

AUTORES

Dr. Roberto E. Ruiz Reyes (1)
E-mail: hmil.mtz@infomed.sld.cu
Dra. Ángela Castañeda Muñoz (2)
Dra. Ketty Madruga Vázquez (3)
Dr. Gilberto L. Galloso Cueto (4)

(1) Dr. Ciencias Médicas. Especialista de I Grado en Urología. Profesor Asistente. Hospital Militar Matanzas – FCMM.

(2) Especialista I Grado en Anatomía Patológica. Profesora Asistente FCMM.

(3) Especialista I Grado en Anatomía Patológica J. Servicio A: Patológica Hospital Militar Matanzas.

(4) Especialista de I Grado en Cirugía. Profesor Instructor ISMM "Dr. Luis Díaz Soto".

RESUMEN

Se presenta un raro caso de Endometriosis del 1/3 inferior del uréter derecho con repercusión sobre tractus urinario superior y cuya sintomatología no fue predominantemente la hematuria en la etapa menstrual, como se describe en la literatura.

La endometriosis fue un descubrimiento anatomopatológico.

En la revisión de la literatura no se describe ningún caso reportado con estas características.

DeCS:

ENDOMETRIOSIS/diagnóstico
ENDOMETRIOSIS/patología
TRACTO URINARIO/patología
ENFERMEDADES DEL URÉTER/diagnóstico
ENFERMEDADES DEL URÉTER/patología
ENFERMEDADES DEL URÉTER/cirugía
OBSTRUCCIÓN URETERAL/diagnóstico
OBSTRUCCIÓN URETERAL/etiología
OBSTRUCCIÓN URETERAL/cirugía
HUMANO
ADULTO

INTRODUCCIÓN

La endometriosis ha sido descrita como la presencia de un tejido ectópico poseedor de la misma estructura histológica y funciones de la mucosa uterina. Incluye también los estados anormales que pueden resultar no sólo en invasión de ciertas vísceras u otros sistemas por este tejido, sino aun de sus relaciones con la menstruación. Aunque constituye un proceso benigno posee la capacidad de invadir los tejidos y diseminarse o producir metástasis por vía sanguínea, linfática o por trasplatación directa (1). A partir de 1897 en que Pfannestiel (1) describiera el primer caso de endometriosis o endometrio ectópico, como también se le llama en el septo rectovaginal, esta afección ha sido registrada con una frecuencia cada vez mayor. Las neoformaciones endometriales se han descrito en las localizaciones mas diversas (2-6) planteando dificultades para el diagnóstico y tratamiento.

Específicamente en el tractus urinario la endometriosis ha sido reportada con una incidencia de 1,2 % en una edad que oscila entre los 30 y 35 años (7). La relación de presentación en

vejiga, uréter y uretra es de 40:5:1, lo que indica a la vejiga como el lugar de metástasis más frecuente del aparato genitourinario (7-8). En vejiga esta entidad simula en el Urograma descendente un carcinoma de células transicionales o cálculos radio-transparentes, (9) y generalmente asienta en el trigono ocluyendo uno o ambos meatos ureterales, produciendo repercusión sobre el tractus urinario superior (9-10). La localización ureteral fuera del trigono y porción intramural sin localización vesical es más rara (7). Yohannes (7) y Strang (11) han reportado la localización ureteral, este último con comitando con un leiomioma uretral en una paciente posmenopáusica.

En Cuba hasta el momento no se ha reportado ningún caso de endometriosis ureteral única sin lesión metastásica vesica. Los casos reportados se refieren a vejiga y meatos ureterales.

MÉTODO

Paciente de 40 años de edad que presenta una historia de 6 meses de evolución de dolor en flanco y fosa ileaca derecha acompañado en ocasiones de náuseas y vómitos, motivos por los cuales la remiten a consulta de Urología .

No hay antecedentes patológicos personales de importancia y, por lo general, es una mujer saludable.

Al examen físico presenta ligero dolor a la palpación en flanco y fosa ileaca derecha con un riñón derecho doloroso y palpable en la posición de pie, lo cual valoramos como una ptosis renal derecha.

Se indica ultrasonido renal, urocultivo, exudados uretral y vaginal, así como tratamiento analgésico y medidas generales para su ptosis renal.

Los exudados y urocultivo resultaron negativos y el ultrasonido con ligera dilatación del sistema excretor del riñón derecho, lo cual atribuimos a la ptosis renal, no obstante indicamos un TUS. para descartar la posibilidad de una litiasis en 1/3 inferior del uréter derecho, siendo el mismo negativo.

La paciente continúa con los mismos síntomas, precisando que los dolores son más frecuentes y más intensos, coincidiendo con las menstruaciones. Dos meses después los urocultivos se positivizaron con germen Gram. neg., por lo que se prescribe tratamiento con ciprofloxacina a razón de un gramo diario por 10 días. Por continuar los urocultivos positivos se ingresa a la paciente para comenzar tratamiento con Amikacina y realizar Urograma descendente. Este estudio diagnosticó una ureterohidronefrosis moderada derecha con una estenosis del 1/3 inferior del uréter. (figuras 1-2-3).



(Fig.1) Urograma descendente que muestra la estenosis del 1/3 inf. del uréter der.

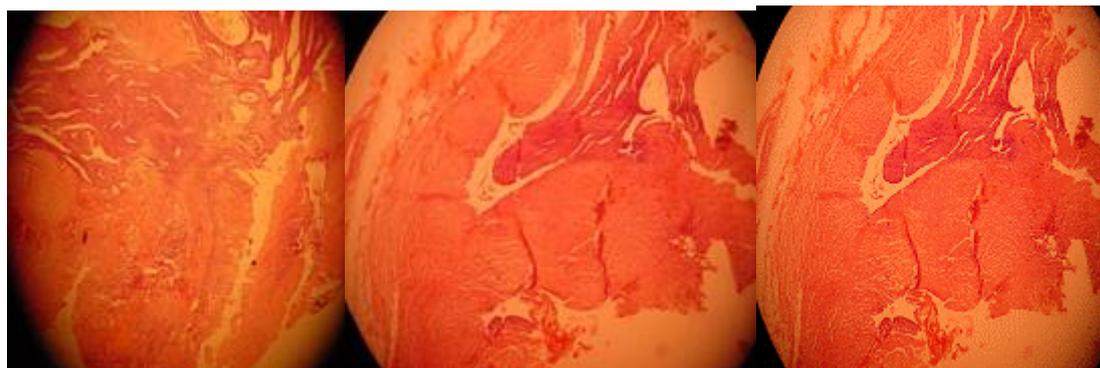


(Fig 2) Urograma descendente estenosis de 1/3 inferior del uréter der. y dilatación de TUS.



(Fig 3) U.D. placa tardía, estenosis del 1/3 inf. del uréter y permanencia de la dilatación.

A la paciente se le realizó una nefrostomía percutánea y se dejó evolucionar durante un mes, con una recurrencia total de la sintomatología y una recuperación notable de la dilatación ureteral y pielica valorada por un urograma realizado por la nefrostomía. Una cistoscopia posterior no mostró alteraciones intravesicales y un catéter pasado por el meato ureteral derecho no ascendió más allá de la estenosis demostrada en el urograma. En la discusión del caso se decidió la intervención quirúrgica (exéresis de la estenosis ureteral y reimplantación del uréter en vejiga con técnica antirreflujo). La operación se realizó sin dificultades y el segmento analizado se envió al Departamento de Anatomía Patológica. El resultado del análisis de la pieza resultó ser una endometriosis ureteral. (figuras 4,5,6)



En las tres láminas se pueden observar las glándulas endometriales secuestradas en la pared del uréter.

La paciente tuvo una remisión completa de toda su sintomatología y a los 6 meses de la operación el urograma descendente fue completamente normal.

DISCUSIÓN

La endometriosis externa o extragenital es una enfermedad benigna de la 3ra. o 4ta. década de la vida de la mujer y que en los últimos años se reporta con relativa frecuencia (9). En el aparato urinario la afección vesical es la más común, localizada casi siempre en el trigono (8-10). Entre los síntomas más frecuentes descritos está la hematuria macro o microscópica antes, durante o inmediatamente después de la menstruación y el dolor acompañado de sepsis urinaria, debido a la ureterohidronefrosis por la localización trigonal y la oclusión del o los meatos ureterales (7-11). Como se pudo demostrar, nuestra paciente, a diferencia de lo que plantean los autores citados, nunca tuvo hematuria y la sintomatología predominante fue el dolor y la sepsis como consecuencia de la estenosis del 1/3 inferior del uréter derecho y la ureterohidronefrosis acompañante, lo que enmascaró el diagnóstico de endometriosis. Consideramos que el hecho de no haber tenido una hematuria demostrable puede haber sido porque la localización de tejido endometrial no se encontraba en vejiga como describen los autores, siendo éste un caso poco frecuente, no adaptable a los datos clínicos más frecuentes que se recogen en la literatura y que se demostró por el hallazgo anatomopatológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ridley J H. The Histogenesis of endometriosis. A review of fact and fancies. *Obst Gynecol Survey* 1986; 23: (1)
2. Granados JJ, Cabal K. Endometriosis apendicular como causa de síndrome abdominal agudo en la mujer. *Cir* 2000; 68 (6): 247-50
3. Mejias L, Vellori C, Lozano M. Endometriosis extrapélvica de localización inguinal. Reporte de un caso. *Rev Ven Cir* 1999; 52 (1/2): 45-7.
4. Barquero H, Delgado M. Obstrucción Intestinal debido a endometriosis ileal. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Acta Médica Costarric* 2003; 45 (8): 117-9.
5. Vélez E, Piccini DJ, Caminos S, Spitale LS, Ferrari J C. Endometriosis de Pared abdominal. Presentación de un caso. *Rev Fac Cienc Méd (Córdoba)* 2004; 61 (1): 44-7
6. Podgace S, Abrão MS. Endometriose: Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento. *Rev Bras Med* 2004; 61(1/2): 41-6
7. Yohannes P. Ureteral endometriosis. *J Urol* 2003; 170: 20-5
8. Varcellini P, Meschic M, Giorgi O de Panazzas, Cortes I, Criosignani P G. Bladder detrusor endometriosis: clinical and treatment. *J Urol* 2002; 140 (2): 118-30
9. Tobías M, López AC, Juliano R, Simaldi LH, Barbosa P, Bonelli M, Wroclauski Eric R. Endometriosis simulando neoplasia vesical. *Rev Bras Gynec Obst* 2000; 22(3): 141-6

10. Ares N, Contreras DM, Cantero O, González T. Endometriosis urogenital. Rev Cubana Obst Ginecol 1998; 24 (3): 151-5.
11. Strang A, Lisson Scott W, Petrov P. Ureteral endometriosis and coexistent urethral leiomioma a postmenopausal woman. Int Braz J Urol 2004; 30 (6): 496-8

SUMMARY

We present an unusual case of endometriosis in the lower third of the right ureter with repercussion on the upper urinary tract. Hematuria was not a predominant symptom at the menstrual period, as it is described in the literature. The endometriosis was an anatomopathologic discovering.

No case reported with these characteristics was found in the revised literature.

MeSH Terms:

ENDOMETRIOSIS/diagnosis
ENDOMETRIOSIS/pathology
URINARY TRACT/pathology
URETERAL DISEASES/diagnosis
URETERAL DISEASES/pathology
URETERAL DISEASES/surgery
URETERAL OBSTRUCTION/diagnosis
URETERAL OBSTRUCTION/etiology
URETERAL OBSTRUCTION/surgery
HUMAN
ADULT

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ruiz Reyes R, Castañeda Muñoz A, Madruga Vázquez K, Galloso Cueto GL. Endometriosis Ureteral. Presentación de un caso. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2007; 29(1).

Disponible en

URL: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol1%202007/tema04.htm>[consulta: fecha de acceso]