

*Nota clínica***Atrofia renal izquierda y abocamiento ureteral a vesícula seminal. Tratamiento quirúrgico laparoscópico**

José M. Janeiro Pais, Daniel López García, Manuel Á. Ruibal Moldes, Vicente Pastor Casas Agudo, Paula Fernández Suárez\*, Marcelino González Martín

*Servicio de Urología y Radiodiagnóstico\*. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.*

**Resumen**

La atrofia renal con abocamiento ectópico del uréter es una malformación poco frecuente. Zinder describe en 1914 la asociación de una dilatación quística de la vesícula seminal con agenesia renal ipsilateral. Con mayor frecuencia estos pacientes presentan síntomas del tracto urinario inferior con molestias perineales y fiebre. El diagnóstico más certero lo aporta la RMN siendo la ecografía y la TAC menos precisas.

Presentamos un caso de un paciente que ingresa por dolor lumbar izquierdo y datos de sepsis de origen urinario que en la TAC se detecta una desembocadura ectópica del uréter izquierdo en vesícula seminal. El tratamiento se realizó con éxito mediante cirugía laparoscópica.

Palabras clave: Atrofia renal. Vesícula seminal quística. Laparoscopia.

**Left renal atrophy and ureteral abouchement in seminal vesicle. Laparoscopic surgical treatment**  
**Abstract**

Renal atrophy with an ectopic drainage of the ureter is an uncommon malformation. Zinder described in 1914 a cystic dilation of the seminal vesicle in association with an ipsilateral renal agenesis. Usually, these patients present lower urinary tract symptoms with perineal discomfort and fever. The most accurate diagnosis is given by the MRI, while CT and ultrasonography are less precise.

We present a case of a patient who goes into hospital because of left lumbar pain and urinary sepsis data, whose CT detects an ectopic drainage of the left ureter in the seminal vesicle. He underwent a successful laparoscopic surgical treatment.

Keywords: Renal atrophy. Cystic seminal vesicle. Laparoscopy.

La degeneración quística de las vesículas seminales es una malformación congénita poco frecuente. La asociación de esta malformación con la agenesia o atrofia renal ipsilateral se presenta en aproximadamente el 65% de los casos<sup>1,2</sup>. En el desarrollo embriológico del sistema urogenital, el uréter y el conducto de Wolf forman un conducto excretor común cuya zona distal será reabsorbida por el seno urogenital para formar el trigono vesical. Un retraso en la reabsorción distal de dicho conducto producirá una desembocadura ectópica del uréter a nivel de trigono, cuello vesical, uretra prostática o vesícula seminal. La disgenesia renal ipsilateral se explicaría por un predominio de elementos mesonéfricos en el blastema renal. La atresia del

conducto eyaculador tendrá como consecuencia la dilatación quística de la vesícula seminal, que será el resultado de un desarrollo anómalo a nivel del extremo distal del conducto mesonéfrico y el seno urogenital entre las 4 y 7 semanas de gestación. Las manifestaciones clínicas en estos pacientes dependerán de la localización de la ectopia ureteral, pudiendo permanecer asintomáticos en gran parte de los casos, o manifestarse como cuadros de infección de vías urinarias y dolor lumbar, o molestias eyaculatorias y en región perineal<sup>3</sup>.

*Abreviaturas:* RMN: Resonancia Magnética Nuclear. TAC: Tomografía Axial Computarizada. UCI: Unidad de Cuidados Intensivos. ECO: Ecografía.

### CASO CLÍNICO

Varón de 41 años con el antecedentes de asma bronquial y episodios de dolor lumbar en fosa renal izquierda, que acude a urgencias refiriendo dolor a nivel de flanco-fosa iliaca y renal izquierda de unos diez días de evolución, así como sensación distérmica. En la anamnesis no refería haber tenido síntomas a nivel del tracto urinario bajo ni genital desde el inicio del cuadro clínico. A su llegada al hospital se registra una temperatura de 39°, dolor a la palpación en fosa renal izquierda y puñopercusión renal izquierda positiva. Los datos analíticos reflejaban una severa leucopenia, plaquetopenia y granulocitos inmaduros, con función renal levemente alterada (creatinina 1,6). El sedimento urinario era patológico con nitritos positivos, más de 100 leucocitos por campo y gérmenes. Durante su estancia en urgencias el paciente sufre un rápido empeoramiento de su estado general con inestabilidad hemodinámica, por lo que se decide su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos. Durante su estancia en dicho servicio se realizan hemocultivos y urocultivos, resultando ambos positivos para *Proteus mirabilis*.

El paciente evolucionó favorablemente con tratamiento antibiótico, recuperando a las pocas horas la estabilidad hemodinámica, siendo dado de alta y trasladado a nuestro servicio al tercer día de su ingreso en UCI, con el diagnóstico de sepsis de probable origen urinario. Se le realiza TAC abdominal, en la que se observa una hipoplasia renal izquierda con dilación del uréter izquierdo que desemboca posiblemente a nivel de vesícula seminal izquierda, la cual presentaba una dilatación quística con calcificaciones en su interior (Fig. 1).

**FIGURA 1.** Imagen de TAC, vesícula seminal izquierda quística.

Se le realizó cistoscopia en la que no se logró visualizar el orificio ureteral izquierdo, siendo el resto de la exploración endoscópica normal.

El paciente se programó para una nefroureterectomía izquierda laparoscópica, en la que se empleó para el abordaje la vía transperitoneal, mediante cuatro accesos, que permitieron realizar la exéresis del riñón así como de la totalidad del uréter, llegando hasta la pared de la vesícula seminal, la cual se conservó en su totalidad.

El análisis anatómo-patológico de la pieza quirúrgica fue informado como riñón izquierdo atrófico, de aproximadamente dos centímetros de espesor, con punteado amarillento sembrando el parénquima renal y un uréter dilatado y enrojecido engrosado en su porción distal. En el estudio microscópico se observaron dos tipos de patologías diferentes: Por una parte predominaban estructuras celulares tubulares mezcladas con tejido fibroso - típicas del riñón displásico - y por otra parte se visualizaba un importante componente inflamatorio predominantemente crónico que afectaba al parénquima renal y al tejido graso perirrenal, todo ello compatible con una displasia renal con pielonefritis xantugranulomatosa (Fig. 2).



**FIGURA 2.** Pieza quirúrgica de resección laparoscópica.

## DISCUSIÓN

La atrofia renal con abocamiento ectópico del uréter en la vesícula seminal es una patología congénita poco frecuente que afecta a menos del 0,003 % de la población. La degeneración quística de la vesícula seminal asociada a la agenesia renal ipsilateral fue descrita por primera vez por Zinner en 1914<sup>4</sup>. Asociadas a esta patología se han descrito otras malformaciones como poliquistosis renal, reflujo vesicoureteral, fístula traqueoesofágica, imperforación anal, ectopias testiculares y otras malformaciones gonadales<sup>5,6</sup>. Las pruebas de imagen son el pilar fundamental en el que se sustenta el diagnóstico de la atrofia renal con degeneración quística de la vesícula seminal. La RMN sería la prueba que nos aportaría más datos para realizar el diagnóstico. También la TAC y la ECO serían técnicas capaces de caracterizar esta entidad aunque con menos precisión<sup>7</sup>.

En nuestro caso el diagnóstico se realizó a partir de la clínica de infección urinaria de vías altas, con dolor en fosa renal izquierda, apoyados por las imágenes de estas dos últimas técnicas de forma combinada.

En la mayoría de casos publicados el cuadro clínico era compatible con el de una infección de vías urinarias bajas con síndrome miccional, acompañada en muchos casos de fiebre, molestias perineales y/o genitales, que podrían plantear la duda diagnóstica con cuadros de prostatitis, epididimitis o síndrome de dolor perineal crónico. En estos pacientes la clínica se explicaría por la irritación de tejidos circundantes por parte de la vesícula seminal quística, siendo en estos casos la vesícula seminal el principal foco infeccioso.

En nuestro caso no había dolor perineal o genital ni clínica miccional baja, sino dolor a nivel de fosa renal izquierda, con antecedentes de episodios similares de menor gravedad y en la misma localización.

Durante la intervención quirúrgica laparoscópica se observó una importante fibrosis del riñón izquierdo y tejidos perirrenales, que dificultó en gran medida la disección renal, siendo la disección del uréter relativamente fácil hasta llegar a la pared de la vesícula seminal izquierda quística, sin que existieran a nivel pélvico datos de procesos inflamatorios activos.

Dado que se trataba de un paciente joven y con una clínica infecciosa siempre localizada a nivel del

tracto urinario superior, con dolor en la fosa renal izquierda y no perineal, decidimos conservar la vesícula seminal, pensando que el riñón atrófico sería el causante del cuadro clínico<sup>8</sup>.

La atrofia renal con abocamiento ectópico del uréter en la vesícula seminal es una malformación congénita poco frecuente que puede pasar desapercibida durante años sin dar ninguna clínica o manifestarse con cuadros de dolor e infecciones del área urogenital<sup>9</sup>.

El tratamiento quirúrgico debe reservarse para aquellos pacientes sintomáticos, manteniendo una actitud expectante con aquellos que no presenten complicaciones<sup>10</sup>. Tras revisar la literatura hemos encontrado sólo tres casos de cirugía laparoscópica aplicada a la resección de un riñón atrófico - displásico con abocamiento ectópico del uréter a nivel de una vesícula seminal quística. En la mayor parte de los casos comunicados de esta patología, no se detectó la presencia de tejido renal ipsilateral mediante las pruebas de imagen ni durante la intervención quirúrgica<sup>11-13</sup>.

Se han publicado un mayor número de casos de cirugía laparoscópica aplicada sólo a la resección de vesículas seminales con degeneración quística, sin haber encontrado en esos pacientes restos de tejido renal ipsilateral tanto en las pruebas de imagen como durante la cirugía (Agenesia renal completa). La cirugía laparoscópica permite un buen acceso y visualización y supone una menor morbilidad, pero la mayoría de los autores siguen recomendando la cirugía abierta dado que suelen presentarse importantes adherencias y dificultad en la disección<sup>13,14</sup>.

En nuestro caso la nefroureterectomía laparoscópica con conservación de vesícula seminal resultó difícil a nivel renal y perirrenal debido a una importante fibrosis de la zona, siendo la disección ureteral más fácil y con resultado final favorable.

Concluimos en este caso que se trataba de un paciente con una degeneración quística de la vesícula seminal izquierda asociada a una atrofia del riñón izquierdo con abocamiento ectópico de su uréter a nivel de dicha vesícula seminal, con exploraciones radiológicas y datos anatomopatológicos compatibles con displasia - atrofia renal izquierda acompañada por una pielonefritis xantogranulomatosa. Pensamos que el riñón era el causante del cuadro infeccioso que le hizo ingresar, no siendo en este caso la vesícula seminal quística el foco infeccioso.

El paciente fue dado de alta a los dos días de la intervención y no ha vuelto a presentar ningún episodio de infección urinaria ni otro tipo de clínica urogenital. El tratamiento laparoscópico aporta una menor morbilidad y un menor tiempo de estancia hospitalaria postoperatoria de estos pacientes<sup>15</sup>.

### REFERENCIAS

1. Seith CP, Hung CS, Wei CF, Lin CY. Cystic dilations within the pelvis in patients with ipsilateral renal agenesis or dysplasia. *J Urol*. 1990;144:324-327.
2. Soler Fernández JM, Domínguez Bravo C, Herrera Puerto J, Murillo Mirat J, Castaño Casaseca JL, Poveda Pierola A. Uréter ectópico en vesícula seminal con displasia quística. Caso clínico y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp*. 1990;14(6):447-450.
3. Busto Castañón L, González Martín M. Ectopia ureteral extravesical: a propósito de 2 casos. *Arch Esp Urol*. 1979 May-Jun; 32 (3): 241-254.
4. Zinder A. Ein Fall von intravesikaler Samenblasenzyste. *Wein Med Wochenschr*, 1914;64:605.
5. Röhrborn C, Scheider HJ, Alles JU, Engstfeld J. Embriologic and diagnostic aspects of associated malformation of upper urinary and genital tracts. *Urology*. 1983;22:588-593.
6. Cobb LM, Panagiotou E, Bowen A, Price SE. Ectopic ureter with seminal vesicle insertion in an infant with tracheoesophageal fistula and possible adult polycystic kidney disease. *J Urol*. 1983 May;129(5):1036-1039.
7. Pascual Samaniego M, Egea Camacho J, Cortinas González JR, Calleja Escudero J, Rivero Martínez MD, Fernández del Busto E. Agenesia renal derecha y abocamiento ectópico del uréter en dilatación quística de vesícula seminal. *Actas Urol Esp*. 2004 Oct;28(9):688-693.
8. Valla JS, Carfagna L, Tursini S, Mohaidi MA, Bosson N, Steyaert H. Congenital seminal vesicle cyst: prenatal diagnosis and postnatal laparoscopic excision with attempt to preserve fertility. *BJU Int*. 2003 Jun;91(9):891-892.
9. Lynch MJ and Flannigan GM. Seminal vesicle cyst, renal agenesis, and epididymitis in 50 year old patient. *Br J Urol* 69:98, 1992.
10. Berne Manero JM, Bono Ariño A, Roncales Badal AL. Retroiliac ectopic ureter opening to the seminal vesicle. *Arch Esp Urol*. 2001;54(1):61-64.
11. Hoschke B, May M, Seehafer M, Heleke C. Outlet of megaureter with aplastic kidney into a seminal vesicle cyst. Case report of laparoscopic intervention. *Urologe A*. 2003 Aug;42(8):1092-1096.
12. Buogo G, Rodrigues H, Rodrigues P. Laparoscopic removal of seminal vesicle cyst with ectopic ureteral insertion and renal remnant. *Int Braz J Urol*. 2002 Jul-Aug;28(4):335-337.
13. Cherullo EE, Meraney AM, Bernstein LH, Einstein DM, Thomas AJ, Gill IS. Laparoscopic management of congenital seminal vesicle cyst associated with ipsilateral renal agenesis. *J Urol*. 2002;167(3):1263-1267.
14. Liatsikos EN, Lee B, Filos KS, Barbalias GA. Congenital seminal vesicle cyst and coexisting renal agenesis: laparoscopic approach. *Urology*. 2004 Mar;63(3):584-586.
15. McDougall EM, Afane JS, Dunn MD, Shalhav AL, Clayman RV. Laparoscopic management of retrovesical cyst disease: Washington University experience and review of the literature. *J Endourol*. 2001 Oct;15(8):815-819.

Correspondencia autor: Dr. José M. Janeiro País  
Servicio de Urología. Hospital Juan Canalejo  
Xubias de Arriba, s/n - 15006 A Coruña.Tel.: 981 178 000  
E-mail autor: janeiropais@canalejo.org  
Información artículo: Nota clínica  
Trabajo recibido: abril 2007  
Trabajo aceptado: mayo 2007