

## UROLOGÍA

# ENDOMETRIOSIS VESICAL / BLADDER ENDOMETRIOSIS (Caso Clínico)

Hafeth Núñez Chinchilla\*

Isaac Escobar Oriol\*\*

## SUMMARY

Endometriosis is a disease that affects 4-15% of women of childbearing age. It consists in the occurrence of endometrial tissue, glands or stroma outside the uterine cavity. The endometrium is usually functional. Its location is the most common pelvic genital tract involvement. However, in 1% of cases affects the urinary tract and in 84% of these bladder. The pathogenesis of this entity is not entirely clear, there are several theories that attempt to explain its origin. Clinically bladder endometriosis presents with suprapubic pain and irritative voiding symptoms. The article presents the case of a patient

with bladder endometriosis and describes etiology, pathogenesis, clinical diagnosis and therapy.

## INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad que afecta al 4-15% de las mujeres en edad fértil 28,19 siendo más frecuente en los terceros y cuartos decenios de la vida. Consiste en la aparición de tejido endometrial, glándulas o estroma, fuera de la cavidad uterina. Este endometrio suele ser funcional. La primera descripción histológica fue hecha en 1860 por Rokitansky, aunque la denominación de endometriosis se la dio Sampson

en 1921. Se distinguen dos tipos de endometriosis: la interna o adenomiosis, cuando el endometrio ectópico se localiza en el espesor del miometrio y la externa reservada para el resto de las localizaciones ectópicas del endometrio. 33 Su localización más frecuente es la pélvica con afectación del aparato genital. Sin embargo, en un 1% de casos se afecta el tracto urinario 21,13 y en un 84% de estos la vejiga, seguida del uréter con un 15%, el riñón en un 4% y la uretra en 2%. 21,34,29 La afectación vesical puede darse de forma aislada sin que se asocien otras lesiones, siendo su detección dificultosa e importante

\* Médico Asistente General. Hospital Ciudad Neily.

\*\* Médico Asistente General. Hospital Ciudad Neily.

para evitar morbilidad y limitar la evolución de la afectación con un rápido tratamiento.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina, 43 años, ama de casa, conocida portadora de Tromboflebitis profunda de miembro inferior izquierdo y síndrome digestivo irritable. Con antecedentes quirúrgicos de obstrucción tubarica bilateral, # 2 cesáreas; con ruptura vesical accidental en la segunda, con posterior formación de fistula útero vesical. G3 P3 A0 C2. Fue referida del primer nivel de atención por cuadro de sintomatología urinaria acompañada de hematuria macroscópica de carácter episódico en los últimos 5 meses, había sido tratada como una cistitis hemorrágica con antibióticos ambulatorios y piridium sin mejoría, por lo cual se refirió para valoración por urología. Al examen físico la paciente presentaba buen estado general con signos vitales estables. Estado cardiopulmonar normal. Abdomen blando depresible no doloroso. Con trayectos varicosos en miembro inferior izquierdo. En los exámenes de laboratorio no se demostró anemia, y el examen general de orina revelaba eritrocitos incontables. Se ingresó al servicio de urología para estudios. Se realizó cistoscopia que reveló vejiga eritematosa

de sangrado fácil con paredes elevadas e hipotónicas y biopsia vesical que mostraba tejido endometrial caracterizado por glándulas tubulares hipoactivas, con un estroma edematoso, con cambios pseudodesiduales.

La paciente fue derivada al servicio de ginecología con el diagnóstico de endometriosis vesical y fue tratada con depoprovera trimestral durante 5 años. Dos años después de haberse iniciado el tratamiento con depoprovera se realizó cistoscopia control que mostró lesión compatible con un divertículo vesical, se realizó resección de la lesión y se tomó biopsia, que describía tejido conjuntivo con ausencia de epitelio e infiltrado inflamatorio, en uno de los niveles se apreciaba cuerpo extraño, rodeado por escaso infiltrado inflamatorio de tipo mononuclear.

## ETIOPATOGENIA

La etiopatogenia de esta entidad no está del todo clara, existen varias teorías para explicar su origen. Las tres más aceptadas en la actualidad son:

**Teoría de la regurgitación:** la menstruación retrógrada a través de las trompas que se produce de manera regular incluso en mujeres normales, que podría dar lugar a la diseminación del tejido endometrial en la cavidad peritoneal.

**Teoría metastásica:** el endometrio se podría originar directamente del epitelio celómico que, en última instancia, es el origen de la propia mucosa endometrial.

**Teoría migratoria de la diseminación vascular o linfática:** esta teoría podría explicar la presencia de lesiones de endometriosis en los pulmones o los ganglios linfáticos un fenómeno que no se explicaba por las dos primeras teorías.<sup>25</sup>

### Cuadro #1

Teorías sobre la etiopatogenia de la endometriosis. 33

Desarrollo a partir de restos embrionarios:

- De restos mesonéfricos o del conducto de wolf
- De restos del conducto de Muller

Desarrollo a partir de los tejidos locales:

- Del epitelio germinativo ovárico
- Metaplasia del epitelio celómico

Implantación de células endometriales:

- Implantación del reflujo menstrual
- Deportación hemática
- Deportación linfática
- Deportación mecánica

Recientemente, diferentes investigadores han descrito dos formas diferentes de endometriosis vesical: la primera acontece en mujeres que no se han sometido a cirugía uterina previa (primaria), y la segunda tiene lugar tras la operación de cesárea u otra similar (iatrogénica o secundaria).<sup>34,6</sup> En el primer caso, la lesión vesical representa

sólo un lugar más de implante endometriósico en el contexto de una enfermedad generalizada. En el segundo, se postula que el implante vesical es secundario a la diseminación intraoperatoria de células endometriales o a una técnica quirúrgica de cerrado de la incisión uterina transversa baja deficiente.<sup>3,7</sup>

## ANATOMÍA PATOLÓGICA

Los sitios más comúnmente afectados en la vejiga son el trigono y la cúpula, presentándose en forma de masas tumorales de variado tamaño. Con frecuencia la afectación de la zona de la cúpula no es profunda o infiltrante, como sí ocurre con las que asientan en el trigono.<sup>15,22</sup> La anatomía de estas lesiones muestra la histología típica del endometrio normal, con pequeñas formaciones glandulares cilíndricas en una sola capa.<sup>16</sup>

## CLÍNICA

La endometriosis vesical se presenta con dolor suprapúbico y sintomatología irritativa miccional (urgencia, frecuencia, disuria).<sup>1</sup> Esta sintomatología normalmente se intensifica desde una semana antes de la menstruación hasta una semana después. La hematuria macroscópica se observa en escasas ocasiones ya que el nódulo endometriósico raramente infiltra y ulcera la mucosa vesical.<sup>32</sup> En

casi el 40% de las pacientes, están presentes trastornos menstruales tales como metrorragia, dismenorrea y menorragia. La exploración física, que incluye el examen vaginal y rectal, revela una masa pélvica hasta en el 40-50% de los casos.<sup>1</sup> La presencia de un nódulo anterouterino, doloroso al tacto, es altamente sugestivo de endometriosis vesical.<sup>29</sup>

## DIAGNOSTICO

Para confirmar la sospecha clínica de endometriosis vesical, lo primero es pensar en su posible existencia en aquel grupo de pacientes, que por la edad y la sintomatología, las incluyan en el grupo de riesgo. Desde el punto de vista imagenológico se plantea que el ultrasonido abdominal, constituye la primera exploración que puede alertar sobre la presencia de la endometriosis vesical.<sup>15,23,9,10,31</sup> Típicamente se describen lesiones heterogéneas, con imagen de vegetación hiperecogénica endoluminal más frecuentes hacia la cúpula y fondo de la vejiga.<sup>9</sup> La sensibilidad diagnóstica del estudio ultrasonografico se puede ver afectada por el tamaño de la lesión ya que pueden escaparse lesiones muy pequeñas. Otras técnicas de imagen que se utilizan en el estudio de la endometriosis vesical, son la tomografía axial computadorizada y la resonancia

magnética nuclear. Ambas permiten definir y delimitar con más precisión la zona afectada, su extensión a órganos vecinos, así como la profundidad de la lesión, sobre todo la segunda.<sup>2,15,10,27</sup> Ante la sospecha clínico-imaginológica de la endometriosis se impone la realización de la cistoscopia. En esta aparecen unas lesiones de aspecto quístico y de tinte azulado.<sup>2,17</sup> La biopsia transuretral nos da el diagnóstico definitivo, aislando glándulas endometriales distendidas por sangre y material necrótico con inflamación y extravasación hemorrágica.<sup>15</sup>

## TRATAMIENTO

Al afrontar el tratamiento de la endometriosis se debe de considerar su elevada probabilidad de recurrencia. De hecho, ningún tratamiento es completamente efectivo en la prevención de ésta. Así, aunque se ha postulado que el único tratamiento curativo para la mujer con endometriosis es la extirpación quirúrgica de las lesiones, junto con histerectomía y ooforectomía bilateral, la probabilidad de recurrencia tras la cirugía “curativa” puede llegar al 5-10%.<sup>37</sup> Al elegir entre las opciones de tratamiento de la endometriosis vesical, se debe de considerar la edad de la paciente y el deseo de reproducción, la severidad de los síntomas, la extensión de la endometriosis y

el tamaño de la lesión vesical, entre otros factores.<sup>30,36</sup> Las modalidades de tratamiento conservador normalmente son paliativas y los síntomas generalmente recurren después de suspender la medicación.<sup>14,24,35</sup> Así, Vercellini y cols.<sup>34</sup> trataron a todas sus pacientes con terapia médica específica para la enfermedad (progestágenos, danazol, gestrinona o agonistas de la hormona liberadora de gonadotrofinas), la cual provocó un alivio efectivo de los síntomas urológicos y ginecológicos. Sin embargo, la sintomatología reapareció cuando se suspendió la medicación. No obstante, Westney y cols.<sup>36</sup> defienden el uso de la manipulación hormonal como el abordaje de primera línea en los casos en los que la lesión vesical es pequeña y los síntomas son de moderada intensidad, especialmente en pacientes jóvenes que desean algún alivio de los síntomas antes de un embarazo.). Donnez y cols.<sup>13</sup> utilizaron el tratamiento médico para facilitar el abordaje quirúrgico, dado que aquel disminuye el tamaño de la lesión y la reacción inflamatoria perilesional, facilitando la cirugía. Los casos de grandes lesiones vesicales o endometriosis difusa requerirán, con más probabilidad, la escisión quirúrgica como tratamiento definitivo.<sup>36</sup> La resección transuretral de la masa generalmente es diagnóstica.

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 en un corto espacio de tiempo.<sup>21,14,26,34</sup> Sin embargo, con este tipo de tratamiento se han comunicado excelentes resultados con largos períodos de seguimiento.<sup>30,11,35-21,18</sup> Silmi y cols.<sup>30</sup> defiende su uso como tratamiento combinado o complementario a la hormonoterapia. Cifuentes<sup>11</sup> trató con éxito mediante resección transuretral completa un endometrioma vesical, con un seguimiento postoperatorio de quince años. Vicente y cols.<sup>35</sup> utilizaron la resección transuretral y fotocoagulación endoscópica con láser Nd-Yag en un caso de endometriosis vesical sintomática, siendo éste el primer caso referenciado en la bibliografía mundial según sus autores. Aunque la resección transuretral es una técnica quirúrgica muy utilizada, se hace referencia a la cistectomía parcial como la técnica de elección para la exéresis de la lesión vesical.<sup>21,13,18,20,24,14</sup> Habitualmente cualquiera de las dos técnicas anteriores, resección transuretral o cistectomía parcial, se puede complementar con un tratamiento supresor de tipo hormonal para los pequeños focos residuales en las pacientes

a quienes les interesa conservar la fertilidad.<sup>30,20</sup> Las que no desean mantener la fertilidad y cuya enfermedad esté limitada pueden ser tratadas con éxito únicamente con ooforectomía. En cambio, las que presentan una lesión vesical extensa pueden beneficiarse de una cirugía definitiva, que incluya exéresis de la lesión y castración quirúrgica.<sup>20</sup>

## RESUMEN

La endometriosis es una enfermedad que afecta al 4-15% de las mujeres en edad fértil. Consiste en la aparición de tejido endometrial, glándulas o estroma, fuera de la cavidad uterina. Este endometrio suele ser funcional. Su localización más frecuente es la pélvica con afectación del aparato genital. Sin embargo, en un 1% de casos se afecta el tracto urinario y en un 84% de estos la vejiga. La etiopatogenia de esta entidad no está del todo clara, existiendo varias teorías que tratan de explicar su origen. Clínicamente la endometriosis vesical se presenta con dolor suprapúbico y sintomatología irritativa miccional. El artículo presenta el caso de una paciente con endometriosis vesical y describe aspectos etiopatogénicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abeshouse BS, Abeshouse G. Endometriosis of the urinary tract: a

- review of the literature and a report of four cases of vesical endometriosis. *J Int Coll Surg* 1960;34:43.
2. Alapont Alacreu JM, Andreu García A, Herrero Polo E, Botella Almodóvar R, Schiefenbusch Munne E, Brotons Márquez JL, et al. Endometriosis vesical: dos nuevos casos. *Actas Urol Esp*. 2004;28(10):789-91.
  3. Arap Neto W, Lopes RN, Cury M, Montelatto NI, Arap S. Vesical endometriosis. *Urology* 1984;24:271.
  4. Bin Park S, Kon Kim J, Sik Cho K. Sonography of endometriosis in infrequent sites. *J Clin Ultrasound*. 2008;36(2):91-7.
  5. BOLOGNA, R.A.; WHITMORE, K.E.: "La endometriosis genitourinaria". En: Ball, T.P., editor. AUA Update Series. Edición española. Vol. 1. p. 21-29. Medical Trends, S.L., Barcelona; 2001.
  6. Brosens IA, Puttemans P, Deprest J, Rombauts L. The endometriosis cycle and its derailments. *Hum Reprod* 1994;9:770-1.
  7. Buka NJ. Vesical endometriosis after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:1117.
  8. Casasola Chamorro J, Gutiérrez García S, Fernández Rojo F, Guerreiro González R, de Blas Gómez V, Gallo Rolanía FJ. Endometriosis vesical. Diagnóstico y tratamiento. *Actas Urol Esp*. 2003;27(5):394-6.
  9. Castellanos Lizárraga J, Maldonado M, Gutiérrez Godínez F, Ticona Garrón A, Félix de la Vega J, Salazar Castillo G, et al. Endometriosis vesical. Reporte de un caso. *Rev Méx Urol*. 2005;65(6):469-73.
  10. Cánovas Ivorra JA, Castillo Gimeno JM, Michelena Barcena J, Alberto Ramírez D, Vera Román J. Endometriosis vesical. A propósito de un nuevo caso y revisión de la literatura. *Arch Esp Urol*. 2006;59(3):290-2.
  11. Cifuentes, L.: "Endometriosis vesical". En: Cifuentes L, editor. Cistitis y cistopatías. 2ª Ed. p. 235- 40. BOK S.A., Madrid; 1989.
  12. Comiter, C.V.: "Endometriosis of the urinary tract". *Urol. Clin. North. Am.*, 29: 3: 625.
  13. Donnez J, Spada F, Squifflet J, Nisolle M.: Bladder endometriosis must be considered as bladder adenomyosis. *Fertil Steril* 2000; 74: 1175-1181.
  14. García, J.I.; Extramiana, J.; Esteban, JM. y cols.: "Endometriosis vesical tras cesárea: aspectos diagnóstico-terapéuticos". *Actas Urol. Esp.*, 21: 785, 1997.
  15. Giudice LC. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2010;362(25):2389-98.
  16. Gómez Muñoz J, González Enguita C, Vela Navarrete R. Cistitis, cistopatías y síndrome uretral. En: Castiñeiras Fernández J. Libro del Residente de Urología.
  17. Gutiérrez-García S, Casasola J, Garrido F, Alija ML, Hidalgo B. Diagnóstico ocasional de endometriosis vesical por ecografía transvaginal. *Clin Invest Gynecol Obstet*. 2002;29(9):346-8.
  18. Llarena, R.; Lecumberri, D.; Padilla, J. y cols.: "Endometrioma urinario". *Arch. Esp. Urol.*, 55: 1209, 2002.
  19. López E, Prats J, Prera A, Combalia N.: Endometriosis vesical simulando un tumor vesical. *Arch Esp Urol* 1992; 45: 158-160.
  20. Nezhat, C.H.; Malik, S.; Osias, J. y cols.: "Laparoscopic management of 15 patients with infiltrating endometriosis of the bladder and a case of primary intravesical endometrioid adenocarcinoma". *Fertil. Steril.*, 78: 872, 2002.
  21. Ojeda A, Rodríguez B, Alonso A, Castro AM, Benavente J, Barros JM, Nogueira JL.: Endometriosis vesical. *Actas Urol Esp* 1992; 16: 80-807.
  22. Pastor Navarro H, Giménez Bachs JM, Donate Moreno MJ, Pastor Guzmán JM, Ruíz Mondéjar R, Atienzar Tobarra M, et al. Update on the diagnosis and treatment of bladder endometriosis. *Int Urol Gynecol J*. 2007;18:949-54.
  23. Pérez- Utrilla Pérez M, Aguilera Bazán A, Alonso Dorrego JM, Hernández A, Girón de Francisco M, Martín Hernández M, et al. Urinary tract endometriosis: Clinical, diagnostic, and therapeutic aspects. *Urology*. 2009;73(1):47-51.
  24. Quezada, F.; Berrocal, A.; Esteban, E. y cols.: "Endometriosis vesical". *Arch. Esp. Urol.*, 43: 19, 1990.
  25. Robbins (Cotran RS, Kumar V, Collins T). Patología estructural y funcional. 6ta Ed. España. Mc Grow-Hill. Interamericana. 2000. p. 967-68.
  26. Rosino, A.; Piedra, J.D.; García, C. y cols.: "Neoformación vesical en una mujer joven". En: Leiva O, Castiñeiras J, editores. 4º Concurso de Casos Clínicos para Urólogos en Formación. p. 79-82. Luzán 5, S.A., Madrid; 2003.
  27. Saba L, Guerriero S, Sulcis R, Ajossa S, Melis G, Mallarini G. Agreement and reproducibility in identification of endometriosis using magnetic resonance imaging. *Acta Radiol*. 2010;5:573-80.
  28. Schwartzwald D, Mooppan Umm, Ohm Hk, Kim H.: Endometriosis of bladder. *Urology* 1992; 39: 219-222.
  29. Shook TE, Nyberg L.: Endometriosis of the urinary tract. *Urology* 1988; 31: 1-6.
  30. Silmi, A.; Blázquez, J.; Salinas, J. y cols.: "Endometriosis vesical: revisión y presentación de dos nuevos casos". *Rev. Clí n. Esp.*, 186: 74, 1990.
  31. Simona F, Arena E, Morando A, Remorgida V. Prevalence of newly diagnosed endometriosis in women attending the general practitioner. *Int J Gynecol Obstet*. 2010;110:203-7.
  32. Sircus SI, Sant GR, Ucci AA Jr. Bladder detrusor endometriosis mimicking interstitial cystitis. *Urology* 1988;32:339.
  33. Usandizaga Beguirisán, J.A., Fuentes Pérez, P., Obstetricia Ginecología, Madrid, 2010, p 1012.
  34. Vercellini P, Meschia M, De Giorgi O, Panazza S, Cortesi I, Crosignani PG.: Bladder detrusor endometriosis: clinical and pathogenetic implications. *J Urol* 1996; 155:6-84-770-771.
  35. Vicente, J.; Laguna, P.; Díaz, I. y cols.: "Tratamiento de la endometriosis vesical con Nd-Yag Láser". *Arch. Esp. Urol.*, 44: 169, 1991.
  36. Westney, O.L.; Amundsen, C.L.; McGuire, E.J.: "Bladder endometriosis: conservative management". *J. Urol.*, 163: 1814, 2000.
  37. Winkel, C.A.: "Evaluation and Management of Women With Endometriosis". *Obstet. Gynecol.*, 102: 397, 2003.