

Caso clínico: Paciente masculino de 18 años originario y residente de Irapuato, Guanajuato, con el antecedente de hipoplasia renal bilateral secundaria a insuficiencia renal crónica terminal a los ocho años de edad. Inicialmente se le controló con diálisis peritoneal durante dos años. Se le consideró candidato a trasplante renal. Se realizó el trasplante de donador vivo relacionado (madre) en agosto de 2002.

El padecimiento actual inició dos meses antes de su valoración, y se manifestó con urgencia urinaria, por lo que fue referido a nuestro servicio. Se le tomó placa simple de abdomen en la que se evidenció la persistencia de la sonda doble J, el cual se encontraba calcificado. Se decidió practicarle cistoscopia, que refrendó la calcificación de la sonda doble J con espiculaciones, así como TAC para determinar la morfología de la calcificación de la sonda. Debido a la persistencia de la sintomatología y de IVU, se optó por la intervención quirúrgica. Se efectuó un primer tiempo con cistolitotricia con láser en la que se logró fragmentar un cálculo intravesical. Se llevó a cabo el segundo tiempo con ureteroscopia flexible con láser, con lo que se pudo extraer el 100% de la sonda.

Actualmente el paciente se encuentra con adecuada función renal y asintomático.

Discusión: No existe una definición exacta de sonda olvidada en el paciente, sin embargo, estudios previos consideran "sonda olvidada" un período mayor de seis meses. Es ampliamente aceptado que no es posible retirar una sonda calcificada por medios cistoscópicos, y que se requiere de una intervención auxiliar para su resolución y retiro. Se han identificado muchos factores de riesgo para la calcificación de la sonda, entre ellos: urolitiasis, infecciones recurrentes del tracto urinario, persistencia prolongada de la sonda y composición de la misma. Sin embargo, de todos ellos el factor de riesgo más importante es el tiempo de permanencia de la sonda. Existen informes de casos en la bibliografía de sondas ureterales doble J calcificadas en pacientes con trasplante, el tratamiento reportado ha incluido terapia multimodal con LEOCH y endolitotricia, o únicamente endolitotricia. Nosotros manejamos a este paciente por medio endolitotricia con láser en dos tiempos quirúrgicos.

Conclusión: La sonda ureteral doble J olvidada puede causar considerable morbilidad en pacientes con trasplante, y constituir un problema urológico complejo, en especial en un paciente con deficiencia inmunitaria. Este caso demuestra la importancia del seguimiento estrecho del paciente con trasplante, y, a la vez, que las técnicas endourológicas son eficaces para la resolución en casos de sondas de larga permanencia con calcificación importante.

Amiloidosis vesical primaria en asociación con cistitis glandularis. Reporte de un caso

Salazar-de Hoyos José Luis, Gutiérrez-García Jesús D, Garza-Cortés Roberto, Ortiz-Lara Gerardo, Gómez-Guerra Lauro, Gutiérrez-González Adrián

Servicio de Urología, Hospital Universitario Dr. "José Eleuterio González", Monterrey, Nuevo León, México

Antecedentes: La amiloidosis se define como el depósito extracelular de proteína fibrilar amiloide en una o más localizaciones del organismo. Estos depósitos pueden acumularse en distintos sitios del tracto genitourinario, aunque en la bibliografía se menciona que son poco frecuentes, causan afectación de pelvis renal, uréter, vejiga, próstata, vesículas seminales, conductos deferentes, testículos, uretra y pene. La cistitis glandular

es un trastorno proliferativo de las glándulas productoras de moco dentro de la mucosa y submucosa del epitelio urinario de la vejiga. Constituye una afección rara, generalmente asintomática, no cancerosa. Se ve favorecida por la irritación crónica.

Caso clínico: Paciente femenino de 65 años con antecedente hereditario familiar de cáncer renal, hipertensa (de reciente diagnóstico), en tratamiento con IECA y tiazidas. Además, padece dislipidemia que trata con estatinas.

Su cuadro clínico inició tres años antes con hematuria intermitente asociada a síntomas irritativos vesicales. Se le hizo ecografía renal en agosto 2008, la cual reportó que ambos riñones tenían morfología y dimensiones normales, sin masas quísticas o sólidas, sin litiasis o hidronefrosis. En septiembre 2008, se le realiza TAC urológico, en la que se hallan riñones, vejiga y uréteres sin alteraciones.

Los síntomas se manifiestan de manera intermitente. En agosto 2009 se realiza citología urinaria y se toma urocultivo que resulta negativo. La citología urinaria revela displasia urotelial de bajo grado.

Resultados: Se procede a realizarle cistoscopia en noviembre 2009, en la que se observa placa hiperhémica en fondo y cuello vesical. Se toman por barbotaje y mapeo muestras para biopsia de dichas regiones, que se envían a citología.

Informe AHP (19 noviembre del 2009). Fondo, amiloidosis vesical; cuello y barbotaje, cistitis glandular; resto, cistitis crónica. En la biopsia de fondo se muestra birrefringencia en tinción con rojo congo y luz polarizada

Conclusiones: Es posible clasificar las formas de amiloidosis del tracto genitourinario en dos grandes grupos: 1) formas primarias o idiopáticas, y 2) formas derivadas de procesos inflamatorios crónicos o de ciertas neoplasias. La afectación vesical es un hecho poco habitual para ambas formas de amiloidosis, y son mucho más infrecuentes las formas de amiloidosis vesicales secundarias, que no superan los 20 casos publicados, frente a los 160 de formas primarias. Entre las formas secundarias, la artritis reumatoide constituye la enfermedad sistémica con la que más frecuentemente se asocia. Por otro lado, la distinción entre formas primarias y secundarias de la afectación vesical conlleva características clínico-patológicas distintas, como la naturaleza del material amiloide (AL en las formas primarias y AA en las secundarias) y localización diferente de los depósitos de amiloide en la pared vesical. Las amiloidosis secundarias, a su vez, conllevan mayor frecuencia e intensidad de la hematuria, debido al depósito que se forma alrededor de los capilares de la submucosa, el cual condiciona hematurias más intensas que, en ocasiones, son de difícil tratamiento, e incluso pueden ocasionar el fallecimiento del enfermo.

En la vejiga se puede observar un panorama amplio de cambios glandulares semejantes a metaplasia intestinal. Se considera que el reemplazo extensivo del urotelio por epitelio similar al de la mucosa intestinal es un trastorno premaligno. Sin embargo, no se ha descrito con precisión la evolución natural de metaplasia intestinal en la vejiga urinaria ni su resultado a largo plazo. La recurrencia del tipo de lesión que aquí presentamos ha sido descrita en la bibliografía; así como la progresión de cistitis glandular a displasia y adenocarcinoma en algunos pacientes, que han sido vigilados con biopsias secuenciales durante períodos de 5 a 15 años.

Se ve favorecida por la irritación crónica y algunas veces se asocia con lipomatosis pélvica. Su transformación en adenocarcinoma es excepcional y ocurre cuando hay persistencia del factor de predisposición. Sin embargo, se requiere ejercer vigilancia anual por medio de cistoscopia y biopsias de vejiga.