



Práctica clínica

Endocervicosis vesical: hallazgo de tumoración vesical en ecografía clínica



Yolanda Barrera Martínez*, Cristina Lebrón Martínez de Velasco y Francisca Muñoz Cobos

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de salud El Palo, Málaga, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de enero de 2023

Aceptado el 4 de febrero de 2023

Palabras clave:

Endocervicosis

Masa vesical

Ecografía clínica

RESUMEN

La endocervicosis vesical es una entidad rara con pocos casos publicados en la literatura, consiste en la presencia de glándulas de tejido endocervical en vejiga, generalmente en cúpula posterior^{1,2}. Se suele dar en mujeres en edad reproductiva o con antecedentes de endometriosis o endosalpingosis por su probable origen en el sistema de Müller¹⁻⁶. Se puede confundir radiológicamente con un tumor maligno, por tanto, es muy importante realizar un diagnóstico certero para evitar tratamientos radicales^{1,2,5,6}.

© 2023 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Bladder endocervicosis: Incidental finding of bladder mass on clinical ultrasound

ABSTRACT

Endocervicosis is an uncommon and unknown disease. It is a benign pathology. It is an alteration of the endocervical glands outside their location, specifically in the bladder.

We present a case of bladder endocervicosis in a postmenopausal woman detected by clinical ultrasound at the health care centre. We discuss the etiology, differential diagnosis and treatment of this pathology and the relevance of clinical ultrasound in primary care for early diagnosis.

This disease could simulate malignancy, being a diagnostic challenge for the anatomopathologist. It is important to know about this disease to avoid invasive treatments for the patient.

© 2023 The Authors. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the license CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Presentación del caso

Mujer de 57 años, fumadora de 30 paquetes al año, con antecedentes de dislipemia, endometriosis y osteoporosis. Antecedentes quirúrgicos: exéresis de trompa y ovario derecho.

Consulta por dolor en fosa renal izquierda. No clínica miccional. En analítica de rutina función renal normal, orina con microhematuria. Se decide realizar ecografía clínica en consulta. En ecografía se detecta buena diferenciación cortico-medular y ausencia de signos de ectasia pielocalicial. Destaca en pared vesical derecha una imagen excrecente de 3x3 cm no vascularizada (fig. 1).

Es derivada a consultas de urología para valoración de hallazgo ecográfico, compatible con tumoración vesical. En la consulta de

urología realizan nueva ecografía donde se identifica en vejiga una tumoración de 3 cm en región lateral derecha.

Se realiza cistoscopia, donde se aprecia una formación que proyecta hacia la luz, con mucosa vesical no alterada, de aspecto abollonado cuyo origen puede ser extravesical o de capas más profundas de vejiga (posible leiomioma). La Resonancia Magnética (RM) identifica tumoración excrecente de contornos lobulados en pared vesical, a nivel de cúpula posterior derecha, bien definida con medidas 3,2 × 2,2 cm sin signos de infiltración de estructuras adyacentes, ni adenopatías pélvicas de tamaño significativo. Se observa foco de 10 mm en cérvix uterino de señal alta en T1, a valorar posible foco de endometriosis (fig. 2).

Se indica resección transuretral (RTU) de tumoración. En inmunohistoquímica se encuentra positividad para PAX8, receptores de estrógenos y progesterona. Se objetivan fragmentos de tejido con endocervicosis y áreas de metaplasia escamosa.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: yolbarrera@gmail.com (Y. Barrera Martínez).



Figura 1. ECO (ecografía clínica) en centro de salud. Destaca en cara lateral derecha imagen excrecente 3 × 3 cm no vascularizada.

La evolución postcirugía es favorable. Se continúa el seguimiento ginecológico por la endometriosis.

Discusión

La endocervicosis vesical es una enfermedad benigna excepcional caracterizada por proliferación de glándulas de tipo endocervical fuera de su localización anatómica habitual: canal endocervical. Su localización preferente es en la muscular propia, de pared posterior y/o cúpula vesical^{1,2}.

Se da en mujeres en edad reproductiva en la tercera o cuarta década de la vida o en mujeres de mayor edad con antecedentes de cirugía ginecológica previa, cesárea o histerectomía¹⁻³.

Según la teoría más aceptada, se produciría por una alteración embriológica en la diferenciación del sistema mülleriano secundario, que da lugar a 3 estructuras: endometrio, endocervix y trompas de

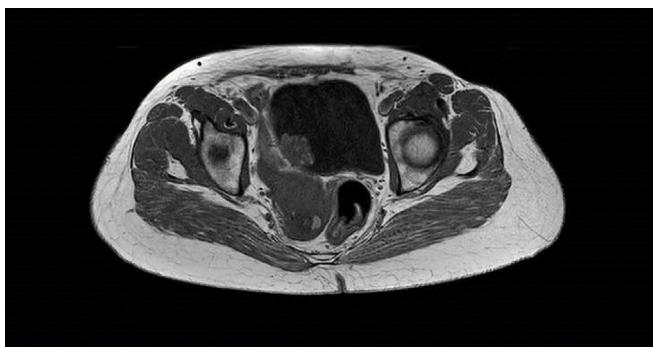


Figura 2. RM pélvica. Se visualiza una tumoración excrecente de contornos lobulados en la pared vesical a nivel de cúpula posterior derecha.

Falopio, por tanto, puede asociarse a otros procesos del mismo origen embrionario como la endometriosis o la endosalpingosis^{2,4,5}.

Otra teoría propone que el epitelio de Müller preexistente pueda implantarse dentro de otros tejidos tras traumatismo de la vejiga durante un procedimiento quirúrgico, sin embargo, no aclara los casos sin antecedentes de cirugía^{2-4,5}.

No existe una clínica específica. Puede presentar dolor pélvico, clínica miccional, síntomas obstructivos en función del tamaño y compresión con estructuras vecinas¹⁻⁴. Los cultivos son negativos y las citologías suelen ser no significativas. El diagnóstico se realiza por prueba de imagen. Radiológicamente se observa una imagen polipoidea. La confirmación diagnóstica requiere la anatomía patológica de la muestra tras exéresis^{1,2}.

Histológicamente se objetivan glándulas de morfología y tamaño variable en lámina propia y muscular-propia revestidas por epitelio endocervical. En estudio inmunohistoquímico de la muestra se encuentra mayor expresión de receptores estrogénicos y de progesterona. Pueden estar aumentados los marcadores propios del sistema de Müller como Ca125 o PAX8^{1,2,5-7}.

El diagnóstico diferencial es con otros tumores de características malignas, como el adenocarcinoma vesical y carcinoma de células transicionales (atipia marcada, índice mitótico aumentado)^{1,2,6,5}. Se realiza resección transuretral en caso de tamaño adecuado, sin necesidad de realizar cistectomía parcial^{1,2,5}. Presenta un buen pronóstico sin recidiva tras resección transuretral ni transformación a malignidad^{1,2,6,5}.

Conclusión

La endocervicosis vesical es una enfermedad benigna y excepcional de probable etiología mülleriana, que suele presentarse en mujeres en edad reproductiva o con antecedentes de endometriosis/ endosalpingosis o cirugía pélvica. Dado que las pruebas de imagen pueden mostrar un aspecto maligno es muy importante realizar un correcto diagnóstico diferencial y confirmar el diagnóstico con anatomía patológica¹⁻⁶.

En el caso clínico presentado la paciente cumplía con los requisitos para tener una endocervicosis (antecedentes de endometriosis y de cirugía pélvica), sin embargo, nuestra primera sospecha fue de un posible tumor vesical, dado que la paciente era fumadora activa y la ecografía sugería una imagen tumoral que no descartaba malignidad. La anatomía patológica y el estudio inmunohistoquímico finalmente confirmaron el diagnóstico.

Se está incorporando en atención primaria la ecografía clínica para complementar la anamnesis y exploración física, lo que facilita y enfoca mejor el diagnóstico y agiliza la toma de decisiones, optimizando los cursos de acción a seguir⁸.

Responsabilidades éticas

Se ha solicitado el consentimiento informado para su publicación, siendo aceptado y firmado por el paciente.

Financiación

No se ha necesitado financiación.

Conflictos de intereses

Declaramos no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Gutiérrez-Zurimendi G, García-Olaverri Rodríguez J, Urresola-Olabarrieta A, García De Casasola-Rodríguez G, Carlevaris-Fernández A, Lecumberri-Castaños D, et al. Bladder endocervicosis: an unusual pathology. A clinical case report and review of the

- literature. Endocervicosis vesical: una entidad infrecuente. Presentación de un caso y Revisión de la Literatura. 2019;79:1–7.
2. González-Satué C, Serra Cáner J, Armora Mani J. Endocervicosis vesical: excepcional causa de masa vesical. Actas Urol Esp. 2004 Jan 1;28(9):677–9.
 3. Habiba M, Brosens I, Benagiano G. Müllerianosis, endocervicosis, and endosalpingiosis of the urinary tract: a literature review. Reprod Sci. 2018 Dec 1;25(12):1607–18.
 4. Sancheti S, Sornal PK, Chaudhary D, Khandelwal S. Müllerianosis of urinary bladder: The great impersonator. Indian J Pathol Microbiol. 2020;63:627–9.
 5. Amir RAR, Taheini KM, Sheikh SS. Mullerianosis of the urinary bladder: a case report. Case Rep Oncol. 2018 Jan-Apr;11(1):206–11.
 6. Stanimir M, Chițu LC, Wese S, Milulescu A, Nemeș RN, Bratu OG. Müllerianosis of the urinary bladder: A rare case report and review of the literature. Romanian J Morphol Embryol. 2016;57(2):849–52.
 7. Arakawa T, Fukuda S, Hirata T, Neriishi K, Wang Y, Takeuchi A, et al. PAX8: A highly sensitive marker for the glands in extragenital endometriosis. Reprod Sci. 2020 Aug;27(8):1580–6.
 8. Sánchez Barrancos IM. Ecografía y Atención primaria. Aten Primaria. 2017;49(7):378.