



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Torres Gómez, Francisco Javier; Vázquez Ramírez, Francisco José; Torres Olivera, Francisco Javier
ENDOMETRIOSIS URETERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Archivos Españoles de Urología, vol. 59, núm. 2, marzo, 2006, pp. 192-195

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013926013>

- 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

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 neurosífilis 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 neurosífilis. 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 irresecable 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

Summary.- OBJECTIVES: Ureteral endometriosis is a rare entity which may produce urinary tract obstruction with subsequent loss of renal function if treatment is not undertaken early due to its asymptomatic but locally aggressive course.

METHODS/RESULTS: We report one case of intrinsic ureteral endometriosis with unilateral renal failure (renal atrophy) and unresectable periureteral fibroinflammatory thickening involving vascular or visceral structures.

CONCLUSIONS: We emphasize the diagnostic and therapeutic importance of a high degree of clinical suspicion about this entity, mainly in patients with history of genital endometriosis.

Keywords: Endometriosis. Ureter. Intrinsic

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es la localización heterotópica del endometrio, conservando sus características anatómicas y funcionales y por tanto respondiendo cíclicamente al influjo hormonal ovárico dependiendo del grado de vascularización del órgano sobre el que asienta. Se trata de una entidad relativamente común, afectando aproximadamente al 10% de las mujeres en edad reproductiva (incluyendo los casos asintomáticos) mostrando principalmente una localización pélvica (ovarios, ligamentos uterinos, saco de Douglas, tabique rectovaginal, peritoneo pelviano, cicatrices de laparotomía y tracto genital inferior, en orden decreciente). Las localizaciones extragenital y extrapélvica son hallazgos poco frecuentes si bien existen descripciones de casos en la práctica totalidad de órganos. El tracto urinario es infrecuentemente lugar de asentamiento de la endometriosis (4-5%) siendo la vejiga urinaria la principal diana dentro del mismo. La afectación ureteral tiene lugar en torno al 1% de los casos siguiendo un curso asintomático o más frecuentemente provocando una obstrucción de lenta instauración a dicho nivel que a la larga conduce a insuficiencia renal de no mediar tratamiento por lo que es muy importante tener en cuenta esta entidad y sospechar su presencia ante un cuadro de obstrucción urinaria (2) en una paciente que generalmente tiene un antecedente de endometriosis genital (6,7).

Existen varias teorías que intentan explicar la endometriosis: regurgitación o menstruación retrógrada y metaplasia del epitelio celómico si bien ninguna de estas dos teorías explicaría los casos de endometriosis en localizaciones tan dispares como la pulmonar o el ganglio linfático. Por esta razón habría que añadir la diseminación linfática y la vascular como mecanismos

etiopatogénicos de la endometriosis. La endometriosis ureteral per se podría justificarse con cualquiera de estos mecanismos.

CASO CLÍNICO

Paciente de 46 años histerectomizada por leiomiomas que acude a Urgencias por intenso dolor en fosa renal izquierda, malestar general y episodios repetidos de hematuria. Varios estudios citológicos de orina fueron negativos para células neoplásicas. Estudios de imagen (Figura 1) determinaron la intervención quirúrgica de la paciente observándose un riñón izquierdo atrófico así como una gran "masa tumoral" que englobaba la salida teórica de la arteria iliaca interna izquierda, uréter izquierdo, saco de Douglas, recto y cara lateral peritoneal. Debido a las dificultades técnicas que entrañaba la enucleación de tal lesión se tomó una muestra ureteral que fue remitida para diagnóstico histopatológico con la sospecha de carcinoma ureteral. El estudio macroscópico del material remitido demostró un tejido irregular blanquecino de consistencia elástica-firme y aspecto fibroso que a los cortes seriados mostraba un fino punteado rojizo difícil de apreciar. El estudio histológico permitió observar un segmento ureteral con presencia de múltiples estructuras glandulares dilatadas intramurales (Figura 2) tapizadas por epitelio endometrial (Figura 3) cuya tinción inmunohistoquímica fue intensamente positiva para citoqueratinas, receptores de estrógenos y receptores de progesterona. Envuelto la pared ureteral se observó abundante tejido fibroso desordenado con signos de hemorragia. Con todos estos datos se emitió el diagnóstico de endometriosis ureteral intrínseca si bien la intensa respuesta tisular extraureteral y los claros signos de hemorragia que la acompañaban nos



FIGURA 1. Endometriosis ureteral. TAC.

hicieron pensar en un componente extrínseco acompañante aunque no se identificaron estructuras glandulares a dicho nivel.

DISCUSIÓN

La endometriosis del tracto urinario es una entidad poco común estimándose su incidencia en un 4-5% de los casos conocidos de endometriosis pélvica. La incidencia de su localización ureteral (1%) generalmente está subestimada debido a que su curso es lento y silente manifestándose de manera tardía como uropatía obstructiva y por tanto poniendo en peligro la vitalidad renal (la nefrectomía subsiguiente se asocia a un 30-40% de los casos). Existen dos tipos de endometriosis ureteral; la forma extrínseca o periureteral (80%) y la forma intrínseca o intraparietal (20%), pudiéndose asimismo hacer una distinción entre la afectación ureteral distal (la mayor parte de los casos) y la afectación ureteral proximal (sólo en escasas ocasiones) (8). Los síntomas urinarios son por lo general infrecuentes salvo en casos de complicaciones (7). En estos casos la presencia de hematuria y/o disuria puede justificar la realización de una citología de orina con el objeto de descartar un proceso neoplásico del tracto urinario. En nuestro caso la hematuria constituía uno de los signos guías en el cuadro del paciente. En ocasiones la endometriosis ureteral se acompaña de endometriosis genital y en tal caso la presencia de sintomatología es más frecuente consistiendo generalmente en dispareunia y dismenorea así como dolores pelvianos debidos a las hemorragias y adherencias periuterinas (estos últimos síntomas son compartidos por la endometriosis ureteral de localización distal). Asimismo hay que recordar que la endometriosis es una importante causa de esterilidad.

Si bien la endometriosis ureteral es un proceso histológicamente benigno, su curso clínico puede ser muy agresivo

debido a la respuesta del tejido endometrial ectópico a los estímulos hormonales cíclicos dando lugar a hemorragias cuya resolución se acompaña de fibrosis y por lo tanto de un gran riesgo de adherencias y sinequias orgánicas así como al efecto masa que una respuesta fibrosa excesiva puede originar en el lugar donde asiente. En nuestro caso la citada respuesta era tan acusada que importantes estructuras vasculares y vísceras se encontraban englobadas en el magma fibrótico-inflamatorio en el momento del diagnóstico convirtiendo la lesión en irreseccable. Por todo ello hay que tener un alto índice de sospecha de esta entidad, sobre todo en pacientes con antecedentes de endometriosis pelviana donde son obligados los estudios de imagen y de función renal, que permitirán un diagnóstico y tratamiento precoces en muchos casos.

El diagnóstico diferencial clínico y radiológico se establece generalmente con procesos de mayor entidad, principalmente neoplasias malignas ureterales, retroperitoneales y pélvicas dependiendo de la localización principal del proceso. La RMN ha demostrado ser de utilidad en la identificación preoperatoria en aquellos casos con sospecha, presentándose la endometriosis ureteral como una imagen hipodensa en T1 e hiperdensa en T2 (1). Sólomente el estudio histológico detallado establecerá el diagnóstico definitivo de la lesión por lo que la mayoría de los pacientes tendrán que ser sometidos a cirugía, más agresiva en estadios tardíos y en los casos de endometriosis intrínseca si bien en casos seleccionados se ha ensayado, y muchas veces con éxito, un tratamiento exclusivamente hormonal con GnRH. y progesterona a largo plazo (16). También el danazol (9) ha demostrado eficacia acompañando a la cirugía o como tratamiento único ya que al crear una situación de pseudomenopausia suprime el eje gonadotrópico y la esteroidogénesis ovárica y aumenta la depuración metabólica de estradiol y progesterona, estímulos fundamentales en la respuesta glandular cíclica. La endo-

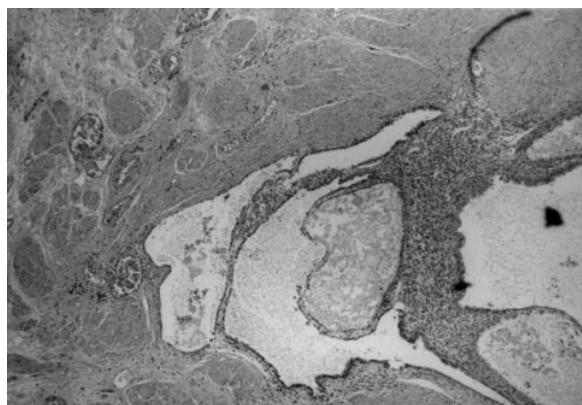


FIGURA 2. Endometriosis ureteral intrínseca. Componente intramuscular. 10X

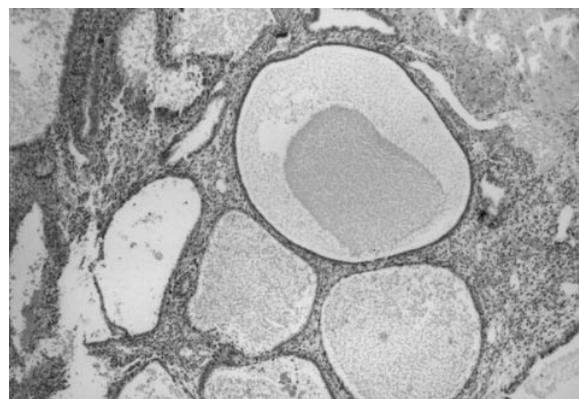


FIGURA 3. Endometriosis ureteral. Detalle glandular. 20x.

metriosis ureteral es considerada como un grado avanzado de la enfermedad y por ello en la mayoría de los casos se debe de realizar una cirugía de rescate de la función renal obteniéndose resultados óptimos con la resección ureteral segmentaria y anastomosis termino-terminal (3,4) si bien en nuestro caso la función renal se había perdido y existía compromiso viscerovascular por lo que únicamente se realizó cirugía descompresiva de rescate.

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

1. BALLEYGUIER, C.; ROUPRET, M.; NGUYEN, T. y cols.: "Ureteral endometriosis: the role of magnetic resonance imaging". J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc., 11: 530, 2004.
2. DE GIOVANNI, L.; BONGIOVANNI, L.; MAS-TRANGELO, P. y cols.: "Could be ureteral endometriosis considered a symptomatic and severe urological disease?". Arch. Ital. Urol. Androl., 76: 124, 2004.
3. ANTONELLI, A.; SIMEONE, C.; FREGO, y cols.: "Surgical treatment of ureteral obstruction from endometriosis: our experience with thirteen cases". Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct., 15: 407, 2004.
4. HORN, L.C.; DO MINH, M.; STOLZENBURG, J.U.: "Intrinsic form of ureteral endometriosis causing ureteral obstruction and partial loss of kidney function". Urol. Int., 73: 181, 2004.
5. WATANABE, Y.; OZAWA, H.; UEMATSU, K. y cols.: "Hydronephrosis due to ureteral endometriosis treated by transperitoneal laparoscopic ureterolysis". Int. J. Urol., 11: 560, 2004.
6. YOHANNES, P.: "Ureteral endometriosis". J. Urol., 170: 20, 2003.
- *7. VESGA MOLINA, F.; SERRANO BARTOLOMÉ, J.M.; GUTIÉRREZ MÍNGUEZ, E. y cols.: "Endometriosis ureteral". Arch. Esp. Urol., 53: 470, 2000.
- *8. PEREIRA ARIAS, J.; MARAÑA FERNÁNDEZ, M.T.; ESCOBAL TAMAYO, V. y cols.: "Endometriosis del uréter". Arch. Esp. Urol., 48: 191, 1995.
9. GARDNER, R.; WHITAKER, R.H.: "The use of danazol for ureteral obstruction caused by endometriosis". J. Urol., 125: 117, 1981.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 59, 2 (I), 2006

TUMOR FIBROSO SOLITARIO PARARRENAL.

Miguel Álvarez Múgica, Antonio Jalón Monzón, Jesús María Fernández Gómez, Juan Javier Rodríguez Martínez, José Luis Martín Benito, Oscar Rodríguez Faba, Roberto Carlos González Álvarez, Laura Rodríguez Robles, Javier Regaderas Sejas y Sawfan Escaf Barmadah.

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

Resumen.- OBJETIVO: Añadir a la literatura un caso clínico poco frecuente de tumor fibroso solitario pararenal, analizando las características anatómo-patológicas del mismo así como su pronóstico mediante una revisión bibliográfica de la literatura al respecto.

MÉTODOS/RESULTADOS: Presentamos el caso clínico de un varón de 36 años que consultó por dolor cólico en fosa renal derecha, siendo diagnosticado de masa sólida en polo inferior riñón derecho, motivo por el que fue sometido a una nefrectomía radical derecha. El estudio histológico de la pieza evidenció la presencia de un tumor fibroso solitario pararenal.

CONCLUSIONES: El tumor fibroso solitario es una neoplasia muy poco frecuente siendo su localización pararenal aún menos frecuente, siendo una tumoración de comportamiento benigno en hasta un 90 % de casos. En su diagnóstico resulta clave el estudio inmunohistoquímico.

Correspondencia Miguel Álvarez Múgica
Servicio de Urología
Hospital Universitario Central de Asturias
Celestino Villamil, s/n
33006 Oviedo. Asturias. (España).
malvarez79@mixmail.com

Trabajo recibido: 8 de julio 2005