



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Jalón Monzón, Antonio; San Martín Blanco, Alfonso; García Rodríguez, Jorge; Martín Benito, José Luis; Rodríguez Faba, Oscar; González Álvarez, Roberto Carlos; Álvarez Múgica, Miguel; Rodríguez Robles, Laura; Javier Regadera Sejas, Francisco

NEUROSÍFILIS Y DISFUNCIÓN VESICAL.

Archivos Españoles de Urología, vol. 59, núm. 2, marzo, 2006, pp. 189-192

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013926012>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

confusa. La identificación de estas lesiones es importante para evitar diagnósticos erróneos con otras lesiones de comportamiento agresivo localizadas en tejidos blandos. El pseudotumor fibroso de la túnica vaginal es una entidad clínica y patológica específica, aunque rara, puede ser reconocida intraoperatoriamente si se piensa en ella. No todas las masas escrotales se deben considerar malignas. Dado la falta de consenso en la literatura se entienden como sinónimos los términos que se han venido empleando para referirse a estas proliferaciones fibrosas de la túnica vaginal.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- **1. PARVEEN, T.; FLEISCHMANN, J.; PETRELLI, M.: "Benign fibrous tumor of the tunica vaginalis testis". Arch. Pathol. Lab. Med., 116: 277, 1992.
- **2. GOODWIN, W.E.: "Multiple, benign, fibrous tumors of tunica vaginalis testis". J. Urol., 56: 438, 1946.
- 3. LEWIS, H.Y.; PIERCE, J.M.: "Multiple fibromas of the tunica vaginalis". J. Urol., 87: 142, 1962.
- 4. JONES, M.A.; YOUNG, R.H.; SCULLY, R.E.: "Benign fibromatous tumors of the testis and paratesticular region: a report of 9 cases with a proposed classification of fibromatous tumors and tumor-like lesions". Am. J. Surg. Pathol., 21: 296, 1997.
- *5. GOODLAD, J.R.; FLETCHER, C.D.: "Solitary fibrous tumor arising at unusual sites: analysis of a series". Histopathology, 19: 515, 1991.
- *6. GARCIA, M.; BUSTOS, C.; DOMINGUEZ, E. y cols.: "A fibrous pseudotumor of the tunica vaginalis testis. A report of a new case and review of the literature". Actas Urol. Esp., 23: 68, 1999.
- 7. SARLIS, I.; YAKOYMAKIS, S.; REBELAKOS, A.G.: "Fibrous pseudotumor of the scrotum". J. Urol., 124: 742, 1980.
- 8. GORDON, W.S.: "Pseudotumor of testicular tunic". J. Urol., 118: 340, 1977.
- *9. TOBIAS-MACHADO, M.; CORREA, A.; HELO-ISA, L. y cols.: "Fibrous pseudotumor of tunica vaginalis and epididymis". Urology, 56: 670, 2000.
- 10. RUBENSTEIN, R.A.; DOGRA, V.S.; SEFTEL, A.D. y cols.: "Benign intrascrotal lesions". J. Urol., 171: 1765, 2004.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 59, 2 (189-192), 2006

NEUROSÍFILIS Y DISFUNCIÓN VESICAL.

Antonio Jalón Monzón, Alfonso San Martín Blanco, Jorge García Rodríguez, José Luis Martín Benito, Oscar Rodríguez Faba, Roberto Carlos González Álvarez, Miguel Álvarez Múgica, Laura Rodríguez Robles y Francisco Javier Regadera Sejas.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España.

Resumen.- *OBJETIVO:* La sífilis es una enfermedad sistémica que cursa en estadios clínicos sucesivos. La afectación del sistema nervioso central y de la médula espinal en fases tardías puede provocar disfunción vesical. Presentamos un caso de neurosífilis con hiperreflexia asociada.

MÉTODO: Varón de 51 años diagnosticado de neurosífilis que consultó por trastornos miccionales objetivando en el estudio urodinámico un detrusor hiperactivo de causa neurogénica.

CONCLUSIONES: En el diagnóstico diferencial de vejiga neumática en pacientes que presentan síntomas psiquiátricos y neurológicos debería ser considerada la neurosífilis. El diagnóstico etiológico es por examen del líquido cefalorraquídeo y el diagnóstico de su disfunción vesical mediante estudio urodinámico.

Correspondencia

Antonio Jalón Monzón
Electra, 1 - 4º L
33208 Gijón. Asturias. (España).
ajalonm@hotmail.com

Trabajo recibido: 21 de junio 2005

Palabras clave: Neurosífilis. Vejiga neurógena. Desórdenes vesicales.

Summary.- OBJECTIVES: Syphilis is a systemic disease the course of which follows successive clinical stages. Central nervous system and spinal cord involvement on late phases may lead to bladder dysfunction. We report one case of neurosyphilis with associated bladder hyperreflexia.

METHODS/RESULTS: 51-year-old male with the diagnosis of neurosyphilis consulting for voiding disorders with evidence of detrusor hyperactivity of neurogenic etiology on the urodynamic study.

CONCLUSIONS: The differential diagnosis of neurogenic bladder in patients with psychiatric or neurological symptoms should include neurosyphilis. Etiologic diagnosis is obtained by cerebrospinal fluid examination, and the diagnosis of bladder dysfunction by urodynamic study.

Keywords: Neurosyphilis. Neurogenic bladder. Bladder disorders.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad sistémica causada por una espiroqueta, *Treponema pallidum* (1). Cursa en estadios clínicos sucesivos y con un período de latencia asintomática de varios años de duración. Como resultado de esta infección se produce una proliferación del endotelio de los vasos sanguíneos de pequeño calibre que conducen a una endarteritis obliterante. En la sífilis tardía se produce un estado de hipersensibilidad provocando fenómenos necróticos y formación de úlceras gomosas. Al final, el componente inflamatorio puede ceder, aun cuando continúen evolucionando las lesiones, sobre todo en el aparato cardiovascular y el sistema nervioso central (SNC).

El SNC es invadido en las primeras fases de la infección; durante el estado secundario más del 30% de los pacientes muestran un líquido cefalorraquídeo anómalo. La neurosífilis sintomática produce diversos síndromes clínicos y aparece, aproximadamente, en el 5% de los enfermos sifiliticos no tratados. Esta forma suele ir precedida por una neurosífilis asintomática que se observa en alrededor del 15% de los enfermos diagnosticados como portadores de sífilis latente. En esta forma asintomática es posible hallar anomalías del SNC.

La neurosífilis parenquimatosa se manifiesta por alteraciones de la conducta, parálisis general y demencia.

En la neurosífilis meningovascular se produce una inflamación vascular, perivascular y meníngea pudiendo

provocar déficit neurológicos. Este tipo de neurosífilis generalmente ocurre dentro de los 10 años del inicio de la infección, afectando a muchas partes del sistema nervioso y causando síntomas focales y difusos. La afectación del SNC puede causar atrofia óptica, parálisis de nervios craneales y meningomielitis de la médula espinal, afectando los cordones dorsales y/o las raíces dorsales. La meningomielitis lumbosacra puede provocar una disfunción vesical siendo esta común en la era antes de la penicilina. Con la mejora de los tratamientos, se evidenció un marcado descenso en la incidencia de la neurosífilis y de disfunciones vesicales resultantes (2).

CASO CLÍNICO

Paciente de 51 años diagnosticado 20 años antes de Neurolues, con secuelas establecidas tipo trastornos mnésicos visuales y verbales, así como radiculoneuropatía múltiple. En la radiología de tórax presentaba elongación cística sin repercusión clínica. Se realizó electroencefalograma con trazado normal, y en el TC craneal con y sin contraste mostró una morfología cerebral dentro de límites normales. La serología para Lues en los test RPR y TPHA fueron positivos. El ácido fólico y la vitamina B12 estaban dentro del rango de la normalidad.

El paciente fue derivado a nuestras consultas de Urodinámica por trastornos miccionales refiriendo incontinencia por urgencia, no precisando de prensa abdominal para el vaciado vesical. Se realizó estudio urodinámico (Figura 1) objetivándose un detrusor hiperrefléxico con presiones altas y contracciones involuntarias no inhibidas que ocasionaban escapes; la curva de Presión/Flujo no mostraba alteraciones. Con el diagnóstico de detrusor hiperactivo de causa neurogénica se inició tratamiento con anticolinérgicos, estando en la actualidad estable clínicamente con urgencia ocasional sin incontinencia.

DISCUSIÓN

En la actualidad la neurosífilis es un problema poco frecuente. Aunque en los últimos 50 años descendió el número de casos de sífilis, recientemente se ha incrementado la incidencia especialmente en hombres homosexuales (3).

La neurosífilis parenquimatosa incluye síndromes conocidos como la tabes dorsal, parálisis general y demencia. La tabes dorsal es una atrofia desmielinizante de los cordones de la espina dorsal. En el pasado, la tabes dorsal era uno de los tipos comunes de vejiga neurógena caracterizada por descenso en la sensación urinaria e incremento del volumen residual, la cual llevaría a retención e incontinencia por rebosamiento (4, 5). En la serie de T. Hattori y cols. en 7 de los 8 pacientes con tabes dorsal tenían síntomas urinarios, lo cual confirma

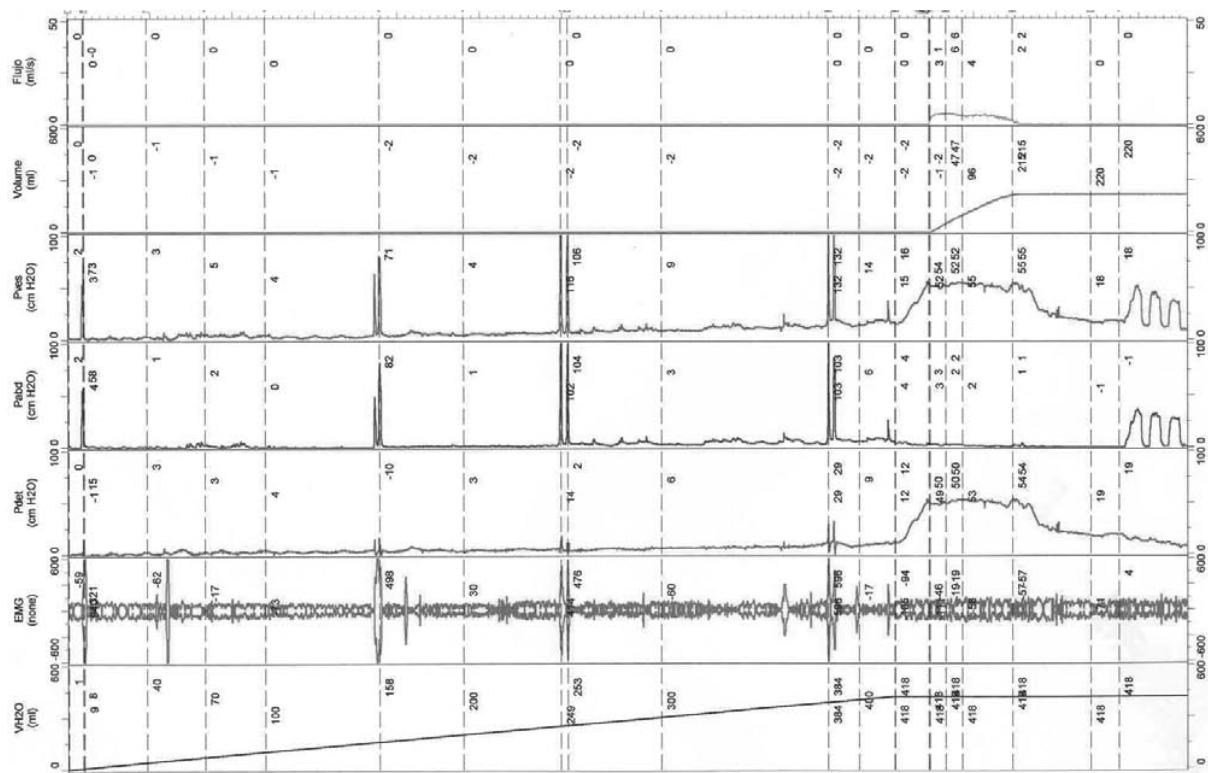


FIGURA 1. Estudio urodinámico: contracciones no inhibidas en fase de llenado, con presiones altas, que ocasionan escapes.

que las disfunciones de vaciado son frecuentes entre estos pacientes. Las características de esta disfunción en el vaciado vesical son una vejiga atónica con un gran volumen residual debido a una menor sensibilidad vesical secundaria a la lesión de la columna y cordones medulares posteriores (6).

Aunque en la literatura no se dan muchos detalles, tanto los síntomas obstructivos como irritativos en pacientes con neurosífilis, ocurren casi con la misma frecuencia (6). Síntomas irritativos como urgencia, frecuencia e incontinencia por urgencia son generalmente atribuidos a una función de almacenamiento anormal pero podrían también ocurrir en vejigas con residuos altos debido a disturbios en la evacuación. El tipo tónico de detrusor hiperactivo consiste en una constante elevación en la presión del detrusor con baja compliance, siendo este tipo también reportada en pacientes con tabes dorsal (5) al igual que en el caso que aportamos.

Garber y cols. presentaron 3 pacientes con neurosífilis que referían frecuencia miccional e incontinencia, así como dificultad de vaciado (3). El estudio urodinámico demostró una disminución de la compliance vesical asociado a contracciones del detrusor no inhibidas y disinergeria vésico-esfinteriana. La disfunción vesical en

pacientes con neurosífilis puede variar de forma encontrando desde arreflexia completa del detrusor, a hiperreflexia y disinergeria esfinteriana. En estos casos complejos, el manejo terapéutico es difícil, valorando la utilización de anticolinérgicos, alfa-bloqueantes y autocateterismos intermitentes.

La localización típica de las lesiones en la tabes dorsal se encuentra en los cordones y columna posteriores, pero otras áreas de la médula espinal pueden estar también afectadas y justificar la vejiga hiperactiva de tipo neurogénico. Por tanto, las disfunciones vesicales en la tabes dorsal no sólo son debidas a anomalías en la sensación vesical, como generalmente se cree, sino también a hiperactividad del detrusor siempre después de excluir una enfermedad urológica obstructiva.

CONCLUSIÓN

Ya que los síntomas de neurosífilis son multifocales y pueden simular muchas enfermedades, siendo además las anomalías vesicales similares a otras enfermedades que causen vejiga neurógena, el único diagnóstico es por examen del líquido cefalorraquídeo.

El manejo de estos pacientes es difícil. Los fármacos anticolinérgicos pueden inhibir parcialmente la hiperreflexia del detrusor pero pueden del mismo modo disminuir la eficacia del vaciado incrementando el residuo vesical. En estos casos, el cateterismo intermitente permitiría un drenaje adecuado demorando el inicio de la hiperreflexia.

La neurosifilis debería ser considerada en el diagnóstico diferencial de pacientes que presentan vagos síntomas psiquiátricos y neurológicos. Tiene importancia, por tanto, el estudio urodinámico en la evaluación de desórdenes vesicales en pacientes con neurosifilis. Esta disfunción vesical puede variar de forma, desde una arreflexia completa del detrusor, a una hiperreflexia y disinergia esfinteriana.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

1. BERKOW, R.; FLETCHER, A.J.: "Enfermedades de transmisión sexual". El Manual Merck. Barcelona. Doyma libros, S.A. 285-292, 1994.
- **2. WHEELER, J.S.; CULKIN, D.J.; O'HARA, R.J. y cols.: "Bladder dysfunction and neurosyphilis". J. Urol., 136: 903, 1986.
- **3. GARBER, S.J.; CHRISTMAS T.J.; RICKARDS, D.: "Voiding dysfunction due to neurosyphilis". Br. J. Urol., 66: 19, 1990.
4. DAMANSKI, M.: "The neurogenic bladder of non-traumatic origin". Paraplegia, 6: 150, 1968.
5. OTANI, T.; KONDO, A.; KAKEI, H. y cols.: "Urodynamic study of the lower urinary tract. Four cases of neurogenic bladder dysfunction due to tabes dorsalis". Jpn. J. urol., 71: 468, 1980.
6. HATTORI, T.; YASUDA, K.; KITA, K. y cols.: "Disorders of micturition in Tabes Dorsalis". Br. J. Urol., 65: 497, 1990.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 59, 2 (192-195), 2006

ENDOMETRIOSIS URETERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Francisco Javier Torres Gómez, Francisco José Vázquez Ramírez y Francisco Javier Torres Olivera.

Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Resumen.- OBJETIVOS: La endometriosis ureteral es una entidad poco frecuente que debido a su curso asintomático pero a la vez localmente agresivo puede originar un cuadro de obstrucción urinaria con la subsiguiente pérdida de la función renal si no se instaura un tratamiento precozmente.

MÉTODO/RESULTADOS: Presentamos un caso de endometriosis ureteral intrínseca acompañado de insuficiencia renal unilateral (atrofia renal) y plastrón fibroinflamatorio periureteral irremovible al englobar estructuras vasculares y viscerales.

CONCLUSIONES: Destacamos la importancia diagnóstica y terapéutica que conlleva un alto índice de sospecha clínica de esta entidad sobre todo en aquellas pacientes con antecedentes de endometriosis genital.

Palabras clave: Endometriosis. Ureteral. Intrínseca.

Correspondencia

Francisco Javier Torres Gómez
Plaza de la Encarnación, 32 - P1- 2B
41003 Sevilla. (España).
javiertorresgomez@yahoo.es

Trabajo recibido: 5 de julio 2005