

Endometriosis de uréter

Endometriosis of the ureter

Dres. Ameri C.,
Torsiglieri L.,
Contreras P.,
Militello J.,
Pagés M.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como tejido endometrial de ubicación ectópica con capacidad funcional en relación con el ciclo menstrual¹.

Es una entidad frecuente en ginecología, representa la segunda causa de patología pelviana, afecta al 15% de la mujeres premenopáusicas entre 25 a 40 años².

El compromiso genitourinario es de baja frecuencia, 1 a 2%³, la vejiga es la más afectada, siguiendo en orden uréter y uretra con una proporción de 40:5:1⁴.

En el uréter provoca un cuadro obstructivo que, según la severidad de esta obstrucción, puede ocasionar hasta severas consecuencias en el funcionamiento renal como llegar a la pérdida del órgano.

El primer caso de endometriosis de uréter fue presentado por *Cullen* en 1917 y de allí a la fecha se han publicado unos 200 casos; debido a la baja frecuencia nos indujo a publicar nuestro caso y revisar la bibliografía.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta

Paciente de 25 años que consulta por fiebre, dolor abdominal y vómitos de 24 horas de evolución.

Antecedentes personales

Menarca a los 13 años.

Menstruaciones dolorosas de 7 días y ciclos de 30 a 35 días.

Cistitis recidivadas a partir de los 15 años.

Examen físico

Fiebre de 39 grados.

Dolor a la palpación en hemiabdomen superior a predominio izquierdo.

Puño percusión izquierda +++.

Laboratorio

Glóbulos blancos 12.300 con neutrofilia

Sedimento de orina patológico compatible con infección urinaria

Urocultivo positivo para *Proteus mirabilis*.

Exámenes complementarios

Ecografía: Hidronefrosis izquierda y quistes foliculares en ovario izquierdo

Urograma excretor: Ureterohidronefrosis izquierda con obstrucción completa en uréter distal izquierdo.

TC confirma el diagnóstico de la ecografía y urograma, pero no define etiología de la afección ureteral.

Cistoscopia y pielografía ascendente: Vejiga sana, desfiladero de los últimos 6 cm de uréter.

Tratamiento

Se interpreta que el cuadro toxicoinfeccioso es a punto de partida de una pionefrosis, se indica el drenaje percutáneo del riñón, se obtiene orina francamente purulenta.

Se indica ciprofloxacina 400 mg por día.

La paciente a las 24 horas mejora clínicamente y a las 72 horas se da el alta y se completa el tratamiento con ciprofloxacina por 10 días.

A los 20 días por la nefrostomía se realiza pielografía descendente donde se sigue observando la obstrucción distal del uréter izquierdo, al no definirse la etiología de la afección ureteral se decide por la exploración quirúrgica.

Se solicita interconsulta con ginecología que sugiere conducta expectante sobre la patología de ovario izquierdo.

Se aborda por una incisión de Pfannesstiel.

Se busca el uréter sobre el laterovesical, resulta dificultoso debido a un severo compromiso fibroso que no permite identificar las estructuras, por ello se lo aborda por encima de los vasos ilíacos donde el tejido era sano, de allí se logra disecarlo hasta 4 cm de la desembocadura en la vejiga, se envía material para congelación que se informa como fibrosis, se resecan 6 cm de uréter, longitud suficiente hasta hallar tejido sano y se reimplanta en vejiga.

Cursa buen postoperatorio, se retira nefrostomía a las 48 horas y sonda vesical a los 7 días.

Histopatología: Endometriosis de uréter.

Ecografía de control a 30 y 60 días normal, urocultivo negativo y urograma a los 120 días normal, se indica alta urológica.

A partir del informe histopatológico se instituye tratamiento hormonal con estrógeno y progesterona para intentar controlar el foco en ovario izquierdo, no se obtiene buena respuesta y se procede a la resección del foco ovárico por vía laparoscópica a los 6 meses de la cirugía ureteral.

DISCUSIÓN

La endometriosis de uréter es un cuadro poco frecuente que afecta a mujeres premenopáusicas entre 30 a 35 años como edad más frecuente³, nuestro caso era más joven (25 años); por otro lado, este cuadro es frecuente como patología pelviana y el ovario es el sitio más frecuente siguiendo las trompas de Falopio, región rectovaginal, peritoneo pelviano y fondo de saco de Douglas^{3,10}, nuestra paciente tenía asociado con el ovario izquierdo como único foco.

En relación con la porción de uréter que se afecta la región pelviana es la única que se describe, sólo se menciona un caso en la bibliografía de compromiso del uréter medio y ninguno de uréter proximal; el compromiso unilateral es 10 veces más frecuente que el bilateral y el lado izquierdo es el más afectado, el compromiso bilateral es provocado por invasión de un cuadro pelviano extendido^{6,7,11}, en nuestra paciente fue uréter distal izquierdo coincidiendo con el cuadro más frecuente que es unilateral e izquierdo.

Se describen dos tipos de endometriosis ureteral las cuales están en relación con la ubicación del tejido endometrial ectópico en el uréter, a) extrínseca: el foco de endometriosis compromete a la adventicia y contiene

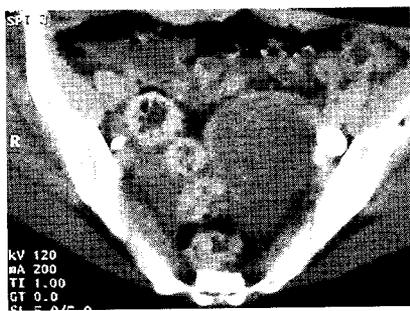


Figura 1. Tomografía computada que muestra ovario izquierdo con formación quística y uréter en contacto y dilatado.

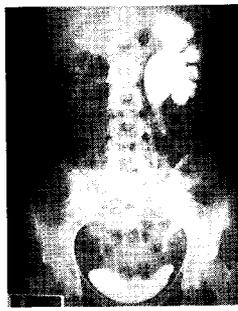


Figura 2. Urograma excretor que muestra ureterohidronefrosis izquierda por obstrucción ureteral completa.

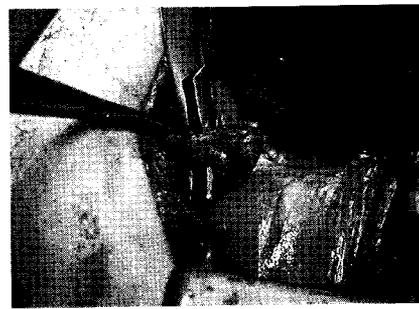


Figura 3. Cirugía que muestra el límite entre uréter sano dilatado y el enfermo con la estenosis.

abundante tejido conjuntivo asociado, 75% de los casos, y b) intrínseca: el foco compromete la lámina propia y la capa muscular, 25%^{5,12}; en el caso nuestro fue extrínseca donde se halló un compacto componente de fibrosis que envolvía al uréter.

Existen teorías que intentan explicar el compromiso de la vía urinaria:

- a) Tejido urotelial que sufra un cambio a tejido endometrial por metaplasia.
- b) Implantación por vía hematogena o linfática de tejido endometrial.
- c) Flujo menstrual retrógrado a través de las trompas de Falopio.
- d) Implantación de tejido endometrial en el transcurso de una cirugía pelviana.
- e) Restos mullerianos que se reactiven.
- f) Teoría de reacción inmunológica propuesta por Rock y Markham.^{8,9,13}

Clínicamente puede no tener manifestación si son focos pequeños, o bien presentar síntomas que están en relación con la estructura comprometida, dolor suprapúbico y dismenorrea con el compromiso de órganos pelvianos, en relación con el árbol urinario puede haber disuria, hematuria cíclica, dolor lumbar secundario a obstrucción ureteral, infección urinaria, compromiso de la función renal que puede ir en grado variable hasta la pérdida del órgano¹². En nuestro caso la paciente tenía menstruaciones dolorosas y la forma de presentación fue una infección urinaria complicada y compromiso de la función del riñón que pudo ser recuperada con el tratamiento.

En relación con el diagnóstico no hay estudios que presenten una imagen característica que la pueda definir, los exámenes más específicos serían la resonancia nuclear magnética con técnica de saturación grasa que podría identificar un foco de endometriosis y la ecografía endoluminal propuesta por Grasso¹¹ que define formaciones con componentes hemorrágicos y puede orientar una toma de biopsia.

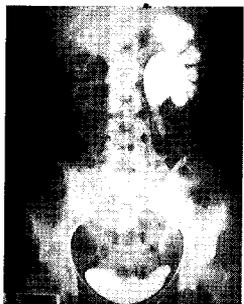


Figura 4. Urográfico postoperatorio a los 120 días de la cirugía muestra recuperado el árbol urinario izquierdo.

El resto de los estudios como ecografía, tomografía computada (TC), urográfico excretor y pielografía ascendente sólo son útiles para evaluar las consecuencias sobre el árbol urinario y descartar otra patología como litiasis y tumores de vía excretora como entidades más frecuentes. En nuestra paciente la ecografía y TC informaron quiste en ovario sin definir la etiología y junto al urográfico se describió la ureterohidronefrosis sin poder definir la etiología.

La laparoscopia representa un buen método de diagnóstico cuando la endometriosis es extrínseca, ya que el compromiso de la vía urinaria puede estar asociada con una expansión de enfermedad pelviana, no es útil cuando es intrínseca.

La ureteroscopia con biopsia es un método válido, la limitación que puede tener es como en nuestro caso la imposibilidad de lograr un calibre adecuado para la instrumentación como consecuencia de la fibrosis que no permite la distensibilidad del uréter.¹³

Referente al tratamiento, en nuestro caso, estuvimos obligados a una derivación urinaria por el cuadro infeccioso complicado, posteriormente ante la falta de un diagnóstico etiológico de la obstrucción ureteral se debió indicar la exploración quirúrgica, ésta es una alternativa contemplada en la bibliografía, otras posibilidades son el tratamiento hormonal con leuprolide, goserelin, medroxiprogesterona, danazol (17 etinil testosterona) estrógenos y progesterona juntamente con una vía urinaria desobstruída, ya sea con nefrostomía o bien con catéter ureteral con la expectativa de reducir el foco de endometriosis que permita recuperar la luz ureteral. Esta posibilidad es poco frecuente, lo más común es que al tratamiento hormonal haya que complementarlo con ureterólisis o bien con la resección del uréter y reimplante, la elección entre ureterólisis o resección está en relación con el grado de compromiso ureteral, en nuestra paciente no hubiese sido posible la ureterólisis por el severo compromiso fibrótico que provocó una obstrucción casi completa de la luz ureteral¹².

La endometriosis de uréter es un cuadro poco frecuente que afecta a mujeres en edad premenopáusica, puede comprometer la función renal hasta la pérdida del órgano, con los estudios por imágenes más comunes no presenta un patrón que la defina; por ello para diagnosticarla se debería sospechar en mujeres, en edad premenopáusica, que presentan obstrucción ureteral, sin causa determinada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Deprest J. y Marchal G.: Obstructive uropathy secondary to endometriosis. *New England Journal of Medicine*; 337: 1174; 1997.
2. Vessey M., Villard-Mackintosh L., Painter R.: Epidemiology of endometriosis in women attending family planning clinics. *BMJ* 306: 182; 1993.
3. Plous R., Sunshine R., Goldman H., Schwartz I. Ureteral endometriosis in post-menopausal women. *Urology* 26: 408; 1985.
4. Yates-Bell A., Molland E., Pryor J.: Endometriosis of the ureter. *Br. J. Urol.* 44: 58; 1972.
5. Miller M., Morgan. Bilateral ureteric obstruction due to endometriosis resulting in unilateral loss of renal function. *Br. J. Urol.* 65: 421; 1990.
6. Rosenberg S., Jacobs H.: Endometriosis of the upper ureter. *J. Urol.* 121: 512; 1979.
7. Stillwell T., Kramer S., Lee R.: Endometriosis of ureter. *Urology* 28: 81; 1986.
8. Dick A., Lang D., Bergman R.: Bhatnagar B. Postmenopausal endometriosis with ureteral obstruction. *Br. J. Urol.* 45: 153; 1973.
9. Klein R., Cattolica E.: Ureteral endometriosis. *Urology* 13: 477; 1979.
10. Tan A., Khan Z., Leiter E.: Laparoscopy as a diagnosis aid in women with localized ureteral obstruction due to endometriosis. *Urology* 16: 47; 1980.
11. Grasso M. y col.: Examining the obstructed ureter with intraluminal sonography. *J. Urol.* 162: 1286; 1999.
12. Paulos Yohannes: Ureteral endometriosis *J. Urol.* 170: 20; 2003.
13. Rock J., Markham S.: Pathogenesis of endometriosis. *Lancet* 340: 1264; 1992.