



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Cánovas Ivorra, José Antonio; Castillo Gimeno, José María; Michelena Barcena, Jesús; Ramírez, Daniel Alberto; Vera Román, José

Endometriosis vesical. A propósito de un nuevo caso y revisión de la literatura.

Archivos Españoles de Urología, vol. 59, núm. 3, 2006, pp. 290-292

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013925012>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 59, 3 (290-292), 2006

ENDOMETRIOSIS VESICAL. A PROPÓSITO DE UN NUEVO CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

José Antonio Cánoval Ivorra, José María Castillo Gimeno, Jesús Michelena Barcena, Daniel Alberto Ramírez y José Vera Román¹.

Servicio de Urología. Hospital Comarcal de Vinaroz. Castellón.

Servicio de Anatomía Patológica¹. Hospital General. Castellón. España.

Resumen.- *OBJETIVO:* Describir un nuevo caso de endometriosis vesical y hacer una revisión de la literatura

MÉTODOS: Presentamos el caso de una enferma de 34 años diagnosticada de endometriosis vesical tratada mediante R.T.U. y soporte hormonal posterior con buenos resultados al año del diagnóstico.

RESULTADOS: Tras la R.T.U. se instaura conjuntamente con el Servicio de Ginecología, un tratamiento con análogos durante seis meses, estando la enferma asintomática al año del diagnóstico y con un estudio cistoscópico normal.

CONCLUSIONES: Como conclusiones, destacar la necesidad de diagnóstico precoz dado el evidente aumento de morbilidad y gasto sanitario, así como la necesidad del tratamiento quirúrgico de todas las lesiones urológicas, antes de toda maniobra hormonal, fundamentalmente las lesiones uretrales. Destacar finalmente que el tratamiento definitivo corresponde, por lógica y por derecho, al ginecólogo.

Palabras clave: Endometriosis Vesical. Resección Transuretral de Vejiga. Tratamiento Hormonal.

Summary.- *OBJECTIVE:* To report a new case of bladder endometriosis and to perform a bibliographic review.

METHODS: We report the case of a 34-year-old female with the diagnosis of bladder endometriosis treated by transurethral resection and subsequent hormonal therapy with good outcome one year after diagnosis.

RESULTS: Treatment with analogs was started after TUR, in conjunction with the Gynecology Department, and maintained six months. The patient remained asymptomatic one year after diagnosis, with a negative cystoscopic study.

CONCLUSIONS: We emphasize the need of early diagnosis due to the increased morbidity and health-care expenses; also the need of surgical treatment of all urological lesions before any hormonal therapy, mainly ureteral lesions. We finally emphasize that definitive treatment should be performed by the gynecologist.

Keywords: Bladder endometriosis. Transurethral resection of the bladder. Hormonal treatment.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis vesical es una patología que puede afectar, en su edad fértil, a un 4-15% de las mujeres (1). Se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina que responde a estímulos hormonales (2), y es el lugar más frecuente el aparato genital.

En cambio, puede entre un 1% y un 12% (2) de los casos afectar al aparato urinario en toda su extensión, siendo el lugar más frecuente la vejiga en un 82% de los casos, seguida del uréter en un 12%, el riñón en un 4% y finalmente el trayecto uretral en un 2%.

La afectación vesical, citada como la más frecuente puede serlo aislada o combinada con otras localizaciones.

Existen varias teorías etiopatogénicas sobre el origen, documentándose el antecedente de cesárea u otra cirugía ginecológica (2).

Su diagnóstico es difícil y es importante para evitar morbilidad así como limitar su evolución con la instauración de un tratamiento oportuno, dado que en determinados casos se puede alargar hasta 4 o 5 años.

Correspondencia

José Antonio Cánoval Ivorra
Urbanización Montiboli 188 A-6
03570 Villajoyosa. Alicante. (España)
jacanovas@hotmail.com

Trabajo recibido: 18 de julio 2005

CASO CLÍNICO

Enferma de 34 años de edad que consulta por clínica de síndrome miccional y sensación de desconfort hipogástrico de varios meses de evolución con urocultivos realizados en Atención Primaria negativos. En una ocasión tuvo un episodio de hematuria autolimitada y no tiene antecedentes médicos ni ginecológicos de interés, salvo un parto vaginal no instrumentado.

En los estudios analíticos practicados no se observan hallazgos dignos salvo una discreta anemia y una elevación mínima de la V.S.G.

La ecografía abdominal practicada se informa como compatible con la normalidad, por lo que se decide la práctica de una cistoscopia donde se aprecia una lesión quística en pared posterior no sugerente de neoformación papilar típica. En la R.T.U. practicada se informa como endometriosis vesical (Figura 1).

Se instaura, conjunto con el servicio de Ginecología, un tratamiento hormonal de soporte con análogos durante 6 meses.

Al año la enferma se encuentra asintomática y con un estudio cistoscópico de control rigurosamente normal.

COMENTARIOS

La endometriosis es una enfermedad frecuente que en un 16-24% (4) de los casos puede afectar al aparato urinario, siendo el lugar de mayor asiento, la vejiga, seguido del uréter, el riñón y la uretra (2). Algunos autores describen que hasta un tercio de los pacientes con endometriosis urinaria sufren graves alteraciones, entre las que citan la afectación renal irreversible (4). Se describen en la literatura dos formas fundamentales: primaria, en mujeres sin historia de cirugía ginecológica previa, y una forma secundaria, en mujeres con antecedentes de cirugía pélvica previa (1,7).

Fue descrito por primera vez por Rokitansky en 1860, Cullen sugirió el origen mulleriano en 1896, Sampson, en 1921, acuñó el término de endometriosis, y Judd, en 1921, acuñó el primer caso de endometriosis vesical (4). En nuestro país se han publicado un total de 17 casos, siendo el primero de ellos publicado por Picatoste en 1957 (4).

Existen varias teorías que tratan de esclarecer su origen (4,7), a saber, la embrionaria, que cita su origen de restos embrionarios plurivales de los conductos de Wolff y Müller (2); la metaplásica, origen del mesotelio celómico, que sitúa el origen de las células en el peritoneo pélvico (2); la inmunológica, por fallo de inmunidad, y, finalmente, la teoría más aceptada por la comunidad científica (1): la teoría migratoria, bien por menstruación retrógrada con implantación de células endoteliales, por

siembra post-cirugía pélvica (2) o, las más aceptada en el caso del aparato urinario, por siembra hematogena o linfática. Se han descrito por este mismo mecanismo la aparición de focos de endometriosis en la piel

Este tejido prolifera bajo el efecto de los estrógenos produciendo una serie de lesiones, entre las que se citan reacciones inflamatorias locales, fibrosis y cicatrices

La clínica que suele presentar estos pacientes se manifiesta en los estados premenstruales (1,2,4), predominando polaquiuria, disuria, imperiosidad y dolor hipogástrico. La hematuria aparece entre un 2 a 15% (2) de los enfermos dada la escasez de ulceración de mucosa producida por este tipo de lesiones. Si es más frecuente el hecho de que se palpe una masa en el fórnix anterior (1). Se de sospechar ante enfermas con síndrome miccional y cultivos negativos, con mayor índice de sospecha si asocian dismenorrea o infertilidad (2,7).

La endometriosis ureteral cursa con síntomas más vagos a la vesical, y se localiza principalmente en el tramo distal del uréter. En el uréter se describen dos formas, la extrínseca o indirecta que afecta al mismo fibrosando las estructuras periureterales, y la forma intrínseca o directa que implica el crecimiento endometriótico en el espesor ureteral, que puede cursar con obstrucción ureteral o hematuria cíclica si afecta a la mucosa (4). Autores como Bologna describen 10 casos de afectación renal (5), y, asimismo no se ha descrito ningún caso en nuestro país de endometriosis uretral.

Una vez establecida la sospecha diagnóstica, la ecografía, abdominal o transvaginal, la T.A.C. puede aportar datos de interés como se refiere en la literatura, pero el método considerado de elección es la cistoscopia con toma de biopsia (1,7). La urografía intravenosa es



FIGURA 1. Foco quístico de endometriosis en el corion vesical con algunas áreas periféricas de estroma endometrial.

considerada como crucial por algunos autores, para las localizaciones extravesicales (3). Las lesiones presentan cambios cílicos con aumentos de tamaño y pigmentación, y generalmente son sólidas con halo edematoso, bulbosas o quísticas. Su localización más habitual es el retrotrígono o pared posterior (2,4). Se describe la aplicación de la Resonancia Magnética Nuclear a la hora de demostrar masas endometrióticas en el área vesical y ureteral (5).

Desde el punto de vista analítico se puede detectar un incremento del CA-125, aunque se puede usar mas como control durante el tratamiento hormonal (2)

El diagnóstico diferencial debe realizarse con tumорaciones vasculares como hemangiomas vesicales (4), papilomas, úlceras inflamatorias y carcinomas infiltrantes o metastásicos.

El estudio anatopatológico informa de glándulas endometriales con componente necrohemorágico (1,2).

Su tratamiento, dada su escasez, es aún discutido. Se defiende el quirúrgico, como de elección, mediante la Resección Transuretral, especialmente en las formas endovesicales (1). Algunos autores afirman que esta técnica es tan solo diagnóstica dada la imposibilidad de resecar completamente las lesiones (4).

Los riesgos comúnmente asociados a esta técnica son los de perforación en casos de resección completa o de recidiva en casos de incompleta.

Las formas con extensión extravesical requieren para su control la práctica de cistectomía parcial, aunque el tratamiento de elección de esta enfermedad, dada su clara dependencia hormonal, es la histerectomía total con doble anexectomía. Sin embargo suele asociarse tratamiento hormonal a la cirugía (1,2,7).

Los análogos de la GnRH son los más usados, dada su reducción de las gonadotropinas e inhibición de la secreción estrogénica, con la consecuente anovulación que actúa sobre el tejido endometrial hormonosensible. La duración del tratamiento debe ser de 6 meses y es aconsejable el estricto seguimiento dadas las tasas de recidivas, nada desdeñables, que algunos autores tasan en un 56% (1).

En mujeres jóvenes con deseos de descendencia o imposibilidad de cirugía debe emplearse la castración médica temporal, que puede lograr su objetivo en el 50% de los casos. En mujeres próximas al climaterio, con lesiones endometrióticas no muy extensas, se puede optar por esperar a que la menopausia resuelva mediante la atrofia hormonal, los posibles focos endometriales (4).

En casos de persistencia o de recidiva la resección segmentaria puede ser una opción válida de tratamiento (1). Vicente y cols. describen el tratamiento de dichas

lesiones mediante el uso de láser Neodimio-Yag (6). En casos uretrales se opta por la ureterectomía segmentaria seguida de diversas técnicas de reimplante.

Es importante el diagnóstico precoz, no solo por el aumento de la morbilidad y consecuentemente del gasto sanitario, ni las consecuencias de la obstrucción del tracto, sino también por la descripción de casos de transformación maligna de la endometriosis vesical (1).

DISCUSIÓN

Como conclusiones, destacar la necesidad de diagnóstico precoz dado el evidente aumento de morbilidad y gasto sanitario, así como la necesidad del tratamiento quirúrgico de todas las lesiones urológicas, antes de toda maniobra hormonal, fundamentalmente las lesiones uretrales. Destacar finalmente que el tratamiento definitivo corresponde, por lógica y por derecho, al ginecólogo.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS

RECOMENDADAS (*lectura de interés y ** lectura fundamental)

- *1. CASASOLA CHAMORRO, S.; GUTIÉRREZ GARCÍA, S.; FERNÁNDEZ ROJO, F. y cols.: "Endometriosis vesical. Diagnóstico y tratamiento". Actas Urol. Esp. 27: 394, 2003.
2. GARCÍA RODRÍGUEZ, J.; FERNÁNDEZ GÓMEZ, J.M.; JALÓN MONZÓN, A. y cols.: "Nuevo caso de endometriosis en paciente con antecedente de cesárea". Arch. Esp. Urol. 56: 952, 2003.
3. VESGA MOLINA, F.; SERRANO BARTOLOMÉ, J.M.; GUTIÉRREZ MÍNGUEZ, E. y cols.: "Endometriosis ureteral". Arch. Esp. Urol. 53: 470, 2000.
- *4. LLARENA IBARGUREN, R.; LECUMBERRI CASTAÑOS, D.; PADILLA NIEVA, J. y cols.: "Endometrioma urinario". Arch. Esp. Urol. 55: 1209, 2002.
- **5. BOLOGNA, R.A.; WHITMORE, K.E.: "La endometriosis genitourinaria". AUA Update Series, 1: 21, 2001.
6. VICENTE, J.; LAGUNA, P.; DÍAZ, I. y cols.: "Tratamiento de la endometriosis vesical con Nd-Yag Laser". Arch. Esp. Urol. 44: 169, 1991.
7. SÁNCHEZ MERINO, J.M.; GILLÉN MAQUIELA, C.; GARCÍA ALONSO, J.: "Tratamiento de la endometriosis vesical. Revisión de la literatura española". Archivos Españoles de Urología, 58: 189, 2005.