

## Endometriosis de debut con manifestaciones urinarias: a propósito de dos casos

*Debut endometriosis with urinary manifestations: report of two cases*

Dr. Fernando S. Fernández Marichal <sup>I</sup>; Dr. Rafael Toirán García <sup>II</sup>; Dra. Ahimara Varela Álvarez <sup>II</sup>;  
Dr. Orlando Segura Roque <sup>III</sup>

I Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

II Hospital Oncológico Provincial María Curie. Camagüey Cuba.

III Hospital Pediátrico Universitario Eduardo Agramonte Piña. Camagüey, Cuba.

---

### RESUMEN

**Fundamento:** la endometriosis es una condición benigna que afecta del 15 al 20 % de las mujeres en estado fértil. Generalmente afecta órganos como los ovarios, los ligamentos uterinos, las trompas de Falopio, el recto y la región cérvico-vaginal. Sin embargo, la probabilidad de que afecte el tracto urinario es poco común y sucede solo en el 1% de los pacientes.

**Casos clínicos:** se presentan dos casos con endometriosis, una localizada en la trompa derecha y otra en la vejiga, el primero comprometió de forma grave la función renal; el ultrasonido y la cistoscopia fueron fundamentales en el diagnóstico. La Laparotomía exploradora y la anatomía patológica fueron concluyentes se le realizó tumorectomía con Ooforectomía a uno de los casos que necesitó además una remodelación del diámetro ureteral y reimplantación con técnica anti reflujo, al segundo caso se le realizó cistotomía exploradora con exéresis de tumoración en hemitrígono izquierdo y conservación del meato ureteral en su posición anatómica, ambos pacientes egresaron, el primero a los 19 días y el segundo a las 72 horas con seguimiento por la consulta externa.

**Conclusiones:** la Endometriosis afectando las vías urinarias es poco frecuente pero puede presentarse con manifestaciones urinarias inespecíficas, dismenorrea y hematuria, puede diagnosticarse con

los estudios imaginológicos y endoscópicos del tracto urinario y puede llegar a ocasionar lesiones irreversibles de la función renal y reproductiva.

**DeCS:** ENDOMETRIOSIS/cirugía; CISTOTOMÍA; OVARIECTOMÍA; ADULTO JOVEN; INFORMES DE CASOS.

---

## ABSTRACT

**Background:** endometriosis is a benign condition that affects 15 to 20 % of women in fertile state. It generally affects organs like ovaries, uterine ligaments, fallopian tubes, rectum, and the cervicovaginal region. However, the probability of it affecting the urinary tract is uncommon and happens only in the 1 % of the patients.

**Clinical cases:** two cases of endometriosis are presented. One of the cases presented the endometriosis in the right fallopian tube and the other one in the bladder. In the first case the renal function was compromised; the ultrasound and cystoscopy were essential in the diagnosis. The exploratory laparotomy and pathological anatomy were conclusive. One of the patients underwent a tumorectomy, an oophorectomy, a remodeling of the urethral diameter, and a reimplantation with anti reflux technique. The second case underwent an exploratory cystotomy with exeresis of a tumor in the left hemitrigono and conservation of the ureteral meatus in its anatomical position. Both patients were discharged from hospital; the first patient 19 days later and the second one 72 hours later. A follow-up care was established.

**Conclusions:** the endometriosis that affects urinary tracts is not very frequent but it can appear with non-specific urinary manifestations, dysmenorrhea and hematuria. It can be diagnosed through endoscopic and imaging studies of the urinary tract and can even cause irreversible injuries in the renal and reproductive functions.

**DeCS:** ENDOMETRIOSIS/surgery; CYSTOTOMY; OVARIECTOMY; YOUNG ADULT; CASE REPORTS.

---

## INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una condición patológica la cual consiste en la presencia de tejido endométrico funcionando fuera del útero.<sup>1</sup> Se estima que el más del 15 % de las mujeres sufren en cierto grado de este padecimiento. Se describen dos formas: difusa y localizada. La difusa es más común y generalmente se encuentra como pequeños implantes endométricos en la pelvis; sin embargo el tejido endométrico ectópico puede hallarse en cualquier parte del cuerpo. El tejido ectópico es receptivo a los cambios hormonales y padece de hemorragia durante la menstruación resultando en inflamación, dolor y adherencia.<sup>2</sup> La forma difusa de endometriosis no es detectada típicamen

te por el ultrasonido. Según el orden de frecuencia se presenta en:

Los ovarios.

Los ligamentos uterinos.

Los tejidos parametriales.

La serosa del intestino.

El tracto urinario.

La piel de una cicatriz de laparotomía.

En lugares extra abdominales.

La forma localizada de endometriosis consiste en un conjunto diferenciado de tejido ectópico conocido como endometrioma. Cuando se limita al ovario el término usado es quiste achocolatado. Frecuentemente el endometrioma ovárico se ad-

hiere fuertemente al plano posterior del ligamento ancho; adherencias que resultan de difícil tratamiento durante el acto operatorio. La mayoría de las veces los endometriomas ováricos son bilaterales. Entre los síntomas se incluyen la dismenorrea y la dispareunia.<sup>3,4</sup> Los síntomas asociados a la forma localizada de endometriosis son más sutiles y la presentación más frecuente es la dismenorrea crónica.

En términos generales podemos decir que existen dos etiologías diferentes causantes de la endometriosis vesical, una de ellas es que aparece espontáneamente y la otra luego de una cesárea. En la primera, la lesión de la vejiga resulta como una manifestación de la generalizada enfermedad pélvica; sin embargo, luego de una diseminación inducida, el crecimiento de un endometrio ectópico sucede generalmente en la pared de la vejiga. Bajo el microscopio un endometrioma sólido presenta abundante fibrosis con pequeños grupos de tejido glandular endométrico.<sup>5,6</sup> El objetivo de esta presentación es alertar sobre la posibilidad de aparición, aunque sea poco frecuente, de manifestaciones urinarias que pueden conllevar a graves daños de la función renal y reproductiva en la endometrisis.

## CASOS CLÍNICOS

### Caso clínico 1

Paciente de 28 años con antecedentes de estar operada hacia cinco años de "folículo ovárico hemorrágico" donde se le realizó Ooforectomía izquierda en el hospital de su municipio, en esta ocasión acude a los servicios de ginecología pues comenzó con dolor lumbar bilateral, más acentuado en el lado derecho que se irradiaba a la fosa ilíaca derecha con un cultivo de orina con más de 100 mil colonias de Escherichia Coli por lo que llevaba tratamiento para infección urinaria, al constatar una hemoglobina en 8,3gr/l y una creatinina en 284mmol/l; además una cisturia con leucocituria y hematuria; le realizan un Ultrasonido abdo-

minal y observan que ambos riñones tienen una marcada ureterohidronefrosis, con uréteres muy dilatados y tortuosos hasta su extremo distal. Vejiga de paredes ligeramente gruesas. En contacto con el uréter derecho existe una imagen mixta de 8x45 con el aspecto de proceso tumoral y en íntima relación con el ovario derecho (figura 1).

El caso es remitido al servicio de Urología donde se le realiza una cistoscopia: Se pasó un cistoscopio 22CH sin dificultad y se observó que la vejiga se encontraba comprimida en su pared posterior por algún proceso extrínseco. No se observó eyaculación de orina por el meato ureteral derecho el cual se exploró con catéter ureteral resultando infranqueable, a través del meato izquierdo si se demostró eyaculación de orinas claras. Se realiza tacto bimanual bajo anestesia y se palpa tumoración anexial derecha que se extiende hasta el cuerpo del útero que resultó móvil y de un tamaño aproximado de 10 cm. El resto de los estudios de hemoquímica resultaron negativos. Se valoró el caso con cirugía general y se decide realizar en conjunto una laparotomía exploradora electiva.

Durante el acto operatorio se encontró una tumoración de superficie irregular en íntima relación con el ovario derecho donde fue necesario realizar la Ooforectomía derecha. El tumor se encontraba fijo a la adventicia del uréter derecho que tenía un diámetro aproximado de 8 cm; el uréter izquierdo también resultó dilatado por la compresión de la región del triángulo vesical con un diámetro aproximado de 8 mm. Durante el acto operatorio se lesionó el uréter derecho saliendo abundante orina la cual fue aspirada, se reimplanta el uréter derecho con técnica antirreflujo previa remodelación del diámetro ureteral en una longitud aproximada de 7 cm. Se coloca una férula ureteral con catéter doble j, la paciente es trasladada a la sala de Cuidados Intensivos, fue transfundida con glóbulos B positivo y su evolución clínica resultó satisfactoria, a las 48 horas es trasladada a la sala de Urología. La biopsia fue informada como un tumor de as-

pecto sólido en el cual estaba incluida la trompa de Falopio, sin cambios histológicos de malignidad, el resto del tumor constituido por tejido fibroso con presencia de glándulas de aspecto endometrial y focos de áreas con presencia de hemosiderina se llegó a la conclusión de un endometrioma de la trompa de Falopio. A los 10 días se retira la férula ureteral y a los 15 días la sonda vesical, la evolución resulta favorable y fue egresada a los 19 días con cifras de creatinina de 123 mmol/l y seguimiento por consulta externa.

### Caso Clínico 2

Paciente de 21 años de edad y antecedentes de asma bronquial que desde los 18 años asiste a su médico primario por "infecciones urinarias" y dismenorreas llevando diferentes tratamientos sintomáticos, pero los cultivos de orina han resultado negativos. En esta ocasión presentó hematuria y la relacionó con la menstruación pero al repetirse en varias ocasiones se percató de que sus orinas eran de color rojo; acude al consultorio que la remite al servicio de Urología, se realiza cituria que informa: albúmina, ligeras trazas, leucocitos 24 000 y hematíes 96 000. Se le realizó además ul-

trasonido renal donde se observó una imagen "quística" de más menos 20 mm en el fondo vesical que fue informada como ureteroceles izquierdo (figura 2) y discreta visualización de estructuras colectoras del riñón ipsilateral, el cultivo de orina resultó negativo. Se decide realizar cistoscopia donde se observó proceso tumoral de aspecto "sólido" que no correspondió con imagen endoscópica de un ureterocel, no se visualizó el meato ureteral izquierdo; la eyaculación por el meato ureteral derecho fue clara y el resto de la vejiga normal. El tacto vaginal bimanual resultó negativo. El resto de los estudios de hemoquímica fueron negativos. Se decide cistostomía exploradora y se encontró una tumoración de superficie lisa y color oscuro que comprometía el hemitriángulo izquierdo, se localizó el meato por detrás de la tumoración y se le colocó una sonda nelaton 8 (figura 3), se abre la mucosa vaginal y aparece una tumoración de superficie lisa y color achocolatado que ofreció un plano quirúrgico que permitió la disección y que además tenía la característica de ser fluctuante. Se puncionó y se extrajo un líquido achocolatado espeso (figura 4), se culminó la resección sin lesión del uréter el cual quedó

**Figura 1.** Ultrasonido donde se muestra una masa mixta en íntima relación con el ovario derecho en contacto con el cuerpo uterino



permeable, se retira la férula ureteral y se cierra la mucosa vesical, se le colocó sonda vesical tipo Foley Nº16 por siete días con evolución satisfactoria y se egresa con seguimiento por consulta. Resultado de la biopsia en la pieza enviada se observó fragmentos de mucosa vesical normal y presencia de glándulas de aspecto endometrial y presencia de áreas con hemosiderina.

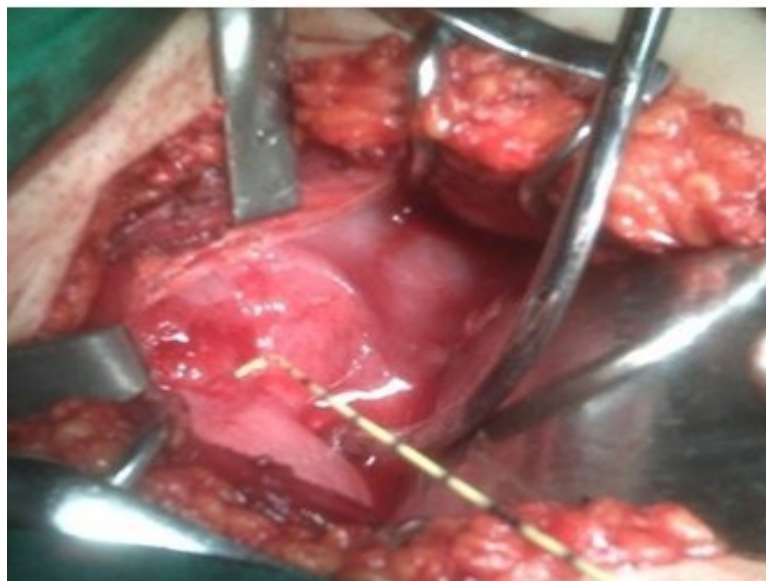
## DISCUSIÓN

En la literatura revisada la laparoscopia es el estándar de oro para el diagnóstico de la endometriosis aunque puede no visualizar las lesiones en el retro peritoneo por lo que cuando se sospecha la enfermedad profunda deben practicarse estudios imaginológicos en las áreas donde se supone este el compromiso, protocolos especiales de Resonancia

**Figura 2.** Ultrasonido con imagen ecolúcida en zona del trígono izquierdo.



**Figura 3.** Cistostomía con lesión en trígono y meato ureteral izquierdo cateterizado



**Figura 4.** Tumoración vesical con contenido líquido achocolatado.



Magnética Nuclear permiten evidenciar la enfermedad con compromiso rectal, multifocal o profunda, por supuesto esto requiere un alto grado de entrenamiento de los profesionales en este campo.<sup>1,6</sup>

El ultrasonido es hoy muy utilizado en el diagnóstico de esta enfermedad y en las vías urinarias puede ser un primer paso para descartar dilataciones de las cavidades urinarias secundarias a obstrucción ureteral, si se observa dilatación pueden ser necesarios estudios como la urografía excretora o Tomografía Axial con contraste para planear el acto quirúrgico, el ultrasonido transvaginal es de gran valor en el diagnóstico de los endometriomas de ovario,<sup>7</sup> en los dos casos presentados por su debut con manifestaciones urinarias los estudios ecográficos, la cistoscopia y la urografía excretora fueron fundamentales para el diagnóstico, el conocimiento de la clínica y las diversas características de la endometriosis además de tener un alto nivel de sospecha son de gran valor para detectar la endometriosis vesical,<sup>8,9</sup> especialmente posterior a una cesárea ya que la presentación clínica no siempre es patognomónica como se observó en los dos casos que se presentaron, aunque el evento o antecedente de cesárea es una de las causas principales ninguno de ellos la presentó, sin embargo, si fueron co-

munes en ambos pacientes los antecedentes de manifestaciones urinarias inespecíficas y la dismenorrea lo que nos induce a pensar que en toda mujer en edad fértil estos antecedentes también deben ser tomados en cuenta en la sospecha clínica, pues si pasan inadvertidos pueden acarrear graves consecuencias sobre la función renal como lo presentó el primero de ellos, por lo que el interrogatorio adecuado, el examen físico exhaustivo, el ultrasonido abdominal y transvaginal, la cistoscopia de diagnóstico y el apoyo de la imaginología de avance como la Tomografía Axial Computarizada nos pueden conducir hacia un diagnóstico precoz a favor de la calidad de vida de estas pacientes pues lamentablemente se pudo apreciar en el primer caso que llevó irremediablemente a la esterilidad tratándose de una mujer de 28 años que quedó limitada para lograr la concepción.<sup>10,11</sup>

## CONCLUSIONES

La Endometriosis afectando las vías urinarias es poco frecuente pero puede presentarse con manifestaciones urinarias inespecíficas, dismenorrea y hematuria, puede diagnosticarse con los estudios imagenológicos y endoscópicos del tracto urinario y puede llegar a ocasionar lesiones irreversibles de la función renal y reproductiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medline Plus en Español [Internet]. Bethesda, MD: U.S. National Library of Medicine; c2014 [actualizado 13 Ene 2014; citado 3 Ago 2014]. Endometriosis; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/endometriosis.html>
2. Wu CJ, Huang KH, Kung FT. Deep infiltrating endometriosis with obstructive uropathy secondary to ureteral endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012 Feb;160(2):239-40. <http://www.doi:10.1016/j.ejogrb.2011.11003.Epub2011Dec2>.
3. Kovoov E, Nassif J, Miranda-Mendoza I, Wattiez A. Endometriosis of the bladder: outcomes after laparoscopic surgery. *J Min Invasive Gynecol.* 2010;17:600-4.
4. Le Tohic A, Chis C, Yazbeck C, Koskas M, Madelenat P, Panel P. Bladder Endometriosis: diagnosis and treatment. A series of 24 patients. *Gynecol Obstet Fertil.* 2009 Mar;37(3):216-21. .
5. Chapron C, Chiodo I, Leconte M, Amsellem-Ouazana D, Chopin N, Borghese B, et al. Severe Ureteral endometriosis: the intrinsic type is not so rare after complete surgical exeresis of deep endometriotic lesions. *Fertil Steril.* 2010;93:2115-20.
6. Chapron C, Fritel X, Dubuisson JB. Profound endometriosis and infertility. Fertility results after laparoscopic treatment of profound endometriosis Infiltrating the uterosacral ligaments. *Contracep Fertil Sex.* 1999;27:I-VI.
7. Hudelist G, Ballard K, English J, Wright J, Banerjee S, Mastoroudes H, et al. Transvaginal sonography vs. clinical examination in the pre-operative diagnosis of deep infiltrating endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;37:480-7.
8. Saccardi C, Cosmi E, Borghero A, Alberto T, Dessole S, Litta P. Comparison between transvaginal ultrasound, sonovaginography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of posterior deep infiltrating endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2012;40:464-9.
9. Ballester M, Santulli P, Bazot M, Coutant C, Rouzier R, Darai E. Preoperative evaluation of posterior deepinfiltrating endometriosis demonstrates a relationship with urinary dysfunction and parametrial involvement. *J Min Invasive Gynecol.* 2011;18:36-42.
10. Castañeda JD, Almanza LA, Muñoz JC, Arango AM, De Los Ríos JF, Serna E, et al. Endometriosis profunda infiltrante: seguimiento a un año luego de tratamiento laparoscópico. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2010;61:129-35.
11. Ríos-Posada JF De Los. ¿Por qué la endometriosis infiltrativa profunda debe ser considerada una entidad diferente a la endometriosis peritoneal?. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2012 Jul-Sep;63(3):259-271.

Recibido: 9 de octubre de 2014

Aprobado: 3 de diciembre de 2014

*Dr. Fernando S. Fernández Marichal.* Especialista de II Grado en Urología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba. Email: [fsmarichal@finlay.cmw.sld.cu](mailto:fsmarichal@finlay.cmw.sld.cu)