

SINTOMATOLOGÍA UROLÓGICA AGUDA ASOCIADA AL MIOMA UTERINO

EYDER L. FERREIRA, E. ALEXSANDRO DA SILVA, B. PEREIRO,
A. ROQUE DEVESA*, E. ZUNGRI TELO

*Servicio de Urología. *Servicio de Ginecología. Hospital POVISA. Vigo (Pontevedra).*

PALABRAS CLAVE:

Mioma uterino. Cólico nefrítico. Retención aguda de orina.

KEY WORDS:

Uterine myoma. Nephritic colic. Acute urine retention.

Actas Urol Esp. 23 (10): 895-897, 1999

RESUMEN

A pesar de que la prevalencia de los leiomiomas uterinos es alta, su presentación afectando el tracto urinario es rara. Presentamos dos casos de mujeres adultas con sintomatología de cólico nefrítico y retención de orina, cuya etiología fue la obstrucción aguda del tracto urinario debida a miomas uterinos previamente asintomáticos. Ambas pacientes fueron tratadas quirúrgicamente mediante histerectomía, quedando resuelta la obstrucción urinaria. Hacemos una breve revisión de la literatura.

ABSTRACT

While prevalence of uterine leiomyoma is high, its presentation affecting the urinary tract is uncommon. We contribute the cases of two adult women with symptoms of nephritic colic and urinary retention. Etiology was acute obstruction of the urinary tract due to previously asymptomatic urine myomas. Management in both patients was surgery, using hysterectomy to resolve the urinary obstruction. A brief review of the literature is included.

El mioma uterino (MU), patología benigna común entre la población femenina, está presente en aproximadamente tres cuartos de las mujeres, cuando son buscados de forma sistemática en estudios anatomo-patológicos de histerectomías. Su prevalencia clínica es aproximadamente de un 20-30% en las mujeres mayores de 30 años de edad, decreciendo su incidencia en las post-menopáusicas y es raro antes de la pubertad². Los síntomas más frecuentes son dolor, sensación de presión y peso abdominal, y sangrados uterinos anormales.

El mecanismo por el cual el MU puede ocasionar problemas en el aparato urinario es por compresión extrínseca. Presentamos dos casos en los que el MU fue responsable por la sintomatología urinaria aguda.

CASOS CLÍNICOS

Caso nº 1.- Mujer de 52 años de edad, sin antecedentes ginecológicos o urológicos de interés, menopáusica desde los 48 años; acudió al Servicio de Urgencias por dolor lumbar izquierdo, tipo cólico, de 7 días de evolución. La ecografía

renal evidenció una moderada dilatación pieloureteral izquierda, sin clara imagen de litiasis urinaria. A nivel de la pelvis se observó una masa sólida redondeada; la ecografía transvaginal confirmó su dependencia del útero, con diagnóstico probable de mioma uterino. La tomografía computarizada mostró una dilatación pieloureteral izquierda en relación a una compresión extrínseca por una masa dependiente del útero compatible con MU (Fig. 1).

Se decide tratamiento quirúrgico, practicándose una histerectomía total y doble anexectomía, confirmándose intraoperatoriamente la compresión ureteral izquierda por la masa uterina. El estudio anatomo-patológico se informó como un útero con un leiomioma en pared izquierda de 70 mm de diámetro. El resto del estudio fue sin alteraciones. El post-operatorio cursó sin incidencias.

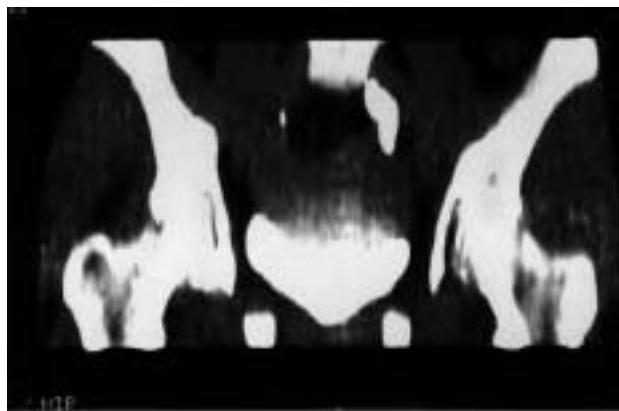
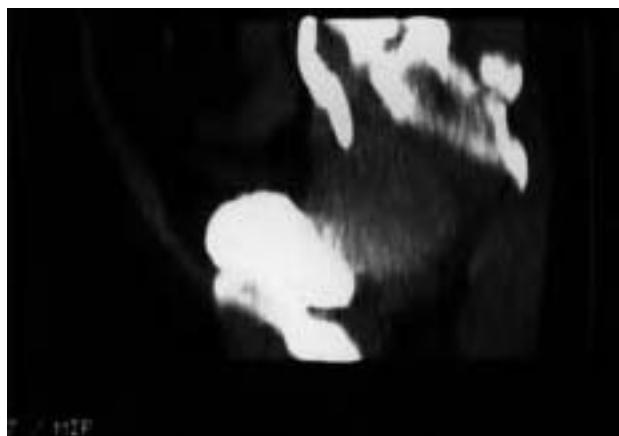


FIGURA 1. Reconstrucción pélvica de TAC abdominal. A: En el plan Sagital se evidencia la compresión del uréter pélvico izquierdo por masa pélvica en relación con el útero. B: En el plan coronal se aprecia el uréter izquierdo dilatado en comparación con el contralateral.

Actualmente, la paciente se encuentra asintomática y el estudio del sistema urinario es normal.

Caso nº 2.- Mujer de 49 años de edad, sin antecedentes urológicos o ginecológicos de interés y con ciclos menstruales regulares. Acude al Servicio de Urgencias por retención aguda de orina, tratándose mediante cateterismo vesical de alivio, con salida de 1.200 ml de orina clara. La exploración ginecológica evidenció un útero aumentado de tamaño, con una masa a nivel ístmico de aproximadamente 6 cm y una superficie irregular. La ecografía demuestra un útero miomatoso en que destaca un mioma ístmico anterior de 52 mm, que protruye hasta la síntesis del pubis (Fig. 2). La paciente presentó a los días siguientes nuevos episodios de retenciones agudas de orina, y se realizó un cateterismo vesical a permanencia. Se decide tratamiento quirúrgico mediante histerectomía total, confirmándose intraoperatoriamente los hallazgos descritos. La anatomía patológica informa de un MU cervical de 50 mm de diámetro y múltiples miomas de menor tamaño, intramurales y subserosos. El post-operatorio cursó sin incidencias.

Tras la intervención, la paciente se encuentra asintomática y el estudio del sistema urinario es normal.



FIGURA 2. Ecografía abdominal; MU (flecha) comprimiendo el cuello vesical. Notar el balón de la sonda vesical (asterisco).

DISCUSIÓN

La afectación del sistema urinario está bien documentada en relación con el embarazo, de manera que el aumento de volumen del útero gestante es una causa frecuente de dilatación ureteral asintomática durante el segundo trimestre de gestación, por compresión de la porción pelviana del uréter^{3,4}. Aunque existen casos descritos de obstrucciones graves en gestantes con cirugía urológica previa o anomalías congénitas uterinas, fuera de este contexto la sintomatología urológica de origen ginecológico (a excepción del cáncer) es rara^{5,6}.

A pesar de la alta prevalencia de los MU, frecuentemente no son diagnosticados debido a que hasta en un 50% de los casos cursan de forma asintomática⁷. La sintomatología dependerá de la situación del mioma más que de su tamaño, de forma que, un gran mioma subseroso de localización en el fundus uterino podrá ser asintomático, mientras que un mioma pequeño de localización submucosa, puede provocar importantes alteraciones menstruales.

La sintomatología urinaria de los miomas es rara y está relacionada con la compresión del mioma sobre distintos tramos del sistema urinario⁸. Lo más habitual es el aumento de la frecuencia urinaria debido a compresión sobre la vejiga y disminución de su volumen de llenado. Muy infrecuente es la presentación de dolor lumbar debido a hidronefrosis, provocada por compresión ureteral de un mioma situado en la cara lateral uterina, generalmente intraligamentario (entre las dos capas del ligamento ancho), como hemos presentado en el primer caso, o con clínica de retención urinaria por compresión sobre el trigono vesical de un mioma de localización en la cara anterior del cervix uterino, como ocurrió en el segundo caso que hemos descrito^{9,10}. Es interesante resaltar en el segundo caso, que a pesar del gran volumen vesical demostrado por el elevado residuo, su instauración debe haber sido de corta duración, al no haberse asociado a dilatación del aparato urinario superior.

El método diagnóstico de elección es la ecografía, principalmente si se dispone de sonda transvaginal que permite diagnosticar MU de pequeño tamaño, y establecer con gran precisión su localización y relación con estructuras vecinas. En caso necesario o para confirmar alguna duda, se utilizará otro método diagnóstico de imagen, como la

TAC o RNM, fundamentalmente en casos de miomas complicados (degeneración quística, necróticos,...) que pueden presentarse como imágenes muy abigarradas.

Con la clínica que presentamos, el tratamiento es quirúrgico y, según la edad, paridad y deseo eugenésico de la paciente, se optará por miomectomía o histerectomía (con o sin anexectomía bilateral). El tratamiento médico para los miomas (análogos de la GnRH), casi siempre previo a cirugía, no está indicado en una situación aguda como la que presentamos.

En los dos casos descritos el diagnóstico de presunción fue correcto y se comprobó durante el acto quirúrgico que los miomas comprimían el sistema urinario, resolviéndose el cuadro y la sintomatología tras la histerectomía.

REFERENCIAS

1. CRAMER SF, PAREL A: The frequency of uterine leiomyomas. *Am J Clin Pathol* 1990; **94**: 435-438.
2. ZALAUDIK C, NORRIS HJ En: Mesenchymal tumors of the uterus: Blastium JR. Pathology of the genital tract. 4th ed. *Leringer-Verlag* 1994: 488-489.
3. ROBERTS JA: Hydronephrosis of pregnancy. *Urology* 1976; **8**: 1-4.
4. RASMUSSEN PE, NIELSEN FR: Hydronephrosis during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1988; **27**: 249-259.
5. D'ELIA FL, BRENNAN RE, BROWNSTEIN PK: Acute renal failure secondary to ureteral obstruction by a gravid uterus. *J Urol* 1982; **128**: 803-804.
6. KEATING PJ, WALTON SM, MAOURIS P: Incarceration of a bicornuate retroverted gravid uterus presenting with bilateral ureteric obstruction. *Br J Obstet Gynecol* 1992; **99**: 345-347.
7. BUTTRAM VC, REITER RC: Uterine leiomyoma: etiology, symptomatology and management. *Fertil Esteril* 1981; **36**: 433-445.
8. WEST CP: Uterine fibroids: clinical presentation and diagnostic techniques. En: Shaw RW (de). Uterine fibroids. New Jersey: *The Parthenon Publishing Group* 1992: 35-45.
9. FRIEDMAN AJ: Acute urinary retention after gonadotropin-releasing hormone agonist treatment for leiomyomata uteri. *Fertil Steril* 1993; **59**: 677-678.
10. GROSSMAN TG, COMPTON AA: Recurrent premenstrual acute urinary retention due to uterine myomas. *J Reprod Med* 1978; **20**: 340.

Dr. E. Zungri Telo
Servicio de Urología. Hospital POVISA
C/ Salamanca, 5 - 36211 Vigo (Pontevedra)

(Trabajo recibido el 15 Enero de 1999)