

URONEFROSIS POR ENDOMETRIOSIS PERIURETERAL

Dres. H. PAGLIERE *, J. BARROETAVERÑA y C. SCORTICATI

En 1957 Beecham y Mc Crea en una revisión bibliográfica de los casos de endometriosis localizados en el tracto urinario hallan 106, la edad de las pacientes variaba entre 25 y 50 años y el órgano más frecuentemente afectado era la vejiga en 93, el uréter en 7 y el riñón en 3. De otros 3 no había referencia en cuanto a la localización. En 1960 Abeshouse y Abeshouse reúnen 127 casos de endometriosis a localización urinaria de los que 15 eran ureterales. Oschner y Markland en 1967 llevan a 19 el número de localizaciones ureterales, Rubí y Mocellini Iturralde en 1968 presentan a esta Sociedad 2 casos de endometriosis ureteral y en 1969 Brooks, Fraser y Lucas publican otros 2, lo que elevaría a 23 el número de pacientes con invasión ureteral o periureteral endometriósica.

De los casos a localización pelviana, particular interés reviste el publicado en 1958 por Mac Farlane y col. de un endometrioma que comprendía vejiga, ambos ovarios, uréteres y pared vaginal extendiéndose a los parametrios, lo que obligó a una exenteración abdominal anterior con ureterostomía transileal.

Denominaciones: Adenomiomatosis (Cullen), Adenomiosis (Franke), Adenomiometritis (Meyers), Adenoma endometroide (Pick), Adenomas (von Recklinghausen), Fibroadenosis seroepitelial (Lauche), Solenoma (Jayle), Endometrioma (Blair Bell), Coristoblastoma sub-epitelial (Lauche), Müllerianoma (Bailey), Histero adenosis metastásica (Halban), etc., etc. El término de endometriosis propuesto independientemente en 1925 por Sampson y Josselin de Jong, es el que ha predominado y el que adoptamos.

Estas dificultades en encasillar la afección se explican por Oberling (citado por Brocq y Varangot) cuando dice: "La endometriosis no entra en ninguna de las categorías tumorales conocidas hasta ahora y se le debe reconocer una rúbrica especial todavía no hallada. Pero no es esta incertidumbre la que disminuye su interés teórico y práctico."

Estos mismos autores describen la endometriosis como esencialmente constituida por la asociación de glándulas y quistes epiteliales con un estroma particular llamado "citógeno". A estos elementos propiamente endometriales pueden en ocasiones asociarse fibras musculares lisas, constituyendo en conjunto cavidades tapizadas por un epitelio cilíndrico, corion citógeno y fibras musculares lisas en derredor constituyendo un útero en miniatura. Esta afección se observa únicamente en mujeres en actividad genital endócrina, a la que responden como receptores, de idéntica manera que el endometrio uterino, cuyas conocidas modificaciones durante el ciclo menstrual y el embarazo, repiten en su seno, particularidad ésta que se expresa en la sintomatología, que si bien facilita el diagnóstico cuando de localizaciones vesicales se trata, no ayuda en otras menos accesibles como la ureteral, en que el diagnóstico previo habría sido efectuado sólo una vez.

Frecuencia: Es sumamente variable según los distintos autores que la han estudiado y mientras algunos la consideran excepcional, Snoo afirma que ocurre en casi todas las mujeres, diferencia de criterio relacionada sin duda con el empeño puesto en descubrirla. La mayoría de las esta-

* Rodríguez Peña 161, Cap. Fed.

dísticas dan cifras del 10 al 20 % entre todas las mujeres en algún período de su vida genital endócrina; variando las edades de los 25 a los 57 años, nuestra paciente, de 52 años, se encuentra entre las de mayor edad. Es interesante el hecho de que se considera una enfermedad relacionada con hábitos socioeconómicos, señalando Meigs su mayor incidencia en la clientela privada proclive a un control de la natalidad que actuaría facilitando el desarrollo y la ocurrencia de la afección, ya que los embarazos repetidos, al interrumpir la actividad ovárica interferirían en lesiones preexistentes o harían más rara su aparición.

Patogenia: Es uno de los aspectos más interesantes del problema que nos ocupa. Recklinghausen en 1896 atribuyó a restos del conducto, de Wolff, el origen de los focos de endometriosis, apoyándose en la similitud histológica con algunos de los elementos del mesonefros, particularmente el epóforo y el órgano, de Giralde, teoría que no pudo sobrevivir al hallazgo de endometriosis extragenitales y la respuesta de sus componentes celulares al estímulo ovárico. Tampoco subsiste la hipótesis, de Kossman, que pretendió relacionar su origen con restos del conducto de Müller.

La teoría metaplásica sostenida por Ivanow a partir de 1898, se basa en el origen común de los epitelios genitales y peritoneales a expensas del endotelio celómico, señalando la frecuencia de focos subserosos. Meyer que la adoptó encuentra en estímulos inflamatorios la causa de la transformación del endotelio, por una ruptura entre el equilibrio conectivo y epitelial, tornándose este último invasivo y proliferante en lo que llama prosoplasia. Lauche y Novak se inclinan a aceptar la transformación como consecuencia de un estímulo hormonal antes que inflamatorio, atribuyéndolo Witherspoon a un hiperfoliculinismo.

Las dificultades para explicar el porqué de la localización preferentemente pelviana de los focos metaplásicos es una de las mayores objeciones, ya que la pleura y el pericardio son ajenos a esta transformación, menores son cuando se plantea el explicar la localización linfática, cuyo endotelio puede también sufrir la transformación metaplástica, aunque sin escapar a las objeciones sobre la preferencia en la localización pelviana por todos conocida. Para esta última localización ganglionar cabe la interpretación según la cual ocurriría transporte de células endometriales por vía linfática que anidarían en los ganglios regionales.

En 1921 Sampson expone su teoría de la menstruación retrógrada, según la cual islotes de epitelio uterino pasarían a la cavidad abdominal a través de la trompa para implantarse en el ovario u en otras localizaciones próximas. Experiencias en animales han probado la posibilidad del injerto de endometrio, que en virtud de su poder citolítico y proliferativo podría penetrar en profundidad sin dejar evidencias de su paso. Esta teoría, la más aceptada, deja sin explicar la existencia de focos alejados, en periné o miembros, que encontrarían su justificación en la teoría metastásica intravascular del mismo Sampson y de Halban.

Anatomía patológica: Los focos de endometriosis reproducen con constante fidelidad el aspecto del endometrio adulto y sufren los mismos cambios que éste bajo la influencia de las acciones hormonales cíclicas que condicionan su transformación. El hecho más importante consiste en tener presente la posibilidad de malignización de la lesión, cuyo ejemplo lo constituye una de los casos de endometriosis vesical, de Trabucco y Cartelli. La posibilidad, frecuente por otra parte, de la existencia de focos múltiples, obliga a su búsqueda durante la intervención. En el caso que operamos no lo hicimos por ignorar la naturaleza de la lesión —de

aspecto estrictamente cicatricial— y por haberla tratado extraperitonealmente.

La endometriosis ureteral puede ser, según Goodall, primitiva o secundaria, en el sentido de que el uréter es, clínicamente, el órgano a través del cual se manifiesta la afección. Sin embargo, si se acepta la teoría de Ivanow, según la cual, todos los epitelios del sistema genital femenino derivan del epitelio celómico de los pliegues urogenitales, del que se forma igualmente el peritoneo primitivo, cabe admitir las formas auténticamente primitivas.

Por otra parte puede clasificarse en extrínsecas o intrínsecas, según la pared ureteral esté o no invadida por el proceso proliferativo endometrial.

Sintomatología y diagnóstico diferencial: El dolor es el síntoma más constante y obedece casi siempre a la uronetrosis concomitante, sin embargo, puede responder al compromiso de elementos nerviosos de la vecindad. Si la obstrucción es total cabe esperar que el dolor se manifieste en forma permanente y, como en cualquier otra hidronefrosis puede atenuarse y desaparecer con la anulación funcional a que lleva. Si por el contrario la obstrucción es intermitente, según la evolución cíclica de estas lesiones, el dolor puede igualmente revestir este carácter cíclico. La hematuria sólo se explica en las endometriosis intrínsecas, manifestándose como macro —o microhematuria— coincidiendo con la menstruación. Otros elementos presentes son la dismenorrea, menorragia y dolores pelvianos difusos, los síntomas vesicales, polaquiuria, disuria, tenesmo, pueden presentarse en las localizaciones bajas o en las formas múltiples. El estado febril que en ocasiones se ha observado está más frecuentemente en relación con una infección urinaria secundaria que con la propia enfermedad, y la información que puede proporcionar el laboratorio no tiene nada de característica.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con litiasis transparente, papiloma y carcinoma infiltrante de uréter, ureteritis tuberculosa, ureteritis cística, ureterocele, etc. Deben agregarse las compresiones extrínsecas por ganglios linfáticos hipertrofiados, tumores retroperitoneales, vasos anómalos, vena ovárica, apéndice en posición anómala, fibrosis retroperitoneal primitiva y secundaria, duplicación ureteral, etc.

Tratamiento: La extirpación de la lesión con conservación del trayecto ureteral sólo puede realizarse, como se comprenderá, en las formas extrínsecas. En aquellas otras que comprometen el uréter en su tercio medio e inferior cabe intentar el reimplante directo o valiéndose de un colgajo vesical tubulado según Boari-Cassatti, en las más raras que afectan el tercio superior la movilización total del uréter hacia arriba o la utilización de la pelvis dilatada, descendiendo un colgajo piélico, o el autotransplante renal son medidas que deben considerarse como optativas cuando es solo un riñón el afectado, pero que pueden ser obligadas en riñón único o lesión bilateral.

La castración quirúrgica o por rayos Roentgen y el tratamiento hormonal con testosterona han sido practicados con variable éxito y es dudoso que en la paciente que observamos, dada la naturaleza cicatricial obstructiva que presentaba, hubieran sido de alguna utilidad.

La historia clínica de nuestra paciente es la siguiente:

C. C. de M., argentina, casada, 52 años, 1 hija hace 12 años.

Desde hace aproximadamente un mes y medio, dolor en flanco derecho y pierna homolateral que se exacerbaba al levantarse y deambular, en ocasiones lumbalgia bilateral, es tratada por ciática sin obtener mayor

dísticas dan cifras del 10 al 20 % entre todas las mujeres en algún período de su vida genital endócrina; variando las edades de los 25 a los 57 años, nuestra paciente, de 52 años, se encuentra entre las de mayor edad. Es interesante el hecho de que se considera una enfermedad relacionada con hábitos socioeconómicos, señalando Meigs su mayor incidencia en la clientela privada proclive a un control de la natalidad que actuaría facilitando el desarrollo y la ocurrencia de la afección, ya que los embarazos repetidos, al interrumpir la actividad ovárica interferirían en lesiones preexistentes o harían más rara su aparición.

Patogenia: Es uno de los aspectos más interesantes del problema que nos ocupa. Recklinghausen en 1896 atribuyó a restos del conducto, de Wolff, el origen de los focos de endometriosis, apoyándose en la similitud histológica con algunos de los elementos del mesonefros, particularmente el epóforo y el órgano, de Girdales, teoría que no pudo sobrevivir al hallazgo de endometriosis extragenitales y la respuesta de sus componentes celulares al estímulo ovárico. Tampoco subsiste la hipótesis, de Kossman, que pretendió relacionar su origen con restos del conducto de Müller.

La teoría metaplásica sostenida por Ivanow a partir de 1898, se basa en el origen común de los epitelios genitales y peritoneales a expensas del endotelio celómico, señalando la frecuencia de focos subserosos. Meyer que la adoptó encuentra en estímulos inflamatorios la causa de la transformación del endotelio, por una ruptura entre el equilibrio conectivo y epitelial, tornándose este último invasivo y proliferante en lo que llama prosoplasia. Lauche y Novak se inclinan a aceptar la transformación como consecuencia de un estímulo hormonal antes que inflamatorio, atribuyéndolo Witherspoon a un hiperfoliculinismo.

Las dificultades para explicar el porqué de la localización preferentemente pelviana de los focos metaplásicos es una de las mayores objeciones, ya que la pleura y el pericardio son ajenos a esta transformación, menores son cuando se plantea el explicar la localización linfática, cuyo endotelio puede también sufrir la transformación metaplástica, aunque sin escapar a las objeciones sobre la preferencia en la localización pelviana por todos conocida. Para esta última localización ganglionar cabe la interpretación según la cual ocurriría trasporte de células endometriales por vía linfática que anidarían en los ganglios regionales.

En 1921 Sampson expone su teoría de la menstruación retrógrada, según la cual islotes de epitelio uterino pasarían a la cavidad abdominal a través de la trompa para implantarse en el ovario u en otras localizaciones próximas. Experiencias en animales han probado la posibilidad del injerto de endometrio, que en virtud de su poder citolítico y proliferativo podría penetrar en profundidad sin dejar evidencias de su paso. Esta teoría, la más aceptada, deja sin explicar la existencia de focos alejados, en periné o miembros, que encontrarían su justificación en la teoría metastásica intravascular del mismo Sampson y de Halban.

Anatomía patológica: Los focos de endometriosis reproducen con constante fidelidad el aspecto del endometrio adulto y sufren los mismos cambios que éste bajo la influencia de las acciones hormonales cíclicas que condicionan su transformación. El hecho más importante consiste en tener presente la posibilidad de malignización de la lesión, cuyo ejemplo lo constituye una de los casos de endometriosis vesical, de Trabucco y Cartelli. La posibilidad, frecuente por otra parte, de la existencia de focos múltiples, obliga a su búsqueda durante la intervención. En el caso que operamos no lo hicimos por ignorar la naturaleza de la lesión —de

aspecto estrictamente cicatricial— y por haberla tratado extraperitonealmente.

La endometriosis ureteral puede ser, según Goodall, primitiva o secundaria, en el sentido de que el uréter es, clínicamente, el órgano a través del cual se manifiesta la afección. Sin embargo, si se acepta la teoría de Ivanow, según la cual, todos los epitelios del sistema genital femenino derivan del epitelio celómico de los pliegues urogenitales, del que se forma igualmente el peritoneo primitivo, cabe admitir las formas auténticamente primitivas.

Por otra parte puede clasificarse en extrínsecas o intrínsecas, según la pared ureteral esté o no invadida por el proceso proliferativo endometrial.

Sintomatología y diagnóstico diferencial: El dolor es el síntoma más constante y obedece casi siempre a la uronetrosis concomitante, sin embargo, puede responder al compromiso de elementos nerviosos de la vecindad. Si la obstrucción es total cabe esperar que el dolor se manifieste en forma permanente y, como en cualquier otra hidronefrosis puede atenuarse y desaparecer con la anulación funcional a que lleva. Si por el contrario la obstrucción es intermitente, según la evolución cíclica de estas lesiones, el dolor puede igualmente revestir este carácter cíclico. La hematuria sólo se explica en las endometriosis intrínsecas, manifestándose como macro —o microhematuria— coincidiendo con la menstruación. Otros elementos presentes son la dismenorrea, menorragia y dolores pelvianos difusos, los síntomas vesicales, polaquiuria, disuria, tenesmo, pueden presentarse en las localizaciones bajas o en las formas múltiples. El estado febril que en ocasiones se ha observado está más frecuentemente en relación con una infección urinaria secundaria que con la propia enfermedad, y la información que puede proporcionar el laboratorio no tiene nada de característica.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con litiasis transparente, papiloma y carcinoma infiltrante de uréter, ureteritis tuberculosa, ureteritis cística, ureterocele, etc. Deben agregarse las compresiones extrínsecas por ganglios linfáticos hipertrofiados, tumores retroperitoneales, vasos anómalos, vena ovárica, apéndice en posición anómala, fibrosis retroperitoneal primitiva y secundaria, duplicación ureteral, etc.

Tratamiento: La extirpación de la lesión con conservación del trayecto ureteral sólo puede realizarse, como se comprenderá, en las formas extrínsecas. En aquellas otras que comprometen el uréter en su tercio medio e inferior cabe intentar el reimplante directo o valiéndose de un colgajo vesical tubulado según Boari-Cassatti, en las más raras que afectan el tercio superior la movilización total del uréter hacia arriba o la utilización de la pelvis dilatada, descendiendo un colgajo piélico, o el autotransplante renal son medidas que deben considerarse como optativas cuando es solo un riñón el afectado, pero que pueden ser obligadas en riñón único o lesión bilateral.

La castración quirúrgica o por rayos Roentgen y el tratamiento hormonal con testosterona han sido practicados con variable éxito y es dudoso que en la paciente que observamos, dada la naturaleza cicatricial obstructiva que presentaba, hubieran sido de alguna utilidad.

La historia clínica de nuestra paciente es la siguiente:

C. C. de M., argentina, casada, 52 años, 1 hija hace 12 años.

Desde hace aproximadamente un mes y medio, dolor en flanco derecho y pierna homolateral que se exacerbaba al levantarse y deambular, en ocasiones lumbalgia bilateral, es tratada por ciática sin obtener mayor

beneficio. Estos dolores no guardan relación con la menstruación cuyo ciclo es 4/28. Hace 10 días hematurias en varias micciones de mediana intensidad, por la que nos consulta. Se realiza urografía excretora, que muestra una interrupción ureteral en la vecindad de la articulación sacro-iliaca izquierda. Hay una discreta ureterectasia con conservación de la función renal. Del lado derecho las imágenes son normales. Es de notar que la sintomatología dolorosa era predominantemente derecha, si bien la obstrucción ureteral era izquierda.

Se interviene el 27-10-69 por incisión mediana infraumbilical rechazándose peritoneo e individualizando uréter dilatado, que se disea y aísla hasta la vecindad de la articulación sacro-iliaca izquierda donde se encuentra englobado en un tejido cicatricial muy denso del que resulta imposible aislarlo. Se secciona a ese nivel resecaando parte del tejido cicatricial para biopsia, el extremo del uréter se reimplanta en la vejiga según el procedimiento de Ricard, fijándose el cuerno vesical izquierdo al músculo psoas para evitar la tracción sobre la sutura. Se deja avenamiento paravesical y sonda en permanencia. Cierre de la pared por planos. Post-operatorio normal. Cuatro meses después se efectúa control urográfico que muestra imágenes normales.

Anatomía patológica: Estudio histopatológico del segmento resecaado fue realizado por el Dr. Grato Bur, informando:

El fragmento remitido es muy fibroso, alcanzando el columen de un grano de maíz. En otro fragmento se observa una cavidad anfractuosa.

En los preparados histológicos, teñidos con hematoxilina eosina alcian blue, se puede observar:

A — Endometriosis retroperitoneal, con glándulas en proliferación e intensa fibrosis.

B — Pequeño fragmento que muestra los caracteres del uréter con un proceso inflamatorio crónico inespecífico.

Resumen:

Se presenta una paciente de 52 años con una uronefrosis y ureterectasia por endometriosis ureteral pelviana. Fue tratada quirúrgicamente con reimplante urétero-vesical. El resultado fue satisfactorio.

B I B L I O G R A F I A

- Abeshouse, B. S. and Abeshouse, G.:* Endometriosis of the urinary tract. A review of the literature and report of four cases of vesical endometriosis. *J. Int. Coll. Surg.* 34, 43-63, 1960.
- Barbier, E.:* Place de l'endometriose dans les sténoses péri-urétérales. Coexistence d'une lithiase urétérale droite. *Bull. Mem. Soc. Chir.* 47, 115, 1957.
- Beecham, C. and Mc Crea, L. E.:* Endometriosis of the urinary tract. *Urol. Surv.* 7, 2-24, 1957.
- Bologna, U.; Lena, G.; Pecori, M.:* Compromissione urterales da endometriosi pelvica. *Quad. Urol.* 13, 306, 1963.
- Brocq, P. et Varangot, J.:* Les endometriomes. 48 Congrès Ass. Franc. Chir. Paris 1945. Presses Universitaires de France. Paris.
- Brock, D. R.:* Ureteral obstruction from endometriosis. *J. Urol.* 83, 100-102, 1960.
- Bulkley, G.; Carrow, L. and Estensen, R.:* Endometriosis of the ureter. *J. Urol.* 93, 139-143, 1965.
- Chinn, J.; Horton, R. K. and Rusche, C.:* Unilateral ureteral obstruction as sole manifestation endometriosis. *J. Urol.* 77, 144-150, 1957.

- Fruhling, L. et Blum, E.*: Endometriose renal. Contribution a l'étude de l'origen metaplasique de l'endometriose. *J. Urol. Med. Chir.* 57, 151-162, 1951.
- Goodall, J.*: Complicaciones urinarias de la endometriosis pelviana. *Anales Cir. (Bs. Aires)*. 3, pág. 1874-1882, 1944.
- Mac Farlane, C. A.; Hodges, C. V.; Anderson, H. and Benson, R. C.*: Urological complications of stromal endometriosis. *J. Urol.* 79, 436-446, 1958.
- Achsner, T. and Markland, C.*: Endometriosis obstructing the ureter. *J. Urol.* 98, 462-465, 1967.
- O'Connor, V. J. and Greenhill, J. P.*: Endometriosis of bladder and ureter. *Surg. Gynec. & Obst.* 80, 113-119, 1945.
- Randall, A.*: *J. Urol.* 46, 419-422, 1941.
- Ratliff, R. and Crenshaw, W.*: Ureteral obstruction from endometriosis. *Surg. Gynec. & Obst.* 100, 414-418, 1955.
- Trabucco, A. y Cartelli, N.*: Endometriosis vesical. *Rev. Arg. Urol.* 17, 229-240, 1948