmonar derecho que se complicó con una reacción anafiláctica grave tras la ruptura del quiste. Se remite por alteración de la función renal con creatinina (Cr) 3 mg/dl. El paciente refiere sintomatología prostática con polaquiuria y nicturia con palpación abdominal compatible con globo vesical de gran tamaño.

La bioquímica se muestra en la tabla 1. El sedimento urinario es normal, la proteinuria y el urinocultivo son negativos y el estudio inmunológico y los marcadores tumorales son normales (antígeno prostático específico 2,33 ng/ml). El *Echinococcus granulosus* en sangre es elevado, 9,18 kU/l (0,00-0,35), y la serología para *Echinococcus* IgG enzimoanálisis (EIA) es negativa. La radiografía de tórax excluye lesiones pulmonares. En la ecografía vesicoprostatica se visualiza gran masa sólido-quística retrovesical con ureterohidronefrosis bilateral, grado IV, en riñón derecho (RD) y grado III en riñón izquierdo (RI).

La resonancia magnética (figura 1) muestra una gran lesión ocupante de espacio de 17,5 cm de diámetro máximo que invade la cavidad pélvica con el polo superior a la altura de L4-L5, ejerciendo un colapso casi total de la vejiga. Tiene forma ovoidea, bien definida, con múltiples septos internos, compatible con quiste hidatídico tipo II2B de

Polat. En polo inferior del RI se observa una lesión de 61 mm ovoidea compatible con quiste hidatídico inactivo tipo III. Hay dilatación de ambos sistemas colectores renales, con disminución del RD, que tiene un diámetro de 84 mm y cortical adelgazada. El RI tiene un diámetro longitudinal de 11 cm.

Tras intento fallido de colocación de catéteres ureterales por cistoscopia, se realiza nefrostomía bilateral con mejoría parcial de la función renal (Cr 2,4 mg/dl), a través de la cual se colocan dos catéteres ureterales.

Tras dos meses de tratamiento con albendazol, se realiza laparotomía media supra e infraumbilical, donde se visualiza un quiste retrovesical que ocupa toda la pelvis menor y que infiltra el uréter en su pared lateral derecha. Se realiza la inyección intraquística con suero salino hipertónico y posterior aspiración de su contenido, saliendo un líquido con «pellejos de uva». Se realiza marsupialización del quiste, manteniendo la pared vecina a la vejiga y nefroureterectomía derecha.

Se retira el catéter ureteral izquierdo a los 5 meses de la intervención. La polaquiuria y la nicturia experimentan una mejoría progresiva, aunque persiste nicturia de 2 a 3 veces. Se mantiene el tratamiento con albendazol hasta cumplir un total de 6 meses, con excelente tolerancia. El *Echinococcus granulosus* en sangre es 4,19 kU/l y la serología continua siendo negativa (IgG EIA índice 0,52). Mantiene Cr de 1,5 mg/dl, con proteinuria de 1 g/día.

Desde el punto de vista renal, la hidatidosis puede causar hematuria o dolor lumbar². También se ha descrito glomerulonefritis mediada por inmunocomplejos y amiloidosis secundaria^{3,4}. Se han publicado diversos casos de quiste hidatídico retrovesical², aunque es una forma de manifestación poco frecuente (0,1-0,5 % de los quistes hidatídicos)¹. La mayor parte ocurre como consecuencia de la rotura de algún quiste abdominal o pélvico o su

diseminación por el saco de Douglas durante un acto quirúrgico. Suele manifestarse con sintomatología urinaria inespecífica e incluso retención urinaria. Menos de un 15 % de las hidatidosis retrovesicales² pueden fistulizarse sobre todo a vejiga^{5,6}, siendo la hidatiduria un signo patognomónico de fistula quistovesical⁷.

El paciente descrito es remitido para estudio de insuficiencia renal y se le diagnostica quiste hidatídico gigante retrovesical, sin que exista el antecedente de rotura o de cirugía de un quiste abdominal o pélvico. Parece lógico pensar que,

Tabla 1. Analítica al ingreso

Hemoglobina	9,8 g/dl
Hematocrito	30,1 %
VCM	96
Leucocitos	7700 / μ l
Neutrófilos	4770 / μ l
Linfocitos	1470/ μ l
Eosinófilos	4 00/ μ l
Plaquetas	273000/ μ l
Glucosa	106 mg/dl
Albúmina	3,5 g/dl
Proteínas totales	5,4 g/dl
Acido úrico	7,8 mg/dl
Urea	92 mg/dl
Creatinina	3,15 mg/dl
Calcio	8,5 mg/dl
Fósforo	3 mg/dl
Sodio	131 mEq/l
Potasio	5,1 mEq/l
Colesterol	176 mg/dl
Triglicéridos	113 mg/dl
HDL	51 mg/dl
LDL	102 mg/dl
PCR	3,3 mg/dl
VSG	15 mm/hora
INR	1

HDL: lipoproteínas de alta densidad; INR: *International Normalized Ratio*; LDL: lipoproteínas de baja densidad; PCR: proteína C reactiva; VCM: volumen corpuscular medio; VSG: Velocidad de sedimentación globular.



Figura 1. Resonancia magnética. Se objetiva el quiste hidatídico pélvico y la hidronefrosis bilateral secundaria.

durante la intervención del quiste pulmonar, se produjera una siembra hematógena tras su ruptura, con la formación de un quiste pelviano, que ha ido creciendo de manera silenciosa a lo largo de los años.

La detección de antígenos circulantes de *Equinococcus granulosus* en suero es menos sensible que la detección de anticuerpos, que es el método diagnóstico de elección⁸. Un test serológico negativo no descarta la equinococosis, como ocurre en nuestro caso. Actualmente no hay ningún test serológico con sensibilidad y especificidad del 100 %⁸, por lo que su resultado debe confrontarse siempre con los hallazgos radiológicos.

Se recomienda quimioterapia con albendazol o mebendazol antes y después de la cirugía⁹⁻¹¹, ya que reduce el riesgo de siembra peritoneal y disminuye la tensión del quiste para una más fácil extirpación. Nosotros realizamos un tratamiento precirugía de 2 meses con albendazol y otros 4 meses tras la intervención.

Llamamos la atención sobre el caso, ya que una historia detallada y un alto índice de sospecha, particularmente en pacientes de áreas endémicas, ayudan a establecer el diagnóstico de hidatidosis pélvica.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

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(6):655-60.
3. Gelman R, Brook G, Green J, Ben-Itzhak O, Nakhoul F. Minimal change glomerulonephritis associated with hydatid disease. *Clin Nephrol* 2000;53:152-5.
4. Göğüs C, Safak M, Baltacı S, Türkölmez K. Isolated renal hydatidosis: experience with 20 cases. *J Urol* 2003;169:186-9.
5. Pintor E, García P, Moral JM, Barbosa JL. Resolución espontánea de un quiste hidatídico retrovesical. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004;22(4):246-7.
6. Tuiti D, Ameur A, Chouhou K, Alkandry S, Oukheira H, Borki K. Hydatid cyst of the Douglas's cul-de-sac with fistula to the bladder. Report of 2 cases. *Ann Urol (Paris)* 2001;35:216-9.
7. Senarriaga N, Loizaga A, Iriarte I, Lacasa I, Urzaiz M. Hidatidosis pelviana como ejemplo de masas pelvianas de etiología dudosa. *Actas Urol Esp* 2009;33:1129-32.
8. Biava MF, Dao A, Fortier B. Laboratory diagnosis of cystic hydatid disease. *World J Surg* 2001;25:10-4.
9. Shrawan K, Pankaj W, Chandramohan V. Primary retrovesical hidatidosis causing chronic renal failure. *Int J Urol* 2006;13:76-9.
10. Sayarlioglu H, Erkok R, Soyoral Y, Etlik O, Dogan E, Kotan C. Peritoneal hydatid cyst: an unusual cause of abdominal pain in a haemodialysis patient. *Nephrol Dial Transplant* 2006;21:1441-2.
11. Ozbey I, Aksoy Y, Bicgi O, Polat O. Hydatid disease of the urinary tract: review of the management of 9 cases. *Int Urol Nephrol* 2001;33:329-34.

Laura Sánchez-Rodríguez¹,

Carlos Serra-Díaz²,

Antonia Domenech-Iglesias³, Manuel

Sánchez-Sanchis⁴, Luis Álvarez-Avellán¹,

Ramón López-Menchero¹,

M. Dolores Albero-Molina¹,

Carlos del Pozo-Fernández¹

¹ Sección de Nefrología. Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy. Alicante.

² Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy. Alicante.

³ Servicio de Radiología. Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy. Alicante.

⁴ Servicio de Urología. Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy. Alicante.

Correspondencia: Laura Sánchez Rodríguez
Sección de Nefrología.

Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy.

Polígono de Caramanxel s/n.

03804 Alcoy, Alicante.

sanchez_lau@gva.es

Crisis falciforme y rechazo agudo humoral en injerto renal

Nefrología 2013;33(2):286-8

doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Oct.11760

Sr. Director:

El trasplante renal en pacientes con anemia de células falciformes ha sido realizado en forma exitosa en los últimas décadas^{1,2}; sin embargo, las complicaciones por fenómenos vaso-oclusivos son frecuentes y pueden llevar a pérdida del injerto³. Es bien conocida la presencia de propiedades procoagulantes en los pacientes con anemia de células falciformes, que confiere un estado protrombótico, factor de riesgo para la supervivencia del injerto renal, donde la trombosis representa el 2-7 % de las causas de pérdida de este.

Existen algunas alternativas terapéuticas para prevenir estos fenómenos trombóticos. Una de ellas es mantener niveles de hemoglobina A (HbA) cercanos al 85-90 % del total, preoxigenación con FiO₂ al 40 % durante 48 horas luego del trasplante y evitar períodos de deshidratación, hipoxia y acidosis^{1,4}.

En este artículo realizamos el reporte de una paciente con antecedente de anemia de células falciformes, quien, después del trasplante renal, presenta crisis vaso-oclusiva y rechazo agudo humoral del injerto, tratados exitosamente con exanguinotransfusión y plasmáferesis.