

Endometriosis ureteral: reporte de un caso

Calderón-Andrade HF,¹ Murillo-Olivas ME.²



■ RESUMEN

La frecuencia de la endometriosis con afectación del tracto urinario se estima entre 0.1% a 1.2%, con presentación en el uréter de 15% a 20%.

Exponemos el caso de una paciente postmenopáusica con sintomatología indicativa de infección de vías urinarias, demostrándose una obstrucción del uréter derecho mediante estudios radiográficos y diagnosticándose endometriosis ureteral tras el estudio anatomo-patológico posresección del tejido endometrial.

Se considera un caso muy poco frecuente ya que la sintomatología de la paciente no es adaptable a los datos clínicos que se obtienen en la bibliografía.

Palabras clave: Endometriosis, obstrucción ureteral, leuproliida, México.

■ ABSTRACT

Endometriosis with urinary tract involvement frequency is estimated at 0.1-1.2% and 15-20% of cases present in the ureter.

The patient is a postmenopausal woman with symptomatology indicative of urinary tract infection. Radiographic studies revealed right ureteral obstruction and ureteral endometriosis was diagnosed by post-resection anatomopathological study of endometrial tissue.

This case is considered to be uncommon given that patient symptomatology did not fit clinical data reported in the literature.

Key words: endometriosis, ureteral obstruction, leuprolide, Mexico.



■ ANTECEDENTES

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcional en un sitio ectópico, que afecta de 2.5% a 15% de las mujeres en edad fértil, con un pico

de incidencia a los 20 años de edad.¹⁻³ Esta lesión ectópica consiste en glándulas endometriales o estroma que puede interferir en el proceso fisiológico normal por su naturaleza infiltrativa o por la formación de adherencias.³

1 Cirujano urólogo. 2 Médico Interno de Pregrado.

Centro Médico de Especialidades, Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

Correspondencia: Dr. Héctor Fidel Calderón Andrade. Avenida de las Torres N° 1538-29 a 33, Torres del Pri, Ciudad Juárez, Chihuahua. Teléfono: 01 656 690 7819.

La endometriosis fue descrita por primera vez por Pfannestiel en 1897. Abeshouse y Abeshouse (1960), realizaron un extenso estudio retrospectivo de endometriosis en el tracto urinario; informaron 127 casos de endometriosis vesical: 15 ureteral, seis renal y pararenal y tres endometriosis uretrales.³ La endometriosis ureteral fue descrita por primera vez por Cullen (1917); desde entonces, se han informado 98 casos en la bibliografía inglesa y cinco casos en la japonesa.³⁻⁶

La afectación del tracto urinario ha sido reportado con una incidencia de entre 0.01% a 1.2%,^{2,7-9} localizándose en 70% a 80% de los casos en vejiga y entre 15% a 20% en uréter.⁶ La afectación ureteral sigue 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 en una paciente que generalmente tiene un antecedente de endometriosis genital.⁷

Debido a la falta de sintomatología específica, puede no ser posible llegar al diagnóstico sino hasta después de que haya ocurrido un daño significativo.^{2,10}

■ CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 51 años de edad que ingresó al Servicio de Urología del Hospital Centro Médico de Especialidades por presentar dolor en epigastrio de tipo lancinante, con intensidad 10/10; de inicio súbito, que disminuía en decúbito dorsal y se intensificaba en decúbito lateral derecho. Refería fiebre no cuantificada durante una semana, disuria y sensación de orina residual. Aunado al cuadro clínico descrito anteriormente, refería cefalea intensa tipo punzante durante los dos meses previos.

Refería tabaquismo positivo desde los 14 años, con una cajetilla diaria en los últimos tres años. Antecedente de tres embarazos, una cesárea y dos abortos. Sus ciclos menstruales eran regulares: tres por 28 días; la fecha de su última menstruación fue en 1989 por histerectomía; su citología cervical más reciente fue hace 5 años y la última mamografía había sido cuatro años antes, con reporte normal. Manifestó tener hipertensión arterial, diagnosticada hacia tres meses, sin tratamiento y antecedentes quirúrgicos: cesárea hacia 27 años e histerectomía más ooforectomía en 1989, con transfusiones positivas durante esta última. A la exploración no se evidenciaron datos de relevancia. Se indicó química sanguínea, biometría hemática, tomografía computarizada y placas simples de abdomen: de pie y decúbito.

En la biometría hemática se obtuvo hemoglobina 13.6 g/dL, neutrófilos 44.4%, eosinófilos 7.3%; química sanguínea con colesterol total 212 mg/dL, triglicéridos 408 mg/dL, cloro sérico 95 mmol/L, creatininfosfoquinasa total 37 UI/L y colesterol de muy baja densidad 82 mg/dL.



Imagen 1. Urotomografía con medio de contraste; en el lado derecho se observó dilatación grado II a III de sistemas colectores, de la pelvícula y del urétero hasta el área del hueco pélvico; éste último se evidenció flexuoso.

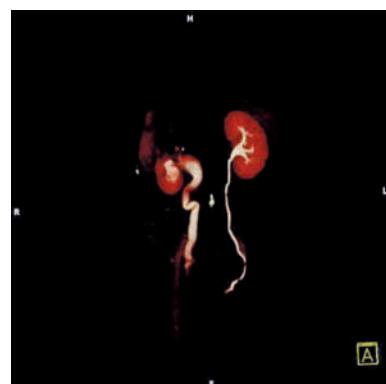


Imagen 2. Reconstrucción de uro-tomografía. Se evidencia la gran dilatación de la pelvícula y del urétero derecho.

La placa simple de abdomen de pie y decúbito solo mostró escoliosis lumbar. La urotomografía con medio de contraste mostró una irrigación a través de ambos riñones pero en forma tenue en el lado derecho, apreciándose los sistemas colectores, pelvis y urétero en el lado izquierdo de características normales, en el lado derecho se observó dilatación grado II a III de sistemas colectores, pelvícula y del urétero hasta el área del hueco pélvico, además este último se evidenció flexuoso (**Imagen 1**). En la reconstrucción de la urotomografía se tuvo una mejor demostración de la gran dilatación de la pelvícula y urétero derecho (**Imagen 2**).

A la paciente se le realizó una biopsia excisional, sin complicación alguna durante la cirugía y el segmento analizado se envió al departamento de patología. Se le colocó un catéter doble J del lado derecho, realizándose una radiografía de control y posteriormente una urografía



Imagen 3. Urografía excretora, que muestra la presencia del catéter doble *J*, colocado correctamente.

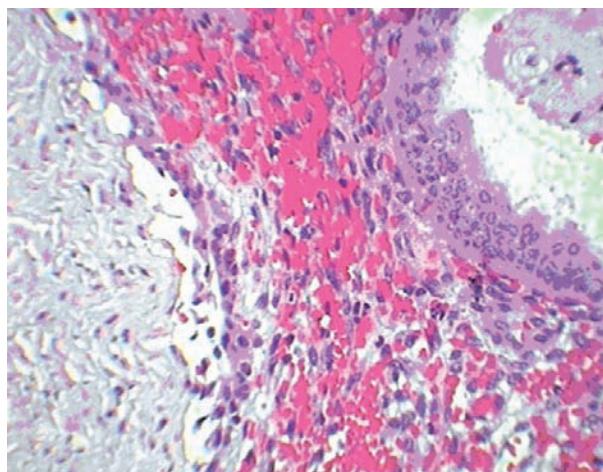


Imagen 4. Estudio histopatológico de la pieza quirúrgica, con tejido glandular y estromal.

excretora, que mostró la presencia del catéter colocado correctamente (**Imagen 3**). Se citó a la paciente a consulta externa una semana después de colocado el catéter, confirmando la ausencia de sintomatología urológica o endometrial. Por medio del estudio patológico se recibió el diagnóstico definitivo de *endometriosis de tercio inferior de uréter* observándose, sin duda alguna, el tejido glandular y estromal (**Imagen 4**). Al contar con este diagnóstico confirmado por patología, se le proporcionó tratamiento farmacológico, con base en leuprorida (análogo de la GnRH), a razón de 3.75 mg IM cada mes, manejo que se continuó indefinidamente. Se le retiró el catéter doble *J* un mes después de haberse colocado, sin ninguna complicación.

■ CONCLUSIONES

La endometriosis afecta comúnmente órganos como los ovarios, ligamentos uterosacros, trompas de Falopio, recto y región cervico-vaginal.² La endometriosis con afectación del tracto urinario se estima entre 0.1% a 1.2 %, siendo la vejiga el órgano afectado más frecuentemente.^{3,5,8,9} Las lesiones ureterales derechas se presentan con mayor frecuencia (64%), situación que corresponde al caso que presentamos; y la incidencia de lesiones bilaterales son de 15.2%.²

La etiología de la endometriosis, especialmente al afectarse el uréter, no se encuentra totalmente claro en la actualidad.² Existen varias teorías propuestas para explicar el mecanismo del "transporte de tejido" endometrial fuera del útero.² Estos mecanismos incluyen: extensión directa dentro o fuera de la pared uterina, la propagación hematogena o linfática, flujo menstrual

retrogrado a través de la trompa de Falopio, y una reacción metaplásica del conducto remanente de Müller o de Wolff.² Varios estudios han informado acerca de una alta incidencia de antecedentes quirúrgicos (60% a 70%) en pacientes con endometriosis del tracto urinario, lo que apoya la teoría de extensión directa; casos en los que se afecta más frecuentemente el tercio distal del uréter, como el caso de nuestra paciente.^{2,5,11}

La endometriosis ureteral ha sido clasificada de tipo intrínseco y extrínseco;^{2,10} igualmente, se ha hecho una distinción entre la afectación ureteral distal, categoría en la que se dan la mayor parte de los casos (como se observó en este caso) y la afectación ureteral proximal, que sólo se presenta en escasas ocasiones.⁷ En la variedad extrínseca, las glándulas endometriales y el estroma están localizados en la adventicia y en el tejido conectivo circundante del uréter. En el tipo intrínseco, se presenta en la lámina propia y en las capas musculares del uréter. Ambos tipos pueden precipitar la obstrucción ureteral, pero la variedad extrínseca, que ocurre en 80% de los casos, se ve implicada con más frecuencia.^{2,10}

La sintomatología de la endometriosis se relaciona con la localización y severidad de la lesión. La endometriosis ureteral puede estar asociada con síntomas ginecológicos clásicos, secundarios a endometriosis, o con datos urológicos directamente relacionados con el efecto de tejido endometrial en uréter.^{2,6} El dolor pélvico crónico, con urgencia urinaria, incremento en la frecuencia, disuria, dispareunia y hematuria cíclica son los síntomas mas frecuentes.² La incidencia de hematuria en pacientes con endometriosis ureteral

es de 15% y la de localización ureteral, generalmente está subestimada, debido a que su curso es lento y sliente, manifestándose de manera tardía como uropatía obstructiva y por ende, poniendo en riesgo la vitalidad renal. La nefrectomía subsecuente se asocia con 30% a 40% de los casos;⁷ por lo que se recomienda realizarse un estudio de imagen del tracto urinario a toda aquella mujer con endometriosis pélvica.^{2,6} Los síntomas convencionales de endometriosis pélvica, como dispareunia, dismenorrea, dolor pélvico y menorragia, deben orientar al diagnóstico.^{2,4,11}

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; lo que da lugar a hemorragia cuya resolución se acompaña de fibrosis y por lo tanto, de un gran riesgo de adherencias así como al efecto masa que una respuesta fibrosa excesiva puede originar en el lugar donde asiente.⁷ El diagnóstico diferencial, clínico y radiológico, se establece generalmente con otros procesos, principalmente neoplasias malignas ureterales, retroperitoneales y pélvicas, dependiendo de la localización principal del proceso.⁷

El ultrasonido es el paso inicial para diagnosticar una masa endoluminal vesical o dilatación del tracto urinario superior. La urografía excretora es mucho más útil para detectar la integridad del tracto urinario superior y del uréter, demostrando una estrechez ureteral o una lesión polipoide.³ La resonancia magnética es de utilidad en la identificación preoperatoria, particularmente en aquellos casos con esta sospecha diagnóstica, presentándose la endometriosis ureteral con una imagen hipodensa en T1 e hiperdensa en T2. Solamente 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.⁷

El tratamiento varía según la severidad y el sitio de afectación. En casos de endometriosis ureteral, el tratamiento quirúrgico es la mejor opción seguido de tratamiento hormonal que suprime la función ovárica como el danazol,^{2,4,5} ya que al crear una situación de

pseudomenopausia suprime el eje gonadotrópico y la esteroidogénesis ovárica, aumentando la depuración metabólica de estradiol y progesterona, estímulos fundamentales en la respuesta glándula cíclica,⁷ aunque actualmente aun existe mucha controversia al respecto.³⁻⁵ El tratamiento quirúrgico agresivo, con resección de tejido ectópico, libera la obstrucción urinaria y se procede a histerectomía si la paciente tiene paridad satisfecha; este se constituye en el tratamiento de elección.³⁻⁵

Como se pudo demostrar nuestra paciente, a diferencia de lo que plantean los autores citados, nunca tuvo hematuria y la sintomatología predominante fue únicamente indicativa de infección de vías urinarias. Consideramos que el hecho de no haber tenido una hematuria demostrable pudo deberse a que la localización del tejido endometrial no fue en vejiga, sino en uréter, convirtiéndose este en un caso muy poco frecuente, no adaptable a los datos clínicos que se obtienen de la bibliografía y que se demostró por el hallazgo anatómopatológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valdez AN, Contreras D, Cantero O. Endometriosis urogenital. Rev Cuba Obstet Ginecol 1998;24(3):151-155.
2. Chen Chien-Hua, Hsieh Teh-Sheng, Lin Chih-Min. Ureteral endometriosis with renal loss: a case report. JTUA 2004;15(4):185-189.
3. Kumar PD. Urinary tract endometriosis. Indian Journal of Surgery 2004;66(1):41-43.
4. Peringa J, van Haarst ER, van Swijndregt AD. Ureteral endometriosis. JBR-BTR 2002;85(3):148-149.
5. Gagnon RF, Arsenault D, Pichette V, et al. Acute renal failure in a young woman with endometriosis. Nephrol Dial Transplant 2001;16(7): 1499-1502.
6. Wein, Kavossi, Novick, et al. Benign pelvic abnormalities. Pathophysiology of Urinary Tract Obstruction; Campbell-Walsh; Novena edición; section IX, Vol. 2: 1219-21
7. Torres F, Vázquez F, Torres F. Endometriosis ureteral. A propósito de un caso. Arch Esp Urol 2006;59(2):192-195.
8. Ruiz RR, Castañeda MA, Madruga VK. Endometriosis ureteral. Presentación de un caso. Rev Med Electron 2007;29(1):125.
9. Chen HY, Huang MC, Hung YC, Hsu YH. Failure of laparoscopy to relieve ureteral obstruction secondary to endometriosis. Taiwan J Obstet Gynecol 2006;45(2):142-145.
10. Strang A, Lissone SW, Petrou SP. Ureteral endometriosis and coexistent urethral leiomyoma in a postmenopausal woman. Int Braz J Urol 2004;30(6):496-498.
11. Slow A, Nikam YA, Ng C, Su MC. Urological complications of laparoscopic hysterectomy: a four-year review at KK women's and children's hospital, Singapore. Singapore Med J 2007;48(3):217-221.