

548

M. Calderay<sup>a</sup>  
J.M. González<sup>a</sup>  
C. Sánchez<sup>a</sup>  
J. Lázaro<sup>a</sup>  
M.J. Cid<sup>a</sup>  
N. Camarasa<sup>b</sup>  
I. Martín<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

**Correspondencia:**

Dra. M. Calderay.  
P.º Imperial, 81, 2.º A. 28005 Madrid. España.  
Correo electrónico: milagros.calderay@wanadoo.es

Fecha de recepción: 31/7/03

Aceptado para su publicación: 24/11/03

---

### RESUMEN

**Objetivo:** Revisar los casos de una entidad relativamente infrecuente como es la endometriosis extrapelviana y extragenital, diagnosticada y tratada en nuestro centro.

**Resultados:** De las 18 pacientes con diagnóstico histológico de endometriosis entre 1996 y 2002, encontramos una localización vesical (5,5%), 2 localizaciones cervicales (11,1%), una en el epiplón mayor (5,5%), 2 en la pared abdominal (11,1%), 3 en la vagina (16,5%), 3 en el perineo (16,5%), 3 umbilicales (16,5%) y otras 3 en el tubo digestivo (16,5%), de las cuales 2 afectaban al rectosigma.

**Conclusiones:** La endometriosis extrapelviana (cervix, vagina, vulva, perineo) es rara, y las localizaciones extragenitales (intestinal, urinaria, umbilical, etc.) son aún más raras. Se han descrito lesiones endometrióticas en casi todos los órganos.

### PALABRAS CLAVE

Endometriosis. Extragénital. Extrapelviana.

## Endometriosis extragenital y extrapelviana

*Extragénital and extrapelvic endometriosis*

### ABSTRACT

**Objective:** To review the cases of extrapelvic and extragenital endometriosis, a relatively infrequent entity, diagnosed and treated in our center.

**Results:** Of 18 patients with a histological diagnosis of endometriosis from 1996 to 2002, endometriosis was located in the bladder in one patient (5.5%), the cervix in 2 (11.1%), the epiplon in one (5.5%), the abdominal wall in 2 (11.1%), the vagina in 3 (16.5%), the perineum in 3 (16.5%), the umbilicus in 3 (16.5%) and the intestinal tract in 3 patients (16.5%), of which 2 involved the rectosigmoid.

**Conclusions:** Extrapelvic endometriosis (cervix, vagina, vulva and perineum) is uncommon and extragenital localizations (urinary, intestinal, abdominal wall, etc.) are highly infrequent. Endometriosis lesions have been described in almost all organs.

### KEY WORDS

Endometriosis. Extragénital. Extrapelvic.

## INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad que se caracteriza por la presencia fuera de la cavidad uterina de tejido idéntico al endometrio. La primera descripción histológica de la endometriosis la realizó Rokitansky en 1860, aunque la denominación de endometriosis se la dio Sampson en 1921<sup>1</sup>. La frecuencia se estima en aproximadamente el 2% de la población femenina general independientemente de la edad<sup>2</sup>, en un 10-15% de las mujeres premenopáusicas<sup>3</sup> y en más del 35% de las mujeres infértilas<sup>4</sup>.

Las localizaciones más frecuentes son las ováricas, el ligamento ancho, los fondos de saco peritoneales, los ligamentos uterosacros y el tabique rectovaginal<sup>5</sup>. Localizaciones más raras son la vejiga, el riñón, el sigma, el recto, la vagina, el ombligo y otras localizaciones extrapelvicas como la pleura, el pulmón, la extremidades, cicatrices abdominales y la región perianal, especialmente en la cicatriz de episiotomía<sup>6,7</sup>.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Analizamos retrospectivamente a 18 pacientes diagnosticadas de endometriosis extragenital o extrapelviana entre 1996 y 2002 en nuestro centro. En cada caso se recogieron edad, localización, antecedentes de cirugía previa sobre aparato genital, método diagnóstico y modalidad de tratamiento.

## RESULTADOS

La edad media fue de 38 años, con un rango comprendido entre 28 y 72 años. Describimos una localización vesical (5,5%), 2 localizaciones cervicales (11,1%), una en el epiplón mayor (5,5%), 2 en la pared abdominal (11,1%), 3 en la vagina (16,5%), 3 en el perineo (16,5%), 3 umbilicales (16,5%) y otras 3 en el tubo digestivo (16,5%), de las cuales 2 afectaban al rectosigma.

El caso de localización vesical tenía como antecedentes un parto por cesárea, y el síntoma inicial fue molestias inespecíficas sin hematuria. El diagnóstico se realizó con ecografía, tomografía computarizada y cistoscopia. Se llevó a cabo en un primer momento resección transuretral con diagnóstico anatopatológico de endometriosis. Posteriormente la enfermedad recidió en 3 ocasiones y la paciente se sometió a cistectomía parcial.

Las endometriosis cervicales fueron hallazgos anatopatológicos en piezas de histerectomía por otros motivos. La localización en el epiplón mayor apareció en una paciente de 72 años a quien se practicó una laparotomía por sospecha de cáncer de ovario; el resultado anatopatológico fue de endometriosis ovárica y en el epiplón mayor.

De las 3 localizaciones vaginales, sólo en uno de los casos existía el antecedente de cirugía ginecológica por útero miomatoso y endometriosis ovárica. La mayoría de las pacientes refería hemorragia genital y coitorragia, y en todos los casos se halló en la exploración un nódulo en la cúpula y/o en la pared vaginal. En todos ellos se realizó exéresis de la lesión.

Todas las endometriosis en perineo se localizaron sobre cicatrices previas (exéresis de la glándula de Bartolino, episiotomía) y se manifestaron como nódulos dolorosos, lo mismo que las localizadas en la pared abdominal, que aparecieron sobre cicatrices de cesáreas previas. En todos los casos se llevó a cabo la exéresis de la lesión y confirmación histológica.

Las endometriosis umbilicales se manifestaron clínicamente como onfalitis recidivante y en 2 casos había antecedentes de cirugía ginecológica (cesárea, laparoscopia). En todos los casos se practicó onfaloplastia.

Por último, las endometriosis intestinales se localizaron en el rectosigma y sus manifestaciones clínicas fueron inespecíficas (hematoquecia, estreñimiento, asociación a colitis ulcerosa). Sólo en un caso existía endometriosis concomitante en el aparato genital. En todos ellos hubo confirmación histológica. Se llevó a cabo tratamiento quirúrgico en 2 de ellos y el otro caso permanece en seguimiento.

## DISCUSIÓN

La primera descripción histológica de la endometriosis la hizo Rokitansky en 1860, aunque la denominación de endometriosis se la dio Sampson en 1921<sup>1</sup>. Las localizaciones más frecuentes son las ováricas, el ligamento ancho, los fondos de saco peritoneales, los ligamentos uterosacros y el tabique rectovaginal<sup>5</sup>. Localizaciones más raras son la vejiga, el riñón, el sigma, el recto, la vagina, el ombligo y otras localizaciones extrapelvicas como la pleura, el pulmón, las extremidades, cicatrices abdominales y la región perianal, especialmente en la cicatriz de episiotomía<sup>6,7</sup>.

550

La endometriosis raramente afecta a la vejiga y el tracto urinario, y su frecuencia aproximada se cifra entre un 1 y un 2%<sup>3,5,8,9</sup>, con una tasa de afección de la vejiga del 80 al 90%<sup>4,5,8</sup>. Judd describió el primer caso de endometriosis vesical en 1921<sup>5,9</sup> y la primera descripción cistoscópica la realizó Müller en 1927<sup>8</sup>. En la bibliografía se reconocen 2 formas distintas de afección: una se encuentra en mujeres sin antecedentes de cirugía ginecológica (primaria), y la otra se desarrolla después de una cesárea (secundaria o iatrogénica) por implantes de la caduca<sup>5,8,9</sup>. Desde el punto de vista clínico, puede haber hematuria, cistitis, disuria y/o dolor suprapúbico, pero el diagnóstico es difícil debido a que los síntomas son muy vagos y ninguno de ellos es patognomónico<sup>10,11</sup>. Es necesario un diagnóstico temprano, así como tratamiento para evitar la pérdida de la función renal<sup>11</sup>. El diagnóstico cistoscópico es el más útil para la sospecha diagnóstica, pero es necesaria la confirmación histológica<sup>4</sup>. El tratamiento de elección es la cistectomía parcial abierta<sup>4</sup> o por laparoscopia<sup>9,10</sup>, si bien la resección transuretral puede ser una opción terapéutica válida en casos seleccionados<sup>4</sup>. La histerectomía con ooforectomía se ha propuesto en pacientes con endometriosis del tracto urinario que no desean gestación<sup>11</sup>.

Las lesiones cervicales son raras (su frecuencia oscila entre el 0,1 y el 0,4%<sup>2</sup>). Las localizaciones vaginales son más excepcionales todavía. Se trata en ocasiones de una localización primitiva, que en general aparece tras una intervención quirúrgica y responde a un implante de tejido endometrial en la cicatriz. El tratamiento consiste en la destrucción de los pequeños nódulos (exéresis o láser). La evolución de la endometriosis vaginal es variable y generalmente desfavorable. No obstante, el riesgo de degeneración es muy bajo, se da aproximadamente en el 1% de los casos<sup>12,13</sup>.

La endometriosis perineal es una forma infrecuente de endometriosis extragenital. El mecanismo patogénico estaría relacionado con el trasplante autólogo de células endometriales durante el parto (desgarro perineal, episiotomía o legrado posparto)<sup>6</sup>, durante intervenciones previas (perineorrafía, exéresis de la glándula de Bartolino) o por traumatismos<sup>2,14</sup>. El comienzo de los síntomas puede ocurrir varios años después del parto y se presenta entonces bajo la forma de una tumefacción mal delimitada, indurada y sensible, que aumenta de volumen

durante la menstruación<sup>14</sup>. La exéresis quirúrgica es el tratamiento de elección y entraña cierta dificultad por la proximidad del recto y del esfínter anal, así como por la necesidad de una exéresis completa, único medio de evitar las recidivas<sup>14</sup>.

La endometriosis parietal presenta una incidencia del 0,03-1%<sup>15</sup> y puede aparecer espontáneamente, pero la mayoría de los casos se desarrolla en el trayecto de una cicatriz de cirugía abdominal<sup>7</sup>. Son patognomónicos la presencia de una tumoración en la pared abdominal próxima a una cicatriz quirúrgica y el dolor cíclico, así como el aumento de volumen de dicha tumoración en el período premenstrual o menstrual<sup>15</sup>. La ecografía, la tomografía computarizada, la resonancia magnética y la punción-aspiración con aguja fina permiten realizar el diagnóstico de sospecha, pero el diagnóstico de certeza se establece con el estudio histológico tras la exéresis. El tratamiento consiste en la exéresis sistemática de las lesiones.

El primer caso de endometriosis intestinal se describió en 1909<sup>16</sup>. La incidencia es aproximadamente de un 15-37% de las pacientes con endometriosis pélvica<sup>17</sup>, pero la cifra exacta se desconoce, dado que a menudo cursa sin síntomas<sup>18</sup>. Las 2 terceras partes afectan a la región del rectosigma<sup>19</sup>, al que siguen, por orden de frecuencia, el colon proximal, intestino delgado, apéndice y ciego. No se ha descrito ningún caso de afección gástrica y esofágica<sup>17</sup>. Cuando la enfermedad es sintomática, los síntomas y signos físicos no son específicos<sup>18,19</sup> y se debe realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades como la enteritis regional, apendicitis, colitis o enteritis isquémica, diverticulitis, enfermedad de Crohn o neoplasia, lo que condiciona a menudo un retraso en el diagnóstico de la endometriosis intestinal<sup>17</sup>. Los hallazgos radiológicos y endoscópicos son similares a los de otros procesos inflamatorios o neoplásicos<sup>19</sup>. La cirugía de la endometriosis rectosigmoidea es técnicamente difícil<sup>18</sup> y en muchas de estas pacientes no debe descartarse realizar resección intestinal<sup>20</sup>.

En conclusión, la endometriosis extrapelviana (cervix, vagina, vulva, perineo) es poco frecuente, y las localizaciones extragenitales (urinarias, intestinal, parietales, umbilicales, etc.) son aún más raras, pero debemos pensar en ellas sobre todo en mujeres en edad fértil, ya que se han descrito lesiones endometrióticas en casi todos los órganos. El diagnóstico siempre será histológico, y el tratamiento, básicamente quirúrgico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. De la Fuente P, Ordás J. Endometriosis. Tratado de obstetricia y ginecología. Vol. II. McGraw-Hill Interamericana, 1998 p. 289-310.
2. Tran DK, Leroy JL, Dufarestel T, Nguyen BMN. [Endometriosis externa.] *Encycl Méd Chir (Paris-France) Gynecologie* 1996; 150(A-10):14.
3. Westney L, Amundsen C, McGuire EJ. Bladder endometriosis: conservative management. *J Urol* 2000;163:1814-7.
4. Sánchez Merino JL, Parra Muntaner L, Guillén Maqueira C, Gómez Cisneros SG, Alonso Ortiz J, García Alonso J. Endometriosis vesical. *Arch Esp Urol* 1999;52:933-5.
5. Umaria M, Olliff JF. MRI appearances of bladder endometriosis. *Br J Radiol* 2000;73:733-6.
6. Bacher H, Schweiger W, Cerwenka H, Mischinger HJ. Use of anal endosonography in diagnosis of endometriosis of the external anal sphincter. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1999;42:680-2.
7. Toullalan O, Baque P, Benchimol D, Bernard JL, Ramili A, Gillet JY, et al. Endometriose des muscles grands droits de l'abdomen. *Ann Chir* 2000;125:880-2.
8. Fedele L, Piazzolla E, Raffaelli R, Bianchi S. Bladder endometriosis: deep infiltrating endometriosis or adenomyosis? *Fertil Steril* 1998;69:972-5.
9. Donnez J, Spada F, Squifflet J, Nisolle M. Bladder endometriosis must be considered as bladder adenomyosis. *Fertil Steril* 2000;74:1175-81.
10. Chapron C, Dubuisson JB. Laparoscopic management of bladder endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78: 887-90.
11. Nezhat C, Nezhat F, Nezhat C, Nasserbakht F, Rosati M, Seidman D. Urinary tract endometriosis treated by laparoscopy. *Fertil Steril* 1996;66:920-4.
12. Lefranc JP, Tranbaloc P, Barraso R, Terrier L. [Tumores de la vagina y lesiones relacionadas.] *Encycl Méd Chir (Paris-France) Gynecologie* 1991;530(A-10):8.
13. Judson P, Temple AM, Fowler W, Novotny D, Funkhouser W. Vaginal adenosarcoma arising from endometriosis. *Gynecol Oncol* 2000;76:123-5.
14. Gabriel IR, Quereux Ch, Wahl P. [Tumores benignos de la vulva.] *Encycl Méd Chir (Paris-France) Gynecologie* 1995;510(A-10):6.
15. Calabrese L, Delmonte O, Mari R. Endometriosis of the abdominal wall. Clinical case and review of literature. *Acta Biomed Ateneo Parmense* 1997;68:35-43.
16. Garcha I, Perioe M, Strawn E, Mason E. Laparoscopic resection of sigmoid endometrioma. *Am Surg* 1996;62:274-5.
17. Yantiss R, Clement P, Young R. Endometriosis of the intestinal tract. A study of 44 cases of a disease that may cause diverse challenges in clinical and pathologic evaluation. *Am J Surg Pathol* 2001;25:445-54.
18. Tran KTC, Kuijpers HC, Willehsen WNP, Bulten H. Surgical treatment of symptomatic rectosigmoid endometriosis. *Eur J Surg* 1996;162:139-41.
19. Barclay RL, Simon JB, Vanner SJ, Hurlbut DJ, Jeffrey JF. Rectal passage of intestinal endometriosis. *Dig Dis Sci* 2001;46:1963-7.
20. Redwine D, Koning H, Sharpe D. Laparoscopically assisted transvaginal segmental resection of the rectosigmoid colon for endometriosis. *Fertil Steril* 1996;65:193-7.