

# URETERITIS QUÍSTICA: IMPORTANCIA DE LA INFECCIÓN-INFLAMACIÓN CRÓNICA COMO FACTOR ETIOLÓGICO. APORTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

J. MARIÑO DEL REAL, M. SEVILLA ZABAleta, J. CABELLO PADIAL,  
A. ABENGOZAR GARCÍA-MORENO, J. MATEOS BLANCO

*Servicio de Urología. Hospital Regional Universitario "Infanta Cristina". Badajoz.*

**PALABRAS CLAVE:**

Pieloureteritis. Enfermedades del uréter. Diagnóstico-quistes.

**KEY WORDS:**

Pyeloureteritis. Ureteral diseases. Cysts-diagnosis.

Actas Urol Esp. 24 (6): 496-498, 2000

## RESUMEN

La Ureteritis Quística es una enfermedad poco frecuente, característica de la edad adulta, en la que se producen múltiples quistes en el interior del uréter, pelvis y/o vejiga, recubiertos por el urotelio.

Resaltamos la importancia del factor infeccioso-inflamatorio como causa de la enfermedad. Presentamos un caso clínico de una mujer con infecciones urinarias de repetición, litiasis coraliforme y ureteritis quística izquierda.

Realizamos una revisión de la literatura, comentando los principales aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos.

## ABSTRACT

Cystic Ureteritis is a very rare disease. It is more common in elderly patients. This pathology is characterized by the formation of several submucous cysts in ureter, pelvis and/or bladder.

We project the importance of the infectious and inflammatory factors as the disease etiology.

We report a case of a woman with recurrent urinary tract infection, coral lithiasis and left ureteritis cystica.

It is included a literature review and we explain the main clinical, diagnostic and therapeutic aspects.

**L**a Ureteritis Quística es una patología poco frecuente, habiéndose descrito en España 70 casos hasta el año 1995. Se trata de una enfermedad característica de la edad adulta, siendo excepcional por debajo de los 20 años. Afecta por igual a ambos sexos, si bien algunos autores refieren un ligero predominio en el sexo femenino<sup>2,4,6</sup>.

Aunque parece ser más frecuente la afectación unilateral, en algunos trabajos se comenta una mayor prevalencia de los casos bilaterales<sup>3,4</sup>. Consiste en la aparición de múltiples formaciones quísticas en pelvis, uréter y/o vejiga. Estas formaciones quísticas están revestidas por el urotelio (epitelio transicional).

Entre las distintas teorías patogénicas, la teoría de von Brunn's es la más aceptada, pero su etiología y tratamiento siguen siendo controvertidos.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 81 años de edad, con A.P. de intervención quirúrgica en 1977 por prolapso vaginal, infecciones urinarias de repetición desde hace muchos años, litiasis coraliforme de riñón izquierdo descubierta en 1978 y alergia a contrastes yodados.

M.C.: Consulta en 1981 por infección urinaria. Tras estudio ambulatorio se comprueba la existencia de litiasis coraliforme de riñón izquierdo, siendo el riñón derecho normal. Se instaura tratamiento para las infecciones de orina, permaneciendo asintomática hasta 1987 (Fig. 1).

En una revisión realizada en 1987, es diagnosticada de litiasis de cálix inferior de riñón derecho. Se realiza pielografía retrógrada bilateral (por alergia al contraste yodado) con vistas a tratamiento con LEOC, apareciendo múltiples defectos de reple-

ción redondeados en uréter izquierdo, etiquetándose como Ureteritis Quística. Se procede a LEOC de litiasis de cálix inferior de riñón derecho con fragmentación de litiasis y eliminación completa.

Asintomática hasta 1997, exceptuando tres episodios de infección urinaria por *Proteus* con buena respuesta a tratamiento antibiótico.

En la actualidad permanece asintomática, con función renal normal, litiasis coraliforme de riñón izquierdo, ureteritis quística de uréter izquierdo y riñón derecho normal. (Fig. 2).

### DISCUSIÓN

La teoría patogénica más aceptada hace referencia a la proliferación del urotelio creando nidos de von Brunn's por la inflamación mantenida.

Respecto a la etiología, aunque se han implicado numerosos factores como la Bilharziosis, la hipovitaminosis A, alteraciones inmunológicas, etc.<sup>3</sup>, parece que el factor primordial estaría en relación con una inflamación crónica que actuara



FIGURA 1



FIGURA 2

de forma continuada sobre el urotelio, provocando la hiperplasia urotelial, con la subsiguiente transformación quística.

La causa que más frecuentemente produciría esta inflamación crónica sería la infección del tracto urinario de repetición y la asociación ITU-litiasis.

En un alto porcentaje de los casos publicados, el diagnóstico de ureteritis quística es un hallazgo incidental en un estudio iniciado por infección del tracto urinario<sup>3-5</sup>. También es frecuente su asociación con litiasis urinaria<sup>1,5</sup>.

Violeta Menéndez y cols. en una revisión de 34 casos encuentran infección urinaria en un 82% de los casos y litiasis en un 53%.

Gelabert Mas y cols. en una serie de 24 casos encuentran un factor infeccioso-obstructivo en la mitad de ellos, y litiasis en un 25%, de los cuales 1 caso correspondía a una litiasis coraliforme, 3 a litiasis pielocaliciales, 1 infundibular y otro renal múltiple.

En una revisión de 10 pacientes de Ricos Torrent y cols. un 70% de los casos se asociaba a litiasis, de los cuales un 41% eran coraliformes y el resto, se alojaban en cálices, pelvis y uréter. Había infección urinaria en el 80% de los pacientes, siendo el germen más frecuentemente hallado el *E. Coli*, en 7 casos, y menos frecuente *Proteus* en 3 y *Klebsiella* en 1 caso.

En nuestro caso clínico, la paciente consulta por infecciones de repetición con cultivo positivo a *E. Coli* en la mayoría de los casos, y en 3 ocasiones positivo a *Proteus*, lo que va en consonancia con lo hallado en la literatura.

Se han mencionado, no obstante, otras causas que producirían inflamación crónica del urotelio, pero con mucha menor frecuencia, como por ejemplo la Esquistosomiasis<sup>6</sup>, habiéndose descrito un caso en probable relación a instilaciones de formaldehido intravesicales para el tratamiento de cistitis hemorrágica secundaria a Ciclofosfamida<sup>8</sup>.

La clínica es inespecífica, pudiéndose presentar como infección del tracto urinario de repetición, hematuria, cólico nefrítico y en raros casos como I.R.C.

El diagnóstico es fundamentalmente radiológico mediante UIV y pielografía retrógrada, apreciándose múltiples defectos de repleción intraluminales y de pequeño tamaño en la pelvis y uréteres<sup>7,10</sup>.

Es importante hacer el diagnóstico diferencial con todos aquellos procesos que producen defectos de replección pieloureterales (cálculos radio-

transparentes, coágulos, varicosidades, burbujas de aire, etc.)<sup>6</sup>, especialmente con el tumor de vías (sobre todo en casos unilaterales y con pocos quistes) y la ureteritis tuberculosa.

Su evolución es benigna, no habiéndose demostrado degeneración maligna, aunque si hay descritos casos de uroteliomas sincrónicos<sup>4</sup>. Puede llegar a producir anulación renal por uropatía obstructiva.

El tratamiento suele ser conservador, con controles periódicos, tratando las infecciones urinarias y las litiasis asociadas, permaneciendo en muchos casos los quistes durante mucho tiempo después del tratamiento.

Sólo en casos unilaterales, con quistes grandes que produjeran HTA grave o anulación renal, estaría indicado el tratamiento quirúrgico.

## REFERENCIAS

1. ROMERO PÉREZ P, AMAT CECILIA M, GONZÁLEZ DEVESAS M: Pieloureteritis quística. Revisión de la literatura, periodo 1946-1994 y presentación de un nuevo caso clínico. *Actas Urol Esp* 1995 Mar; **19 (3)**: 252-257.
2. MENÉNDEZ V, SALA X, ÁLVAREZ-VIJANDE R, SOLE M, RODRÍGUEZ A, CARRETERO P: Cystic pyeloureteritis: review of 34 cases. Radiologic aspects and differential diagnosis. *Urology* 1997 Jul; **50 (1)**: 31-37.
3. PEREIRA ARIAS J, ESCOBAL TAMAYO V, MARAÑA FERNÁNDEZ MT, GURTUBAY ARRIETA I, BERNUY MALFAZ C: Pieloureteritis quística. Un diagnóstico a tener en cuenta. *Arch Esp Urol* 1995; **48 (2)**: 194-196.
4. DUFFIN TK, REAGAN JB, HERNÁNDEZ-GRAULAU JM: Ureteritis cystica with 17-year followup. *J Urol* 1994 Jan; **151 (1)**: 142-143.
5. GELABERT MAS A, GUZMÁN FERNÁNDEZ A, AGUADO I, PALMA C, BOSCH A, BALLESTEROS JJ: Veinticuatro nuevos casos de quistosis urotelial. *Arch Esp Urol* 1985; **38 (1)**: 14-18.
6. RICÓS TORRENT J, SOLSONA NARBÓN E, COLOMER GONZÁLEZ F, UNTEN KANASIRO M, VARÓ GONZALO J: Pieloureteritis quística. Presentación de 10 casos. *Arch Esp Urol* 1981; **34 (3)**: 183-192.
7. CASTILLO JIMENO JM, GONZÁLEZ DE GARIBAY AS, RUIZ RUBIO JL, SEBASTIÁN BORRUEL JL: Pieloureteritis quística: nuestra actitud. *Arch Esp Urol* 1992; **45 (4)**: 363-364.
8. MAHBOUBI S, DUCKETT JN, SPACKMAN TJ: Ureteritis cística after treatment of cyclophosphamide-induced hemorrhagic cystitis. *Urol* 1976; **7**: 521-523.
9. HANAFY HM, SAAD SM, AL-GHORAB MM: Bilharzial (schistosomal) ureteritis calcinosa. *Eur Urol* 1981; **7**: 161-164.
10. BARBARIC ZL: Radiología del Aparato Génitourinario, 1995.

Dr. J. Mariño del Real  
Av. Juan Pereda Pila, 7 - 1º B  
06004 Badajoz

(Trabajo recibido el 20 Julio de 1999)