

ACTINOMICOSIS URETERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ignacio Rubio Tortosa, Manuel Sanchez Sanchis, Belén Coronel Sánchez, Diego Garcia Serrado, Marta Garcia Torrelles, Alexandre Vergés Prosper y Carlos San Juan De La Orden.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España

Resumen.- OBJETIVO: Comunicar un caso de uropatía obstructiva que evolucionó a anulación funcional renal por lesión pseudotumoral en uréter iliaco.

MÉTODOS: Varón de 66 años en estudio por HBP, presenta episodio autolimitado de hematuria monosintomática.

RESULTADOS: En estudio ecográfico se detecta ureteropielocaliectasia grado II RD; U.I.V. demuestra anulación funcional RD. Citología de orina compatible con carcinoma de células transicionales de bajo grado. Se realiza nefrostomía percutánea que confirma la pérdida funcional irreversible. La pielografía descendente muestra defecto de replección a nivel de uréter iliaco derecho. El paciente es intervenido quirúrgicamente practicándose nefroureterectomía radical con cistectomía perimeática, con buena evolución postoperatoria. El dictamen histopatológico de la pieza es de pielonefritis crónica y lesión inflamatoria parietal ureteral que oblitera la luz con infiltrado inflamatorio, erosión de urotelio y presencia de actinomicosis.

CONCLUSIONES: La actinomicosis es una infección bacteriana crónica cuyo patógeno más común es *A. israelii*. Se encuentra como comensal en la cavidad oral y tubo digestivo y la afectación clínica más frecuente es la región cervicofacial (60% casos) La infección del tracto urinario es excepcional y en la evolución del paciente a largo plazo no se ha constatado ningún otro foco.

Palabras clave: Actinomicosis. Pseudotumor uretral.

Summary.- OBJECTIVES: To report one case of pseudotumoral lesion of the iliac ureter with obstructive uropathy leading to loss of function of the renal unit.

METHODS: 66-year-old male being studied for BPH who presents with a self-limited monosymptomatic hematuria.

RESULTS: Renal ultrasound detected grade II pyelocaliectasis of the right kidney. IVU showed absence of function of the right kidney. Urine cytology was consistent with low-grade transitional cell carcinoma. Percutaneous nephrostomy was performed confirming irreversible function loss. Antegrade pyelography showed a filling defect in the right iliac ureter. Radical nephroureterectomy with bladder cuff was carried out with good results. Pathology reported chronic pyelonephritis and parietal inflammatory lesion of the ureter obliterating the lumen with inflammatory infiltrates, urothelial erosion and presence of actinomycosis.

CONCLUSIONS: Actinomycosis is a chronic bacterial infection, with *A. israelii* being the most common pathogen. It is part of the normal flora of the oral cavity and GI tract, and cervical-facial region is the most frequent clinical involvement (60% of the cases). Urinary tract infection is exceptional. No other focus was found in the long-term follow-up.

Correspondencia

Ignacio Rubio Tortosa
Servicio de Urología
Hospital Universitario Doctor Peset
46017 Valencia. (España)
e-mail: nachorutor@hotmail.com

Trabajo recibido:

Keywords: Actinomycosis. Urethral pseudotumor.

CASO CLÍNICO:

Varón de 66 años controlado en Consultas Externas por hipertrofia benigna de próstata. Presenta episodios de hematuria monosintomática autolimitada y urinocultivos negativos. En estudio ecográfico se observa ureteropielocaliectasia grado II de riñón derecho y en U.I.V. se objetiva anulación funcional de riñón derecho (Figura 2), motivo por el cuál, se practica nefrostomía percutánea derecha, que confirma el hallazgo urográfico. Ocho meses antes, estudio ecográfico y U.I.V. sin hallazgos patológicos (Figura 1).

Entre sus antecedentes personales cabe destacar: sin alergias conocidas. HTA. Diabetes Mellitus tipo II. Miocardiopatía hipertrófica. Aneurisma carotídeo intracerebral sin secuelas.

La exploración física practicada es la siguiente: Abdomen blando y depresible, no doloroso, no megalias, Fosas renales libres indoloras. Genitales externos sin signos patológicos. Tacto rectal compatible con HBP grado I-II. Se llevan a cabo las siguientes EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

ANÁLISIS: Glucemia 145 mg/dl, Creatinina 1.4 mg/dl. Resto de parámetros dentro de la normalidad.

CITOLOGIA URINARIA: Compatible con carcinoma de células transicionales de bajo grado.

PIELOGRAFIA DESCENDENTE a través de Nefrostomía: Defecto de replección a nivel de uréter sacro-ilíaco derecho de aproximadamente 20 mm de longitud, con signos de infiltración de la pared (Figuras 3 y 4).

ESTUDIO FUNCIONAL DE RIÑÓN DERECHO: Aclaramiento de Creatinina inferior a 5 ml/minuto.

TAC ABDOMINO-PELVICO: Aneurisma de Aorta infra-renal. Atrofia hidronefrótica de riñón derecho, sin visualizarse imágenes endoluminales intraureterales. Dudosas adenopatías paravesicales.

Ante estos hallazgos y la sospecha de tumor de vías de uréter derecho, el paciente es intervenido quirúrgicamente practicándose nefroureterectomía radical derecha con evolución postoperatoria satisfactoria. El dictamen histopatológico de la pieza nos informa de pielonefritis crónica y cambios de arteriosclerosis, así como lesión inflamatoria ureteral que oblitera la luz con infiltrado de linfocitos en capas musculares, erosión de urotelio y presencia de Actinomicetes. Tras 9 años de seguimiento, el paciente mantiene una función renal aceptable (Creatinina sérica 2.1 mg/dl) y es controlado por HBP sintomática.



FIGURA 1. Urografía intravenosa previa en la que no se observan alteraciones.



FIGURA 2. Urografía intravenosa que muestra la anulación funcional de la unidad renal derecha.



FIGURA 3. Pielografía descendente a través de Nefrostomía en la que se observa el defecto de repleción a nivel de uréter sacro derecho.



FIGURA 4. Imagen ampliada de la lesión ureteral objetiva en la Pielografía descendente.

DISCUSIÓN:

La actinomicosis es una infección bacteriana crónica con tendencia a formar abscesos con fistulas cutáneas y débito purulento con gránulos amarillos (característicos "granos de azufre") (1,2,4). El patógeno más común es *A. israelii*, se encuentra como comensal en la cavidad oral y tubo digestivo y desde ahí puede invadir tejidos contiguos en situaciones de inmunodepresión (1,2,4,7).

También es frecuente su aparición asociado al uso de DIU (dispositivo intrauterino) (1,3,7). La afectación clínica más frecuente es la región cervicofacial (60% de casos) y la afectación ureteral es excepcional (6). El cuadro clínico es inespecífico, cuando aparece es el de una enfermedad infecciosa y depende de la localización (1,2); menos del 10% de casos se diagnostican pre-operatoriamente (1).

El diagnóstico se establece por cultivo o identificación del germen a partir del pus procedente de las fistulas o de biopsias (2). Se aconseja tratamiento antibiótico como primera elección (Penicilina intravenosa 4-6 semanas), aunque en el caso de abscesos se aconseja el desbridamiento (1,2,5). En la evolución de nuestro paciente no se ha constatado foco infeccioso alguno previo o con posterioridad.

BIBLIOGRAFIA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- **1. MAZURAN, B.; GILJA, I.; JELAVIC-KOJIC, F. y cols.: "Abdominal actinomycosis as a cause of obstructive uropathy". Br. J. Urol., 80: 960, 1997.
- *2. MANDELL; DOUGLAS; BENNET: "Enfermedades infecciosas. Principios y práctica". 5ª Edición. Junio 2002.
3. ORD, J.; MISHRA, V.; HUDD, C. y cols.: "Ureteric obstruction caused by pelvic actinomycosis". Scand. J. Urol. Nephrol., 36: 87, 2002.
- *4. FULTON, I.C.; PATERSON, W.G.; CRUCIOLI, V.: "Pelvic actinomycosis causing ureteric obstruction. Case report". Br. J. Obstet. Gynaecol., 88: 1044, Oct.
5. BERCOVICH, A.; GUY, M.; KARAYIANNAKIS, A.J. y cols.: "Ureteral obstruction and reconstruction in pelvic actinomycosis". Urology, 61: 224, 2003.
6. BROWN, R.; BANCEWICZ, J.: "Ureteric obstruction due to pelvic actinomycosis". Br. J. Surg., 69: 156, 1982.
7. BUTTERWORTH, R.J.; DAVIES, D.G.; HART, A.J.: "Actinomycosis causing ureteric obstruction". Br. J. Urol., 66: 548, 1990.