

Pieloureteritis quística

A. Martín-Marquina, D. Rosell, J. E. Robles, J. J. Zudaire, J. M. Berrián

Departamento de Urología. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

SUMMARY: The pyelitis or cystic pyeloureteritis is a rare disease of unknown etiology. The clinic is unspecific and the treatment, medical and expectant. The importance of this disease consists of a correct differential diagnosis with other repletion defect imagen in the excretory tract and its frequent association to other diseases.

RESUMEN: La pielitis o pieloureteritis quística es una enfermedad poco frecuente de etiología desconocida. La clínica es inespecífica y el tratamiento, médico y expectante. La importancia de esta enfermedad reside en un correcto diagnóstico diferencial con otras imágenes de defecto de replección en las vías excretoras y su frecuente asociación a otras patologías.

Palabras clave

Pieloureteritis. Ureteritis quística. Enfermedades ureterales. Ureterorenoscopia.

Key words

Pyeloureteritis. Cystic ureteritis. Ureteral diseases. Ureterorenoscopy.

Correspondencia

Alberto Martín-Marquina
Departamento de Urología. Clínica Universitaria.
Aptado. 4209. 31080 Pamplona.

Introducción

La pielitis o pieloureteritis quística es una enfermedad poco frecuente. Tanto su etiología como su patogenia son desconocidas. Presenta una clínica inespecífica, siendo su tratamiento médico y expectante, salvo que el tamaño de los quistes provoque hidronefrosis por obstrucción ureteral, hipertensión o

anulación renal, precisando entonces tratamiento quirúrgico (nefroureterectomía).

Se asocia frecuentemente a infecciones de orina y a litiasis, y no se ha descrito su transformación maligna. La importancia de esta enfermedad está en realizar un correcto diagnóstico diferencial entre los defectos de replección de la vía urinaria, sobre todo con los tumores de vías.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la literatura nacional al respecto.

Definición

Se denomina pielitis quística a la presencia de quistes de localización submucosa en pelvis renal. Cuando afectan a pelvis y uréter, recibe la denominación de pieloureteritis quística. Las cavidades quísticas contienen agua, proteínas, restos celulares y algunos pigmentos. Se localizan con mayor frecuencia en el tercio proximal del uréter y también están descritos casos en cálices, pelvis renal y vejiga.

La primera descripción de esta enfermedad en la literatura médica española la realizó el Dr Pérez Castro en 1946 (1). Desde entonces se han publicado 71 casos.

Patogenia

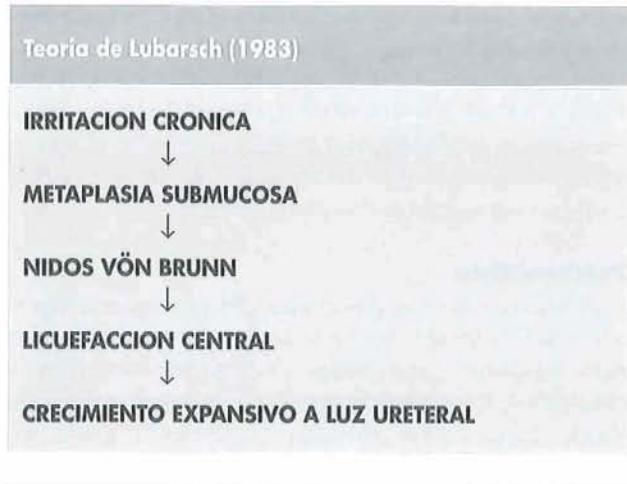
Se ha postulado en su génesis la hipovitaminosis A, la bilharziasis y la alteración inmune con aumento de la inmunoglobulina A, aunque estas teorías se han desechado. Actualmente se acepta la teoría propuesta por Lubarsch en 1983 (2) (Tabla 1).

Clínica

Todos los autores están de acuerdo en que la clínica es inespecífica. Aunque el síntoma más común es la hematuria, tanto macro como microscópica, se puede presentar como cólico nefrítico, dolor lumbar e infecciones urinarias de repetición. Se ha descrito su diag-

ARTICULOS DE REVISION

Tabla



nóstico durante un estudio de hipertensión o insuficiencia renal, pero esto ocurre en casos bilaterales y evolucionados. En ocasiones, su hallazgo es casual.

Diagnóstico

El diagnóstico es de exclusión y se basa en la exploración urográfica y endoscópica. Radiológicamente se traduce como múltiples defectos de repleción lacunares de contornos netos y redondeados, confiriendo un aspecto apollado o festoneado, de distribución anárquica en pelvis y/o uréter. La pielografía ascendente es útil en los casos dudosos y cuando existe anulación renal.

En ocasiones, la cistoscopia muestra la existencia de pequeños quistes que corresponden a cistitis quística ipsilateral.

En las últimas publicaciones se hace referencia al ureterorenoscopia como el mejor método diagnóstico, objetivándose formaciones redondeadas, translúcidas, cuyo contenido varía desde seroso hasta hemorrágico, permitiendo, en caso de duda, la citología y biopsia (3, 4).

Diagnóstico diferencial

Todas las causas de defecto de repleción pielocalicial y ureteral, entran dentro del mismo. En la tabla II, modificada de Tallada (5), se presentan 32 posibles causas de defecto de repleción. Las dos más importantes, por su frecuencia y gravedad, son los tumores de urotelio y la ureteritis tuberculosa.

Tabla II

Diagnóstico diferencial pieloureteritis quística. Defectos de repleción pielocalicales

Tumor urotelial
 Formaciones polipoideas
 Adenocarcinoma renal
 Tumor de Wilms
 Linfoma
 Sarcoma
 Angiomiolipoma
 Mieloma múltiple
 Amiloidosis
 Colesteatoma
 Quistes renales
 Pseudoquistes pararenales
 Litiasis radiotransparente
 Coágulos
 Papilas renales aberrantes o ectópicas
 Pseudotumor renal
 Edema
 Síndrome vena ovárica
 Varices periureterales
 Compresión por vasos renales
 Aneurismas
 Fistula A-V intrarrenales
 Hemangioma
 Circulación colateral arterial
 Circulación colateral venosa
 Lesiones tuberculosas
 Necrosis papilar
 Malacoplakia
 Pielonefritis xantogranulomatosa
 Apelotonamiento de hongos
 Burbujas de aire o gas
 Cuerpos extraños
 Lipomatosis del seno
 Orina no opacificada

ARTICULOS DE REVISION

Figura 1

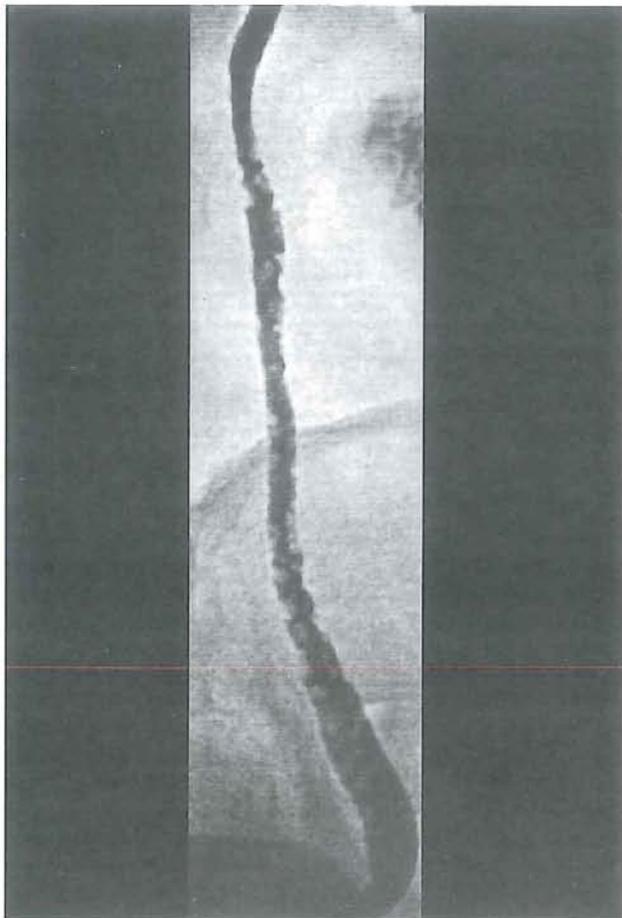


Imagen urográfica típica de ureteritis quística

La citología urinaria, así como los cambios urográficos son útiles para el diagnóstico diferencial con los tumores uroteliales de vías. Para descartar la ureteritis tuberculosa se estudia la presencia de bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) en orina. Así mismo, existen imágenes radiológicas patognomónicas de tuberculosis como el uréter arrosariado, el uréter en sacacorchos o el uréter en boquilla de pipa.

Tratamiento

El tratamiento es conservador. Es necesario tratar la patología asociada, sobre todo las infecciones urinarias y las litiasis. Asimismo son necesarios los controles periódicos. Excepcionalmente, cuando los quistes, al ser de gran tamaño, provocan hipertensión grave, insuficiencia renal o anulación del riñón, estaría indicado el tratamiento quirúrgico (nefroureterectomía) (3). Los casos bilaterales, con macroquistes e insuficiencia renal terminal, requieren diálisis, nefrectomía bilateral y trasplante renal (6).

Evolución

La evolución es benigna (7), aunque existen autores que consideran la posibilidad de malignización, dada su similitud con la cistitis glandular (8), aunque es un fenómeno todavía no descrito. Está en discusión si existen modificaciones en cuanto al tamaño y número de los quistes (9). La mayoría de los autores recomiendan el seguimiento semestral mediante análisis de orina, citología y urocultivo, así como un estudio urográfico al año del diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perez Castro E. Ureteritis quística. Arch Esp Urol 1946; 3 (1): 43-61.

2. Lubarsch. Uber Cysten der ableitenden harnwege. Arch F Mikk Anat 1983; 41: 301.

3. Romero P, Amat M, González M. Pieloureteritis quística. Revisión de la literatura, período 1946-1994 y presentación de un caso. Actas Urol Esp 1995; 19 (3): 252-257.

4. Pereira J, Escobal V, Maraña MT y

cols. Pieloureteritis quística. Un diagnóstico a tener en cuenta. Arch Esp Urol 1995; 48 (2): 194-196.

5. Tallada M. Imágenes lacunares pielocaliciales. Problemas lacunares. X curso de urología para postgrados. Prof JA Martínez-Piñeiro. Libro de resúmenes: 1987; 91-102.

6. López LM, Francia A, Gómez A y cols. Pieloureteritis quística. Dos nuevos casos. Reun Reg Asoc Esp Uro 1984; 8 (4): 75.

7. Gelabert A, Guzman A, Aguado A y cols. Veinticinco nuevos casos de quistosis urotelial. Arch Esp Urol 1985; 38: 14.

8. Edwards PD, Hurm RA, Jaeschke WH. Conversion of cystitis glandularis to adenocarcinoma. J Urol 1972; 108: 568.

9. Castillo JM, González As, Ruiz JL y cols. Pieloureteritis quística: nuestra actitud. Arch Esp Urol 1992; 45 (4): 363-364.

mados por materia y forma. Aristóteles afirmaba que el alma es la forma sustancial del cuerpo (2) y, refiriéndose al hombre: el alma es aquello por lo que primeramente vivimos, sentimos, nos movemos y entendemos (2). En el hombre el *nous patetikós*, el entendimiento pasivo (que en términos neurológicos lo consideramos como la capacidad sensorial) es material y mortal (sería el cerebro), mientras que el *nous poiétikós* (el entendimiento agente) representa la capacidad intelectual y es espiritual e inmortal.

Salto a la actualidad

Estas 3 hipótesis han tenido sus seguidores a lo largo de la historia hasta la actualidad. Sin embargo, como no trato de hacer un estudio histórico, sino plantear el estado actual de la relación mente-cerebro, voy a prescindir de las opiniones de autores tan señalados como Santo Tomás, Descartes, Malebranche, Leibnitz, Spinoza, etc. y mencionar las de autores más próximos.

Monistas actuales

Entre los científicos es bastante frecuente la concepción reduccionista del hombre. Es sin duda la que —al menos a primera vista— menos complicaciones presenta. El hombre es material, dicen, el cerebro es el órgano de integración no sólo de la vida somática sino también de la vegetativa y, además, el responsable de las funciones superiores del hombre, como el entender y el querer.

Así, Sechenov, (3), escribió que «toda función cerebral superior es un reflejo, sometido a las leyes físicas».

Flourens, afirmaba que «los hemisferios cerebrales son el único sitio de percepción y el asiento de todas las funciones intelectuales (4).

Barlow, por su parte, opinó que «el pensamiento es obra de las neuronas, por lo que no debemos utilizar frases como: la neurona refleja el proceso mental, pues la actividad neuronal es, ni más ni menos, el proceso mental» (5).

Kandel, piensa que «la mente representa una serie de funciones producidas por el cerebro» (6).

Llinás en una conferencia pronunciada en el «Encuentro cerebro-mente», celebrada en Madrid, (1993), explicaba que la conciencia de nuestro ser y estar en el mundo la proporcionan las ondas que, con una frecuencia de 12 milésimas de segundo, barren las áreas de asociación e integran la función de los distintos centros cerebrales (7).

Autores como Smart, Fodor, Shomaker, en un debate sobre el problema mente-cuerpo, que tuvo lugar en

1994, se mostraron convencidos de que las neurociencias, con sus actuales métodos, podrán resolver el problema mente-cuerpo (9). Y para cerrar estas citas menciono otras dos, dignas de notar por su radicalidad: Kornberg, llegó a decir que el amor no es sino un estado bioquímico del cerebro y Vogt que el cerebro segrega el pensamiento como el hígado la bilis.

Estos y otros reduccionistas cuando se plantean explicar cómo el cerebro es capaz de llegar a conceptos abstractos y reflexionar, y cómo desarrolla su actividad volitiva se encuentran con un problema que son incapaces de resolver. Entonces recurren a posponer la respuesta a un futuro indefinido: ahora, dicen, somos incapaces de dar una contestación, pero cuando los conocimientos sobre la hodología y fisiología del cerebro avancen más, entonces habrá cumplida respuesta. Así Chomsky escribió: «El problema «mente-cuerpo» se resolverá de forma similar a como se hizo con el movimiento de los cuerpos celestes, mediante principios que parecían incomprensibles a la imaginación científica de generaciones anteriores» (12).

Opiniones contrarias al monismo

Esta esperanza de los reduccionistas de que en un futuro se pueda conocer cómo de lo sensible se pasa a lo inteligible, para muchos neurocientíficos es utópica. Así Sherrington, uno de los padres de la neurofisiología, en una charla en la BBC dijo: «el estudio de los procesos neurales incide más y más sobre el estudio de la mente, pero todavía hay procesos que parecen estar más allá de cualquier fisiología del cerebro» — «Es demasiado el salto para que de una reacción eléctrica en mi cerebro pase, de pronto, a ver el mundo que me rodea» (13). Creutzfeld, afirmaba que: «nuestra razón no puede aceptar los intentos de reducir la experiencia del yo personal, a los hechos neurofisiológicos... la neurofisiología... no puede explicar fenómenos tales como la percepción, la experiencia consciente y la libre voluntad».

A su vez Lorenz, escribió que: «el hiato entre cuerpo y alma es insalvable. «Yo no pienso que sea una limitación debida al estado actual de nuestros conocimientos y que un avance utópico de estos nos lleve a las puertas de la solución del problema». (14) Algo parecido dijo Tindall: «Es impensable el paso de la física del cerebro a los correspondientes hechos de conciencia. Aun admitiendo que un pensamiento definido y una acción molecular definida ocurran simultáneamente, en el cerebro, no poseemos el órgano intelectual que nos permita pasar de uno a otro (15). Y para citar un autor