

CASOS CLÍNICOS

Endometriosis vesical: presentación de un caso

V. Benito, M. Prieto, L. Valle, C.R. Martel, S. Seara y J.A. García-Hernández

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. España.

ABSTRACT

Endometriosis involving the urinary tract occurs in approximately 1-2% of cases, with the urinary bladder being most frequently affected, in almost 90% of cases. The most common symptoms are suprapubic pain, and irritative voiding symptoms (urgency, frequency, dysuria) during menstruation. During examination the presence of a painful ante-uterine nodule is highly suggestive of bladder endometriosis. Surgery is the treatment of choice for this pathology.

Although bladder endometriosis is relatively rare, recently there are increasing numbers of cases published in the literature. We present our experience in the surgical treatment of a case of bladder endometriosis in a patient with no uterine surgical antecedents.

La endometriosis que afecta al tracto urinario acontece aproximadamente en el 1-2% de los casos, el órgano urinario más frecuentemente afectado es la vejiga, entre el 84 y el 90% de los casos⁵. El primer caso de endometriosis vesical fue publicado en 1921 por Judd⁶.

CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años de edad, sin antecedentes familiares de interés y con antecedentes personales de una laparotomía en la infancia tras una peritonitis generalizada secundaria a apendicitis aguda. Como antecedentes ginecoobstétricos presenta menarquia a los 11 años de edad, fórmula menstrual regular, nuligesta con esterilidad primaria de un año de evolución.

La paciente presenta cuadro de algias pélvicas con dismenorrea intensa que precisa analgesia intravenosa de larga evolución. Se pauta tratamiento con análogos de la GnRH durante 8 meses, consiguiendo el cese de la sintomatología. Con la sospecha diagnóstica de endometriosis, en junio de 2001 se realiza laparotomía exploradora. En el acto quirúrgico se describe un intenso cuadro adherencial y se realiza una adhesiolisis pélvica generalizada. Tres meses tras la intervención quirúrgica, la paciente comienza con un cuadro de tenesmo vesical y disuria importante, que coincide con el inicio de la menstruación y que se prolonga hasta una semana después de haber finalizado ésta; además, persiste la dismenorrea intensa, motivo por el cual se remite a nuestro centro.

En la exploración física encontramos un abdomen blando y depresible, pero muy doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, sin signos de irritación peritoneal. En la exploración ginecológica destaca la presencia de un nódulo de aproximadamente 3-4 cm en la cara vaginal anterior, doloroso al tacto. El cérvix es de nulípara, bien epitelizado y doloroso a la movilización. El útero se palpa en anteversión, fijo y no móvil. El fondo de saco de Douglas está obliterado y es muy doloroso al tacto.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad descrita en la literatura médica hace más de 300 años, y desde la antigüedad se sabe que es una enfermedad crónica y a menudo progresiva que se presenta cuando se implantan fragmentos del tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Para que se pueda definir como endometriosis, los implantes deben contener tanto células glandulares endometriales como células de la estroma.

Aproximadamente, entre un 10-15% de mujeres premenopáusicas están afectadas por este trastorno¹. Esta condición es más prevalente en mujeres de 25-45 años, con un pico de incidencia de 30 y 40 años². La incidencia se incrementa en mujeres nulíparas y en aquellas sometidas a cirugía uterina³. Los lugares más comunes de implantes endometriósicos son los ovarios, ligamentos uterosacros, trompas de Falopio, cérvix, vagina y fondo de saco de Douglas⁴.

Aceptado para su publicación el 12 de enero de 2004.

Fig. 1. Corte transversal en el que se identifica el útero, la vejiga y una masa excrescente intraluminal en ésta que, dado el contexto clínico, es sugestivo de nódulo endometriósico vesical.

Pruebas complementarias –hemograma, pruebas de coagulación y bioquímica–, normales. El sedimento urinario y el cultivo de orina son negativos. CA-125 elevado (85,23 UI/ml). El estudio ecográfico ginecológico informa de una formación heterogénea de refringencia media de 34 25 25 mm, adherida a la cara anterior de útero en tercio inferior (fig. 1). A la derecha del útero se visualiza otra formación heterogénea de refringencia baja de 45 37 35 mm. La cistoscopia informa de la presencia de una formación en cara posterior de vejiga compatible con un nódulo endometriósico.

Con el diagnóstico clínico de endometriosis pélvica con afectación vesical se programa intervención quirúrgica. El 3 de octubre de 2002 se realiza laparoscopia, con los siguientes hallazgos: útero de características normales pero muy adherido en su cara anterior a la vejiga; en fondo vesical se visualiza una formación de unos 3 cm, blanquecina y fibrosa; se visualiza una formación quística de 5 cm de diámetro mayor, dependiente del ovario derecho; el ovario izquierdo es normal, y el fondo de saco de Douglas está completamente obliterado por un proceso adherencial intenso. Ante el cuadro adherencial intenso se decide realizar abordaje laparotómico. Se practica cistectomía parcial con enucleación de la formación vesical, exéresis de la tumoración anexial y liberación de adherencias del fondo de saco de Douglas.

El estudio anatomopatológico informa de fragmento de pared vesical con numerosos focos de endometriosis en el espesor de la muscular propia, que se halla hipertrofiada. La tumoración ovárica se diagnostica de cuerpo lúteo hemorrágico.

El período postoperatorio cursa afebril, se mantiene el sondaje vesical permanente durante 14 días, y se da de alta con buen estado general.

Un mes después de la intervención, la paciente presenta dismenorrea leve que cede con antiinflamatorios, mejoría importante del dolor pélvico intermenstrual y desaparición de la sintomatología miccional asociada con la menstruación. Dado el cuadro de esterilidad primaria, se deriva a la Unidad de Reproducción Humana de nuestro centro, donde actualmente sigue tratamiento.

DISCUSIÓN

La endometriosis afecta al tracto urinario en el 1-2% de los casos, y el órgano más frecuentemente afectado es la vejiga urinaria, entre el 84 y el 90% de los casos. La endometriosis vesical, aunque infrecuente, se describe cada vez en mayor número de casos⁷⁻⁹.

Recientemente, diferentes investigadores han descrito 2 formas diferentes de endometriosis vesical: la primera acontece en mujeres que no se han sometido a cirugía uterina previa (primaria), y la segunda tiene lugar tras la operación de cesárea u otra similar (iatrogénica o secundaria)^{10,11}. En el primer caso, la lesión vesical representa sólo un lugar más de implante endometriósico en el contexto de una enfermedad generalizada. En el segundo, se postula que el implante vesical es secundario a la diseminación intraoperatoria de células endometriales o a una técnica quirúrgica de cerrado de la incisión uterina transversa baja deficiente¹²⁻¹⁵.

La endometriosis vesical se presenta con dolor suprapúbico y sintomatología irritativa miccional (urgencia, frecuencia, disuria)². Esta sintomatología normalmente se intensifica desde una semana antes de la menstruación hasta una semana después. La hematuria macroscópica se observa en escasas ocasiones ya que el nódulo endometriósico raramente infiltra y ulcera la mucosa vesical¹⁶. En casi el 40% de las pacientes, están presentes trastornos menstruales tales como metrorragia, dismenorrea y menorragia. La exploración física, que incluye el examen vaginal y rectal, revela una masa pélvica hasta en el 40-50% de los casos². La presencia de un nódulo anterouterino, doloroso al tacto, es altamente sugestivo de endometriosis vesical¹⁷.

El examen cistoscópico es fundamental para alcanzar un diagnóstico correcto. La primera descripción cistoscópica de endometriosis vesical fue realizada por Müller en 1927¹⁸. En una revisión realizada por Beecham y McCrea, se identificó alguna anomalía cis-

toscópica en 65 de 72 casos de endometriosis vesical¹⁹. Frecuentemente, se trata de nódulos únicos, con una media de 1 cm de diámetro, que se localizan en la proximidad del trigono o en la cúpula vesical. La cistoscopia puede no revelar la verdadera naturaleza de la lesión, ya que los típicos nódulos endometriósicos sólo se visualizan en una minoría de pacientes y la biopsia puede no ser específica¹⁰. Sin embargo, muchos autores defienden realizar siempre un estudio cistoscópico previo con la finalidad de descartar otras entidades tales como carcinoma vesical, cistitis intersticial, varices, papilomas, inflamación local o angiomas²⁰.

El estudio ecográfico realizado con vejiga llena, aunque no diagnóstico, revela la naturaleza endoluminal de la lesión e identifica un plano de clivaje entre el nódulo y la pared uterina, lo que excluye un leiomioma anterior²¹. La resonancia magnética nuclear (RMN) no proporciona información más precisa que el estudio ecográfico y, por lo tanto, no se recomienda de rutina. La urografía excretora es útil para demostrar diferentes grados de hidroureteronefrosis¹⁰.

A pesar de que la terapia médica ha probado ser efectiva en el alivio de la sintomatología, la recurrencia rápida tras el abandono del tratamiento de los síntomas miccionales, indica que la cirugía es el tratamiento principal²². En la bibliografía, la cistectomía parcial con exéresis del nódulo endometriósico, se considera el tratamiento de elección^{8,10,23}.

Para el diagnóstico de esta entidad, se debe tener un alto índice de sospecha en todas aquellas mujeres premenopáusicas que refieren sintomatología miccional durante el período menstrual con cultivos de orina negativos.

RESUMEN

La endometriosis que afecta al tracto urinario aparece aproximadamente en el 1-2% de los casos, y la afección de la vejiga urinaria es la más frecuente, casi en el 90% de los casos. La sintomatología más común es el dolor suprapúbico y sintomatología irritativa miccional (urgencia, frecuencia, disuria), que coincide con la menstruación. Como hallazgos exploratorios, la presencia de un nódulo anterouterino, doloroso al tacto, es altamente sugestivo de endometriosis vesical. El tratamiento quirúrgico es el de elección en esta entidad.

La endometriosis vesical, aunque infrecuente, se describe en la bibliografía cada vez con mayor frecuencia. Presentamos nuestra experiencia en el trata-

miento quirúrgico de un caso de endometriosis vesical sin antecedentes de cirugía uterina previa.

BIBLIOGRAFÍA

- Hasson HM. Incidence of endometriosis in diagnostic laparoscopy. *J Reprod Med* 1976;16:135.
- 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.
- Chatterjee SK. Scar endometriosis: a clinicopathologic study of 17 cases. *Obstet Gynecol* 1980;56:81.
- Williams TJ, Pratt JH. Endometriosis in 1,000 consecutive celiotomies: incidence and management. *Am J Obstet Gynecol* 1997;129:245.
- Denes FT, Pompeo AC, Montelatto ND, et al. Ureteral endometriosis. *Int Urol Nephrol* 1980;12:205.
- Judd ES. Adenomyoma presenting as a tumor of the bladder. *Surg Clin North Am* 1921;1:1271.
- Chapron C, Dubuisson JB, Jacob S, Fauconnier A, Da Costa, Vieira M. Laparoscopy and bladder endometriosis (French). *Gynecologie Obstetrique Fertilite* 2000;28:232-7.
- Nezhat CR, Nezhat F. Laparoscopic segmental bladder resection of endometriosis: a report of two cases. *Obstet Gynecol* 1993;81:882-4.
- Price DT, Maloney KE, Ibrahim GK, Cundiff GW, Leder RA, Anderson EE. Vesical endometriosis: report of two cases and review of the literature. *Urology* Oct 1996;48:639-43.
- Vercellini P, Meschia M, De Giorgi O, Panazza S, Cortesi I, Crosignani PG. Bladder detrusor endometriosis: clinical and pathogenetic implication. *J Urol* 1996;155:84-6.
- Brosens IA, Puttemans P, Deprest J, Rombauts L. The endometriosis cycle and its derailments. *Hum Reprod* 1994;9:770-1.
- Arap Neto W, Lopes RN, Cury M, Montelatto NI, Arap S. Vesical endometriosis. *Urology* 1984;24:271.
- Aldridge KW, Burns JR, Singh B. Vesical endometriosis: a review and 2 case reports. *J Urol* 1985;134:539.
- Foster RS, Rink RC, Mulcahy JJ. Vesical endometriosis: medical or surgical treatment. *Urology* 1987;29:64.
- Buka NJ. Vesical endometriosis after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:1117.
- Sircus SI, Sant GR, Ucci AA Jr. Bladder detrusor endometriosis mimicking interstitial cystitis. *Urology* 1988;32:339.
- Shook TE, Nyberg LM. Endometriosis of the urinary tract. *Urology* 1988;31:1.
- Müller J. *Arch F Klin Chir* 1927;145:394.
- Beecham CT, McCrea LE. Endometriosis of the urinary tract. *Urol Surv* 1957;7:2.
- Westney OL, Amundsen C, McGuire EJ. Bladder endometriosis: conservative management. *J Urol* 2000;163:1814-7.
- Kumar R, Haque AK, Cohen MS. Endometriosis of the urinary bladder: demonstration by sonography. *J Clin Ultrasound* 1984;12:363.
- Donnez J, Spada F, Squifflet J, Nisolle M. Bladder endometriosis must be considered as bladder adenomyosis. *Fertil Steril* 2000;74:1175-81.
- Zaloudek C, 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.