

CASOS CLÍNICOS

Diagnóstico ocasional de endometriosis vesical por ecografía transvaginal

S. Gutiérrez-García, J. Casasola*, F. Garrido, M.L. Alija y B. Hidalgo

Centro Ginecológico de León. Clínica San Francisco. León. *Servicio de Urología. Complejo Hospitalario de León. España.

SUMMARY

Endometriosis of the bladder is a rare manifestation of a common gynaecological disease. It is associated with morbidity due to its difficult diagnosis and low incidence. The disorder should be suspected in female patients with cyclic irritative symptoms. The diagnosis is suspected by cystoscopic viewing, but histology is required to confirm the diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es un trastorno ginecológico caracterizado por el crecimiento anormal de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina¹. Se estima que lo presentan el 5-10% de las mujeres en edad fértil y hasta un 35% de las estériles²⁻⁴. Se observa raramente antes de la menarquía y suele permanecer quiescente en la menopausia. La localización más frecuente es la pélvica, afectando al ovario (55%), ligamento ancho (35%), fondo de saco (35%) y ligamento uterosacro (28%)^{3,5}. El dolor hipogástrico junto con la infertilidad son las consecuencias más importantes que comporta⁴. En su localización extrapélvica se ha descrito en todos los órganos a excepción del bazo², recogiéndose como más frecuente la digestiva (recto-sigma) seguida de la afección del tracto urinario, que se da en un 1% de los casos^{1,3,6}, siendo la vejiga el órgano más afectado, en el 80-90% de casos². Sin embargo, menos del 1% de estas mujeres desarrollarán obstrucción o enfermedad infiltrativa⁷.

CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años que acude a nuestra consulta para planificar su embarazo. Refiere como antecedentes asma alérgica e intolerancia a la aspirina. Relata 6 episodios de infección urinaria baja en el año anterior a la consulta que remitieron con tratamiento antibiótico. Como antecedentes ginecológicos cabe reseñar menarquia a los 10 años y tipo menstrual 4/28 sin dismenorrea; nulípara, en tratamiento con anticonceptivos orales desde hace 18 meses. La exploración ginecológica está dentro de la normalidad. En la ecografía transvaginal se objetiva una imagen de 2 cm de diámetro en el ovario izquierdo compatible ecográficamente con endometriosis ovárica; el resto es normal. La citología fue normal, así como la revisión mamaria. Se aconseja suspender los anticonceptivos e intentar embarazo. A los 30 días de la consulta la paciente acude por dolor en la fosa ilíaca izquierda, continuo e incapacitante, de 24 h de evolución, que no cede con antiinflamatorios, en relación con el inicio de la menstruación. Se practican exploración y ecografía transvaginal que no resultan orientadoras. Se aconseja reposo y analgesia. A los 4 días la paciente acude por persistencia de los síntomas. Al practicar la ecografía transvaginal se visualiza la vejiga, en cuyo interior se objetiva una masa con zonas claramente quísticas con aspecto en «burbuja» (fig. 1) que aparentemente afecta el trigono vesical. En la ecografía abdominal se demuestra una masa sésil de unos 4 cm de superficie máxima (fig. 2). Tras revisar los antecedentes, y por el aspecto de la ecografía vesical, se orienta a la paciente como endometriosis vesical y se remite al urólogo. Se describen a la cistoscopia lesiones vesicales múltiples, quísticas y hemorrágicas en la pared posterior y retrotrígono, compatibles con endometriomas vesicales. Tras resecar la lesión vía transuretral se confirma histológicamente la presencia de nidos y quistes endometriósicos con receptores de es-

Aceptado para su publicación el 15 de julio de 2002.



Fig. 1. Imagen de ecografía transvaginal: lesiones quísticas en la vejiga.



Fig. 2. Imagen de ecografía abdominal: lesión sésil de 4 cm en la vejiga.

trógenos y progesterona positivos por inmunohistoquímica. Se prescriben a la paciente análogos de GnRH durante 6 meses, en los cuales la paciente presenta una menopausia florida con importantes dolores óseos que mejoran tras la asociación de soja en el segundo trimestre de tratamiento. Se realiza cistoscopia a los 7 meses de la cirugía sin que se observen lesiones residuales.

DISCUSIÓN

La endometriosis es el gran camaleón de la ginecología. Su alta frecuencia y la gran cantidad de sistemas que puede afectar implican una gran dificultad diagnóstica. Diferentes teorías intentan explicar su origen y sus múltiples localizaciones. Ya en 1886 Von Recklinghausen postuló su teoría embrionaria, no muy aceptada en la actualidad, según la cual los implantes de endometriosis procederían de restos del conducto de Wolf². La teoría metaplásica afirma la existencia de células mesoteliales pluripotentes (explicándose así los casos en varones). La teoría más aceptada es, sin embargo, la migratoria, ya sea por menstruación retrógrada a través de las trompas, por venas o vasos linfáticos o de forma directa por la cirugía pélvica. No obstante, las teorías más actuales hablan de fallos de la inmunidad⁴⁻⁶. Todas estas teorías pretenden explicar la aparición de un tejido ectópico que cuando afecta a la vejiga, como en el caso aquí expuesto, se presenta como un síndrome miccional con dolor suprapúbico (38%), polaquiuria (41%), disuria (38%) y hematuria (19%)^{5,6}, mayoritariamente microhematuria y ocasionalmente piuria, refiriéndose en menos del 30% de casos la típica hematuria cíclica¹. Sin embargo, lo fundamental en el diagnósti-

co clínico es la periodicidad de los síntomas^{1,3,8} en relación con la menstruación. La clínica suele iniciarse entre uno y 12 días antes de la menstruación y desaparece después de ésta⁶. La exacerbación de los síntomas durante la menstruación se debe a la distensión de los tejidos y del peritoneo. En el caso de nuestra paciente los episodios urinarios de repetición no se relacionaron con la menstruación tal vez por una anamnesis inapropiada. Algunas pacientes refieren a su vez sintomatología pélvica asociada, como dismenorrea, dispareunia o dolor pélvico⁴, pero en muchas ocasiones las lesiones vesicales se describen de forma aislada². Sea por ésta u otra causa, el diagnóstico se alarga en el tiempo una media de 4,5 años desde el inicio de los síntomas. Por ello, la edad más frecuente de presentación de la endometriosis vesical es entre los 30 y los 35 años⁶. El hallazgo más frecuente en la exploración física es una masa pélvica que se detecta en el 50% en el examen vaginal^{2,9}, y en un 50% de casos se recoge el antecedente de cirugía pélvica previa (cesárea)^{2,3}. El diagnóstico clínico puede apoyarse en técnicas de imagen. Así, la ecografía vaginal permitió observar en nuestro caso imágenes ocupantes de espacio vesiculares de contenido líquido dentro de la vejiga que sirvieron de base para el diagnóstico. Otras técnicas de imagen, como la ecografía abdominal o la resonancia magnética, pueden ayudar. Estas pacientes, que pasan a ser competencia del urólogo, son sometidas a cistoscopia como prueba diagnóstica que objetiva lesiones indicativas de endometriosis en el 65-72% de los casos⁶, como sucedió en el aquí presentado. Las lesiones visualizadas suelen ser quísticas y sufren cambios durante la menstruación. Suelen estar pigmentadas en azul, como en nuestro caso, aunque pueden no estarlo. El diagnóstico definitivo re-

quiere biopsia transuretral y se confirma mediante la histología de las glándulas y estroma endometrial con infiltración de linfocitos y células plasmáticas⁶. En la forma espontánea no asociada a cirugía las lesiones suelen ser submucosas y pueden no ser transmurales, aunque ocasionalmente lo son¹.

No se sabe si las lesiones pélvicas representan el mismo proceso patológico y si los mismos tratamientos serán útiles en la endometriosis extrapélvica, dado el bajo número de casos^{1,2}. El tratamiento óptimo implica la extirpación de las lesiones y la supresión ovárica. Aunque el tratamiento dependerá de la edad, el deseo gestacional, la extensión y gravedad del cuadro, en las lesiones vesicales el tratamiento es siempre quirúrgico. La resección transuretral (RTU) es el tratamiento de elección en pacientes con lesiones extensas no transmurales⁵, como el presente caso. Si las lesiones son más importantes, se requiere cirugía más agresiva, valorándose la cistectomía parcial, asociada a la cirugía de lesiones pélvicas, fibrosis y adherencias en el mismo acto quirúrgico¹.

En la endometriosis vesical el tratamiento médico se considera coadyuvante. Su duración viene limitada por sus efectos secundarios (virilización, alteración del perfil lipídico, pérdida ósea, etc.). Los anticonceptivos orales y los progestágenos, pero básicamente el danazol y los análogos de la GnRH, se han utilizado como tratamiento de los implantes microscópicos y las lesiones residuales^{6,8}. Desgraciadamente, un 50% tienen recurrencias sintomáticas a los 5 años. Tan sólo la histerectomía con doble anexectomía sería tratamiento definitivo de la endometriosis¹⁰. En nuestro caso decidimos utilizar los análogos de la GnRH durante 6 meses, lo que produjo desensibilización hipotalámica, descenso de las gonadotropinas e inhibición de la esteroidogénesis ovárica. Como efectos secundarios la paciente presentó una menopausia florida con fuertes dolores óseos y articulares. Estos síntomas se resuelven completamente en el 75% de los casos tras el tratamiento, consiguiéndose la regresión de los implantes en el 50-70% de los casos⁸, lo que se comprobó en nuestra paciente por cistoscopia, que debe realizarse de forma protocolizada tras el tratamiento¹. Por último, conviene recordar la importancia de una buena anamnesis y de un buen uso de una

prueba clásicamente ginecológica como es la ecografía transvaginal en el diagnóstico de una enfermedad, por lo demás infrecuente, que se asocia a una alta morbilidad con tratamientos innecesarios y, en ocasiones, pérdida del funcionalismo renal, sin mencionar la posibilidad de malignización^{1,9}, siendo necesario un tratamiento y seguimiento correctos.

RESUMEN

La endometriosis vesical es una manifestación poco frecuente de una enfermedad muy comúnmente descrita por el ginecólogo. Se asocia a una elevada morbilidad dadas su dificultad diagnóstica y la baja sospecha. Debemos pensar en esta afección en mujeres con síntomas urinarios irritativos de presentación cíclica. Orientan hacia el diagnóstico las imágenes cistoscópicas, siendo necesaria la histología para su confirmación.

BIBLIOGRAFÍA

- Price DT, Maloney KE, Ibrahim GK, Cundiff GW, Leder RA, Anderson E. Vesical endometriosis: report of two cases and review of the literature. *Urology* 1996;48:639-43.
- Honore GM. Endometriosis extrapélvica. *Clin Obst Ginecol* 1999;3:631-41.
- Schwartzwald D, Mooppan U, Ohm HK, Kim H. Endometriosis of bladder. *Urology* 1992;39:219-22.
- Rock J, Markham S. Pathogenesis of endometriosis. *Lancet* 1992;340:1264-7.
- García JL, Extramiana J, Esteban JM, Díez JM, Esteban R, Arrizabalaga M, et al. Endometriosis vesical tras cesárea: aspectos diagnósticos y terapéuticos. *Actas Urol Esp* 1997; 21:785-8.
- Shook TE, Nyberg LM. Endometriosis of the urinary tract. *Urology* 1988;31:1-6.
- Nezhat C, Nezhat F, Nezhat C, Nesserbakht F, Rosati M, Seidman D. Urinary tract endometriosis treated by laparoscopy. *Fertil Steril* 1996;66:920-4.
- Shaw RW. Treatment of endometriosis. *Lancet* 1992;340: 1267-70.
- Makar A, Wauters HA, Van Dijck H, Van de Looverbosch RL, Schrijver H. Vesical endometriosis: value of laparoscopy. *Br J Urol* 1993;72:115-23.
- Speroff L, Glass RH, Kase NG. Endocrinología ginecológica e infertilidad. Buenos Aires: Waverly Hispánica S.A., 2000; p. 1057-75.