

UROLOGIA

ECTOPIA URETERAL DE SEGMENTO SUPERIOR DE DUPLICACIÓN URETERAL DRENANDO A LA URETRA. (REPORTE DE UN CASO)

Claudio Orlich Castelán*
Andrea Guevara Moya**

SUMMARY

We herein report a very rare case of an ectopic ureter with a large megaureter draining to the proximal urethra with distal obstruction in a young woman who presented to the emergency room with a recurrent perirenal abscess that persisted after open drainage with a laparotomy done elsewhere. We review the embryology in this cases and the recommended treatment.

Correspondencia:

Dr. Claudio Orlich Castelán.

Apartado 8040-1000.

San José, Costa Rica

corlich@racsa.co.cr

INTRODUCCIÓN

El drenaje ectópico ureteral a la vagina se ve rara vez y se manifiesta con incontinencia urinaria en la mujer. Esto fue objeto de un reporte de un caso nuestro previo en 1987.⁽¹⁾ El drenaje a la uretra con obstrucción ureteral distal es aún más raro. Aquí reportamos el primer caso visto en nuestro Servicio de Urología en un hospital de adultos.

Caso Clínico

Paciente femenina de 31 años, nicaragüense, soltera, con el antecedente de que se le hizo una laparotomía exploratoria un año antes en Nicaragua por un absceso perirrenal, encontrando además una masa

anexial derecha, con drenaje del material purulento y se cerró el abdomen sin un diagnóstico preciso de la causa de fondo. Ingresó el 18 de agosto del 2003 al servicio de emergencias del Hospital San Juan de Dios con historia de dolor en el flanco derecho, vómitos y fiebre de ocho días de evolución asociado a síntomas de irritación urinaria. El hemograma demostró leucocitosis con desviación a la izquierda. Se le realizó un ultrasonido que describió una hidroureteronefrosis derecha sin descartar un proceso infeccioso. Se ingresó al servicio de urología con diagnóstico de pielonefritis aguda derecha para cobertura antibiótica y estudios complementarios. Otro ultrasonido de control ocho días des-

* Servicio de Urología. Hospital San Juan de Dios. San José, Costa Rica.

pués describió la hidronefrosis derecha moderada con conservación de la corteza renal de 9.5 mm de grosor, con un hidroureter derecho severo que afectaba toda la extensión ureteral y seguía tortuoso y dilatado hasta la región más distal, por ultrasonido transvaginal se comprobó su llegada hasta la pared posterior del tercio proximal de la uretra, con una colección de 150 cc en el espacio perirenal derecho siguiendo el trayecto ureteral. Se hizo evidente la necesidad de descartar una implantación ectópica uretral del uréter derecho del sistema superior de la duplicación, teniendo un punto de desembocadura muy estenótico que causaba un megauréter distalmente.

No se logró visualizar otro meato en vejiga o vagina durante una cistoscopia y con hallazgo de un único orificio derecho en el trigono alargado en su porción intramural y con levantamiento del piso de la vejiga por lesión extrínseca. En una tomografía axial computarizada se encontró una gran hidronefrosis derecha con un uretero dilatado en la zona media en relación a un doble sistema colector, observándose un quiste de ovario derecho de 5 cm de diámetro. En una gamagrafía renal con DMSA se observó una zona hipercaptante en la región central del riñón derecho en probable relación a un doble sistema colector. Y una función renal derecha de un 49% e izquierda de un 51%. Fue llevada a sala de operaciones, donde se le



Riñón con relación anatómica de ambos ureteros de la anomalía de duplicación ureteral.

realizó una laparotomía exploratoria encontrando una ureterohidronefrosis derecha severa con un doble sistema colector, un megauréter con su porción distal ciega con un diámetro similar a el del recto y con compromiso del parénquima del polo superior. Este uretero presentaba una inserción ectópica hasta la uretra. Se le realizó una nefroureterectomía total derecha en vista de que no se consideró posible hacer una nefrectomía parcial, y se ligó distalmente el uretero y se hizo una cauterización del remanente ureteral distal. Se trató de disecar el uretero lo más distalmente posible pero no se abrió el piso de la vejiga ni el trigono para seguido hacia la uretra.

DISCUSIÓN

La principal diferencia de la ectopia ureteral entre el hombre y la mujer es que en las mujeres, los ureteros ectópicos pueden terminar a un nivel distal de los mecanismos de continencia del cuello vesical y del esfínter externo por lo que pueden estar asociados a incontinencia. Un tercio de los ureteros ectópicos drenan a nivel del cuello vesical o ligeramente más distal en la uretra. Un orificio ureteral más alto tiene menos probabilidades de asociarse a incontinencia urinaria, sin embargo la obstrucción es el hallazgo más común ya que este uretero atraviesa una mayor porción de la musculatura del cuello vesical. Estos dre-

nan primariamente durante el vaciamiento cuando el mecanismo de continencia está abierto. El reflujo vesicoureteral ocurre en un 75% o más de los casos, produciendo la paradoja de reflujo y obstrucción al mismo tiempo. Por lo que durante los estudios radiológicos, al tener el cuello vesical repetidamente abierto, el ciclo de este reflujo vesicoureteral brinda la oportunidad de que el uréter ectópico obstruido se descomprima antes de que el medio de contraste sea vaciado, y aumenta las probabilidades de que el medio refluya en el sistema ectópico. Cuando el uretero ectópico entra a nivel del esfínter externo o más distalmente, el reflujo es menos común. Un tercio de los ureteros ectópicos terminan a nivel del vestíbulo vaginal, alrededor del orificio ureteral. Esto pertenece a la porción terminal del conducto de Gartner. En la infancia, se presentará como un uretero ectópico que simulará un divertículo uretral pero es realmente un quiste del conducto de Gartner. El 25% de los ureteros ectópicos terminan en la vagina, más raramente pueden terminar en un sitio más alto del conducto de Gartner con su apertura a nivel del cervix o del útero. Se cree que estas terminaciones del uretero en vagina, cervix o útero son por la ruptura del conducto de Gartner en el canal urovaginal alrededor de su pared en común. La ectopia ureteral en el recto es rara y se ha reportado en autopsias.

Las mujeres con ectopia ureteral generalmente presentan la historia clásica de incontinencia urinaria persistente pese a tener un patrón de vaciamiento normal. Si no se detecta antes, los ureteros ectópicos en la mujer cursarán desapercibidos hasta la edad de adulta. Si el uretero está muy dilatado, la niña puede estar continente en posición supina, y la historia será de incontinencia durante el día. Por lo que puede existir el diagnóstico erróneo de incontinencia de esfuerzo. Ocasionalmente, si es persistente, tendrán la historia de flujo vaginal maloliente que sugiere un uretero ectópico. Si el uretero termina en el conducto de Gartner, la niña se presentará con una masa en la pared vaginal anterior. Si el orificio ectópico es alto y hay obstrucción significativa, reflujo o ambos, las infecciones urinarias son frecuentes y es la forma de presentación clínica más común de un uréter ectópico en una niña. También se pueden presentar con una masa abdominal como resultado de la obstrucción severa del uréter ectópico.

Existen casos documentados de mujeres con ureteros ectópicos en el vestíbulo o uretra distal sin incontinencia, probablemente por obstrucción del uretero conforme este atraviesa los mecanismos de continencia durante el vaciamiento. El dolor en el flanco puede ser el único síntoma. El diagnóstico puede ser fácil o difícil. El ultrasonido

es de gran ayuda en estos casos al detectar un uretero ectópico dilatado detrás de la vejiga. Si hay poca hidroureteronefrosis del sistema ectópico del polo superior, el diagnóstico dependerá en reconocer la ausencia de un cáliz del polo superior o un aparente grosor excesivo del tejido renal en la cara medial del polo superior.⁽⁴⁾ Si el uretero es único y detrás del mecanismo de continencia, el tejido renal asociado usualmente es afuncional y el diagnóstico se hace más difícil, ya que puede estar asociado a un tejido renal único no funcional o un riñón cruzado y fusionado. El tratamiento quirúrgico de elección en un uréter ectópico en la mujer dependerá de la cantidad de parénquima renal funcional asociado. Un sistema ureteral ectópico único en el sistema genital usualmente tiene un parénquima poco funcionante, por lo que una nefroureterectomía es apropiada. Pero cuando un sistema único ectópico está en el cuello vesical o la uretra y existe una adecuada función, se justifica una reimplantación ureteral en la vejiga. Si el uréter ectópico está asociado con el polo superior de un doble sistema colector, la función del polo superior usualmente está dañada, por lo que una nefroureterectomía parcial es lo más recomendado. El 12% de las pacientes manejadas únicamente con nefrectomía parcial del polo superior requerirán subsecuentemente la extirpación distal del muñón ureteral,

ya que tendrán infecciones secundarias si esto no se hace. Usualmente, con los ureteros ectópicos de un solo sistema o un doble sistema colector, el uretero distal completo drenando en el introito vaginal no necesita ser removido. El segmento ureteral distal es una rara fuente de problemas tardíos en estas pacientes. Si este presentara estasis o infección, la marsupialización del uretero corregirá el problema. Si el uréter distal terminara en el cuello vesical o uretra, el reflujo se puede dar más fácilmente durante la micción, por lo que se requerirá de extraer todo el uretero. Aunque la disección detrás de la vejiga puede resultar tediosa al remover la porción

distal del uretero ectópico, si se realiza inmediatamente cercana a la pared del uretero, no hay razón para que el cuello vesical o el esfínter externo sean dañados. Si su porción distal fuera muy larga, se puede obliterar el lumen ureteral endoscópicamente utilizando un electrodo Bugbee, como se hizo en este caso que reportamos aquí, aunque se dice que esto no resulta en oclusión del lumen si su diámetro es muy grande.

RESUMEN

Reportamos un caso muy raro de un uretero ectópico con un megaureter drenando en la uretra

con obstrucción distal en una mujer joven que se presentó con un absceso perirenal.

BIBLIOGRAFIA

1. Orlich C. y Elizondo J. Ectopia ureteral como causa de incontinencia urinaria en una mujer adulta. Reporte de un caso. Revista Médica de Costa Rica. 1987;50(1):168.
2. Cooper C. y Zinder H. The ureter. En: Gillenwater J. et al. Adult and Pediatric Urology. Fourth Edition. Lippincott Williams and Wilkins Co. 2002. III: 2155-2207.
3. Kelalis, P. Renal pelvis and ureter. En: Kelalis P. Et al. Clinical Pediatric Urology. First Edition. W.B. Saunders Co. 1976. 1: 503-541.
4. Retik A. Y Peters C. Ectopic ureter and ureterocele. En Walsh P. Et al. Campbell's Urology. Seventh edition. W.B. Saunders Co. 2002. II: 1743-1771.