

A. Martín  
W. Plasencia  
R. García  
N. Medina  
J.A. García

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

### Correspondencia:

Dra. A. Martín Martínez.  
Servicio de Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.  
Avda. Marítima del Sur, s/n. 35001 Las Palmas de Gran Canaria.  
España.  
Correo electrónico: alicilla10@hotmail.com

Fecha de recepción: 11/12/02  
Aceptado para su publicación: 20/05/03

## Tratamiento laparoscópico de la endometriosis vesical

### *Laparoscopic treatment of bladder endometriosis*

A. Martín, W. Plasencia, R. García, N. Medina y A. García.  
*Tratamiento laparoscópico de la endometriosis vesical*

### RESUMEN

Presentamos dos casos de endometriosis vesical, que se resolvieron favorablemente y sin complicaciones mediante un abordaje laparoscópico. Se hace una revisión amplia del tema en la bibliografía, que permite proponer la laparoscopia como el tratamiento de elección ante esta localización.

### PALABRAS CLAVE

Endometriosis. Vejiga. Laparoscopia.

### SUMMARY

We present two cases of bladder endometriosis that were resolved without complications through the laparoscopic approach. Based on a broad review of the literature, we propose laparoscopy as the treatment of choice in this localization.

### KEY WORDS

Endometriosis. Bladder. Laparoscopy.

### INTRODUCCIÓN

La endometriosis de localización vesical es un proceso raro (1-2%)<sup>1,2</sup> de difícil diagnóstico por su clínica inespecífica, aunque hay autores que señalan que tiene que ser uno de los primeros diagnósticos a considerar ante una masa vesical en una mujer premenopáusica<sup>3</sup>.

Presentamos dos casos de pacientes con diagnóstico de endometriosis vesical que fueron sometidas a una cistectomía parcial y posterior reconstrucción de la zona por vía laparoscópica. Se realizó un seguimiento posterior de ambos períodos postoperatorios.

### PRIMER CASO

Mujer de 35 años de edad, fumadora, portadora de hemoglobina S, con antecedentes quirúrgicos de apendicectomía y ligadura bilateral de trompas y sin antecedentes familiares de interés.

Presentó la menarquia a los 12 años, en ciclos regulares. Tuvo dos gestaciones que finalizaron en dos partos eutócicos.

La paciente consulta por dismenorrea de 4 años de evolución, lo que se asocia con un cuadro de infecciones urinarias de repetición de aproximadamente un año de evolución.



**Figura 1.** Masa que despega la cara posterior de la vejiga (15 × 35 mm).

En la exploración física destacaba un dolor selectivo al presionar con la punta del dedo, localizado en el hipogastrio y el área suprapúbica, que aumentaba a la palpación profunda.

La ecografía informó de la presencia de una masa que despega la pared posterior de la vejiga (35 × 15 mm) y una imagen quística en el anejo derecho de 30 × 20 mm (fig. 1).

Ante el hallazgo ecográfico se solicitó una cistoscopia, que fue informada como sigue: masa sólida en la cara posterior, mucosa de aspecto normal.

Se solicitó un urocultivo, que fue negativo.

Se realiza un abordaje laparoscópico, observándose en la pelvis los siguientes hallazgos: endometrioma en ovario derecho de 30 × 20 mm, tabique rectovaginal afectado con varios focos de endometriosis, afección de la cara posterior de la vejiga en dos tercios de extensión, aproximadamente. Se practica una anexectomía derecha, una resección de tabique rectovaginal y una cistectomía parcial, con reconstrucción posterior de la pared vesical mediante puntos sueltos con vicryl 2/0.

El estudio anatomopatológico de las piezas quirúrgicas indicó la presencia de tejido endometrial que afectaba al 80% de tejido noble del ovario derecho, y tejido endometrial que infiltraba la totalidad de la pared, desde la mucosa a la serosa (pieza de vejiga).

La paciente, tras un año de control poscirugía, refiere la presencia de dismenorrea y dispareunia ocasional, de menor intensidad y frecuencia que las previas a la cirugía. No refiere sintomatología urinaria tras la cirugía.

Las cistoscopias de control realizadas al cabo de uno y 6 meses de la cirugía fueron normales.

## SEGUNDO CASO

Mujer de 34 años de edad, sin antecedentes de interés, con historia de esterilidad primaria de 3 años de evolución. Se estableció el diagnóstico de esterilidad por factor tubárico (la histerosalpingografía informó de la presencia de una trompa izquierda no permeable).

La paciente siguió múltiples tratamientos hormonales; se hicieron tres ciclos de IAC, sin éxito. Tras ellos, se programó para FIV; durante la extracción de ovocitos de ovario derecho se obtuvo un material achocolatado, sugestivo de endometriosis.

Se realizó una laparoscopia, donde se halló un foco endometriósico en el ovario derecho que se extirpó.

Diez meses después de la laparoscopia la paciente volvió a consultar por historia de tenesmo vesical más disuria de unos 3-4 meses de evolución, a lo que se asoció una intensa dispareunia que le impedía mantener relaciones sexuales.

A la exploración física destacaba una palpación abdominal dolorosa, fundamentalmente en la región suprapúbica, dolor a la palpación de fondo de saco posterior y un anejo izquierdo engrosado y doloroso al tacto.

La exploración ecográfica reveló una formación vegetante de 20 mm intravesical y una inclusión quística de 25 × 45 mm en el anejo izquierdo.

Se realizó una resección transuretral de la masa vesical, y el diagnóstico histológico de la pieza fue de endometriosis. Se instauró tratamiento con análogos de GnRH.

Tras un año de seguimiento en la consulta, se indicó una nueva laparoscopia, dado que los síntomas persistían (tenesmo vesical más dispareunia); los hallazgos fueron: endometrioma bilateral, trompa derecha engrosada e infiltración vesical.

Se practicó una exéresis de ambos endometriomas, con reconstrucción mediante sutura y salpin-



**Figura 2.** Sutura de la pared vesical con puntos sueltos (vicryl 2/0).

guetomía derecha. La exéresis en la pared vesical tuvo una formación de 30 × 40 mm con monopolar. Se realizó una sutura de pared vesical con puntos sueltos vicryl 2/0 en dos capas (fig. 2).

El informe anatomopatológico de las piezas fue: infiltración vesical hasta el músculo liso por tejido endometrial.

Hemos seguido a la paciente durante los 2 años siguientes a la intervención, permaneciendo asintomática con controles urológicos (se realizaron dos cistoscopias semestrales) sin hallazgos patológicos.

Quedó gestante a los 6 meses de la intervención.

## DISCUSIÓN

Los datos clínicos que pueden llevarnos a considerar el diagnóstico de endometriosis vesical son muy variados: urgencia, frecuencia, dolor suprapúbico, incontinencia urinaria, dismenorrea, dolor pélvico, hematuria, tenesmo vesical con urocultivos negativos, infecciones urinarias de repetición, etc. La urgencia miccional es el síntoma más frecuentemente referido por las pacientes<sup>4,5</sup>. Muchas veces la clínica se corresponde con la localización de la endo-

metriosis<sup>6</sup>, y en más de un 70% de los casos los síntomas son idénticos a los de la cistitis intersticial<sup>5</sup>.

El diagnóstico se simplifica mucho si la paciente ya está diagnosticada previamente de endometriosis en otras localizaciones, pero en más de la mitad de los casos la localización vesical aparece de forma aislada<sup>7</sup>.

Entre las técnicas de diagnóstico por imagen la ecografía abdominal transvaginal, la resonancia magnética (RM) y la tomografía computarizada (TC) han sido comparadas en múltiples estudios; la ecografía transvaginal es la técnica que parece tener mayor sensibilidad para el diagnóstico de esta patología<sup>8-10</sup>, y se prefiere la RM para lesiones pequeñas y las localizadas en la cara posterior de la vejiga<sup>11,12</sup>.

La otra dificultad para esta localización tan peculiar es el tratamiento, obstaculizado por la vía de acceso en algunos casos y por la tasa de recidiva en otros muchos, que para algunos autores está en relación directa con el grado de infiltración en la mucosa<sup>13</sup>.

Varios son los tratamientos que han sido recibidos por pacientes afectadas de esta patología: médicos con análogos de la GnRh y quirúrgicos mediante resección transuretral o cistectomías parciales, por vía laparotómica o laparoscópica<sup>2,13-21</sup>. El tratamiento médico es de primera elección en pacientes jóvenes<sup>5</sup> aunque es el menos efectivo.

Si no se trata, la endometriosis vesical puede llegar a causar serias complicaciones, como obstrucción uretral, hidronefrosis, daño renal irreversible y pérdida de la función vesical<sup>4,18,20</sup>.

La tasa de recidivas está en función de la infiltración y el tratamiento empleado; con la resección del tejido, por vía laparotómica o laparoscópica, se obtiene una tasa menor.

Se ha descrito la asociación de esta entidad con adenocarcinoma de células claras y adenosarcoma endometroide, lo que apoya la escisión del tejido frente al tratamiento médico<sup>21</sup>.

## CONCLUSIONES

Se propone la vía laparoscópica mediante resección parcial y reconstrucción posterior de la zona mediante sutura como alternativa a la resección transuretral, dada su menor tasa de recidiva en el tratamiento de la endometriosis vesical, ya que el acce-

**406** so laparoscópico permite la exéresis de todo el espesor de la pared vesical cuando ésta está afectada; por el contrario, el abordaje transuretral no permite

el tratamiento de la pared en su totalidad, y pueden quedar zonas afectadas que serían el origen de recidivas en el futuro.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ojea Calvo A, Núñez López A, Alonso Rodrigo A, Rodríguez Iglesias B, Benavente Delgado J, Barrios Rodríguez JM, et al. Endometriosis vesical. *Actas Urol Esp* 1992;16:805-7.
- García Gonzalez JI. Vesicle endometriosis after cesarean section: diagnostic and therapeutic aspects. *Actas Urol Esp* 1997;21:785-8.
- Nezhat C, Seidman OS, Nezhat F, Nezhat C. Urinary tract endometriosis treatment by laparoscopy. *Fertil Steril* 1996;66:920-4.
- Dubuisson JB, Chapron C, Aubric F, Osman M, Zerbib M. Pregnancy after laparoscopic partial cystectomy for bladder endometriosis. *Hum Reprod* 1994;9:730-2.
- Westney OL, Admusen CL, McGuire EJ. Bladder endometriosis: conservative management. *J Urol* 2000;163:1814-7.
- Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, Vieira M, Dousset B, Breat G. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril* 2002;78:719.
- Ferzli G, Wenof M, Giannakakos A, Raboy A, Alber PI. Cistectomía vía laparoscópica: una alternativa en el tratamiento de la endometriosis vesical. *J Laparoendosc Surg* 1993;3:161-5.
- Savoca G, Tombetta C, Troiano L, Guaschinos S, Raber M, Belgrano E. Echographic, MRI and CT features in a case of bladder endometriosis. *Arch Ital Urol Androl* 1996;68(Suppl 5):193-6.
- Fedele, Bianchi S, Raffaelli R, Portuese A. Pre-operative assessment of bladder endometriosis. *Hum Reprod* 1997;12:2519-22.
- Chen CP, Chang HK, Sheu CY, Chen BF, Chang SJ, Wang WL. Sonographic detection of previously unsuspected vesical endometriosis in a woman with dysmenorrhea. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001;18:183-4.
- Umaria N, Olliff JF. MRI appearances of bladder endometriosis. *Br J Radiol* 2000;73:733-6.
- Balleyguier C, Chapron C, Dubuisson JB, Kinkel K, Fauconnier A, Vieira M, et al. Comparison of magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography in diagnosing bladder endometriosis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002;9:15-23.
- Chapron C, Dubuisson JB, Jabab S, Fauconnier A, Da Costa, Vieira M. Laparoscopy and bladder endometriosis. *Gynecol Obstet Fertil* 2000;28:232:7.
- Samprieto Crespo A, Fernández Durán AM, Ruiz Mondejar R, Fernández Gómez J, Zazo Romarajo AF. Bladder endometriosis: a new case and review of the literature. *Arch Esp Urol* 1995;48:314-7.
- Sánchez Merino JM, et al. Bladder endometriosis. *Arch Esp Urol* 1999;52:933-5.
- Chapron C, Dubuisson JB. Laparoscopic management of bladder endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:887-90.
- Nezhat CH, Nezhat FR, Nezhat CR, Rottenberg H. Laparoscopic management of genitourinary endometriosis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1994;1:255.
- Nezhat CR, et al. Urinary tract endometriosis treated by laparoscopy. *Fertil Steril* 1996;66:920-4.
- Nezhat CH, et al. Laparoscopic vesicopsoas hitch for infiltrative ureteral endometriosis. *Fertil Steril* 1999;71:376-9.
- Laparoscopic management of 15 patients with infiltrating endometriosis of the bladder and a case of primary intravesical endometrioid adenosarcoma. *Fertil Steril* 2002;78:872.
- Nada W, et al. Laparoscopic escisión of endocervicosis of the urinary bladder. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000;7:135-7.