

GINECOLOGÍA**HIDRONEFROSIS BILATERAL POR
PROLAPSO UROGENITAL**

Juan Brenes-Fernández*
Catalina Núñez-Rodríguez**

SUMMARY

The urogenital prolapse is the descent of the pelvic organs beyond their usual position. This pathology is found mainly in older, postmenopausal and multiparous women. One sixth of patients who have urogenital prolapse, mainly uterine prolapse, may have some degree of hydronephrosis due principally to distal compression of the ureters, it is infrequent that they develop severe hydronephrosis. If hydronephrosis is left untreated it can progress to an acute renal failure and thus to a chronic renal failure. Hydronephrosis is the most serious complication of urogenital prolapsed, usually

it is corrected by the surgery of urogenital prolapsed and reverses spontaneously in most cases. It is necessary a prompt diagnosis and treatment to avoid major complications for patients.

Descriptores: Prolapso Urogenital, hidronefrosis, complicación

Key Words: Hydronephrosis, Pelvic Organ Prolapse

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina de 80 años de edad, costarricense, vecina de Patarrá Desamparados de San José, pensionada, conocida hipertensa en tratamiento y sin

otros antecedentes patológicos importantes. No tiene antecedentes quirúrgicos. Antecedentes gineco-Obstétricos de 17 gestas, 15 partos, 2 abortos. La paciente es referida a la consulta externa de ginecología del Hospital de las Mujeres por una sensación de masa que protruye a nivel vaginal asociado a incontinencia urinaria de 2 años de evolución. Al examen ginecológico se observa un Prolapso Urogenital total grado III. Se le realizan estudios de laboratorio iniciales mostrando un hemograma dentro de parámetros normales, electrolitos sin alteraciones, nitrógeno ureico en 15mg/dl y creatinina de

* Médico General Ginecología HOMACE

** Médico General

Servicio de Ginecología Hospital de las Mujeres, Caja Costarricense del Seguro Social

1.02mg/dl. Además se le realizó un ultrasonido pélvico y de vías urinarias encontrando útero y ovarios sin lesiones, riñón derecho de longitud de 11,4cm adecuada relación cortico medular, con ectasia pielocalicial y ureteral hasta la porción distal moderada (figura 1 A), riñón izquierdo longitud de 14cm con ectasia pielocalicial y ureteral distal moderada, en polo superior con pérdida de la relación cortico medular, polo inferior ocupado por estructura quística de 9,7x6,3 cm (Figura 1 B). Se le realizó una urodinamia demostrándose una incontinencia urinaria de esfuerzo. Se decide realizar una Histerectomía total Vaginal con Colporrafia anterior, Colporrafia posterior y uretropexia transobturatorial. Se realiza la intervención quirúrgica sin complicaciones. Se le realiza estudio ultrasonográfico control a los 8 meses encontrando resolución de la hidronefrosis y las pruebas de función renal normales.



Figura 1.

A) Ultrasonido de riñón derecho en donde se evidencia la ectasia pielocalcial.
B) Ultrasonido de riñón izquierdo con perdida de la relación cortico medular y la ectasia pielocalcial



DISCUSIÓN

El prolапso urogenital es el descenso de los órganos pélvicos en la vagina o a través de la misma y frecuentemente se puede acompañar de cistocele y/o rectocele (10). Las principales causas por las que se produce el prolапso urogenital son el parto vía vaginal, déficit de estrógenos, aumento de la presión intraabdominal de forma crónica debido neumopatías o al levantamiento de objetos pesados, al estreñimiento crónico y lesión neurológica. Es por esto que esta patología es más frecuente en mujeres multíparas y posmenopáusicas (10). En la literatura se logra documentar que el prolапso uterino puede causar obstrucción ureteral a nivel de su tercio inferior junto con alteraciones vesicales y de la función intestinal. El posible mecanismo de la obstrucción ureteral es la compresión de los mismos por los vasos uterinos debido al estiramiento del ligamento uterino (ligamento cardinal), el músculo elevador del ano o el

fondo del útero; en muchos de los casos esta obstrucción produce hidronefrosis que generalmente es asintomática, pero puede conducir a una insuficiencia renal aguda y finalmente evolucionar a insuficiencia renal crónica (8). Los grandes cistoceles asociados o no a prolапso uterino predisponen a síntomas obstructivos, a la presencia de orina residual de forma crónica y rara vez la presencia de hidronefrosis bilateral con la posibilidad de producir alteración de la función renal (1,9). Se ha observado que la prevalencia de hidronefrosis en pacientes con prolапso uterino sometidas a cirugía correctiva varía entre un 7% al 17% (2,7). Además en algunos estudios se ha documentado que hay cierto grado de hidronefrosis en una sexta parte de las pacientes sometidas a cirugía por prolапso urogenital, siendo rara la hidronefrosis severa. La hidronefrosis se relaciona con el grado de prolапso uterino y la presencia de prolапso del compartimento anterior, lo que apoya la teoría de que la hidronefrosis se produce por una compresión ureteral contra el fondo uterino o por el estiramiento de los ligamentos uterinos (6).

Los principales síntomas del prolапso urogenital son: molestias a nivel genital, de las vías urinarias y gastrointestinales que afectan las actividades diarias y la calidad de vida de las pacientes (3). También

se puede presentar dolor pélvico, disuria, erosiones vaginales, dificultad para la micción y la defecación (5). El diagnóstico del prolapo urogenital se realiza de la exploración ginecológica para determinar cuál es el tipo y el grado de prolapo que presenta cada paciente, se recomienda la realización de estudios de imágenes solamente en pacientes con prolapo uterino grado III o más avanzados. Principalmente se realiza ultrasonido estándar o dinámico de las vías urinarias, en el cual se objetiviza la dilatación y obstrucción (6). En este caso clínico la paciente presentaba un prolapo uterino grado III, se le logra documentar una hidronefrosis debido a que se realiza un ultrasonido pélvico pre quirúrgico para la valoración de la incontinencia urinaria. Es recomendable recalcar que la paciente presentaba dos años de evolución de sus síntomas, lo que podría implicar un deterioro progresivo de su función renal, como se sugiere por los hallazgos ultrasonográficos de pérdida de la relación cortico-medular en ambos riñones. Como la hidronefrosis es la complicación más grave y si no se trata puede producir insuficiencia renal, se recomienda realizar un diagnóstico temprano y manejo adecuado del prolapo urogenital (4). Se recomienda el tratamiento de los prolapsos solo si son sintomáticos o que

tengan alguna complicación que pueda comprometer la vida de la paciente, como en este caso. En caso de prolapsos en pacientes de alto riesgo quirúrgico se recomienda el uso de pesarios vaginales con lo que se disminuye el riesgo de uropatía obstructiva e hidronefrosis secundaria. En pacientes con prolapo urogenital severo e hidronefrosis el tratamiento definitivo es la corrección quirúrgica, con la cual se revierte en muchos casos la hidronefrosis y se previene la insuficiencia renal (8,6). En estudios se ha documentado de que hasta un 95% de las pacientes con hidronefrosis secundaria a prolapo urogenital revierten el mismo de forma espontánea luego de la corrección quirúrgica del prolapo (7). Esto apoya el hecho de que en nuestra paciente se logró revertir la hidronefrosis de forma espontánea y se normalizó la función renal, lográndose una recuperación completa con preservación renal. Es por esto que cabe insistir en que es necesario dar un manejo adecuado y oportuno de las pacientes con prolapo urogenital en estadios avanzados con el fin de evitar futuras complicaciones a la paciente.

RESUMEN

El prolapo urogenital es el descenso de los órganos pélvicos

más allá de su posición habitual. Esta patología es más prevalente entre mujeres de edad avanzada, postmenopáusicas y multíparas. Una sexta parte de las pacientes que poseen prolapo urogenital, esencialmente el prolapo uterino, pueden tener cierto grado de hidronefrosis debido principalmente a compresión distal de los uréteres, siendo infrecuente la presencia de hidronefrosis severa. Si la hidronefrosis no es tratada de forma oportuna puede progresar al desarrollo de una insuficiencia renal aguda y por consiguiente a una insuficiencia renal crónica. La hidronefrosis es la complicación más grave del prolapo urogenital, por lo general se corrige mediante la intervención quirúrgica del prolapo urogenital y revierte espontáneamente en la mayoría de los casos. Es necesario un diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar complicaciones mayores a las pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Begliomini H, Begliomini B. Bilateral Hydronephrosis caused by Vaginal Prolapse. Int Baz J Urol. 2003;29: 243-244.
2. Chitale S, Burgess N, Warren R. Renal failure secondary to uterine prolapsed. Bristish Journal of General Practice, 2002, 52, 661-662.
3. Chuang F, Lee C, Chen C, Weng H, Wang I. Bilateral Moderate Hydroureteronephrosis Due to Uterine Prolapse: Two Case Reports and Review of the Literature. Renal Failure Vol. 25, No 5, pp. 879-884, 2003.

4. Costantini E, Lazzeri M, Mearini L, Zucchi A, Del Zingaro M, Porena M. Hydronephrosis and Pelvic Organ Prolapse. *Urology* 73 (2), 2009. 263-267.
5. Floyd M, Casey R, Bredin H. Procidencia: a reversible cause of hydronephrosis in an 80-year-old woman. *Int Urogynecol J* 2008; 19: 1179-1181.
6. Gemer O, Berman M, Segal S. Prevalence of hydronephrosis in patients with genital prolapse. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 86, 1999, 11-13.
7. Hui SY, Chan SC, Lam SY, Lau TK, Chung KH. A prospective study on the prevalence of hydronephrosis in women with pelvic organ prolapse and their outcomes after treatment. *Int Urogynecol J*. 2011 Dec; 22(12):1529-34.
8. Kang H, et al. Obstructive anuria resulting from total uterine prolapsed: A case report. *Journal of de Women's Medicine* 2010; volume 3, No 4: 174-176.
9. Oksay T, Ergun O, Capar E, Koşar A. Bilateral hydronephrosis secondary to cystocele. *Ren Fail*. 2011; 33(5):537-9.
10. Yanik F, Akpolat T, Kocak I. Acute renal failure-an unusual consequence of uterine prolapsed. *Nephrol Dial Transplant* 1998; 13: 2648-2650.