

294 **José María Sánchez Merino^a**
Cristina Guillán Maquieira^b
Juan Agustín Galán Ramos^{c,†}

^aServicio de Urología. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. España.

^bServicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. España.

^cServicio de Radiodiagnóstico. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. España.

Correspondencia:

Dr. J.M. Sánchez Merino.
Rúa de Zanfona, 3. 15176 Nos (San Pedro). A Coruña. España.
Correo electrónico: sanchezuro@hotmail.com

Fecha de recepción: 29/10/2007.

Aceptado para su publicación: 17/12/2007.

Endometriosis detrusoriana

Bladder detrusor endometriosis

RESUMEN

Se presenta un caso de endometriosis detrusoriana en una paciente de 32 años con antecedente de cesárea que consultó por síndrome miccional de larga evolución. Se indagó sobre la posible recurrencia del cuadro y su relación con el ciclo menstrual, lo que permitió orientar inmediatamente el diagnóstico y aplicar de forma temprana el tratamiento adecuado, evitando así un sufrimiento prolongado e innecesario a la paciente. Ante el antecedente de cesárea y síndrome miccional recurrente se debe descartar endometriosis detrusoriana, sobre todo si en la ecografía o en la tomografía computarizada se evidencia un engrosamiento de la pared vesical en contacto con el útero.

PALABRAS CLAVE

Vejiga urinaria. Endometriosis. Cesárea. Cistectomía.

ABSTRACT

A 32-year-old woman with a history of cesarean section presented with longstanding urinary symptoms. The patient was asked about possible symptom recurrence and its relation with her

menstrual cycle, leading us to suspect a diagnosis of bladder detrusor endometriosis. Early diagnosis avoided prolonged and unnecessary patient distress. Bladder detrusor endometriosis should be suspected in patients with a history of cesarean section and recurrent urinary symptoms, especially if ultrasound or computed tomography reveals a thickened bladder wall in contact with the anterior uterine wall.

KEY WORDS

Urinary bladder. Endometriosis. Cesarean section. Cystectomy.

INTRODUCCIÓN

La afectación de la vía urinaria en la endometriosis es muy infrecuente. Donnez et al¹ encontraron una prevalencia del 0,2% de endometriosis del detrusor vesical entre 9.200 pacientes tratadas por endometriosis y Chapron et al² constataron la infiltración de la vejiga en el 0,6% de las pacientes operadas por endometriosis. La afectación de otras estructuras anatómicas del aparato urinario es todavía más rara.

Aunque la afectación vesical es poco habitual, su sospecha puede evitar el sufrimiento innecesario de

la paciente, que en ocasiones puede prolongarse durante largos períodos por el retraso en la instauración del tratamiento debido a un retraso en el diagnóstico.

Se presenta un caso de endometriosis vesical tratado con exéresis del nódulo endometriósico mediante cistectomía parcial y se revisan algunos aspectos de la etiopatogenia, el diagnóstico y el tratamiento.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente de 32 años con el antecedente de cesárea 7 años antes del inicio de la clínica urológica actual. Presentaba ciclos regulares y había utilizado anticoncepción hormonal hasta un año antes de presentarse la sintomatología urológica.

Un mes antes de ser remitida a la consulta de urología acudió al servicio de urgencias del hospital refiriendo un cuadro de aproximadamente varios meses de evolución de molestias durante la micción, caracterizadas por disuria y tenesmo vesical, no acompañadas de hematuria macroscópica y con ausencia de respuesta al tratamiento empírico con fluoroquinolonas administradas por vía oral por su médico de atención primaria. Se la remitió a su centro de salud para la realización de urocultivo que resultó normal.

Posteriormente, la paciente fue derivada a consulta de urología donde refirió un cuadro de aproximadamente un año de evolución de dolor suprapúbico, disuria y tenesmo vesical. Preguntada específicamente sobre la posible recurrencia del cuadro, señaló que la sintomatología se presentaba entre el día 5 y 25 de sus ciclos menstruales.

En la exploración física los genitales externos, el útero y los anejos fueron normales, así como la analítica sanguínea y el análisis sistemático de orina. Se realizó una ecografía renovesical (fig. 1) como primera prueba diagnóstica de imagen; se detectó una formación hipoecoica de 2,6 cm de tamaño, bien delimitada, entre la pared posterobasal de la vejiga y la cara anterior del útero, desplazando levemente la pared vesical.

Con la sospecha de endometriosis vesical, se realizó una tomografía computarizada abdominopélvica (fig. 2), donde se observaba, en la cara anterior e



Figura 1. Endometriosis detrusoriana. Ecografía renovesical: en el estudio del área vesical, zona posterobasal, se pone de manifiesto la presencia de una imagen nodular hipoecoica entre el útero y la vejiga, de 26 mm de diámetro.

inferior del cuerpo uterino, una imagen nodular que realizaba con contraste, en contacto con la pared posterior de la vejiga.

Se realizó una cistoscopia que evidenció un efecto de compresión extrínseco en la cara posterior de la vejiga, con una mucosa de revestimiento urotelial de aspecto normal.

Con el diagnóstico de presunción de foco endometriósico con afectación del músculo detrusor vesical, se solicitó valoración por servicio de ginecología para tratamiento complementario de su proceso de base.



Figura 2. Endometriosis detrusoriana. Tomografía computarizada abdominopélvica: estudio con contraste intravenoso. Se pone de manifiesto la existencia de una imagen nodular de bordes bien definidos entre la vejiga y el útero, que presenta un realce periférico significativo.

Dicho servicio procedió a la realización de una laparoscopia diagnóstica, con demostró como únicos hallazgos un «típico» foco negrozco en la plica vesicouterina, sugestivo de endometriosis, así como un abultamiento nodular de aproximadamente 2 cm entre vejiga y útero en la zona subperitoneal.

Posteriormente, de forma programada, se realizó de manera conjunta por los servicios de ginecología y urología una laparotomía con escisión del nódulo vesical, situado en su cara posterolateral izquierda, con cistostomía vertical previa para evitar la lesión inadvertida de los uréteres, dado que el tejido perinodular estaba engrosado y fue necesario extirpar la lesión junto con un margen de seguridad de 2 cm, aproximadamente.

En la pieza remitida al servicio de anatomía patológica se evidenciaron múltiples focos endometriósicos dispersos por la muscular vesical, con componentes epitelial y estromal endometriales (figs. 3 y 4).

Con el resultado anatomopatológico de endometriosis vesical se inició tratamiento con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropinas durante 6 meses junto con terapia hormonal sustitutiva.

Siete meses después de la intervención la paciente se encuentra asintomática, con control mediante tomografía computarizada abdominopélvica que no muestra alteraciones de interés (fig. 5).

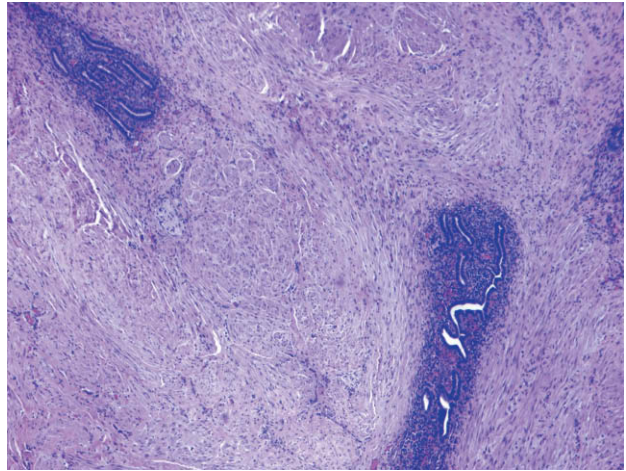


Figura 3. Endometriosis detrusoriana. Dos focos de endometriosis en el músculo liso vesical de la biopsia.

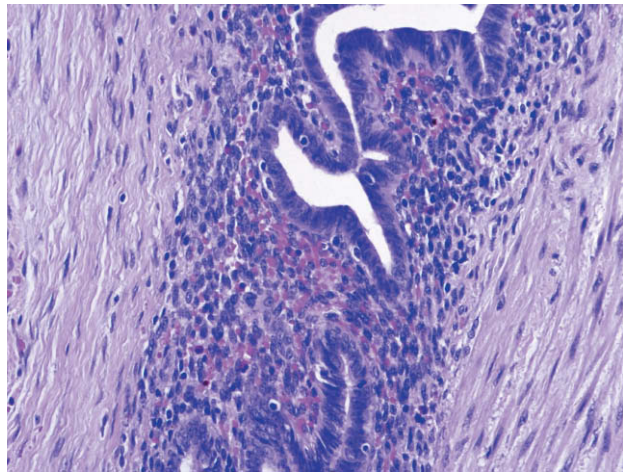


Figura 4. Endometriosis detrusoriana. A mayor aumento, se objetiva componente epitelial no displásico en dichos focos. El estroma endometrial presenta áreas de hemorragia. Obsérvese también la buena delimitación con el músculo adyacente.

DISCUSIÓN

Se reconocen 2 tipos de endometriosis vesical. La forma iatrogénica o secundaria se considera el resultado de una diseminación intraoperatoria de las células endometriales durante el cierre de la incisión uterina en una cesárea. En estos casos, la pelvis estaría virtualmente libre de endometriosis³. En rela-



Figura 5. Endometriosis detrusoriana. Tomografía computarizada de control: vejiga y útero perfectamente delimitados, sin valorarse la presencia de lesiones nodulares entre ambos.

ción con este aspecto, se halló este antecedente en el 39% del total de los casos publicados en la literatura científica española⁴.

La otra forma de endometriosis vesical, la espontánea o primaria, se encuentra en mujeres sin el antecedente de cirugía uterina. En este caso la endometriosis vesical representaría sólo un sitio de una enfermedad más generalizada³.

La posibilidad de endometriosis detrusoriana o vesical debería tenerse en cuenta en cualquier paciente que se presenta con síntomas miccionales recurrentes. La alternancia periódica de los síntomas y de la hematuria cuando ésta existe es casi diagnóstica. Sin embargo, aun cuando la sintomatología cíclica es muy orientativa, con frecuencia se produce un retraso en el diagnóstico, que puede oscilar entre 7 y 28 meses en algunas series³.

Uno de los objetivos fundamentales de las pruebas de imagen y de la laparoscopia es descartar la presencia de otros posibles focos de endometriosis pelviana. Con respecto a otras técnicas diagnósticas, la cistoscopia ocupa un lugar prevalente en el estudio de la endometriosis detrusoriana, teniendo en cuenta que la imagen cistoscópica varía según la etapa del ciclo menstrual. Sin embargo, en el caso de que la lesión afecte sólo a la adventicia vesical, la cistoscopia no será diagnóstica⁵. De hecho, en nuestro caso sólo se apreció una compresión de aspecto extrínseco dado que la mucosa vesical estaba respetada.

Antes de afrontar el tratamiento de la endometriosis hay que tener en cuenta su elevada probabilidad de recurrencia. De hecho, ningún tratamiento es completamente efectivo en la prevención de ésta⁶.

Por otra parte, el tratamiento de la endometriosis vesical es controvertido, dado que no se han realizado estudios controlados para comparar la eficacia de los distintos regímenes terapéuticos dada la rareza de la afectación del aparato urinario⁴. De cualquier manera, debe ser una responsabilidad compartida del ginecólogo y el urólogo, especialmente en mujeres jóvenes que desean mantener su función reproductora.

Los objetivos básicos a la hora de valorar el tratamiento son la supresión de la sintomatología, la exéresis de la lesión y el mantenimiento posterior de la fertilidad. Es por ello que la actitud a seguir debe individualizarse en cada caso, valorando la edad, el deseo de futuros embarazos, la localización y la extensión de la afectación vesical, el grado de sintomatología y la presencia de patología ginecológica concomitante.

Las modalidades de tratamiento conservador de la endometriosis del detrusor son normalmente paliativas y los síntomas generalmente recurren después de suspender la medicación. Así, Vercellini et al³ utilizaron terapia médica específica para la enfermedad, que provocó un alivio de los síntomas. Sin embargo, la sintomatología reapareció cuando se suspendió la medicación. De cualquier manera, el tratamiento hormonal no parece efectivo en las pacientes con endometriosis y antecedente de cesárea⁷.

En cuanto al tratamiento quirúrgico de la endometriosis del detrusor, éste estará orientado hacia la resección segmentaria de la pared vesical afectada⁶.

Una modalidad quirúrgica utilizada con frecuencia en la endometriosis vesical es la resección transuretral de la tumoración. Sin embargo, distintos autores desaconsejan su uso como tratamiento definitivo, dado que por la naturaleza transmural de la lesión si la resección es completa existe un alto riesgo de perforación vesical y si es parcial, el de recurrencia^{3,4}. No obstante, con este tipo de tratamiento se han comunicado excelentes resultados con largos períodos de seguimiento^{5,8,9}. De cualquier modo, es necesario informar a la paciente de la probabilidad de fracaso de esta modalidad terapéutica, que puede llegar hasta el 35%⁴.

Aunque la resección transuretral es la técnica quirúrgica más utilizada en España⁴, generalmente se hace referencia a la cistectomía parcial, vía abierta o por laparoscopia, como la técnica de elección para la exéresis de la lesión vesical^{1,2,7,10}. No se han descrito recidivas tras las cistectomías parciales, incluidas las realizadas para el tratamiento de los casos en los que fracasó la resección transuretral, según una extensa revisión de la literatura científica española⁴.

Cualquiera de las dos técnicas anteriores, resección transuretral o cistectomía parcial, se pueden complementar con un tratamiento supresor de tipo hormonal para los pequeños focos residuales en las pacientes a quienes les interesa conservar la fertilidad^{9,11,12}.

Como conclusión, ante el antecedente de cesárea y síndrome miccional cíclico se debe sospechar endo-

metriosis detrusoriana, más aún si en la ecografía o la tomografía computarizada aparece engrosamiento de la pared vesical en contacto con el útero.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. Ángel Fernández Flores, patólogo de nuestro hospital, las imágenes del estudio anatomopatológico.

IN MEMORIAM

El Dr. Juan Agustín Galán Ramos, excelente profesional y magnífico compañero, falleció poco después de la realización de este trabajo. Siempre lo tendremos en nuestro recuerdo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donnez J, Spada F, Squifflet J, Nisolle M. Bladder endometriosis must be considered as bladder adenomyosis. *Fertil Steril*. 2000;74:1175-81.
2. Chapron C, Boucher E, Fauconnier A, Vieira M, Dubuisson JB, Vacher-Lavenu MC. Anatomopathological lesions of bladder endometriosis are heterogeneous. *Fertil Steril*. 2002;78:740-2.
3. Vercellini P, Meschia M, De Giorgi O, Panazza S, Cortesi I, Crosignani PG. Bladder detrusor endometriosis: clinical and pathogenetic implications. *J Urol*. 1996;155:84-6.
4. Sánchez JM, Guillán C, García J. Tratamiento de la endometriosis vesical. Revisión de la literatura española. *Arch Esp Urol*. 2005;58:189-94.
5. Cifuentes L. Cistitis y cistopatías. 2.^a ed. Madrid: BOK SA; 1989. p. 235-40.
6. Winkel CA. Evaluation and management of women with endometriosis. *Obstet Gynecol*. 2003;102:397-408.
7. 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.
8. Silmi A, Blázquez J, Salinas J, Gómez A, Corral J, López JA, et al. Endometriosis vesical: revisión y presentación de dos nuevos casos. *Rev Clín Esp*. 1990;186:74-81.
9. Sánchez JM, Parra L, Guillán C, Gómez SC, Alonso J, García J. Endometriosis vesical. *Arch Esp Urol*. 1999;52:933-5.
10. Nezhat CH, Malik S, Osias J, Nezhat F, Nezhat C. Laparoscopic management of 15 patients with infiltrating endometriosis of the bladder and a case of primary intravesical endometrioid adenosarcoma. *Fertil Steril*. 2002;78:872-5.
11. García JI, Extramiana J, Esteban JM, Díez JM, Esteba R, Arrizabalaga M, et al. Endometriosis vesical tras cesárea: aspectos diagnóstico-terapéuticos. *Actas Urol Esp*. 1997;21:785-8.
12. Pastor H, Donate MJ, Giménez JM, Pástor JM, Polo L, Atienzar M, et al. Endometriosis vesical. Revisión de la literatura, con especial referencia a la española y aportación de dos nuevos casos. *Arch Esp Urol*. 2006;59:111-22.