



# Hidatidosis vesical y retrovesical: reporte de caso

## *Bladder and retrovesical hydatidosis: case report*

Noris Lozano<sup>1</sup>, Giuliana Arrunátegui-Salas<sup>2</sup>, Yamir Amado<sup>2</sup>, Angie Arakaki<sup>2</sup>, Ericson L. Gutierrez<sup>2,3</sup>

1 Servicio de Urología, Hospital II Ramón Castilla, Red Asistencial Almenara, Seguro Social de Salud EsSalud. Lima, Perú.

2 Facultad de Medicina Humana, Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

3 Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

### Correspondencia

Noris Giokonda Lozano Espinoza  
giokonda2786@hotmail.com

Recibido: 01/06/2016

Arbitrado por pares

Aprobado: 29/06/2016

Citar como: Lozano N, Arrunátegui-Salas G, Amado Y, Arakaki A, Gutierrez EL. Hidatidosis vesical y retrovesical: reporte de caso. *Acta Med Peru.* 2016;33(3):241-3

### RESUMEN

Se reporta el caso de un paciente peruano con diagnóstico de hidatidosis vesical y retrovesical diagnosticado por Tomografía Axial Computarizada (TAC), confirmándose *Equinococcus granulosus* por Inmunoblot. Fue intervenido quirúrgicamente para una quistectomía laparoscópica múltiple, en la que se encuentran además quistes en lóbulo hepático izquierdo, mesenterio y pared peritoneal. Recibió tratamiento médico pre y post operatorio con albendazol y continuó con controles a través de consultorio externo.

### Palabras clave:

Equinococosis, Enfermedades parasitarias, *Equinococcus granulosus* (fuente: DeCS BIREME).

### ABSTRACT

We report a case of a Peruvian patient diagnosed with bladder and retrovesical hydatidosis using Computed Tomography (CT), and the presence of *Echinococcus granulosus* was confirmed by an Immunoblot test. The patient underwent surgery for a multiple laparoscopic cystectomy, and some cysts were also found in the left hepatic lobe, as well as in the mesentery and the peritoneal wall. The patient received pre- and post-operative medical therapy with albendazole and he had been continuously controlled in the outpatient clinic.

**Key words:** Echinococcosis, Parasitic Diseases, *echinococcus granulosus* (source: MeSH NLM).

## INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una zoonosis parasitaria que puede afectar a la vejiga, es causada por la larva del *Equinococcus granulosus*. El hospedero intermediario es el ganado y el hospedero accidental es el humano, que desarrollan quistes cuyas localizaciones más frecuentes son hígado y pulmón<sup>[1]</sup>. La localización en el sistema urinario del quiste hidatídico representa el 2-4% de todas las hidatidosis y es de difícil diagnóstico<sup>[2]</sup>.

Las personas relacionadas con la caza o la ganadería son las más predisuestas. Las zonas con mala salubridad, pobreza, mala higiene se establecen como áreas endémicas<sup>[3]</sup>. El mecanismo de transmisión comienza cuando los huevos salen al exterior con las heces del animal, luego el hombre al ingerir alimentos contaminados o estar en contacto con estos huevos, adquiere la infección. El parásito se abre paso a través de la pared intestinal hasta la vena porta, llega al hígado y pulmón principalmente<sup>[4]</sup>. Para lograr la infección, el parásito libera moléculas que modulan directamente las respuestas inmunes del anfitrión, lo que favorece una fuerte respuesta anti-inflamatoria y mantiene vivo al parásito<sup>[5]</sup>.

La mayor prevalencia de hidatidosis en humanos y animales se encuentra en los países de las zonas templadas, incluyendo el sur de Sudamérica, todo el litoral mediterráneo, sur y el centro de la antigua Unión Soviética, Asia central, China, Australia y partes de África. En los EE.UU., la mayoría de las infecciones se diagnostican en los inmigrantes procedentes de países en los que la enfermedad es altamente endémica<sup>[6]</sup>.

En Perú la máxima incidencia se da en aquellas regiones donde la cría de ganado ovino, bovino o caprino es la principal actividad económica como los departamentos de Pasco, Huancavelica, Junín, Puno, Cusco. La sierra central de Perú, posee el 98% de los casos de hidatidosis del país<sup>[7]</sup>.

Debido a la gran incidencia de esta zoonosis parasitaria, nuestro objetivo es comunicar un nuevo caso de hidatidosis vesical y retrovesical, así como su tratamiento.

## REPORTE DE CASO

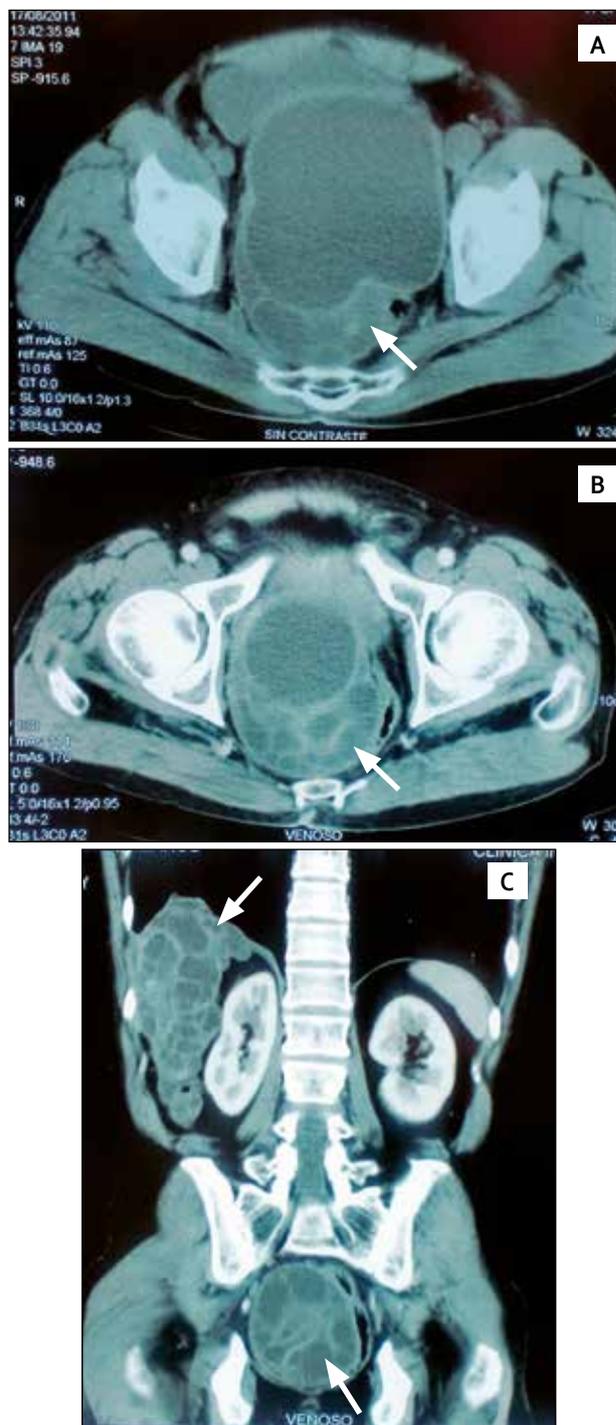
Paciente varón de 52 años, procedente de Junín (sierra central del Perú) refiere que desde hace cinco años presenta polaquiuria, chorro disminuido, dolor abdominal de moderada intensidad que se irradia a hipogastrio, llenura precoz, malestar general y baja de peso. Hace 25 años fue diagnosticado de quiste hidatídico hepático y hace ocho años de candidiasis esofágica.

Al examen físico se evidenció abdomen distendido y doloroso a la palpación, asimétrico con lesión tumoral en hipogastrio peri e infraumbilical de 5 x 5 cm, ruidos hidroaéreos presentes e hígado palpable a 2 cm de reborde costal derecho.

Dentro de los exámenes auxiliares cuenta con un hemograma con valores normales a excepción de un valor anormal de eosinófilos (6%), un inmunoblot positivo para hidatidosis y un coprocultivo con *Endolimax nana*; valores normales de urea y

creatinina; y un perfil hepático sin alteraciones a excepción de un valor elevado de fosfatasa alcalina (215 UI/L), con una prueba de ELISA para VIH no reactiva.

La tomografía axial computarizada (TAC) evidenció hidatidosis hepática, múltiples quistes hidatídicos en pared vesical y retrovesical. Vejiga de escasa distensión desplazado. La glándula prostática de volumen normal. (Figura 1).



**Figura 1 (a,b,c).** TAC evidencia múltiples quistes hidatídicos en retroperitoneo y en vejiga a nivel de pared vesical y retrovesical con alteración de la grasa perivesical que deforman y desplazan la anatomía renal y vesical.

Recibió tratamiento con albendazol 400 mg VO cada 12 horas antes y después de la cirugía. Fue intervenido quirúrgicamente para quistectomía laparoscópica múltiple. Los hallazgos intraoperatorios fueron quistes múltiples, midiendo el de mayor tamaño 15x10x9 cm en vejiga y otro de 10x8x7 cm en lóbulo hepático izquierdo. Los de mediano tamaño se encontraron en mesenterio, pared peritoneal y vejiga, siendo el contenido de todos ellos escólex y vesículas. Se realizó seguimiento del paciente por un mes, observándose buena evolución postoperatoria, posteriormente fue derivado a consultorio externo de medicina. No se obtuvo control tomográfico posterior y se perdió el contacto con el paciente posterior al seguimiento realizado.

## DISCUSIÓN

Se presentó un caso de hidatidosis vesical y retrovesical, lo cual es poco frecuente. En nuestra búsqueda de la literatura encontramos muy pocos casos de hidatidosis de ubicación vesical. De esta manera un paciente reportado por Feki en Túnez<sup>[8]</sup>, muestra también síntomas de dolor en el flanco izquierdo, disconfort abdominal, urgencia urinaria y nicturia. De manera similar Ganie<sup>[9]</sup> en la India, reporto un paciente con una historia de dos años con dolor abdominal bajo y urgencia urinaria. En estos casos, así como en el del presente reporte se encontró el antecedente de hidatidosis previa.

Así mismo la ubicación retrovesical del quiste hidatídico es también muy rara presentándose solo entre 0,1 a 0,5% de los casos de hidatidosis<sup>[10]</sup>. Esta ubicación del quiste hidatídico puede provocar síntomas urinarios bajos como los presentados en el paciente<sup>[11]</sup>.

Por lo general la sintomatología urinaria de estas formas de hidatidosis suelen ser inespecíficas<sup>[10]</sup> como disuria, polaquiuria, tenesmo e incluso retención urinaria<sup>[11]</sup>. La hidatiduria (orina gelatinosa y la presencia de "pellejos de uva") se puede presentar cuando existe una ruptura del quiste hidatídico dentro de la vejiga<sup>[11]</sup>.

En Perú así como en otros países endémicos, hay que tener la sospecha clínica basada en los antecedentes epidemiológicos, ya que la hidatidosis vesical y retrovesical es de difícil diagnóstico<sup>[7]</sup>.

La serología complementa el diagnóstico, aunque su sensibilidad (88-96%) y especificidad (95-100%) varían de acuerdo a la localización hidatídica<sup>[2]</sup>, además se pueden producir falsos positivos por reacción cruzada con otros parásitos. La ecografía es útil en casos de quistes hidatídicos y se utiliza la TAC cuando existe duda diagnóstica y/o para determinar la relación con órganos adyacentes<sup>[12]</sup>.

Las pruebas de imágenes son importantes para diagnosticar hidatidosis. En la radiografía simple se ha descrito la presencia de calcificaciones entre el 25% y el 62% de algunas series<sup>[2]</sup>. Actualmente, la prueba más importante es la TAC, ya que nos proporciona información detallada del quiste y su contenido. Además, nos ayuda a valorar el resto de órganos y su posible compromiso<sup>[12]</sup>.

En cuanto al tratamiento, los procedimientos quirúrgicos van desde la punción simple hasta la aspiración del contenido del quiste mediante la resección parcial del órgano afectado. La técnica más común es la cistectomía total o parcial. En pacientes con quistes complicados, la cirugía mantiene su lugar como

el tratamiento de elección. El albendazol, como tratamiento complementario, se inicia 1 semana antes de la cirugía y se continúa hasta 3 meses después de cirugía<sup>[13]</sup>.

En este caso se decidió el tratamiento quirúrgico laparoscópico de la hidatidosis vesical, recibiendo previamente albendazol a dosis de 10 a 14 mg/kg/d por 4 semanas con el fin de esterilizar el quiste y de esta manera evitar la diseminación durante el acto quirúrgico.

La evolución postoperatoria suele ser favorable. El empleo de agentes antihelmínticos como el albendazol tras la intervención quirúrgica es controvertido<sup>[10]</sup>.

Se ha descrito un método seguro y con menor tiempo de estancia hospitalaria, el drenaje percutáneo del quiste<sup>[11,14]</sup>, pero disponemos de un número reducido de pacientes, por lo que habrá que esperar para sacar conclusiones sobre dicho tratamiento.

En conclusión, se presenta un caso de hidatidosis vesical y retrovesical. La importancia de este reporte radica en la rareza del caso, de esta manera con su publicación se aporta al conocimiento de los síntomas, diagnóstico y el manejo de la hidatidosis de ubicación vesical y retrovesical.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torrecilla J, Müller C, Sanz A, Rivero M, Cortiñas J, Fernández E. Hidatidosis renal. Arch Esp Urol. 2006;59(7):739-42.
2. Acuña M, Benadof D, Galaz M. Hidatidosis: Revisión de 12 años de experiencia en un hospital pediátrico. Rev Ped Electr. 2012;8(3):33.
3. Moro PL, Caverro CA, Tambini M, Briceño Y, Jimenez R, Cabrera L. Prácticas, Conocimientos y Actitudes sobre la Hidatidosis humana en poblaciones procedentes de zonas endémicas. Rev Gastroenterol Peru. 2008;28(1):43-9.
4. Cebollero MP, Córdoba E, Escartín J, Cantín S, Artigas JM, Esarte JM. Hydatid cyst of spleen. J Clin Gastroenterol. 2001;33(1):89-90.
5. Siracusano A, Delunardo F, Teggi A, Ortona E. Cystic echinococcosis: aspects of immune response, immunopathogenesis and immune evasion from the human host. Endocr Metab Immune Disord Drug Targets. 2012; 12(1):16-23.
6. Moro P, Schantz PM. Echinococcosis: a review. Int J Infect Dis. 2009;13(2):125-33.
7. Pérez LCR. Proyecto de control de hidatidosis en el Perú por vigilancia epidemiológica. [Tesis para optar el grado de Doctor en Medicina]. Lima: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
8. Feki W, Ghazzi S, Khiari R, Ghorbel J, Elarbi H, Khouni H, et al. Multiple unusual locations of hydatid cysts including bladder, psoas muscle and liver. Parasitol Int. 2008;57(1):83-6.
9. Ganie F, Dar O, Kaleem A, Hassan S, Gani M. Hydatid cyst of urinary bladder. Indian J Nephrol. 2013;23(6):462-3.
10. Quispe G. Quiste hidatídico retrovesical. Rev Peru Urol. 2007;16(1):42-7.
10. Ercil H, Gurlen G, Sener NC, Altunkol A, Kuyucu F, Evliyaoglu Y. A rare cause of lower urinary tract symptoms: retrovesical hydatid cyst. J Pak Med Assoc. 2014;64(9):1087-9.
11. Tekin R, Avci A, Tekin R, Gem M, Cevik R. Hydatid cysts in muscles: clinical manifestations, diagnosis, and management of this atypical presentation. Rev Soc Bras Med Trop. 2015;48(5):594-8.
12. Junghans T, da Silva A, Horton J, Chiodini P, Brunetti E. Clinical management of cystic echinococcosis: state of the art, problems, and perspectives. Am J Trop Med Hyg. 2008;79(3):301-11.
13. Delgado M, Solís C, Burgos J, Aguilar V. Quiste hidatídico renal gigante. Aportación de un nuevo caso. Actas Urol Esp. 2001;25(2):129-32.