

ENDOMETRIOSIS PERIURETERAL

Dres. Raúl A. Rubí y Juan A. Mocellini Iturralde.

Las lesiones del aparato urinario como complicaciones en la evolución de la endometriosis no son muy frecuentes, pero a medida que las pacientes se someten a exámenes más precoces y completos, la incidencia de esta enfermedad ha aumentado, llegando algunos autores a sostener que un quinto de la población femenina en vida genital activa, tienen alguna forma o manifestación de la enfermedad (2).

Hay varias teorías que tratan de explicar las localizaciones ectópicas del tejido endometrial, pero tres son las más aceptadas. La primera sostiene que durante las primeras semanas del desarrollo fetal parte del tejido endometrial es arrastrado por los órganos urinarios en crecimiento; la segunda sugiere que las células endoteliales del peritoneo sufren una metaplasia provocada por algún factor desconocido; y la tercera, acepta la posibilidad de que las células endometriales o pequeños trozos de tejido puedan migrar por vía linfática o sanguínea (1, 2, 7, 8, 9). Hay que recordar los conceptos que en 1921 emitió Sampson, diciendo que era factible que durante la menstruación trozos de endometrio fueran eliminados por las trompas, cayendo en la cavidad peritoneal y generando así focos de endometriosis.

La edad de aparición de la enfermedad varía entre los 25 y 50 años, siendo la vejiga la localización más frecuente dentro del aparato urinario, y son pocos los casos descritos en la literatura de lesiones ureterales.

Esta última puede ser de dos tipos: 1) Intrínsecas o primitivas, es decir que la lesión hace hernia dentro de la luz del uréter, y 2) Extrínsecas o secundarias, donde el uréter es envuelto por la masa de tejido endometrial (2, 4, 7). Hasta 1966, en la literatura mundial se recopilaron 47 casos, 9 formas intrínsecas y 38 extrínsecas (7).

En general la lesión ureteral se produce en el tercio inferior (3, 4, 10, 11), estando el uréter envuelto en una verdadera funda, dislocado y su luz interior alterada, hasta llegar en algunos casos a la oclusión total.

Desde el punto de vista de la sintomatología, en general estas pacientes tienen antecedentes de operaciones ginecológicas en su gran mayoría, en otros casos los síntomas aparecen bruscamente o se agudizan molestias que arrastraban desde largo tiempo atrás (3), pero en todas sus formas, la característica fundamental es de ser cíclicas, pues el tejido endometrial está sujeto a la función ovárica (1). Es por ello que los mayores signos y síntomas se encuentran en el período premenstrual y menstrual, para luego ir poco a poco mitigándose, llegando en algunos casos al alivio total en la mitad del ciclo. Dentro de la literatura hay pocos casos en que el signo capital ha sido una hematuria cataclísmica (5, 7), pero en general esto sucede en las formas endometriales intrínsecas ureterales o en las formas vesicales (6). De los 47 casos de la literatura hubo hematuria macroscópica en el 13 % y microscópica también el 13 %. El 28 % de las pacientes tenían trastornos menstruales previos y en el 50 %, el examen ginecológico reveló el útero y/o los anexos aumentados de tamaño (7).

La enfermedad evoluciona de muy diversas maneras, hay casos en que el climaterio trae una cesación de las molestias y cura aparente de las lesiones; pero esto no es lo común, las lesiones en general son evolutivas y las molestias van en aumento a medida que las pacientes tienen mayor edad, agravándose el cuadro con la aparición de las complicaciones, ya sean de orden local o general, y en casos excepcionales, se ha visto la degeneración blastomatosa (12).

En los últimos años hemos tenido la oportunidad de tratar a dos pacientes con lesiones ureterales extrínsecas, cuyo cuadro clínico pasamos a referir:

Caso 1: Es una paciente de 32 años de edad que fue intervenida quirúrgicamente por una ptosis renal derecha dolorosa e infección urinaria recurrente. A los 3 meses de la operación comienza con dolor en fosa ilíaca derecha y flanco. Se efectúa un urograma de control, apareciendo la vía excretora derecha dilatada a partir del tercio superior del uréter y se hace el diagnóstico de posible brida operatoria. En estas circunstancias se le propone una nueva intervención para liberar el uréter, conducta que es aceptada por la paciente.

Se efectúa la intervención quirúrgica y encontramos el uréter dilatado desde su tercio medio, en donde aparece englobado en una masa de consistencia elástica que lo incluye en su totalidad al igual que el peritoneo vecino. Esta masa que tiene un diámetro de 5 cm tiene zonas más duras en los bordes, es reseca con un segmento del uréter y de peritoneo, pero dado que el segmento ureteral comprometido tiene una longitud de más de 7 cm, y ante la imposibilidad de descender el riñón, se procede a realizar la nefrectomía derecha.

El estudio histopatológico de la pieza operatoria nos informó que se trataba de tejido endometrial. La paciente es entonces enviada a ginecología, donde la mantienen en amenorrea durante 6 meses. En la actualidad persisten los dolores en fosa ilíaca derecha a pesar del tratamiento instituido.

Caso 1: Es una paciente de 29 años de edad que en 1959 contrae matrimonio y al cabo de 4 meses se establece una amenorrea, que es interpretada como posible embarazo, notando aumento de tamaño del vientre y síntomas generales de gestación. La falta de movimientos fetales llama la atención de la paciente, por lo que consulta a un ginecólogo, quién hace el diagnóstico de probable tumor de ovario y le propone una laparotomía que es practicada en 1960. En el acto operatorio se encuentran con una gran masa de tejido endometrial que ocupa la pelvis y parte de la cavidad abdominal; es reseca en su totalidad y el post-operatorio no presenta nada de particular.

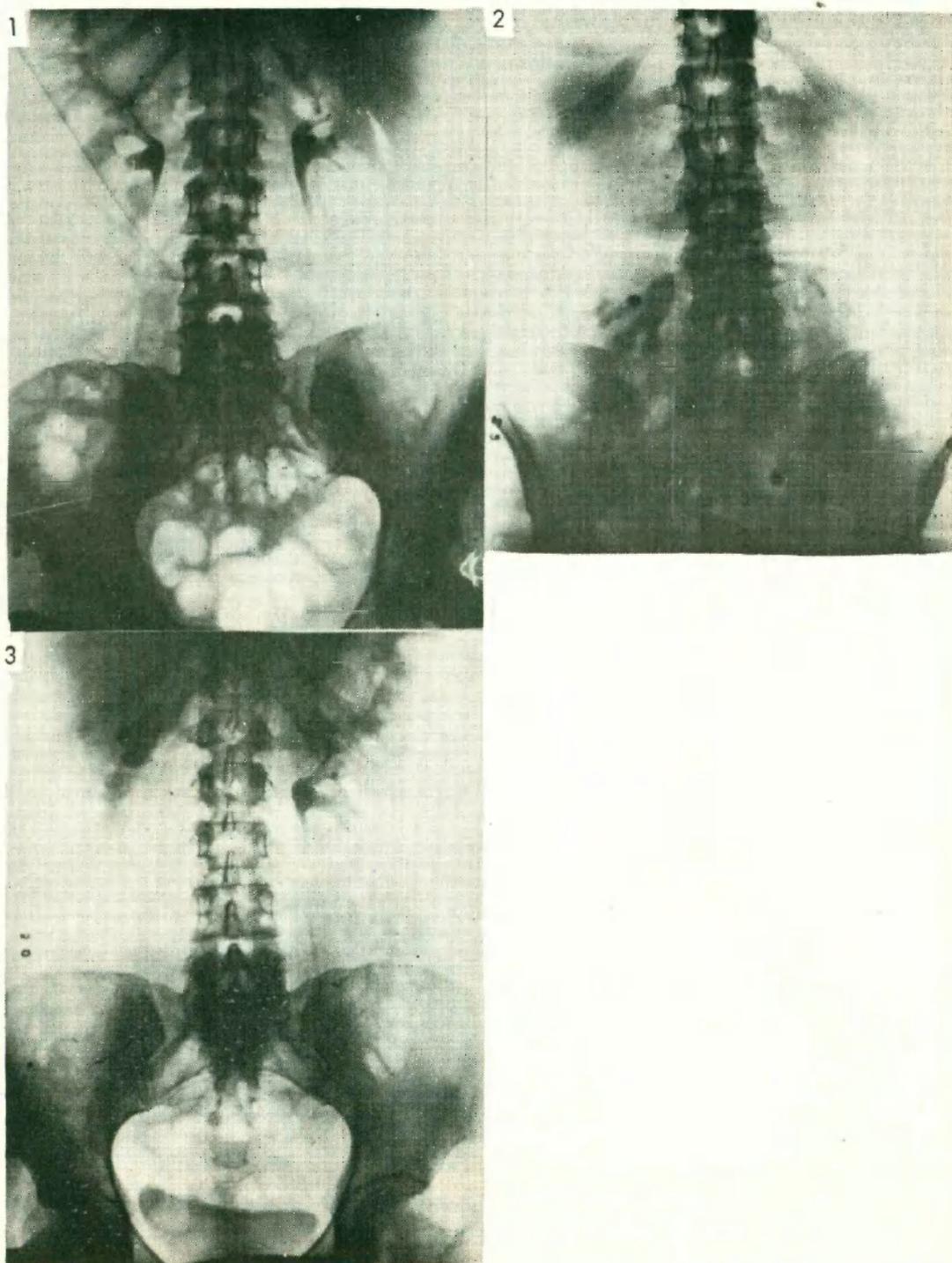
Con el correr de los meses, la paciente comienza con accesos dolorosos, tipo cólicos, en la fosa lumbar derecha, fiebre, pérdida de peso y reaparición del tumor abdominal. Es en ese momento, año 1961, que vemos a la paciente por primera vez, en mal estado general, anémica, con una gran infección urinaria y con un tumor abdominal que sobrepasa a el ombligo, remedando una gestación de 28 a 30 semanas de amenorrea.

La urografía practicada en ese momento, nos muestra una exclusión funcional renal izquierda, no sabemos si a resultado de la lesión endometrial previa o iatrogénica por la laparotomía, y una marcada dilatación ureteropielocalicial. De los exámenes de laboratorio, sólo cabe destacar la gran infección urinaria a colibacilo y los signos de insuficiencia renal (urea elevada, isostenuria, poliuria, clearance de urea bajo, etc).

Con el diagnóstico de endometrioma pélvicoabdominal es intervenida quirúrgicamente en septiembre de 1961, abordando la lesión por una incisión umbilico pubiana. Nos encontramos con una enorme masa, firme, de color pardo oscuro, con múltiples quistes achocolatados, que ocupa toda la excavación pelviana, la fosa ilíaca y lumbar derecha. Se procedió a la liberación y exéresis de todo el conjunto, pudiendo conservar el uréter en su totalidad. En el mismo momento, se realizó la histerectomía, cooforectomía bilateral y conización del cuello uterino.

El post-operatorio discurrió sin mayores alternativas, siendo dada de alta a los 10 días. El diagnóstico anatomopatológico fue de endometriosis ureteral extrínseca.

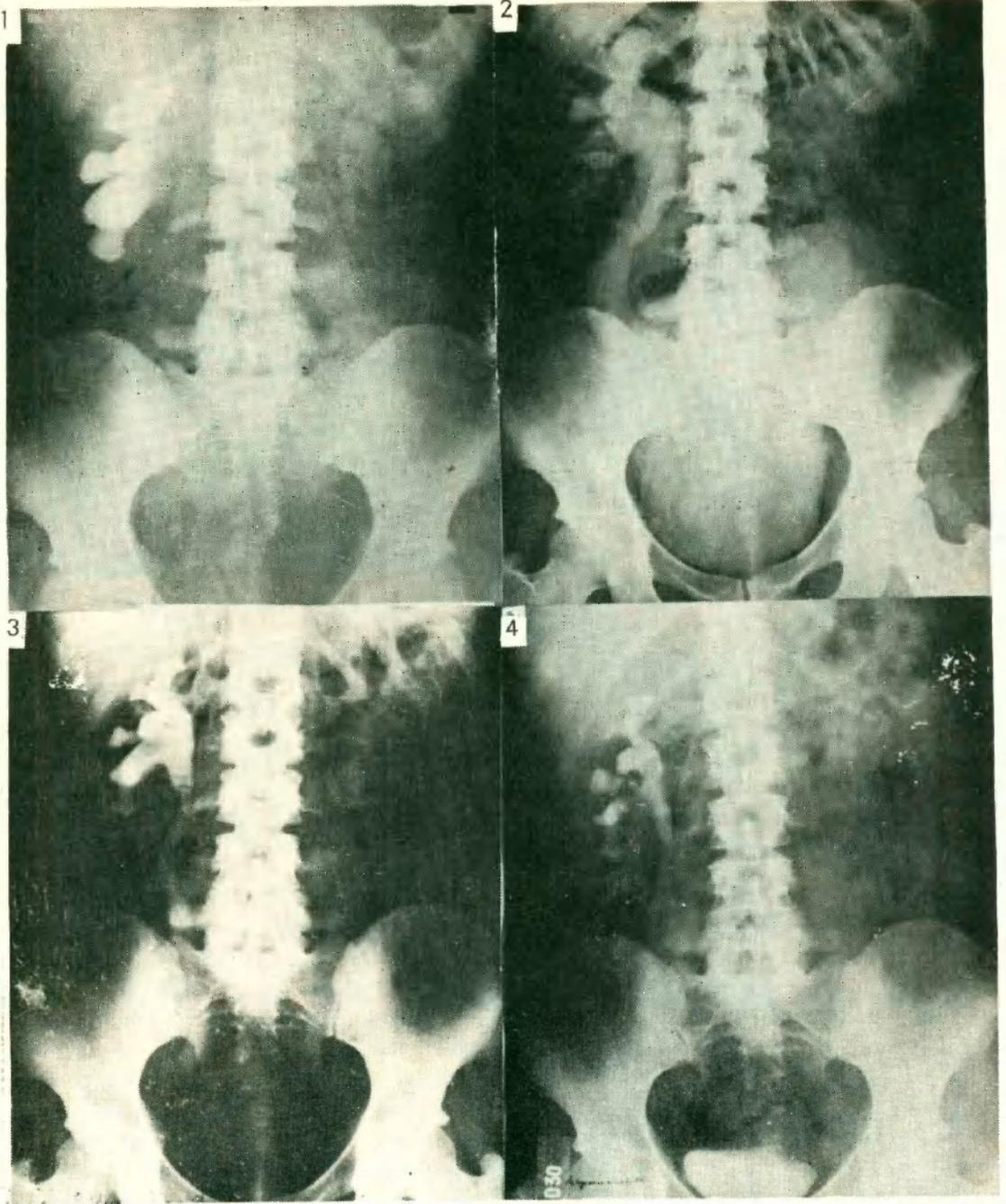
Desde entonces hasta la fecha, hemos controlado a la paciente en forma periódica. El último urograma de excreción muestra una buena función renal derecha, con gran reducción de la dilatación ureteropielocalicial, persistiendo la exclusión funcional izquierda. La última prueba de concentración dió una densidad de 1030 para la primera muestra y de 1031 para las siguientes; la tasa de urea en suero fue de 0,31 gr/°° y la creatinina de 1,15 mg/°, siendo el resto de los exámenes normales.



Caso 1 - Fig. 1: Urografía a los 30 minutos, en decúbito dorsal.

Caso 1 - Fig. 2: Urografía a los 20 minutos, en posición de pié.

Caso 1 - Fig. 3: Urografía a los 20 minutos, post-operatoria, mostrando la dilatación pielocalicial derecha.



Caso 2 - Fig. 1: Radiografía a los 30 minutos pre-operatoria (año 1961), donde se aprecia la marcada dilatación calicial y retardo funcional, al mismo tiempo que la exclusión del riñón izquierdo.

Caso 2 - Fig. 2: Radiografía a los 120 minutos, pre-operatoria (año 1961), donde se aprecia la enorme dilatación uréteropielocalicial.

Caso 2 - Fig. 3: Radiografía post-operatoria (año 1962) un año después de la uréterolisis. Nótese la reducción de la dilatación uréteropielocalicial.

Caso 2 - Fig. 4: Radiografía post-operatoria, año 1967, a los 30 minutos, donde se aprecia la marcada disminución de la uronefrosis.

Comentario: Las lesiones ureterales de la endometriosis no son de fácil solución sobre todo que la experiencia no es grande, además, generalmente las pacientes concurren a la consulta tardíamente, dado que solo en las formas ureterales intrínsecas o vesicales, puede aparecer precozmente hematuria que facilita el diagnóstico y hace posible una terapéutica más precoz y quizás no mutilante.

En el primer caso por nosotros tratado, no quedó otra solución que la nefrectomía, dado que el defecto ureteral de más de 7 cm y la nefropexia previamente realizada nos impidieron llevar a cabo la anastomosis ureteral. En el segundo caso, si bien los resultados han sido excelentes, no hay que olvidar que la paciente perdió el riñón izquierdo, posiblemente anulado en el momento de la primera operación.

Si bien los urólogos no tienen oportunidad de ver frecuentemente endometriosis, creemos que se debe difundir el concepto de que en todas las pacientes en las que se sospeche una endometriosis, un examen de rutina debería ser el estudio urográfico previo a todo tratamiento cruento, permitiendo así el diagnóstico precoz de cualquier alteración del aparato urinario.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ball T. L. y Platt M. A.
Am. J. Obstet. & Gynec., 84: 1516, 1962.
- 2) Berlin L., Waldman I., White F. H. y Mc Lain C.
Am. J. Roentg., 92: 351, 1964.
- 3) Brock D. R.
J. Urol., 83: 100, 1960.
- 4) Bulkley G. J., Carrow L. y Estensen R.
J. Urol., 93 (2): 139, 1965.
- 5) Chinn J., Horton R. K. y Rusche C.
J. Urol., 77 (2): 144, 1957.
- 6) Fein R. L. y Horton B.
J. Urol., 95 (1): 45, 1966.
- 7) Kerr W. S. Clin. Obstet. & Ginec., Edit. Interamericana, junio, 1966, p. 331.
- 8) Marshall V. F.
J. Urol., 50: 652, 1943.
- 9) Maslow L. A. y Learner A.
J. Urol., 64: 564, 1950.
- 10) Randall A.
J. Urol., 46: 419, 1943.
- 11) Ratliff R. K. y Crenshaw W. B.
Surg. Gynec. & Obstet., 100: 414, 1955.
- 12) Trabucco A. y Cartelli N.
Rev. Arg. Urol., XVII (7-8): 229, 1948.

DISCUSION

Dr. Pagliere. Pido la palabra.

Deseo hacer referencia a dos recursos de utilización excepcional pero que pueden ayudar a la conservación de un riñón cuando por la deficiencia del otro es imperativo hacerlo.

Uno, sería la transureterostomía, que pudo haberse practicado en el primero de los pacientes a que se refiere el trabajo de los comunicantes y el otro recurso, al que se hizo referencia en la sesión del mes pasado al tratarse la periureteritis, consiste en el autoinjerto del riñón en la fosa ilíaca del lado opuesto.

Dr. Rubí. En el momento en que se practicó la nefrectomía en la primera paciente, el segmento ureteral abarcado era muy grande, era de más de 7 centímetros; era alto, estaba a unos dos centímetros de infundíbulo uretéro-piélico.

Aparte de eso, no pensamos en esa posibilidad. Pero en ese caso particular, no creemos que la anastomosis ureteral hubiera sido factible.

Por supuesto, es de tener en cuenta el recurso del autoinjerto, por lo que le agradezco al doctor Pagliere su sugerencia.

**actividad terapéutica
mucho más prolongada**



kelfizina[®]

sulfapirazinmetoxina

Kelfizina posee la hemivida biológica más dilatada,
alcanzando aproximadamente a las 65 horas.

Kelfizina es el sulfamídico que posee la menor
posología establecida hasta el presente.



LABORATORIOS DARCK S. A.
representante exclusivo de:

Farmitalia



AMERICAN CYSTOSCOPE MAKERS, INC.

8 Pelham Parkway, Pelham Manor, N.Y. (U.S.A.)

Tiene el agrado de anunciar que ha designado Representantes Exclusivos para sus productos WAPPLER Y ACMI en la República Argentina a la firma:

BIOTRON S.C. p. A.

quienes disponen en sus oficinas del stock necesario

American Cystoscope Makers, Inc. agradece a los urólogos argentinos la constante confianza en la calidad de sus productos.

BIOTRON S.C. p. A.

Tiene el agrado de anunciar que ha sido designado Representante exclusivo en la República Argentina de la firma:

AMERICAN CYSTOSCOPE MAKERS, INC.

y que dispone del necesario stock en sus oficinas de la calle:

Bartolomé Mitre 1225
Oficinas 301-302
TE. 45-2840/2951
Buenos Aires