

DUPLICIDAD URETERAL CON URETEROCELE ECTÓPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

URETERAL DUPLICITY WITH ECTOPIC URETER: REGARDING A CLINICAL CASE AND LITERATURE REVIEW.

RUBÉN ALGARRA NAVARRO, JAVIER BARBA ABAD, LUIS MIGUEL ROMERO VARGAS, ANTONIO TIENZA FERNÁNDEZ, JOSÉ MARÍA VELIS CAMPILLO, EGOITZ TOLOSA EIZAGUIRRE, JOSÉ MARÍA BERIÁN POLO.
Departamento de Urología, Clínica Universidad de Navarra, Navarra, España.

INTRODUCCIÓN

La duplicidad ureteral presenta una incidencia de 1/500 individuos, es el resultado del desarrollo de dos yemas ureterales, en la mayor parte de los casos (80%) carece de trascendencia clínica o patológica. El 20% es bilateral, el 80% de los casos carece de significado patológico. Cuando se asocia patología el 60% es reflujo, el 10% ureteroceles y el 2% ectopia verdadera. Dependiendo de la posición de salida de las yemas ureterales, los uréteres son más ectópicos o más refluyentes y el riñón es más o menos displásico existiendo relación entre el grado de displasia y la ectopia.

Se trata de una patología del sistema nefroureteral que debido a su forma de presentación, junto a sus múltiples modalidades diagnósticas y terapéuticas hace que su abordaje suponga un reto. Describimos nuestra experiencia y revisamos la bibliografía.

PACIENTE Y MÉTODOS

Acude a la consulta un lactante de 11 meses con fiebre de 38°C y antecedentes de infecciones urinarias de repetición tratadas con múltiples antibióticos, en la analítica presentó una PCR: 22 mg/dL y leucocitosis de 15 (10 E9/L) como parámetros inflamatorios. Con resultado de urocultivo positivo para *E Coli* (betalactamasa espectro extendido) se

decidió su ingreso para tratamiento antibiótico endovenoso.

Entre las exploraciones complementarias se realizó una ecografía renal en la que se objetivó ureterohidronefrosis renal derecha sin repercusión funcional y un probable ureterocelo.

Se le practicó una urografía intravenosa donde se objetivó un defecto de repleción. Para confirmar la patología y planificar un posible tratamiento quirúrgico se completó el estudio radiológico mediante tomografía (Figura A-B).

Dada la confirmación del diagnóstico se optó por el tratamiento quirúrgico, realizándose nefrectomía parcial derecha de polo superior con liberación y extirpación del uréter ectópico hasta las inmediaciones de la vejiga.

El diagnóstico anatomopatológico fue de riñón displásico multiquístico de tipo hidronefrótico.

DISCUSIÓN

El ureterocelo es una dilatación quística de uréter submucoso intravesical que asocia una unidad renal displásica de tamaño variable. Es una masa de paredes delgadas y translúcida con desembocadura intravesical o ectópica. Puede ser único o superior en un sistema duplicado.

La incidencia ha variado en los diferentes informes. Campbell (1951) observó una incidencia de 1 de cada 4.000 necropsias de niños¹.

Declaramos que este manuscrito es original y no ha sido editado, ni enviado a otra publicación. Cedemos desde este momento los derechos de copyright, estando libres de cualquier asociación personal o comercial que pueda suponer un conflicto de intereses en conexión con el artículo, respetando los principios éticos de investigación. Departamento de Urología, Clínica Universidad de Navarra, Navarra, España. Avda. Pío XII, 36. 31008 Pamplona. España. Tel. +34 948 255 400. Fax. +34 948 296 500. ralgarra@unav.es. El documento se encuentra atachado a este correo.



Figura A. Tomografía axial con administración de contraste intravenoso en la que se observa ureterocele derecho en el corte coronal. Regla de "Weigert-Meyer", el uréter superior se inserta de forma ectópica, medial y caudal al uréter del polo inferior. Presenta hidronefrosis, es largo y tortuoso. Ausencia de eliminación de contraste en el uréter ectópico.



Figura B. Unidad renal polar superior displásica asociada al ureterocele.

Es una patología con exclusividad a expensas de la raza blanca con predominio femenino 4:1, siendo más frecuente el lado izquierdo². El 80% de los ureteroceles proceden del uréter superior de un sistema duplicado, siendo 10%-15% bilaterales.

Existen dos tipos de clasificaciones: en función de su lugar de implantación, Ericsson (1954): intravesical/ectópico y en función de las características del ureterocele, Stephens (1963): estenótico, esfinteriano, esfinterostenótico.

El ureterocele de implantación trigonal normal, intravesical u ortotópico suele ser simple y de tamaño variable, asocia un sistema colector único, menos complicaciones y es más frecuente en adultos.

El ureterocele de implantación distal al trigono u orificio ectópico, asocia mayor número de complicaciones, un sistema colector doble de mayor incidencia en el lado contralateral, siendo el 10% bilateral. Es más frecuente a edad pediátrica, concretamente niñas 2:1 niños. Supone una de las anomalías congénitas más frecuentes del tracto urinario y una de las causas más frecuentes de obstrucción urinaria en niñas.

Cabe mencionar que los sistemas ectópicos sin duplicidad no son frecuentes, su incidencia por el contrario es mayor en niños varones y asocia otro tipo de anomalías: riñón hipoplásico no funcional, anomalías cardíacas, testículos abdominales, agenesia de los conductos deferentes, entre otras.

A la exploración física puede objetivarse una masa palpable correspondiente a un riñón hidronefrótico. La clínica es variable, _ de los acontecimientos son hallazgos causales en la edad adulta y no precisan tratamiento. La mayoría de los casos sintomáticos debutan en la infancia con infecciones urinarias. En niñas es frecuente la incontinencia/retención urinaria por prolapso del ureterocele sobre meato uretral.

Se han descrito cuadros de litiasis en casos de obstrucción del uréter ortotópico por el ureterocele.

En cuanto al algoritmo diagnóstico existen una serie de pruebas de imagen, a destacar la ecografía, urografía/cistografía y TAC.

Los procedimientos endoscópicos también son útiles, no obstante no están exentos de juicios erróneos, es el caso de la uretrocistoscopia, que en manos poco experimentadas o en situaciones de máxi-

ma repleción vesical, el ureterocele puede simular un divertículo por herniación del mismo.

El tratamiento del ureterocele debe ir encaminado a preservar la función renal, evitar la obstrucción y prevenir el reflujo. Debe ser un tratamiento individualizado en función de la anatomía, presentación y fisiopatología del mismo³. El drenaje de su contenido bien endoscópico o por nefrostomía quedaría reservado a ciertas situaciones graves como casos de sepsis y siempre sería un eslabón intermedio a un tratamiento quirúrgico definitivo.

En ureteroceles únicos sin duplicidad ni displasia asociada se plantearía como opción quirúrgica el reimplante.

En caso de ureterocele con duplicidad, la heminefrectomía superior con ureterectomía parcial es la mejor actitud terapéutica.

CONCLUSIONES

El ureterocele es una dilatación del uréter submucoso intravesical que asocia una unidad displásica renal. Una detallada anamnesis junto con exploración suponen el inicio del pilar fundamental. En la práctica clínica diaria se disponen de múltiples pruebas complementarias para su diagnóstico, desde procedimientos endoscópicos a pruebas de imagen, siendo estas últimas las más utilizadas. El tratamiento ha de ser individualizado siendo quirúrgico en los casos sintomáticos. Debido a la clínica que acompaña, variable pero en ocasiones de especial relevancia, es una entidad que debe ser bien conocida por el urólogo para su adecuada sospecha y detección precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. STEPHENS FD. Congenital malformations of the urinary tract. New York, Praeger. 1983.
2. WYLY JB, LEBOWITZ RL. Refluxing urethral ectopic ureters: Recognition by the cyclic voiding.
3. MOR Y, GOLDWASSER B, BEN-CHAIM J, ET AL. Upper pole heminephrectomy for duplex systems in children: a modified technical approach. *Br J Urol* 1994; 73: 584.
4. RETIK AB, PETERS CA. Ectopic ureter and ureterocele. En Walsh PC, *Urología de Campbell*, vol II, Buenos Aires. Ed Panamericana. 1992.