

Pieloureteritis quística: presentación de un caso y revisión de la literatura

Cystic pyeloureteritis: case report and literature review

Dres. Labrador, Jorge E.;
Caumont, Fernando;
Militello, Claudio F.;
Miguel, Juan M.;
Longo, Emilio M.

INTRODUCCION

La presencia de quistes de localización submucosa en algún nivel del urotelio recibe el nombre de pieloureteritis, ureteritis o cistitis quística según la zona afectada. La localización más frecuente se da en el tercio superior del uréter, siendo rara su localización a nivel vesical.

La pieloureteritis quística (PQ) es una patología de baja incidencia, que se ha descrito principalmente en adultos de todas las edades, pudiendo afectar también a niños. Su frecuencia es similar en ambos sexos, aunque para algunos autores es ligeramente superior en el sexo femenino. Su tratamiento es conservador en la mayoría de casos. Sin embargo, cuando la PQ se presenta en forma bilateral, con macroquistes e insuficiencia renal terminal, está indicada en ocasiones la nefrectomía bilateral y el trasplante renal.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 72 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento farmacológico con enalapril 10 mg desde hace 10 años y hernia de disco lumbar. Presenta antecedentes urológicos de adenomectomía prostática transvesical en 1982 cuya anatomía patológica informó hiperplasia prostática benigna y prostatitis crónica. Presentó en el 2006 reiterados episodios de hematuria intermitente, evolucionando con retención aguda de orina por coágulos en uno de estos episodios y resolviéndose con la colocación de sonda y lavado vesical.

En los estudios complementarios se constató en el urograma excretor litiasis renal derecha de escasos milímetros y un doble sistema pieloureteral derecho incompleto. En la cistoscopia se evidenció una formación sobreelevada cercana al meato ureteral izquierdo, la cual fue biopsiada, no pudiéndose realizar en esa oportunidad su estudio endoscópico retrógrado adecuado. La anatomía patológica de la misma informó moderado proceso inflamatorio inespecífico. El paciente discontinuó su seguimiento hasta abril del 2008 cuando presentó un nuevo episodio de hematuria. En la ecografía se evidenció un quiste renal derecho simple y próstata de 80 g con calcificaciones dispersas. En el nuevo urograma excretor se apreciaba una litiasis calicial inferior derecha de 6 mm y un doble sistema derecho que por abundante meteorismo no permitía la correcta visualización del uréter medio-inferior. Se realizó nuevamente una cistoscopia que evidenció ambos lóbulos prostáticos edematizados, un lóbulo medio prominente siendo la mucosa vesical sana. Se decidió realizar citología selectiva y pielografía ascendente derecha (Figura 1) donde se visualizó un doble sistema incompleto y un área irregular a nivel de L5 cercana a la división ureteral.

Servicio de Urología. Complejo Médico Policial Churrucá-Visca. Buenos Aires, Argentina.

Dado los hallazgos durante la pielografía ascendente se prosiguió a realizar una ureteroscopia donde se visualizaron imágenes bullosas pálidas sin eje conectivo-vascular en todo el recorrido del uréter y que llegaban hasta la pelvis renal, realizándose biopsia fría de las mismas (Figura 2).

La anatomía patológica informó *ureteritis quística* (Figura 3).

El paciente presentaba función renal dentro de parámetros normales, por lo que se decidió tomar una conducta expectante y el control evolutivo de su enfermedad.

DISCUSIÓN

Morgagni en 1761 describió por primera vez la PQ. *Jacoby* en 1929 observó sus características radiológicas y *Kindall* unos años más tarde realizó su descripción en

forma más completa. *Chevassau* en 1936 describió el primer caso de bilateralidad de esta patología.

En el año 1948 *García A.*, *Rocchi A.* y *Casal J.* publican el primer reporte en nuestro país de esta enfermedad¹⁻². Las series más amplias fueron las publicadas por *Puigvert y col.* con 11 casos, la de *Gelabert Mas y cols.* con 24 casos así como también la de *Menéndez V, Sala X*³⁻⁴⁻¹⁶. Es una afección adquirida del adulto, aunque en algún caso la descripción de pacientes pediátricos, como antes mencionamos, ha puesto en duda esta afirmación. Otro punto en discusión es su frecuencia de bilateralidad, pudiendo encontrarse autores que sostienen que ésta es lo más frecuente y otros que sostienen lo contrario. Afecta por igual a ambos sexos, si bien algunos autores refieren un ligero predominio en el sexo femenino⁵⁻⁷. En la revisión de *Menéndez y cols.* el 79% de los casos la pre-

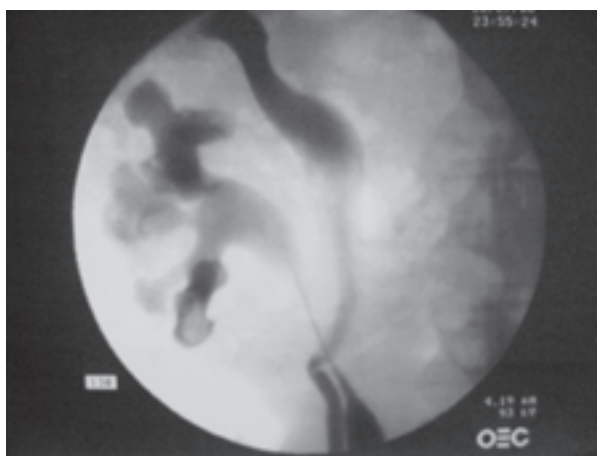


Figura 1. Pielografía ascendente derecha.

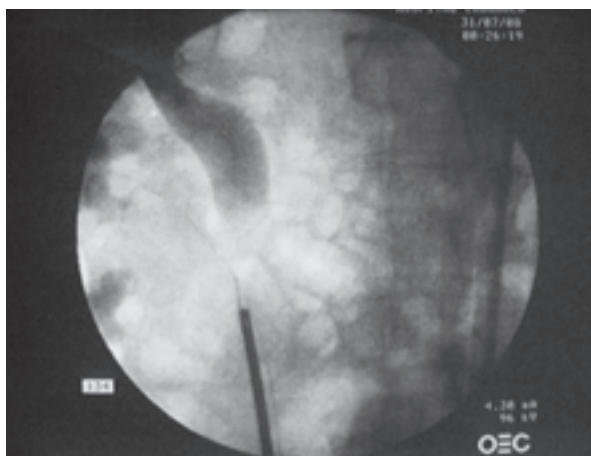
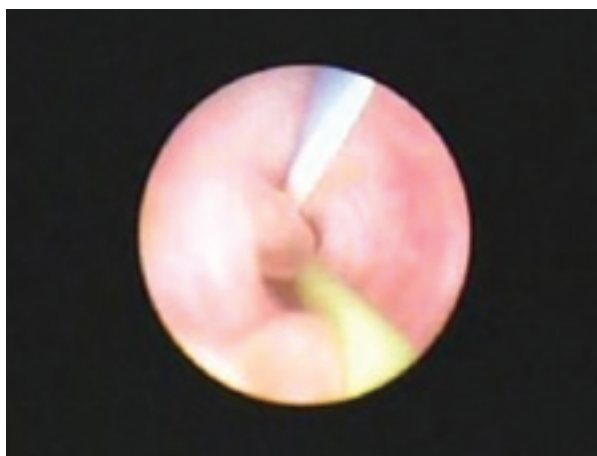


Figura 2. Ureteroscopia que evidencia lesiones bullosas y su correlación radioscópica.

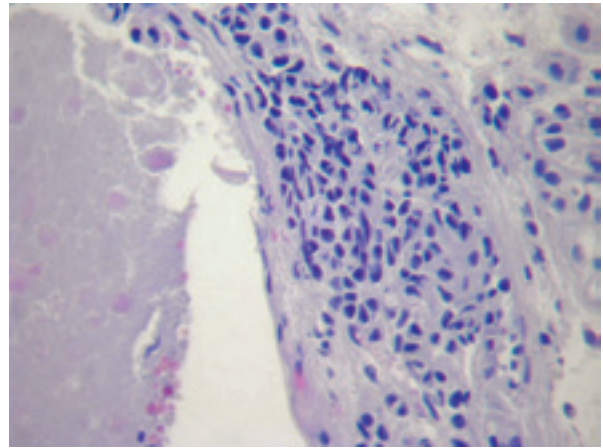
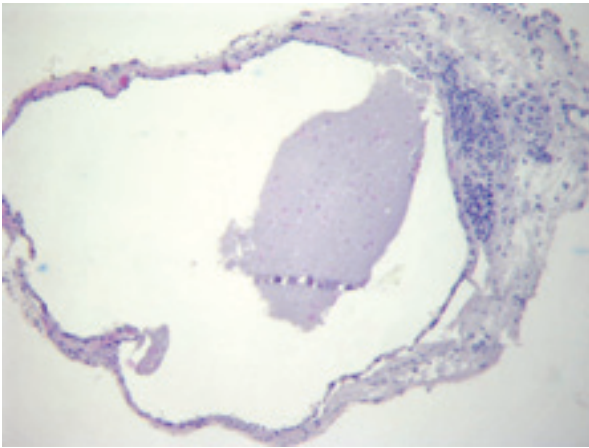


Figura 3. Histopatología: se evidencia cavidad revestida de urotelio, infiltrado linfoplasmocitario y nidos de Von Brunn, compatible con ureteritis quística.

sentaba de manera unilateral⁸. En nuestro caso sólo se presentaba en uréter derecho. Su patogenia es aún un tema discutido, aunque la teoría más aceptada es la de *Lubarsch* de 1983 que sostiene que la presencia de estímulos irritativos sostenidos del urotelio llevaría a una metaplasia submucosa y originaría nidos de *von Brunn*. Estos posteriormente sufrirían degeneración quística por licuefacción central.

Son muchos los factores que en algún momento han sido relacionados con la PQ, como hipo o avitaminosis A, la bilharziasis y las alteraciones inmunes con aumento de Ig A. Hoy en día estas posibles etiologías han perdido sustento científico.

Todos los autores coinciden en la necesidad de la presencia de un estímulo inflamatorio⁹, describiéndose que un 50% de los casos han presentado previamente litiasis del tracto urinario, como ha sucedido en el caso que presentamos e infección urinaria en un 82%¹⁰.

Su presentación clínica es muy variable, superponiéndose muchas veces a la provocada por los factores inflamatorios o infecciosos que intervienen en la patogenia de la enfermedad. Así podemos encontrar infección urinaria (82%), hematuria (52%), dolores renoureterales vagos, cólico renal y litiasis (53%) o dolor abdominal inespecífico. A estos síntomas hay que añadir los derivados de una hipertensión mantenida o de insuficiencia renal crónica, en los que puede finalizar esta patología cuando los casos se presentan evolucionados. Es posible además que la enfermedad no presente clínica alguna, sino que se diagnostique de manera incidental, durante el estudio de alguna otra patología.

El urograma excretor o la pielografía ascendente han

sido las técnicas de diagnóstico por imagen con las que frecuentemente se ha llegado a la sospecha diagnóstica de esta enfermedad. En ambos casos podemos observar numerosos defectos en la repleción del uréter, de contornos lisos bien definidos y redondeados, dando un aspecto festoneado o "apolillado". Otros hallazgos posibles, pero menos frecuentes, son la presencia de hidronefrosis como resultado de la obstrucción del sistema afectado o la anulación funcional renal.

El mejor método diagnóstico es el endoscópico, visualizándose en la zona urotelial afecta formaciones quísticas en número variable, redondeadas, de pared fina translúcida, permitiendo observar su contenido quístico, siendo el mismo en la mayoría de las oportunidades claro, aunque en ocasiones se puede presentar hemorrágico. Este contenido se encuentra constituido por agua, proteínas, restos celulares y algunos pigmentos. Anatomopatológicamente estas formaciones son de localización submucosa y sus paredes están formadas por epitelio estratificado con un infiltrado linfoplasmocitario asociado.

El diagnóstico diferencial de la PQ debe realizarse con todas las patologías ureterales capaces de originar imágenes de defecto de repleción, principalmente carcinoma transicional y ureteritis tuberculosa. La citología y la baciloscopia, negativas en caso de PQ¹¹⁻¹³, son métodos diagnósticos de utilidad para diferenciar estas patologías. Otros procesos a descartar son litiasis radiotransparentes, coágulos y gas en la vía excretora.

En la mayoría de las ocasiones la actitud conservadora, con tratamiento de los procesos infecciosos o litiasicos desencadenantes, junto a un correcto seguimiento,

suelen ser suficientes en el manejo de la enfermedad. Sólo en casos en que los quistes provoquen obstrucción del sistema excretor, hipertensión o insuficiencia renal estaría indicado tratamiento quirúrgico, realizando eventualmente una nefroureterectomía. En ocasiones se ha empleado el cateterismo ureteral con inyecciones de nitrato de plata para romper los quistes, pero actualmente se piensa que la posibilidad de iatrogenia es mayor que el beneficio que este procedimiento puede proporcionar. Su evolución es benigna, estando en discusión si el tamaño o el número de quistes presentes aumentan el riesgo de malignización¹⁴ ya que algunos autores, basándose en la similitud entre la PQ y la cistitis glandular, ponen en duda que su evolución sea invariablemente benigna. Por ello, se propone un seguimiento mediante análisis de orina, citología y cultivo semestrales sumando un urograma excretor en forma anual¹⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Solís W. A.: "Pieloureteritis quística: presentación de dos casos", *Rev. Arg. de Urol.* Vol. 62, N°2, pag 82-87.
2. Socolovsky R., Borgnia H., Puschinsky M.: "Pieloureteritis quística", *Rev. Arg. de Urol. y Nefrol.* Vol. 51, N°1, pag 6-8.
3. Gelabert Más A, Guzmán Hernández A, Aguado I: Veinticinco nuevos casos de quistosis urotelial, *Arch Esp Urol* 1985; 38(1):14-18.
4. Puigvert A, Elizalde A, Roselló M.: "Ureteritis quística. A propósito de 11 casos", *An Fund Puigvert* 1971;1(3):141-158.
5. Romero Pérez P, Amat Cecilia M, González Devesa M: "Pieloureteritis quística. Revisión de la literatura, período 1946-1994 y presentación de un nuevo caso", *Actas Urol Esp* 1995; 19(3):252-257.
6. Pérez Castro E: "Ureteritis quística", *Arch Esp Urol* 1946;3(1): 43-61.
7. Ricos Torrent JV, Solsona Narbón E, Colomer González, y col.: "Pieloureteritis quística. Presentación de diez casos", *Arch Esp Urol* 1981; 34 (3):183-192.
8. Menéndez V, Sala X, Álvarez-Vijande R, y col.: "Cystic Pyeloureteritis. Review of 34 cases. Radiologic aspects and differential diagnosis", *Urology* 1997; 50(1):31-37.
9. Mariño del Real J, Sevilla Zabaleta M, Cabello Padiá J y col.: "Ureteritis quística: importancia de la infección-inflamación crónica como factor etiológico. Aportación de un caso clínico", *Actas Urol Esp* 2000; 24(6):496-498.
10. Navas Pastor J, Morga Egea JP, García Ligeró J, y col.: "Pieloureteritis quística e infección. Formas de presentación y revisión de la literatura", *Arch Esp de Urol* 2000; 53(1):15-20.
11. Duffin TK, Regan JB, Hernández-Graulau JM: "Ureteritis cystica with 17-year follow up". *J Urol* 1994; 151:142-143.
12. Oleza Simo J, Ponce Socorro M, Roselló Bárbara M, y col.: "Ureteritis quística. Presentación de dos casos", *Actas Urol Esp* 1979; 3: 279.
13. Castillo Jimeno JM, Santiago González de Garibay A, Ruiz Rubio JL, y col.: "Pieloureteritis quística: nuestra actitud", *Arch Esp de Urol* 1992; 45(4):363-364.
14. Richmond H. G., Robb, W. A. T.: "Adenocarcinoma of the ureter secondary to ureteritis", *Br. J. Urol.* 49: 359 (1967).
15. Pereira Arias J, Escobal Tamayo V, Maraña Fernández MT, y col.: "Pieloureteritis quística. Un diagnóstico a tener en cuenta", *Arch Esp de Urol* 1995;48(2):194-196.
16. Menéndez V, Sala X, Álvarez-Vijande R, Sole M, Rodríguez A, Carretero P.: "Cystic pyeloureteritis: review of 34 cases", *Radiologic aspects and differential diagnosis. Urology.* 1997; 50: 31-37.