

# Compresión y obstrucción ureteral y tracción vesical por mioma del cuerpo uterino

## *Vesical and ureteral obstruction by uterine fibroma*

Enrique O. Samayoa\*, Ángel López P.†

**RESUMEN:** La miomatosis uterina es la patología uterina más frecuente como responsable de la histerectomía abdominal total, cuando produce sangrado, crecimiento rápido y/ o dolor. La obstrucción ureteral, elongación vesical y tracción uretral al grado de producir ureteropieloectasia, es asombrosamente rara. Presentamos el caso de una paciente nuligrávida de 44 años vista de carácter emergente por dolor en hipogastrio, urgencia urinaria y oliguria de 6 horas de duración. Al examen se detecta útero aumentado como de 16 semanas de gestación duro, impactado en fosa pélvica. La ultrasonografía confirma mioma. El pielograma revela ureteropieloectasia. Creatinina 3.6 mgs. Previa miomectomía se hace histerectomía abdominal total y salpingo-forectomía bilateral.

**Palabras clave:** *Encarcelación uterina. Miomatosis. Miomectomía. Uretero-pieloectasia*

**ABSTRACT.** We present an extremely rare case; none other like this was possible to find in the human medical literature. The clinical and surgical findings of a vesical and ureteral obstruction due to an uterine fibroma are

presented. The patient is a 44 years old, nulligravida, who was seen on an emergency basis, with the main complaint of abdominal and lumbar pain, with oligo-polaquiuria and urination urgency. The post operative diagnosis was uterine acute incarceration, due to a large anterior uterine myoma, producing an extreme retroversion, dragging into the pelvic cavity the uterine fundus, the fallopian tubes and ovaries. After 72 hours post operation the patient was discharged in good condition.

**Keywords:** *Uterine incarceration. Myomatosis. Myomectomy, Uteri-pieloectasia.*

## INTRODUCCIÓN

Las compresiones ureterales, no importa la causa que las produzcan, conducen a una isquemia que es la responsable de la disfunción ureteral en una obstrucción crónica.<sup>1</sup> De la misma manera la falta de salida de orina por la uretra femenina es un proceso no frecuentemente diagnosticado y requiere de un cuidadoso estudio para encontrar la causa que la produce.<sup>2</sup> En los adultos una obstrucción parcial del uréter o del sistema colector renal a menudo se presenta con dolor en los flancos, acompañado de náusea, vómito y la presencia de una masa abdominal.<sup>3</sup>

\* Ginecobstetra, Clínicas Médicas. Blvd. Morazán Tegucigalpa., AMDC

† Ginecobstetra, La Policlínica, 3ª Ave. 7a y 8a C. Comayagüela., AMDC

Dirigir correspondencia: al correo electrónico: esamayoa@multivisionhn.net

Entre las múltiples causas de obstrucción ureteral relacionadas con patologías parauterinas se mencionan las que se presentan como complicación de una embolización de los vasos uterinos para reducir el tamaño de los miomas,<sup>4</sup> la presencia de mucocelos y abscesos apendiculares,<sup>5-6</sup> procesos inflamatorios pélvicos,<sup>7</sup> etc.

Los casos relacionados con la presencia de miomatosis uterinas y compresión de estructuras urinarias, hasta producir obstrucción, no han sido estrictamente relacionadas, pero si algunas patologías originadas en la vejiga dando lugar a problemas obstructivos ureterales.<sup>8-11</sup> También hay referencia de una miomatosis subserosa responsable de la obstrucción ureteral; secundaria a un transplante renal;<sup>8</sup> de miomas de la vejiga produciendo obstrucción ureteral y vesical;<sup>9</sup> de múltiple miomatosis vesical produciendo obstrucción ureteral y uretral<sup>10</sup> y de mioma de la vejiga produciendo obstrucción unilateral del uréter.<sup>11</sup> Finalmente una incarceration de útero bicorne con embarazo.<sup>12</sup>

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 44 años, nuligrávida, fue vista de manera emergente acusando dolor en hipogastrio con irradiación lumbar, de 6 horas de duración, acompañándose de oligopoliuria y urgencia urinaria. Deambulando encorvada con dificultad. Signos vitales normales. Como hallazgos relevantes encontramos hemiabdomen inferior globoso por lo que parecía ser un fondo uterino que llegaba casi a nivel umbilical, duro, no móvil y sensible en el área supra púlica. Con dificultad se logró colocar espéculo encontrando cerviz uterino fuertemente rechazado detrás del pubis, sintiendo debajo de él, una formación dura al tacto y que no se lograba rechazar, aparte de su fijeza, por despertar dolor. Después del intento de desimpactación de la masa la paciente logró miccionar con menos dificultad pero siempre en poca cantidad.

La ultrasonografía revela formación miomatosa. Pensando en un mioma impactado en cavidad pélvica se hospitaliza en el Honduras Medical Center, con orden de drenaje vesical continuo, llamando la atención la poca orina que se colectó. El pielograma intravenoso demostró una uréteropielo-ectasia por obstrucción ureteral bilateral. De los exámenes de gabinete el que llamó la atención es un valor alto de creatinina 3.5 mg, los restantes fueron normales. En vista del cuadro clínico y de los valores altos de creatinina

se consultó al urólogo quien recomienda urgente descompresión de los uréteres por lo que se decide con carácter de urgencia una histerectomía abdominal total (HAT) y salpingo-forectomía bilateral (SOB), lo que fue aceptado por la paciente y familiares.

**PROCEDIMIENTO:** Para dar un mejor campo quirúrgico se hizo incisión transversal de Charney con desinserción púlica de los músculos recto abdominales y apertura transversal del peritoneo.

Hallazgos: Masa uterina que protruía de la pelvis, los anexos no se visualizaban por estar posteriores al tumor que era de consistencia dura. La vejiga parecía estar sobre la cara anterior de esta formación. Previa a la cirugía y con la paciente anestesiada se intentó desimpactar de la pelvis el tumor, lo que no fue posible.

**MIOMECTOMIA, HISTERECTOMÍA Y SALPINGO-OFORECTOMÍA:** Se logró extraer la tumoración de la cavidad pélvica: mioma de unos 15 x 15 cms en la cara anterior del útero, que lo retrovertía arrastrando a la vejiga y haciendo tracción de los uréteres.

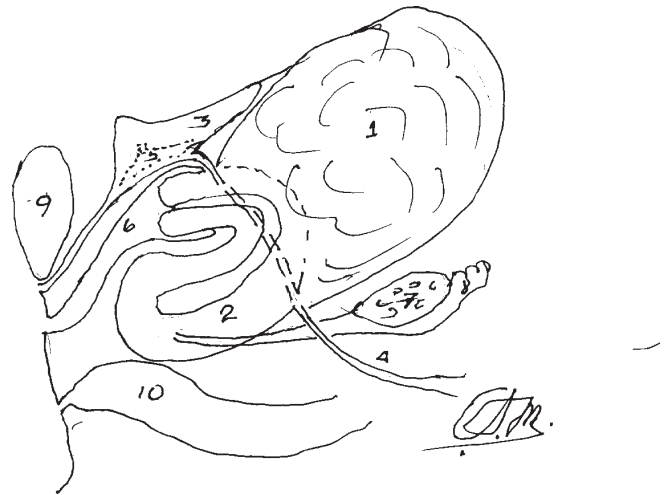
Para facilitar la intervención y lograr descomprimir las estructuras urinarias se hizo miomectomía previa instilación de 10 unidades de oxitocina, diluida en 50 ml. de solución salina, infiltrados transversalmente en el ápice del mioma y en la línea media formando una T, con lo que se logró hacer hemostasia. Realizada la miomectomía se logró reconstruir la arquitectura anatómica y se procedió a la HAT Y SOB según técnica. La paciente perdió unos 700 ml de sangre, toleró bien el procedimiento que duró 2 horas. A las 72 horas se le dio de alta previa la transfusión de una unidad de sangre por tener valores de hemoglobina de 8.9 gms/dl y cefalea persistente.

**COMENTARIOS:** La miomatosis o fibromatosis uterina es el tumor sólido pélvico más común en la mujer y la causa más frecuente de la histerectomía<sup>13</sup> cuya indicación se basa, por lo general en, si existen las siguientes complicaciones: sangrado, dolor, crecimiento rápido o tamaño considerable del tumor. Aparte de las anteriores consideraciones, hay otras como las que afectan a las estructuras pélvicas vecinas, pero raramente hay fenómenos compresivos a las estructuras urinarias como las vistas en el caso que se presenta. La sintomatología manifestada por la paciente no deja de ser sorprendente ya que ella notó cre-

cimiento de su hipogastrio desde hacía 4 años, sin obligarla a buscar atención médica. Por los antecedentes clínicos de emergencia y los hallazgos quirúrgicos nos hace suponer que hubo una incarceration o encarcelación de tipo agudo del útero, empujando el fondo uterino en severa retroflexión, llevándolo hasta ocupar el tercio medio de la vagina, donde se sentía al tacto vaginal como si fuera el mioma. En la clínica se intentó su liberación haciendo presión hacia arriba, como también bajo anestesia en la sala de operaciones, pero fue imposible.

La rareza del caso es más que evidente, porque otras condiciones que se lograron encontrar a través de MEDSCAPE y MEDLINE fueron solo similares en las 567 referencias analizadas, usando las palabras claves de “obstrucción ureteral femenina”, “compresión ureteral por miomatosis uterina”, “compresión ureteral limitada a humanos”, “obstrucción ureteral en la mujer adulta”. La investigación fue hecha con la colaboración de “resources@acog.org” quienes no lograron encontrar un caso igual, sino solo similitudes, por lo que en una de sus ofertas de ayuda dijeron; “ok-we’ll check MEDLINE-It’s very specific (and interesting) case”, informándonos que de 167 casos encontrados, sólo 5 similares fueron hallados en MEDLINE, pero no iguales.<sup>8-12</sup>

La encarcelación uterina es bien conocida en úteros gravidos pero sin obstrucción de los uréteres, salvo un caso referido de embarazo y mioma<sup>12</sup> y no producida sólo por un mioma, como el caso que se presenta, en el que se deduce, como se ve en la Figura No. 1, que la tracción efectuada en la vejiga por la retroflexión del útero, provocó 1.- Obstrucción casi total de los uréteres al ser halados por la vejiga. 2.- Uréteropieloectasia por la obstrucción parcial de los uréteres. 3.- Urgencia urinaria con oligopolaquiuria



**Figura No. 1.** Nótese la presión del mioma del fondo uterino empujando hacia el 1/3 medio de la vagina y haciendo tracción tanto de los uréteres como del trígono vesical. 1. Mioma uterino 2. Útero 3. Vejiga 4. Uréter 5. Trígono vesical 6. Vagina 7. Ovario 8. Trompa 9. Pubis 10. Ampolla rectal.

debido a la irritación del trígono vesical como consecuencia de la tracción vesical. 4.- Tenesmo vesical referido por la paciente como dolor en hipogastrio por la misma tracción del trígono 5.- Dolor también provocado por la compresión de los órganos pélvicos debido a lo agudo del proceso (6 horas). El tumor había estado dando sólo ligeras molestias desde hacía 4 años pero nunca lo suficiente para que la paciente buscara atención médica. En conclusión, un mioma uterino debe ser considerado objeto de su eliminación una vez que llegue a dimensiones notables como decir de más de 5 centímetros de diámetro, aún sin provocar sintomatología o antes de que provoquen situaciones tan conflictivas como la del caso presentado.

REFERENCIAS

- 1.- Dinlenc CZ, Leatsikas EN, Smith AD. Ureteral Ischemia model an explanation for ureteral disfunction alter chronic obstruction. *J Endourol* 2001;15(2):321-6.
  - 2.- Jiménez C. Obstruction of the lower urinary tract in women *Arch Esp Urol* 2002; 55 (9):989-99.
  - 3.- Corey S, Betchtold R, OÑyer R. Radiological case of the month: Urethropelvic junction. *Appl Radiol* 2005; 34 (2): 33- 37.
  - 4.- Lazarou S, Herschorn S. Ureteric obstruction requiring nephrectomy after uterine fibroid embolization. *Can J Urol (Canada)* 2005; 12(1): 2563-4.
  - 5.- Cárdenas DP, Usunuela L, Llinos P, Jimenez A, Rulky R, Guarch T, de Garibay S, Bornuel S. Extrinsic uretral obstruction secondary to appendiceal mucocele. *Arch Esp Urol* 2001; 54 (5): 451-4.
  - 6.- Manny L, Varlasciani S, Valeri S, *et al* Bilateral distal ureteral obstruction unusual complication of appendicular abscess. *Cir Pediatr (Spain)* 2001;14 (4): p 168-70.
  - 7.- Cond SG, Bielsa GO, Aronigo T *et al*. Extrinsic ureteral obstruction secondary to imflamation gynecologic pathology. *Arch Esp Urol (Spain)* 2003;56 (2): pl 181-5.
  - 8.- Hara T, Tsarchida M, Takaik K *et al*. Ureteral obstruction in a transplanted kidney secondary to subserous mioma uteri Transplantation (United States) 2004; 75 (11): 1916-6.
  - 9.- Kirsh SJ, Sirdakoff G, Steinberg GD, Straus FH 2nd, Geiber GS. Leiomyoma of the bladder causing ureteral and bladder outlet obstruction. *J Urol* 1997; 157 (5): 1843.
  - 10.- Bazees MA, Aboulemen H. Leiomyoma of the bladder causing urethral and ureteral unilateral obstruction: a case report. *J Urol* 1984;143:
  - 11.- Puing.Giro R, Gluayardo J, Barco j, Ramos J, Berbegal J, Gomez M, Bardalba J R. Leiomyoma of the bladder as a cause of unilateral ureteral obstrucion asociated with uterine leiomyoma and polycystic ovary. *Acta Urol Esp* 1998; 14 (4): 302 -4.
  - 12.- Keating PJ, Walton SM, Msouris P, Incarceration of a bicornuate retroverted gravid uterus presenting with bilateral ureteric obstruction. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99 (4):3345-7.
  - 13.- Surgical Alternatives to Hysterectomy in the Management of Leiomyomas. *ACOG Practice Bulletin* 2000;16:599-607.
- 
-