

Revista Cubana de Urología

IMÁGENES EN UROLOGÍA

Calcinosis vesicoureteral en la esquistosomiasis crónica

*Vesicoureteral calcinosis in chronic schistosomiasis*Tomás Lázaro Rodríguez Collar^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-3769-5024>Alfonso José Pérez Espinosa² <https://orcid.org/0000-0002-0294-7762>¹Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”. La Habana, Cuba.²Hospital Clínico Quirúrgico Provincial “Joaquín Albarrán”. La Habana, Cuba.*Autor para la correspondencia: tomasrc@infomed.sld.cu

Recibido: 20/03/2020 Aceptado: 23/04/2020

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 26 años de edad con piel de color negro y labrador de una aldea de Malanje, provincia situada en el norte de Angola. Fue remitido a la capitalina Clínica Multiperfil de Luanda por presentar toma del estado general, edemas en ambos miembros inferiores y astenia marcada de varios meses de evolución.

En el interrogatorio refirió que había presentado sangramiento en la orina en varias ocasiones, por eso había acudido a la medicina tradicional. Además, relató como antecedente que desde la infancia se bañaba de manera frecuente en el río de la localidad.

En el examen físico general se constató un paciente emaciado y con marcada palidez cutánea y de las mucosas. El abdomen se mostró globuloso y a la palpación se constataron sendas masas

polilobuladas en los flancos, que presentaban contacto lumbar en la maniobra de peloteo renal.

En ambos miembros inferiores presentaba marcado edema blando hasta por encima de las rodillas, que dejaba las impresiones digitales del examinador por largo tiempo. La frecuencia cardiaca estaba en 104 por minuto y la tensión arterial en 190/110 mm/Hg.

En los exámenes complementarios de la analítica sanguínea se verificó: hemoglobina en 6,8 g/L, creatinina en 1052 $\mu\text{mol/L}$, urea en 38 mmol/L, potasio en 7,3 mmol/L y acidosis metabólica severa.

En el ultrasonido abdominal se informó que ambos riñones estaban muy aumentados de tamaño, y que presentaban hidronefrosis severa con parénquima inmedible. Además, existía gran dilatación de ambos uréteres en toda su extensión, y no se observaba su causa.

Ante este hallazgo se le practicó al paciente una tomografía axial computarizada simple del abdomen, la cual reveló la existencia de hidronefrosis severa de ambas unidades renales, con infiltración cálcica de la pared de estos hasta su tercio medio (**Fig. 1**) calcinosis circunferencial total de la pared vesical (**Fig. 2**) y estenosis significativa del tercio distal de los uréteres (**Fig. 3**).



Fig. 1- Vista del corte coronal de la TAC abdominal. Se observa calcinosis vesical y ureteral con severa hidronefrosis bilateral.

Con los antecedentes del paciente, el cuadro clínico referido y los hallazgos imagenológicos antes relatados, se diagnosticó insuficiencia renal terminal de causa obstructiva, como secuela de esquistosomiasis urinaria de larga evolución. Se evaluó al paciente en el equipo multidisciplinario y se decidió su ingreso en la unidad de cuidados intensivos para realizarle hemodiálisis en días alternos.

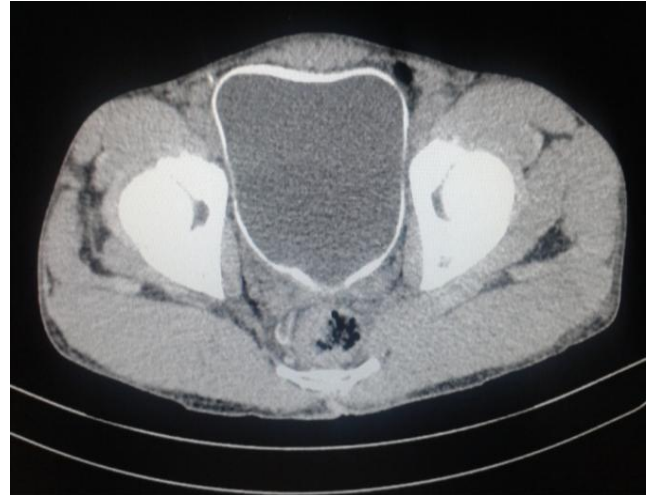


Fig. 2- Imagen del corte axial de la TAC abdominal. Se aprecia toda la pared vesical calcificada.

El paciente evolucionó con mejoría paulatina de los niveles de los azoados séricos, del equilibrio del medio interno, así como de su estado general. Con posterioridad se le insertó fístula arteriovenosa en uno de sus miembros superiores para continuar el tratamiento dialítico depurador en el servicio de hemodiálisis de la clínica, con la esperanza puesta en un futuro trasplante renal en otro país.

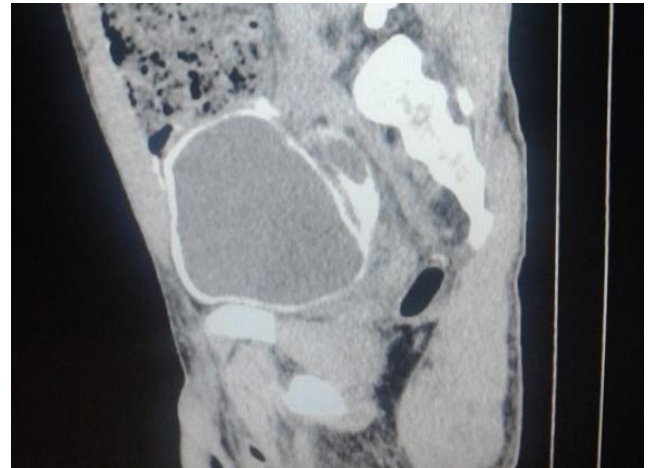


Fig. 3- Vista del corte sagital de la TAC abdominal. Se constata la ureteritis calcinosa severa con estenosis del tercio distal.

COMENTARIO

La esquistosomiasis urinaria no tratada oportuna y satisfactoriamente puede conducir a un estado crónico. En esta condición sus dos complicaciones más temidas son la insuficiencia renal crónica, por obstrucción ureteral, y la aparición de cáncer vesical.^(1,2) En países con sistemas de salud poco desarrollados, que no garantizan la cobertura universal de la salud para todos sus habitantes, este fenómeno es una triste realidad.⁽²⁾

Se describe en la literatura que la esquistosomiasis de larga evolución puede provocar depósitos cálcicos intramurales en la pared vesical y ureteral, derivado de la afectación de la capa submucosa de estas estructuras.^(1,2)

Las imágenes expuestas en este artículo se corresponden con un caso típico de la complicación antes mencionada por los autores consultados. En el caso de la vejiga, también puede producirse la formación de úlceras, leucoplaquia, granuloma vesical, contractura del cuello de la vejiga y la degeneración maligna en un carcinoma epidermoide o escamoso que, a la larga, puede comprometer la vida del enfermo.⁽²⁾

La afectación ureteral puede causar hidronefrosis por estenosis ureteral severa, en muchas ocasiones de forma silenciosa, y la consecuente atrofia renal funcional.^(1,2) Estos hallazgos se pueden apreciar tanto en el ultrasonido como en las radiografías simples del tracto urinario, así como en la tomografía axial computarizada, la cual tiene la ventaja adicional que permite visualizar las lesiones calcificadas del colon.⁽¹⁾ Las vistas de la tomografía axial computarizada del paciente representan un caso típico de insuficiencia renal terminal producida por la extensa e intensa estenosis ureteral bilateral, secuela de esquistosomiasis crónica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chang AH, Blackburn BJ, Hsieh MH. Tuberculosis and Parasitic Infections of the Genitourinary Tract. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Craig CA, editors. Campbell- Walsh Urology. 11th ed. Chapter 17 [CD-ROM]. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2016.

2. Bustamante Sigarroa N, Bustamante Salazar N, Namugenyi A, Ordaz Fuentes Y, Lusawana N. Complicaciones de la esquistosomiasis urinaria crónica. Rev Cubana Urol. 2020 [acceso: 18/03/2020]; 9(1):2-12. Disponible en: <http://www.revurologia.sld.cu/index.php/rcu/articloe/view/557/645>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Tomás Lázaro Rodríguez Collar: Prestó atención médica directa al paciente, realizó la búsqueda bibliográfica y redactó el artículo.

Alfonso José Pérez Espinosa: Prestó atención médica directa al paciente y realizó el procesamiento digital de las imágenes.