

ARTÍCULO ORIGINAL

Doble sistema ureteropielocalcial completo con ectopia ureteral a vagina. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Landa Soler M,¹ Maya Epelstein A,² Castillo de Lira HH,³ Guerrero Brito J,⁴ Santini Sánchez A.⁵

RESUMEN

Antecedentes. El uréter ectópico es una anormalidad congénita del segmento terminal del uréter, en donde el orificio ureteral está localizado distal al trígono vesical. La incontinencia continua o intermitente es el síntoma que se reporta con mayor frecuencia asociado con uréter ectópico

Reporte del caso clínico. Se reporta paciente femenina de 27 años de edad, que comenzó a padecer incontinencia urinaria desde la infancia, y fue tratada por urólogos como incontinencia de esfuerzo, vejiga hiperrefléxica e infecciones urinarias durante años. Se realiza estudio imagenológico por el cual se descubre doble sistema ureteropielocalcial derecho superior, con ectopia a introito vaginal, ectopia trigonal del uréter normal ipsilateral. Se realiza poliectomía superior derecha con ureterectomía.

Palabras clave: incontinencia, ectopia ureteral vaginal.

SUMMARY

Background. *Ureteral ectopia is a congenital abnormality of the terminal segment of one or both ureters in which the ureteral orifice is located distal to the trigone bladder. Continuous or intermittent urinary incontinence is the most frequently reported clinical symptom associated with ureteral ectopia*

Case Report. *A female patient with urinary incontinence is presented. During years was treated for stress incontinence and irritative bladder. Complete duplication of pelvis and urethra ending in vagina was discovered during endoscopy and X ray studies. Upper partial nephrectomy and ureterectomy was performed.*

Keywords: *urinary incontinence, vaginal ureteral ectopia.*

¹ Profesor titular del Servicio de Urología del Hospital Regional “Licenciado Adolfo López Mateos”, México D.F. 2 Residente de segundo año del Servicio de Urología del Hospital Regional “Licenciado Adolfo López Mateos”, México D.F. 3 Residente de primer año del Servicio de Urología del Hospital Regional “Licenciado Adolfo López Mateos”, México D.F. 4 Residente de tercer año del Servicio de Urología del Hospital Regional “Licenciado Adolfo López Mateos”, México D.F. 5 Médico adscrito del Servicio de Radiología del Hospital Regional “Licenciado Adolfo López Mateos”, México D.F.

INTRODUCCIÓN

Se conoce como uréter ectópico aquel que drena en la porción del cuello vesical o más caudal, a diferencia de su posición normal en el trígono vesical. Este se forma de manera anormal cuando la yema ureteral tiene un origen superior y existe un retraso o no hay separación del conducto mesofrénico.

La incidencia es baja (de 1/1900), ya que no todos los uréteros ectópicos presentan algún tipo de síntoma. En 80%, el uréter se encuentra unido al polo superior de un doble sistema pielocalicial. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres en una relación 6:1. Sólo 10% de los ureteros ectópicos son bilaterales. Un tercio de los ureteros ectópicos drena en la mujer en el vestíbulo vaginal, 25% drena en vagina y 5% drena en cérvix y el útero.^{1,2,8,9}

Por lo general, el síntoma principal en mujeres es la presencia de incontinencia posterior al entrenamiento del baño, y en hombres, habitualmente se detecta por infecciones de vías urinarias recurrentes o de manera incidental;^{2,10} sin embargo, se puede presentar también como infecciones, hidronefrosis o reflujo.³

El diagnóstico se puede realizar por ultrasonido y urografía excretora, ya que estos estudios son los considerados como de primera línea. La tomografía computada, resonancia magnética, cistovaginoscopia, estudios retrógrados y gammograma renal nos ayudarán a detectar ureteros ectópicos o riñones hipoplásicos hipofuncionantes ocultos en diversas ocasiones.^{4,8,9}

El tratamiento consiste básicamente en la corrección de las anomalías del tracto genitourinario superior. Se debe evaluar la estructura renal, así como su función previo a la cirugía. Existen diversos tipos de técnicas para la corrección de esta patología, desde nefruerectomía en riñones no funcionantes, reimplante ureteral, ureteropielostomía, ureterooureterostomía y poliectomía más ureterectomía.^{5-7,10}

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 27 años de edad, la cual cuenta con los siguientes antecedentes de importancia:

Heredo familiares. Abuela materna y paterna con diabetes mellitus tipo 2; abuelo paterno con cardiopatía isquémica y Ca de páncreas y abuela paterna con Ca de mama.

Personales no patológicos. Originaria y residente de México DF, soltera, católica, burócrata, habita casa propia con todos los servicios intradomiciliarios, sin hacinamiento ni promiscuidad, hábitos higiénico dietéticos adecuados en calidad y

cantidad, toxicomanías negadas. Grupo y Rh: O positivo. Refiere alergia a sulfas y penicilina.

Personales patológicos. Niega diabéticos, fírmicos, hipertensivos o neoplásicos. Apendicectomía a los 22 años sin complicaciones. Niega trasfusionales, traumáticos u otros.

Ginecobstétricos. Gesta, 0; Para, 0; Abortos, 0; Cesáreas, 0; Menarca, 15 años; Ciclos, regulares; Ritmo, 28x3; FUM, 9 de marzo del 2006; IVSA, 23 años.

Padecimiento actual. Inició su padecimiento desde la infancia al presentar cuadro caracterizado por escape involuntario de orina durante las noches, siendo manejado como enuresis, además de cuadros de infección de vías urinarias de repetición, multitratados con antibioticoterapia con mejoría parcial de los mismos y posterior recaída, con antecedente de hematuria en una ocasión, presentando posteriormente exacerbación del cuadro durante la adolescencia a la edad de 17 años con presencia de incontinencia urinaria franca, refiriendo fuga de orina con la realización de esfuerzos y al despertarse por la mañana, por lo que es estudiada en medio particular en donde se le realiza estudio urodinámico, reportándose vejiga hiperactiva –probablemente hiperrefléxica– manejándose con tolterodina e imipramina sin respuesta adecuada al tratamiento, por lo que acude al servicio de Urología del Hospital Regional “Adolfo López Mateos” para inicio de protocolo de estudio en noviembre de 2005, realizándose urografía que revela imagen compatible caliectasias de un sistema supernumerario.

Exploración física. Paciente del sexo femenino de edad aparente igual a la real, íntegra, bien conformada, sin facies característica, consciente, orientada, cooperadora al interrogatorio y a la exploración física. Signos vitales estables.

- **Abdomen.** Plano, blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas ni megalías, peristaltismo presente, giordano negativo.

- **Genitales.** Genitales externos femeninos normales, de acuerdo con sexo y edad. No se observan alteraciones aparentes. Distribución de vello ginecoide. Sin presencia de pérdida de orina a la maniobra de Valsalva.

Resto del examen físico sin datos anormales.

Urodinamia. Vejiga hiperactiva probablemente hiperrefléxica.

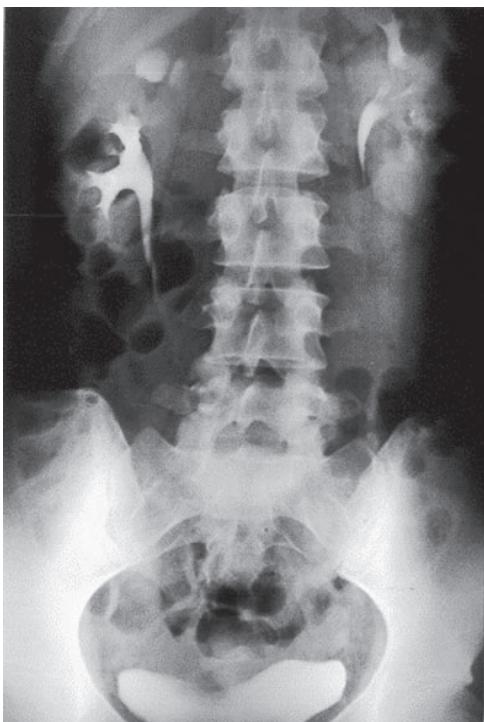


Figura 1. Urografía excretora con dilatación calicial en polo superior del riñón derecho.

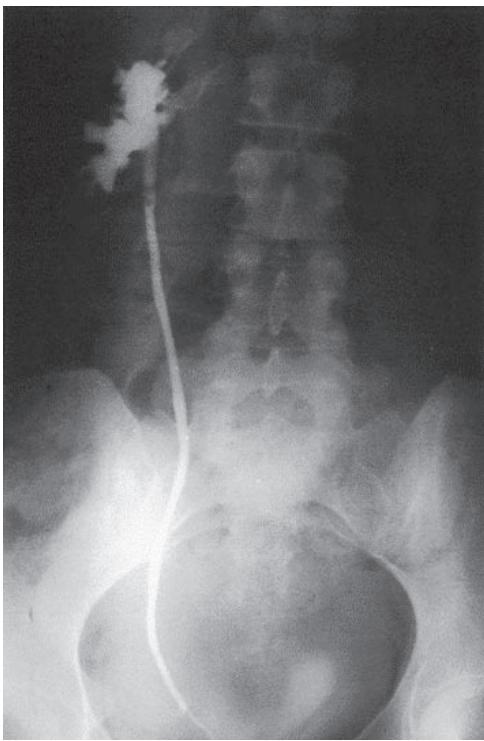


Figura 2. Pielografía ascendente con catéter de brazo. No presenta comunicación con sistema superior.

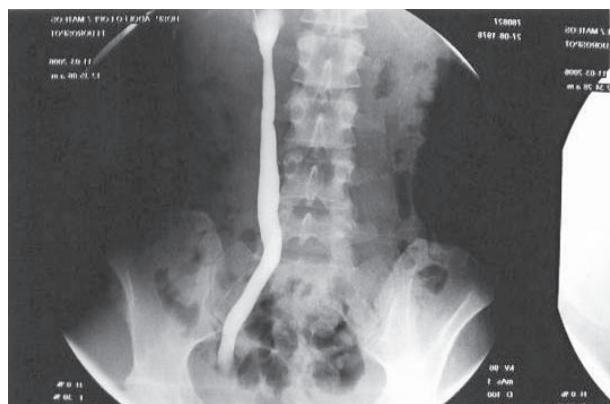


Figura 3. Pielografía percutánea. Marcada dilatación pieloureteral derecha del sistema superior.

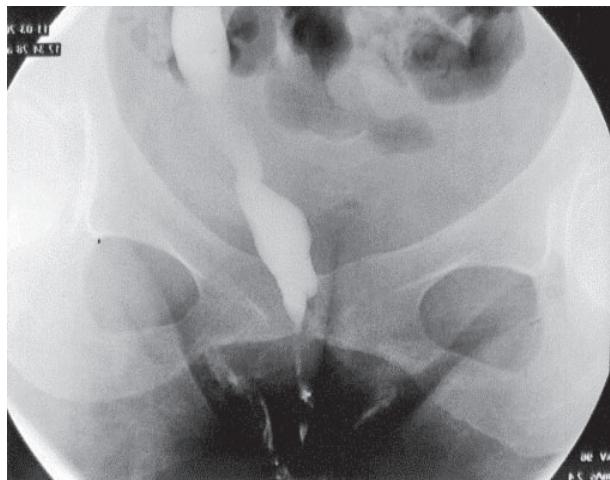


Figura 4. El contraste se elimina directamente hacia vagina al realizar la pielografía percutánea. Tomografía. Marcada dilatación de cavidades del polo superior.



Figura 5. Gran ureterectasia, uréter normal lleno de contraste.

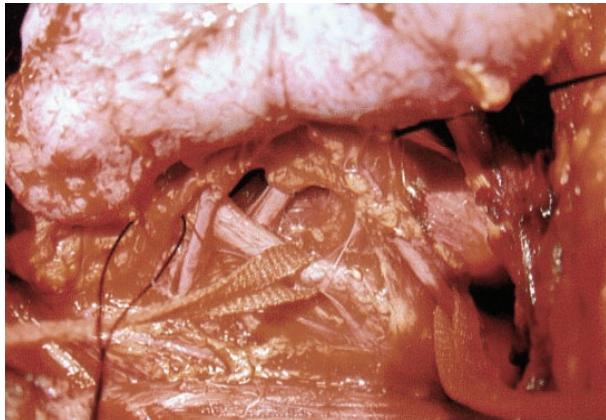


Figura 6. Disección de los vasos del hilio. En cintilla a la derecha uréter normal. En cintilla a la izquierda uréter ectópico.

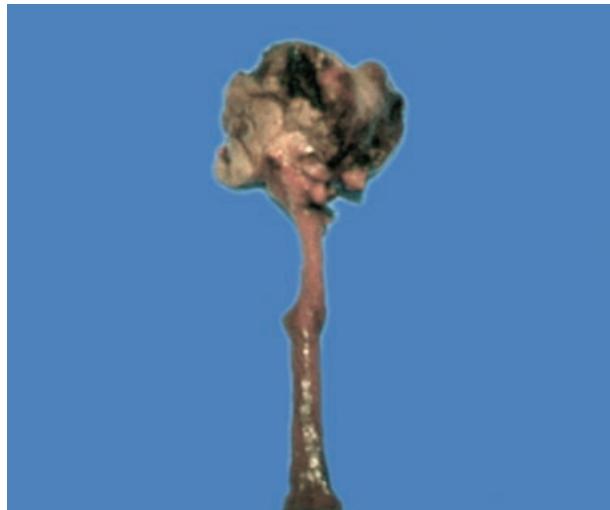


Figura 9. Zona de transición con túbulos seminíferos y células tumorales. HE 10x (arriba) y 40x (abajo).



Figura 7. Ligadura de los vasos que irrigan el polo superior y el uréter ectópico.



Figura 8. Guía introducida por el uréter ectópico con salida en el introito vaginal.

Cistoscopia. Meato ureteral derecho ectópico en forma de hendidura implantado muy abajo hacia la línea media a nivel del cuello, eyaculando orina clara.

Urografía excretora. En el polo renal superior derecho se observan dos imágenes de forma esférica, lobuladas, en relación con medio de contraste que puede sugerir duplicación renal. (figura 1)

Ultrasonido renal. Imagen anecóica circular de bordes definidos en polo superior de riñón derecho.

Gammograma renal. Prolongación de la fase de filtración del riñón derecho con hipointensidad comparada con el contralateral. Patrón de obstrucción parcial vs. estasis bilateral.

Pielografía ascendente. Meato derecho en hendidura, eyaculando orina clara, implantado de manera anómala lateral al trigono a 1 cm de la línea media; se introduce medio de contraste, observándose hasta cálices superiores sin evidencia de doble sistema colector. (figura 2) Exploración vaginal mediante especuloscopia, observándose cérvix eritematoso y abundante leucorrea. No se observa fuga de orina.

Pielografía descendente percutánea guiada por ultrasonido bajo sedación. Gran dilatación pieloureteral derecha de sistema supernumerario con salida de contraste hacia vagina. (figuras 3 y 4)

Gammograma renal. Adecuada función renal.

TAC abdominal. Marcada dilatación de cavidades del polo superior y del uréter. (figura 5)

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

A través de incisión toracoabdominal derecha extrapleural, se expone el riñón, liberándolo de intensa fibrosis. Se diseña cuidadosamente los elementos del hilio renal. (figura 6) Se ligan los vasos que irrigan el polo superior y el uréter ectópico. (figura 7) Se introduce guía metálica por el uréter ectópico y sale por orificio situado en el introito vaginal por debajo del meato uretral. (figura 8) Se extirpa el polo superior renal derecho con el uréter ectópico. (figura 9)

DISCUSIÓN

El objetivo de cualquier procedimiento no sólo es remover el polo superior que habitualmente se encuentra atrófico o con hidronefrosis, sino la máxima preservación del polo inferior. Para realizar este procedimiento se debe aislar por completo el hilio renal para identificar los vasos del polo superior, un riesgo en la disección inicial es lesionar la vasculatura del polo inferior y como consecuencia una atrofia del polo inferior, y esto se presenta en 5% de los pacientes. Posteriormente se debe localizar el uréter ectópico e identificar el sitio de drenaje.

CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria, así como las infecciones de vías urinarias en mujeres jóvenes o en la niñez nos deben alertar acerca de la presencia de un uréter ectópico que se encuentra a nivel de genitales. Este no es un diagnóstico fácil, ya que el cuadro clínico puede ser intermitente y los resultados de los

estudios no son concluyentes, por lo que hacemos hincapié en realizar todos los estudios necesarios para llegar a un diagnóstico certero.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gillenwater Jay Y. Adult and Pediatric Urology. Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins. 2002.
2. Plaire JC, Pope JC, Kropp BP. Bradley, Adams MC, Keating MA, Rink RC, Casale AJ. Management of ectopic ureters: Experience with the upper tract approach. *J Urol.* 1997;158:1245-1247.
3. Pattaras JG, Rushton HG, Majd M. The Role of 99m Mtechnetium Dimercapto-succinic acid renal scans in the evaluation of occult ectopic ureters in girls with paradoxical incontinence. *J Urol.* 1999;162:821-5.
4. Mcoughlin MA, Chew DJ.. Diagnosis and Surgical management of ectopic Ureters. *Clin Tech Small Anim Pract.* 2000;15(1):17-24pp
5. Zuniga ZV, Guzzo T, Docimo SG. Bilateral Single System Ectopic Ureters in Male Infant. *Urology.* 2005;66:(2).432.
6. Krishnan A, Baskin LS. Laurence. Identification of ectopic ureter in incontinent girl using magnetic resonance imaging. *Urology.* 2005;65(5):1002.
7. Lashley DB, David, Mcalleer IM, Kaplan GW. Ipsilateral ureteroureterostomy for the treatment of vesicoureteral reflux or obstruction associated with complete ureteral duplication. *J Urol.* 2001;165(2):552-4.
8. Siomou E, Papadopoulou F, Kollios KD, et al. Duplex Collecting System Diagnosed During the First 6 years of life after a First Urinary Tract Infections: A study of 63 Children. *J Urol.* 2006;175(2):678-82.
9. Avni EF, Matos C, Rypens F, Schulman CC. Ectopic vaginal insertion of an upper pole ureter: Demonstration by special sequences of magnetic resonance imaging. *J Urol.* 1997;158(5):1931-2.