

CASOS CLÍNICOS

Endometriosis vesical resistente al tratamiento

M.A. Nieto^a, R. García-Rodríguez^a, R. Rodríguez de la Mano^a, G. Hernández-Vicente^b, C. Blanco-Soler^a y S. Seara^a

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospital Universitario Materno Insular de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. España.

^bServicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

ABSTRACT

Endometriosis of the urinary tract is an uncommon disease. The most frequently affected organ is the bladder. The clinical features are urgency and frequency, hypogastric pain, and hematuria. The most reliable diagnostic test is cystoscopy but definitive diagnosis requires histological confirmation. We report a case of bladder endometriosis in a young woman with a previous cesarean section.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es la presencia de tejido endometrial ectópico y/o estroma fuera de la cavidad uterina. Fue descrita por primera vez por Rokitansky en 1869. Este cuadro clínico se ha descrito en la mayor parte del organismo, aunque se observa con mayor frecuencia en la pelvis. La endometriosis que afecta al tracto urinario aparece en el 1-2% de los casos y la afectación más frecuente es en la vejiga urinaria, casi en un 90% de los casos.

CASO CLÍNICO

Paciente de 26 años de edad, con antecedentes ginecoobstétricos, presenta menarquia a los 11 años de edad, y una cesárea a los 20 años que cursó sin incidencias y con postoperatorio normal.

La paciente es remitida desde el servicio de urología por una masa pélvica. Clínicamente presenta hematuria macroscópica episódica que se exacerba con la menstruación y se asocia a dismenorrea y dispareunia. Se realiza cistoscopia, en la que se visualiza una lesión vesical en cara posterior de la vejiga, en el trígono, de unos 3-4 cm de diámetro extensa que afecta

al estrato muscular, sugestiva de endometriosis. Se realiza resección transuretral de la lesión por el servicio de urología y estudio histológico, y se diagnostica de endometriosis vesical. Además, se realiza una tomografía computarizada (TC) abdominopélvica por la clínica de dolor abdominal que presentaba la paciente, que informa de masa multiquística de 8 × 4 cm, que se localiza posterior con relación al útero y anterior con relación al recto, sin que se puedan identificar claramente los ovarios, por lo que posiblemente estarían incluidos en la lesión (figs. 1 y 2). Dicha masa contacta con la vejiga urinaria sin identificarse elementos endoluminales vesicales, ni engrosamientos significativos murales en la vejiga.

A la exploración ginecológica se palpa útero en anteversión, de tamaño normal, y detrás de éste se palpa una masa dura, fija, que abomba el fondo de saco de Douglas, dolorosa y de unos 10 cm de diámetro. Asimismo, se realiza una ecografía transvaginal donde destaca una masa heterogénea de 94 × 41 mm de diámetro, sugestiva de endometrioma, y dentro de la masa se visualiza el ovario, pero no el ovario contralateral (fig. 3). La analítica revela una anemia leve y un CA 125 elevado.

Con el diagnóstico clínico de endometriosis pélvica con afectación vesical se programa para intervención quirúrgica. Se realiza laparoscopia, en la que se visualiza una gran masa que ocupa toda la pelvis y que está íntimamente adherida a recto, sigma y útero y que engloba ambos anejos. Se decide reconversión a laparotomía tipo Pfannenstiel debido a la dificultad técnica en el abordaje quirúrgico. Se liberan las adherencias y se realiza exérésis de 2 endometriomas bilaterales, y salpinguectomía derecha por estar la trompa adherida a las tumoraciones, formando la masa anteriormente descrita. En un segundo tiempo se realiza cistotomía transversa, en la que se visualiza una lesión en el trígono, sugestiva de endometriosis, y se realiza cistectomía parcial. El estudio histológico informa de endometriosis ovárica y vesical (fig. 4).

Aceptado para su publicación el 1 de julio de 2006.



Fig. 1. Tomografía computarizada pélvica tras administración de contraste intravenoso y oral. Masa multiquística de unos 8 × 4 cm posterior al útero y anterior al recto, sin poder descartar afectación serosa de éstos.



Fig. 3. Ecografía transvaginal. Tumoración pélvica heterogénea de 94 × 41 mm de diámetro, sugestiva de endometrioma.



Fig. 2. Tomografía computarizada pélvica tras administración de contraste intravenoso y oral. Se muestra el contacto de la masa multiquística con el aspecto posterior de la vejiga urinaria, la cual no presenta engrosamiento mural significativo ni elementos endoluminales.

El período postoperatorio cursa sin incidentes, se mantiene cateterismo vesical permanente durante 15 días, y se da de alta a la paciente con buen estado general.

La paciente refiere presentar hematuria y dismenorrea desde el segundo mes de la intervención. La endometriosis vesical ha recidivado y presenta poca respuesta al tratamiento hormonal pautado.

Actualmente la paciente está siendo controlada en la unidad del dolor.

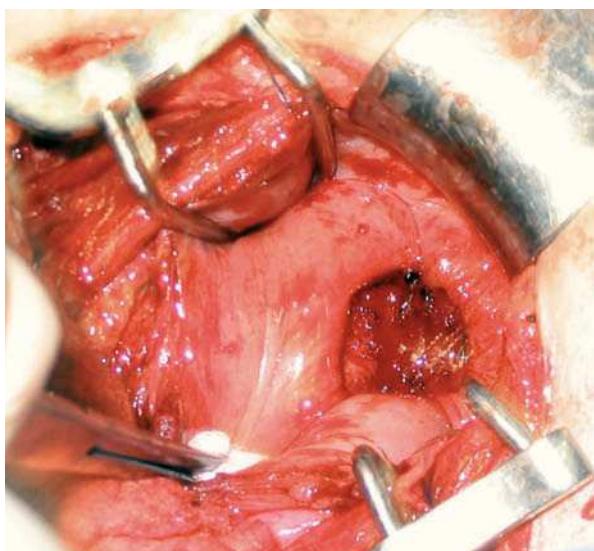


Fig. 4. Cistectomía parcial con exérésis de la endometriosis vesical.

DISCUSIÓN

La endometriosis tiene una incidencia de un 10% en mujeres entre 25 y 40 años de edad, se encuentra en un 50% en mujeres infériles, y es más frecuente en nulíparas y mujeres sometidas a cirugía uterina^{1,2}.

La endometriosis afecta al tracto urinario en el 1-2% de los casos, y el órgano más frecuentemente afectado es la vejiga urinaria en un 84% de los casos, y en la mayoría de ocasiones los endometriomas se

localizan retrotrigonalmente o en la cúpula vesical, seguido del uréter en un 10%^{3,4}.

La endometriosis vesical se clasifica en primaria y secundaria, la secundaria es posterior a operaciones pélvicas, traumatismos, etc.⁵. La teoría de la implantación endometrial explica la aparición de endometriosis en cicatrices de cesáreas, como en nuestro caso, o tras histerectomías por la diseminación intraoperatoria de células endometriales o por una técnica quirúrgica de cerrado de la incisión uterina deficiente^{3,6,7}.

Los síntomas de la endometriosis tienen un carácter cíclico (máximo en la menstruación). A menudo se presenta dolor, pesadez en hipogastrio, polaquiuria, urgencia miccional y hematuria en el período menstrual. La hematuria cíclica, clínica descrita por nuestra paciente, se presenta en un 25% de los casos⁸. Se debe sospechar endometriosis en pacientes con esta sintomatología, urocultivo negativo y que además han sido sometidas a una manipulación o intervención ginecológica (50% de las ocasiones)⁹.

La exploración física que incluye el examen vaginal y rectal, revela una masa pélvica en el 40-50% de los casos¹⁰.

Las técnicas de imagen como la ecografía, la TC y la resonancia magnética (RM), pueden demostrar la presencia de una tumoración en la pared vesical. La RM permite además valorar la extensión de la lesión en la pared vesical y/u órganos vecinos.

La sospecha clinicoradiológica obliga a realizar una cistoscopia, que es la prueba de mayor valor diagnóstico, pero para el diagnóstico definitivo se requiere de la confirmación histológica (presencia de glándulas y estroma endometrial en la pared vesical) mediante biopsia con pinza fría o con el relector^{11,12}.

El tratamiento puede ser médico, quirúrgico o una combinación de ambos y dependerá de la edad de la paciente, tamaño de la lesión, deseo de descendencia y gravedad de los síntomas. Aunque la recurrencia rápida tras el abandono del tratamiento médico, indica que la cirugía es el tratamiento principal, se puede realizar con la resección transuretral de los endometriomas en su totalidad o mediante cistectomía parcial (posible laparoscópicamente en algunos casos) asociada a histerectomía y anexectomía en mujeres que no desean descendencia^{5,8,13,14}.

La malignización de la endometriosis vesical es extremadamente rara¹⁵.

RESUMEN

La endometriosis en el aparato urinario es una enfermedad infrecuente, y en la mayoría de las ocasiones el órgano afectado es la vejiga. Se manifiesta clínicamente con urgencia, frecuencia, dolor hipogástrico y en ocasiones con hematuria. La cistoscopia es la prueba diagnóstica más fiable aunque el diagnóstico de confirmación es histológico. Se presenta un caso de endometriosis vesical en una mujer joven, con una cesárea anterior.

BIBLIOGRAFÍA

- Peterson EP, Behrman SJ. Laparoscopic of infertile patient. *J Obstet Gynecol*. 1970;36:363-7.
- Tobias-Machado M, di Giuseppe R, Barbosa CP, Borrelli M, Wroclawski ER. Endometriose vesical: aspectos diagnósticos e terapêuticos. *Rev Ass Med Brasil*. 2001;47:37-40.
- Arap Neto W, Lopes RN, Cury M, Montelatto NI, Arap S. Vesical endometriosis. *Urology*. 1984;24:271-4.
- Chapron C, Dubuisson JB, Jacob S, Faoucunier A, Da Costa, Vieira M. Laparoscopic and bladder endometriosis. *Gynecologie Obstétrique Fertilite*. 2000;28:232-7.
- Vercellini P, Meschia M, De Giorgi O, Panazza S, Cortessi I, Crosignani PG. Bladder detrusor endometriosis: clinical and pathogenetic implications. *J Urol*. 1996;155:84-6.
- Buka NJ. Vesical endometriosis after caesarean section. *Am J Obstet Gynecol*. 1988;158:1117.
- Benito V, Prieto M, Valle L, Martel CR, Seara S, García Hernández JA. Endometriosis vesical: presentación de un caso. *Prog Obst Ginecol*. 2004;31:256-8.
- Netzhat CR, Netzhat FR. Laparoscopic segmental bladder resection for endometriosis: a report of two cases. *Obstet Gynecol*. 1993;81:882-4.
- Moore TD, Herring AL, McCannel DA. Some urologic aspects of endometriosis. *J Urol*. 1943;49:171-6.
- Abeshouse BS, Abeshouse G. Endometriosis of the urinary tract: a review of the literature and a report of four cases of vesical endometriosis. *J Int Coll Surg*. 1960;34:43-63.
- Alapont Alacreu JM, Andreu García A, Herrero Polo E, Botella Almodovar R, Broton Márquez JL, Llamazares Cacha G. Vesical endometriosis: report of two cases. *Actas Urol Esp*. 2004;28:789-91.
- Price DT, Maloney KE, Ibrahim GK, Cundiff GW, Leder RA, Anderson EE. Vesical endometriosis: report of two cases and review of the literature. *Urology*. 1996;48:639-43.
- Romero P, Lobato JJ, Pérez LA, Mira A. Endometriosis de la capa muscular vesical como causa de abdomen agudo. *Arch Esp Urol*. 1995;48:395-7.
- Zaloudek CI, Norris HJ. Mesenchymal tumors of the uterus. En: Kurman R, editor. *Blaustein's pathology of the female genital tract*. New York: Springer-Verlag. 1987. p. 373-408.
- Garavan F, Grainger R, Jeffers M. Endometrioid carcinoma of the urinary bladder complicating vesical Mullerianosis: a case report and review of the literature. *Virchows Arch*. 2004;444:587-9.