

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Endometriosis ureteral en paciente monorrena. Presentación del caso y revisión de la literatura



Juan Antonio Mainez Rodríguez^{a,*}, José María Martínez-Sagarra Oceja^a,
Daniel Alonso Fernández^a, Tomás Zamora Martínez^b, Carlos Marina García-Tuñón^c,
Antonio José Alonso Villalba^a y Consuelo Conde Redondo^a

^a Servicio de Urología, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

^c Servicio de Ginecología y obstetricia, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

Recibido el 26 de noviembre de 2013; aceptado el 13 de abril de 2014

Disponible en Internet el 2 de junio de 2014

PALABRAS CLAVE

Endometriosis ureteral;
Monorreno;
Ureterectomía

KEYWORDS

Ureteral endometriosis;
Unique kidney;
Ureterectomy

Resumen La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcionante localizado de manera ectópica fuera de la cavidad uterina. La afectación del aparato urinario es poco frecuente evidenciándose únicamente en el 5% de las pacientes con endometriosis.

Presentamos el caso de una paciente de 44 años monorrena izquierda, que ingresa en el servicio de urología por hidronefrosis y dolor en fosa renal de un mes de evolución.

Se realiza estudio de uropatía obstructiva izquierda evidenciándose efecto masa en uréter distal izquierdo. Dados los hallazgos y los antecedentes de la paciente (monorrena izquierda) se decide realizar ureterectomía y vejiga psoica, con toma de biopsia intraoperatoria. El estudio histopatológico de la pieza reveló el diagnóstico de endometriosis ureteral.

La paciente en la actualidad se encuentra asintomática y con función renal normal.

© 2013 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Ureteral endometriosis in a single-kidney patient. Case report and literatura review

Abstract Endometriosis is defined as the presence of ectopic endometrial tissue outside the normal confines of the uterine cavity. Urinary tract involvement is uncommon, its incidence being about 5%.

We report the case of a 44 year-old patient with a single left kidney admitted to the urology department of our hospital diagnosed with left-sided hydronephrosis. She also complained of pain in the left renal fossa for more than a month.

A study of left obstructive uropathy was performed, revealing a mass effect in the left distal ureter. Given the findings and the patient's history (a single left kidney), we decided to perform ureterectomy and to fix the bladder to the psoas, as well as to perform an intraoperative biopsy.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tono9860@hotmail.com (J.A. Mainez Rodríguez).

The histopathological report of the surgical specimen confirmed the previous diagnosis of ureteral endometriosis. The patient is currently asymptomatic and has normal renal function.
© 2013 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcionante localizado de manera ectópica fuera de la cavidad uterina, siendo una enfermedad más frecuente de lo que en un principio se podría pensar, encontrándose hasta en el 20% de las mujeres en edad fértil. La máxima frecuencia se presenta en la segunda década de la vida¹.

Fue descrita por primera vez por Pfannestiel a finales del siglo XIX. Cullen fue en 1917 el primero que describió la endometriosis ureteral². Desde entonces se han realizado diversas publicaciones sobre esta enfermedad destacando la publicación de Abeshouse (1960) que realizó un extenso análisis retrospectivo de 151 pacientes diagnosticadas de endometriosis con afectación del tracto urinario³; y el estudio prospectivo del manejo quirúrgico de 30 pacientes con endometriosis que afecta al aparato urinario realizado por Rozsnyai et al. en el año 2011⁴.

La afectación del aparato urinario es poco frecuente, evidenciándose únicamente en el 5% de las pacientes con endometriosis, siendo la vejiga la localización más habitual seguida del uréter con una proporción de 4:1⁵.

Caso clínico

B.G.G es una mujer de 44 años entre cuyos antecedentes personales destaca nefrectomía derecha por pionefrosis hace 18 años. Ingresa en el servicio de urología remitida por parte del servicio de nefrología donde seguía controles periódicos por insuficiencia renal crónica al diagnosticarse en ecografía de control hidronefrosis izquierda y referir la paciente dolor en fosa renal izquierda de un mes de evolución y disuria, llegando a presentar un urocultivo positivo a *E. coli* que se trató según antibiograma.

A la exploración física presentaba una ligera puñopercusión renal izquierda positiva sin mayor sintomatología asociada.

A la exploración ecográfica se visualizaban cambios posquirúrgicos de nefrectomía derecha, observando en el riñón izquierdo tamaño compensador con un eje largo de 15 cm, existiendo severa dilatación ureteropielocalicial con cálices que improntan sobre la cortical y la pelvis renal dilatada con un diámetro de 3,9 cm. El uréter se encontraba dilatado al menos hasta el cruce con los vasos ilíacos con un diámetro de 11 mm.

En cuanto a la analítica sanguínea la paciente presentada una reagudización de su insuficiencia renal presentando cifra de 4 mg/dl de creatinina.

Con estos datos, se decide colocación de catéter doble J izquierdo y estudio de uropatía obstructiva izquierda sin filiar.

Ante la mejoría sintomática y la normalización de su función renal hasta cifras basales de su insuficiencia renal (creatinina de 2,3 ng/dl) se confirma la uropatía obstructiva como causa de su fracaso renal. Para intentar conocer la naturaleza de su proceso obstructivo se realiza pielografía percutánea anterógrada y colocación de tubo de nefrostomía objetivándose estenosis ureteral distal sin filiar causa obstructiva y sin visualizarse litiasis ureteral (fig. 1).

Se decide realización de TAC abdominal que se informa como uréter dilatado hasta tercio distal sin objetivarse litiasis endoluminal (fig. 2).

Se realizan citologías que dan como resultado atipia celular de bajo grado en cada una de las 3 muestras remitidas al laboratorio, a su vez se realiza urocultivo y BK en orina siendo ambos resultados negativos.

Se realiza ureteroscopia objetivándose estenosis ureteral distal de mucosa deslustrada y efecto masa endoluminal, siendo infructuoso el ascenso a cavidad renal y el fracaso en el intento de realización de biopsia.

Dados los hallazgos y los antecedentes de la paciente (monorrea izquierda) se decide programarla para ureterectomía y realización de vejiga psóica, con toma de biopsia intraoperatoria (negativa para proceso neoplásico), para tratamiento y filiación de uropatía obstructiva con realización de linfadenectomía complementaria (figs. 3 y 4).

El estudio histopatológico de la pieza reveló el diagnóstico de endometriosis ureteral encontrándose en uno de los ganglios de la cadena ilio-obturatriz izquierda metaplasia endotubárica (figs. 5 y 6).



Figura 1 Pielografía anterógrada.



Figura 2 Masa ureteral en TAC.

El control posquirúrgico se realizó mediante urografía intravenosa (fig. 7).

Discusión

La endometriosis suele presentarse en órganos pélvicos como son los ovarios, ligamentos uterosacros, trompas de Falopio, tabique rectovaginal y tracto genital inferior. La presentación extragenital es más atípica presentándose en el aparato urinario con una frecuencia aproximada del 5%^{1,5}.

La patogenia de la enfermedad no está totalmente esclarecida, siendo la teoría de Sampson⁶ el cual atribuye al flujo menstrual retrógrado a través de las trompas de Falopio hacia la cavidad abdominal, la más aceptada como causa de producción de endometriosis. Otras teorías aceptadas en la



Figura 3 Pieza quirúrgica.

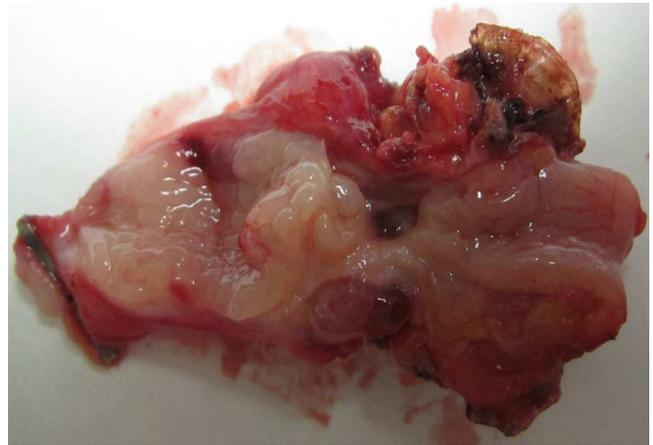


Figura 4 Pieza tallada en anatomía patológica.

actualidad son la teoría de la metaplasia⁷ que atribuye la acción metaplásica del conducto remanente de Müller una causa probada de endometriosis y las teorías de diseminación linfática y hematogena como causa de endometriosis a gran distancia de la cavidad uterina como la endometriosis pleural, digestiva o en piel^{6,8}.

Existen 2 tipos histológicos de endometriosis ureteral: intrínseca y extrínseca. Se define intrínseca (20%) a la afectación de la lámina propia y las capas musculares de la pared ureteral, denominándose extrínseca (80%) la afectación de la adventicia y del tejido conectivo periureteral. Se puede establecer otra división si atendemos a la localización de la afectación ureteral presentándose habitualmente en el tercio distal del mismo (como sucede en nuestro caso y en el caso publicado por Vesga et al.⁹) en relación 4:1 con el resto de presentaciones ureterales, así como la lateralidad más frecuente del síndrome, siendo más frecuente la localización en uréter izquierdo, pudiéndose presentar de forma bilateral¹⁰.

Normalmente el paciente se encuentra asintomático, aunque en ocasiones puede presentar síntomas clásicos ginecológicos de la endometriosis o síntomas derivados de la evolución silente de la enfermedad en forma de fibrosis y adherencias debido a la respuesta del tejido endometrial

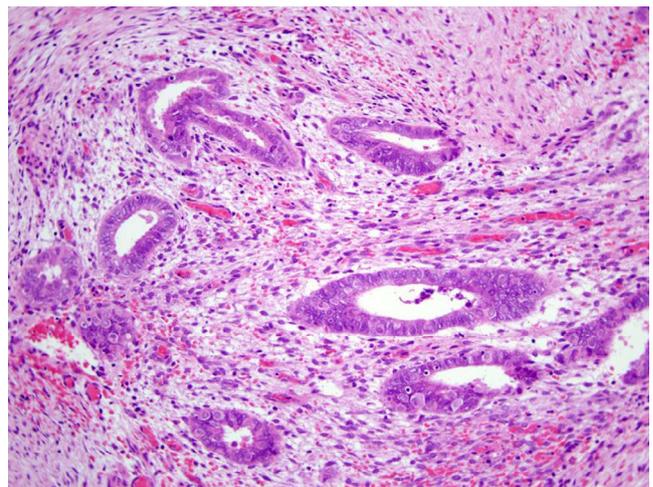


Figura 5 Glándulas endometriales (H&E 20×).



Figura 6 Tinción estrogénica 10×.

ectópico a la estimulación hormonal, lo cual se puede traducir en oclusión ureteral completa con la consiguiente uropatía obstructiva y consecuentemente poniendo en riesgo la viabilidad renal¹¹, como sucedía en el caso de nuestra paciente y dado que era monorrena en nuestro caso tenía especial interés ante el riesgo de pérdida de ambas unidades renales.

Cabe indicar la probada relación de la endometriosis con la infertilidad por lo que se debe considerar esta enfermedad en el diagnóstico diferencial de pacientes con infertilidad y síntomas urológicos⁸.

El diagnóstico generalmente surge dentro del marco de diagnóstico diferencial de uropatía obstructiva, siendo habitualmente la ecografía abdominal la prueba más eficiente en la aproximación diagnóstica, observándose uropatía obstructiva y pudiendo objetivarse masa endoluminal ureteral. La urografía intravenosa es mucho más útil en el estudio de la vía urinaria completa pudiendo observar la indemnidad del tracto urinario superior observando estrechez a nivel de uréter distal o lesión polipoide¹². La RMN puede ser de gran utilidad en el estudio diagnóstico observándose la endometriosis ureteral como una



Figura 7 Urografía intravenosa posquirúrgica.

imagen hipodensa en T1 e hiperdensa en T2¹³. El diagnóstico de certeza nos lo dará, no obstante, el análisis anatomopatológico de la lesión.

En cuanto al tratamiento se puede realizar en casos seleccionados tratamiento médico mediante análogos de GnRH, pudiendo colocar en el inicio del tratamiento un catéter doble J para la disminución de la sintomatología urológica¹⁴. Sin embargo en casos de endometriosis ureteral, el tratamiento quirúrgico ya sea mediante uretrolisis, resección segmentaria y reimplante ureteral o cistectomía parcial vía laparoscópica o cirugía clásica abierta, es la mejor opción, seguido de tratamiento hormonal para supresión de la función ovárica con esteroides sintéticos como el danazol actuando sobre el eje gonadotrópico y esteroidogénesis ovárica suprimiéndolos, aumentando a su vez la depuración de estradiol y progesterona^{4,12,14}.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Westney OL, Amundsen CL, McGuire EJ. Bladder endometriosis: Conservative management. *J Urol.* 2000;163:1814–7.
- Calderon-Andrade HF, Murillo-Oliva ME. Endometriosis ureteral: reporte de un caso. *Rev Mex Urol.* 2010;70:123–6.
- Abeshouse BS, Abeshouse G. Endometriosis of the urinary tract: A review of the literature and a report of four cases of vesical endometriosis. *J Int Coll Surg.* 1960;34:43–63.
- Rozsnyai F, Roman H, Resch B, Dugardin F, Berrocal J, Descargues G, et al., Cirendo Study Group. Outcomes of surgical management of deep infiltrating endometriosis of the ureter and urinary bladder. *JSLs.* 2011;15:439–47.
- Stillwell TJ, Kramer SA, Lee RA. Endometriosis of ureter. *Urology.* 1986;28:81–5.
- Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol.* 1927;14:422–69.
- Fuji S. Secondary müllerian system and endometriosis. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;165:219–25.

8. Macer ML, Taylor HS. Endometriosis and infertility: A review of the pathogenesis and treatment of endometriosis associated infertility. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2012;39:535–49.
9. Vesga Molina F, Serrano Bartolome JM, Gutiérrez Minguez E, Tello Royloa A, Echevarria Iturbe C, Marcos Diaz J. Endometriosis ureteral. *Arch Esp de Uol.* 2000;53:470–2.
10. Taño Pino FJ, Rodríguez Arteaga PR, Monllor Gisbert J, Galbis Palau F. Bilateral primary ureteral endometriosis. *Actas Urol Esp.* 1995;19:154–8.
11. Nezhat C, Pakka C, Goma M, Schipper E. Silent loss of kidney secondary to ureteral endometriosis. *JSLs.* 2012;16:451–5.
12. Kumar S, Tiwari P, Sharma P, Goel A, Singh JP, Vijay MK, et al. Urinary tract endometriosis: Review of 19 cases. *Urol Ann.* 2012;4:6–12.
13. Balleyguier C, Roupert M, Nguyen T, Kinkel K, Helenon O, Chapron C. Ureteral endometriosis: The role of magnetic resonance imaging. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2004;11:530–6.
14. Miranda-Mendoza I, Koovor E, Nassif J, Ferreira H, Wattiez A. Laparoscopy surgery for severe ureteric endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;165:275–9.