

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol. 2014; 67 (6): –

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA ENDOMETRIOSIS VESICAL PRIMARIALuís Alonso Pacheco¹, César P. Ramírez Plaza²,
Francisco Blanco Reina³ y Miguel Rodrigo Olmedo¹.¹Unidad de Endoscopia Ginecológica. Centro Gutenberg
Málaga.²Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Quirón
Málaga.³Servicio Urología. Hospital Xanit Internacional Málaga.
España.**Resumen.-** OBJETIVO: presentar un caso de endometriosis vesical primaria tratada mediante cistectomía parcial por vía laparoscópica.

MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 38 años que se diagnosticó por cistoscopia y RNM de endometriosis vesical a raíz de presentar clínica de dolor y hematuria cíclica catamenial. Se realizó una cistectomía parcial por vía laparoscópica que fue definitiva.

RESULTADOS: Presentamos un caso bien documentado de endometriosis vesical primaria y su tratamiento por vía laparoscópica, así como una revisión conceptual y de las opciones terapéuticas.

CONCLUSIONES: La endometriosis vesical debe tenerse en mente ante la clínica de dolor pélvico y hematuria con perfil catamenial. Cuando se diagnostica, el abordaje laparoscópico debe plantearse como la opción preferente.

Palabras clave: Laparoscopia. Lejiga. Endometriosis.**Summary.-** OBJECTIVE: To report a case of primary bladder endometriosis treated with laparoscopic partial cystectomy.

METHODS: We report the case of a 38-y woman diagnosed of bladder endometriosis by means of cystoscopy and NMR because of cyclic catamenial pain and hematuria. A partial cystectomy using a laparoscopic approach was performed and symptoms disappeared.

RESULTS: We report a well documented case of primary bladder endometriosis and the laparoscopic approach used for its treatment. A review of the concept and the therapeutic alternatives is presented.

CONCLUSIONS: Bladder endometriosis must be in mind when cyclic catamenial symptoms of pain and hematuria are present. When diagnosed, the laparoscopic approach must be considered the preferent option.

Keywords: Laparoscopy. Bladder. Endometriosis.**INTRODUCCIÓN**

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, cifrándose su incidencia en el 5-15% de mujeres en edad fértil. Suele localizarse en la pelvis, afectando a ovarios, trompas uterinas, ligamentos uterosacros y fondo de saco de Douglas; en un 3-17% de los casos existe afectación visceral digestiva extrapélvica (colon sigmoide e íleon terminal). La endometriosis del tracto urinario es muy infrecuente (<1%), y cuando se presenta suele ser la vejiga el órgano afectado en el 84% de los casos (1).

Presentamos el caso de una paciente diagnosticada y tratada de una endometriosis vesical (EV) primaria. Se discuten los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos asociados a esta infrecuente patología.



CORRESPONDENCIA

César P. Ramírez Plaza
Avenida de las Caballerizas, 15
29016. Málaga (España)

cprptot@hotmail.com

Aceptado para publicar:

CASO CLINICO

Paciente de 38 años de edad, con diagnóstico previo de pequeño mioma submucoso como único antecedente, que consulta por cuadro de dolor suprapúbico acompañado de sintomatología miccional de carácter cíclico y con pico de intensidad en los días alrededor de la menstruación. La exploración ginecológica reveló un útero en anteversión con movilidad disminuida y una lesión nodular localizada a nivel vesical muy dolorosa al tacto. La ecografía transvaginal y la resonancia nuclear magnética demostraron una lesión hipocogénica en cara anterior uterina y posterior de vejiga (espacio vesicouterino) de aproximadamente 2 cm de diámetro (Figura 1 y 2). Una cistoscopia evidenció un nódulo azulado y friable al tacto en las proximidades del trígono vesical, compatible con la sospecha de endometriosis (Figura 3).

Se indicó la cirugía de exéresis del nódulo vesical por vía laparoscópica, sin evidenciarse la presencia de focos de endometriosis a otro nivel. Tras la disección del espacio vesico-uterino se realizó una resección transmural de la lesión y cistorrafia con suturas continuas intracorpóreas de material reabsorbible (Polyglactin 910) en doble plano. La biopsia confirmó el diagnóstico de endometriosis vesical transmural. El curso postoperatorio fue favorable, con alta a las 48 horas, retirada de la sonda vesical a los 15 días y remisión clínica completa en el seguimiento.

DISCUSIÓN

La endometriosis del tracto urinario es poco frecuente, con una incidencia que se cifra en <1%. Cuando está presente, la vejiga es el órgano más frecuentemente afectado (85%), seguido de uréter (10%), riñón (4%) y

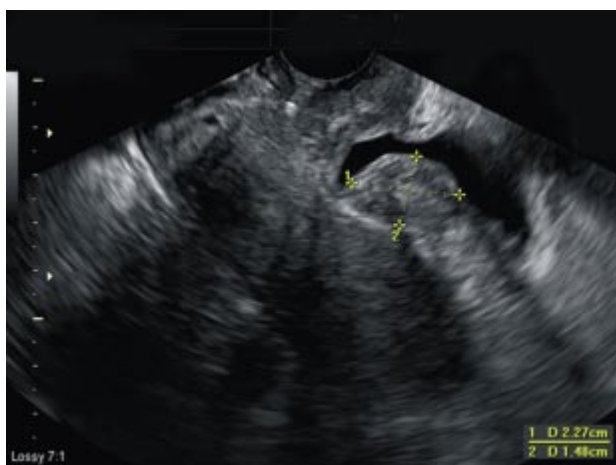


Figura 1. Ecografía transvaginal que muestra un nódulo endometriósico abombando en la cara posterior de la vagina.

uretra (2%). El primer caso de endometriosis vesical (EV) fue comunicado por Judd en 1921, siendo Müller en 1927 el responsable de la primera descripción cistoscópica de EV; a fecha de hoy, no se han descrito más de 300 casos de EV en la literatura médica (1-3).

Las teorías que se han postulado para explicar la EV son, básicamente, tres:

1) la teoría de la menstruación retrógrada (Sampson), en la que los restos endometriales quedarían implantados entre la cúpula vesical y la pared anterior uterina, justo en el fondo de saco anterior;

2) la teoría de la extensión, por contigüidad, de un adenomioma desde la pared anterior uterina a la vejiga; y,

3) la teoría de Donnez o de la metaplasia de restos müllerianos localizados en el tabique vesico-uterino o vesico-vaginal (4, 5).

Así, conceptualmente, definir un caso de EV verdadera requiere:

a) afectación primaria, es decir aquella que ocurre de forma espontánea sin antecedente quirúrgico potencialmente yatrógeno, como puede ser una cesárea traumática; y,

b) enfermedad transmural que afecte, como mínimo, al músculo detrusor, siendo muy raro que la afectación llegue hasta la mucosa vesical. De este modo, quedan excluidos los implantes no infiltrantes del peritoneo pre-

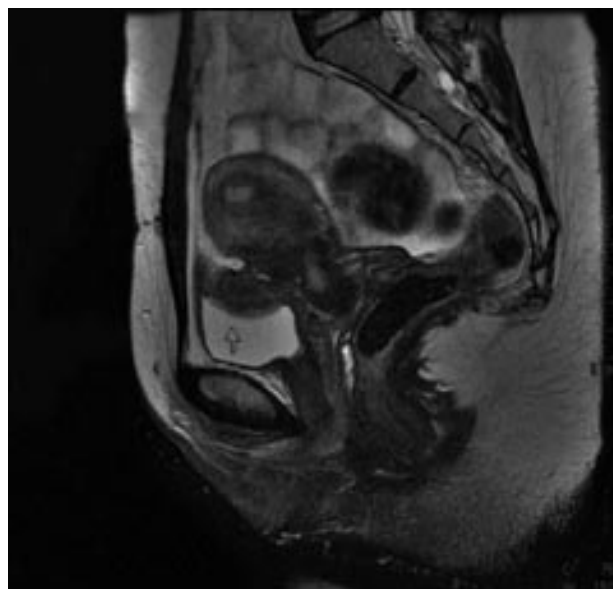


Figura 2. RNM con imagen hiperintensa en T2 que se corresponde con una lesión de endometriosis en la vejiga.



Figura 3. Imagen de cistoscopia que muestra sangrado activo procedente del nódulo endometriósico vesical.

vesical que con frecuencia se encuentran en el contexto de la endometriosis pélvica.

Los síntomas de presentación de la EV son muy parecidos a los del síndrome de cistitis intersticial, e incluyen dolor suprapúbico y síntomas imitativos como urgencia miccional, poliuria y disuria, siendo más intensos en el período perimenstrual. La presencia de hematuria cíclica, presente en tan sólo el 20% de las pacientes con EV, se considera patognomónica de EV; la dismenorrea, síntoma habitual de la endometriosis, está presente en el 40% de las pacientes. En la exploración ginecológica, la realización del tacto bimanual suele poner de manifiesto una lesión palpable a nivel vesical que resulta dolorosa al tacto; su ausencia no excluye la EV (1, 6).

El estudio diagnóstico inicial es siempre la ecografía transvaginal o abdominal. Cuando la vejiga está llena, se confirma la presencia de un nódulo hiperecogénico y heterogéneo a nivel de la cara posterior o cúpula vesical, con proyección endoluminal y que, en ocasiones, puede simular por su aspecto ecográfico un mioma de localización subserosa; el cuerpo uterino se sitúa, invariablemente, en anteversión. Los estudios de tomografía computerizada (TC) y resonancia nuclear magnética (RNM) identifican una lesión supracervical hiperatenuada que crece hacia la luz vesical y ayudan, además, a descartar otras localizaciones de endometriosis que puedan pasar inadvertidas al estudio ecográfico, como los ligamentos úterosacros (7). La cistoscopia, sobre todo si se realiza en el período perimenstrual, permite el diagnóstico definitivo al evidenciar la típica lesión submucosa prominente de color azulado; la mucosa vesical casi nunca está ulcerada, y sólo la congestión menstrual de un nódulo grande puede generar hematuria catamenial. La biopsia debe realizarse siempre que sea posible para excluir neoplasias epiteliales o mesenquimales y, aunque altamente específica, tiene una sensibilidad limitada (7, 8).

El tratamiento de la EV varía en función de la severidad de los síntomas, tamaño y localización de la lesión y, finalmente, edad y deseo reproductivo de la paciente. Debido a la escasa prevalencia de la EV no existen estudios prospectivos ni grandes series retrospectivas que hayan comparado el tratamiento médico con el quirúrgico. La terapia anticonceptiva es una elección razonable cuando son lesiones pequeñas y poco sintomáticas, sobre todo en mujeres jóvenes en edad fértil. Westney y cols., comunicaron una remisión completa de la clínica de EV en 12/13 pacientes tratadas con dosis bajas de progesterona y estrógenos en distintas combinaciones. Sin embargo, los síntomas suelen reaparecer al suspender el tratamiento hormonal, por lo que debe considerarse como "paliativo" (1, 8).

En general, y sobre todo en lesiones mayores de 15 mm. ó muy sintomáticas, el único tratamiento curativo es la cirugía. El abordaje cistoscópico transuretral debe descartarse por ser conceptualmente erróneo, ya que las lesiones crecen de fuera a dentro de la vejiga y sin llegar casi nunca a la mucosa; así, no pueden asegurarse radicalidad ni márgenes libres en la resección, siendo la recidiva siempre esperable. El tratamiento de elección es el abordaje abdominal, cuyas tasas de recidiva a largo plazo se sitúan entre el 0-8%. El acceso abdominal, ya sea por laparoscopia (CLP) o por laparotomía (CLT), permite una adecuada movilización de la vejiga y una buena exposición del espacio vesicouterino para poder realizar una resección vesical segmentaria con bordes libres; esta cistectomía parcial será transmural si la mucosa está infiltrada o extramucosa si la EV no llega más allá del detrusor, siendo de gran ayuda para tomar esta decisión realizar la cirugía con control cistoscópico adyuvante. Chapron y cols. reservan la CLT para aquellos casos en los que sea preciso un reimplante ureterovesical (9). Fedele y cols. publicaron la serie más numerosa de EV, con 18 casos de CLP en lesiones de la cúpula o cuerpo vesical libre y 29 de CLT para la afectación de la base vesical (10). Le Tohic y cols. apuestan, finalmente, por un acceso CLP de entrada sistemático con decisión de conversión a CLT en caso de dificultad o imposibilidad técnica, que fue necesaria en su serie en el 30.4% de los casos (11).

CONCLUSIONES

Como conclusiones finales, podemos decir que: 1) la EV primaria es una entidad rara pero que debe tenerse en cuenta en pacientes con sintomatología de cistitis intersticial de carácter cíclico catamenial; 2) la combinación de ecografía, TAC/RNM y cistoscopia permite con alta certeza la confirmación o el despistaje diagnóstico; y, 3) el tratamiento de elección debe ser la cirugía, mostrando los estudios recientes unos resultados excelentes para el abordaje laparoscópico combinado con cistoscopia para procurar una exéresis completa de la lesión.

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

- **1. Berlanda N, Vercellini P, Carmignani L, Aimi G, Amicarelli F, Fedele L. Ureteral and vesical endometriosis. Two different clinical entities sharing the same pathogenesis. *Obstet Gynecol Surv* 2009; 64(12): 830-842.
- *2. Judd ES. Adenomyomata presenting as a tumor of the bladder. *Surg Clin North Am* 1921; 1: 1271-8.
- *3. Muller J. Endometrioide Adenomatose (Adenomyose) und Cystadenomatose der Harnblase. *Achr f klin Chir* 1927; 145: 934.
- **4. Donnez J, Spada F, Squifflet J, Nisolle M. Bladder endometriosis must be considered as bladder adenomyosis. *Fertil Steril* 2000; 74: 1175-81.
- *5. Mettler L, Gaokwad V, Riebe B, Schollmeyer T. Bladder endometriosis: possibility of treatment by laparoscopy. *JLS* 2008; 12: 162-5.
- *6. Sircus SI, Sant GR, Ucci AA. Bladder detrusor endometriosis mimicking interstitial cystitis. *Urology* 1998; 32(4): 339-42.
- *7. Balleyguier C, Chapron C, Dubuisson JB, Kinkel K, Fauconnier A, Vieira M, Hélénon O, Menu Y. Comparison of magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography in diagnosing bladder endometriosis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002; 9(1): 15-23.
- *8. Westney OL, Amundsen CL, McGuire EJ. Bladder endometriosis: conservative management. *J Urol* 2000; 163: 1814-7.
- **9. Chapron C, Dubuisson JB, Jacob S, Fauconnier A, Da Costa Vieira M. Coeliochirurgie et endométriose vésicale. *Gynecol Obstet Fertil* 2000; 28: 232-7.
- *10. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Bergamini V, Berlanda N, Carmignani L. Long-term follow-up after conservative surgery for bladder endometriosis. *Fertil Steril* 2005; 83: 1729-33.
- **11. Le Tohic A, Chis C, Yazbeck C, Koskas M, Madelenat P, Panel P. Endométriose vésicale: diagnostic et traitement. À propos d'une série de 24 patientes. *Gynecol Obstet Fertil* 2009; 37(3): 216-221.