

Endometriosis vesical. Comunicación de un caso y revisión de la literatura

Bladder Endometriosis. Case Report and Literature Review

Amine Slaoui, Souhail Regragui, Tarik Karmouni, Khalid El Khader, Abdelatif Koutani, Ahmed Ibn Attya Andaloussi

Ibn Sina Hospital Universidad Mohamed V. Rabat, Marruecos.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad de la mujer en el período reproductivo que se define por la presencia de tejido endometrial en lugares ectópicos. Esta enfermedad afecta de un 10% a un 20% de las mujeres en edad fértil¹. Este tejido endometrial ectópico conoce variaciones periódicas según el ciclo menstrual y, por lo tanto, provoca sangrado sucesivo con reacción inflamatoria secundaria. Se estima de un 1% a un 2% la localización en el tracto urinario². La localización vesical se encuentra entre el 25% y el 85% de los casos; la ureteral, entre el 15% y el 75%; y la renal, excepcionalmente, en el 4% de los casos³. La endometriosis vesical plantea problemas de orden diagnóstico y terapéutico. De hecho, como en nuestro caso, podría mimar un tumor infiltrante.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 42 años que consulta por dismenorreas severas y cistalgias que aparecen en la primera parte del ciclo y en el medio del período menstrual. Asimismo, presenta hematuria macroscópica asociada a síntomas miccionales tanto irritativos (imperiosidad y polaquiuria) como obstructivos (disuria inicial, chorro débil y residuo posmiccional). Fue ingresada con un cuadro de síndrome anémico asociado a una insuficiencia renal.

En la ecografía, se encontró una lesión hipoeoica confirmada por tomografía computada, en la cual se

observaba un engrosamiento de la pared de la vejiga que evocaba un tumor invasivo.

El tratamiento quirúrgico realizado al final del ciclo se inició con una cistoscopia, donde se vio un trígono sano y una mucosa vesical mamelonada difusa sin lesión francamente tumoral. Se realizó una biopsia de dichas lesiones. El análisis histológico mostró (Ver Imagen 1 y 2) una mucosa endometrial polipoide en fase proliferativa con glándulas de forma y de tamaño muy variable, en ocasiones quísticas, revestidas por un epitelio columnar pseudoestratificado carente de mucosecreción y de atipia. El estroma era endometrial y hemorrágico, pero además, se encontraron ciertos fragmentos tapizados por un revestimiento urotelial con metaplasia intestinal en lugares (Ver Imagen 3).

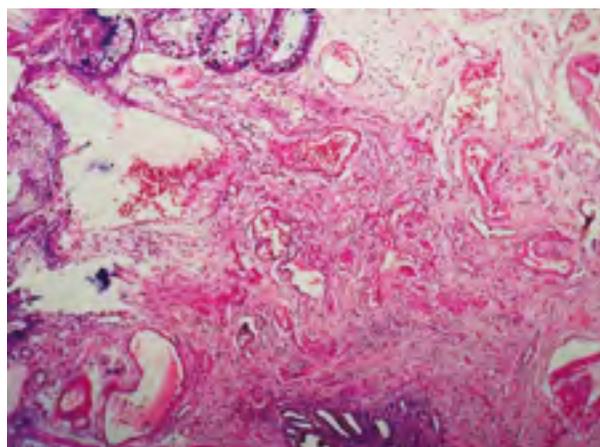


Imagen 1. Revestimiento urotelial sobre un corion que cierra glándulas endometriales en un estroma citógeno (HEX20)

Recibido en septiembre de 2015 - Aceptado en septiembre de 2015
Conflictos de interés: ninguno

Correspondencia
Email: amineslaoui05@gmail.com

Received on september 2015 - Accepted on september 2015
Conflicts of interest: none

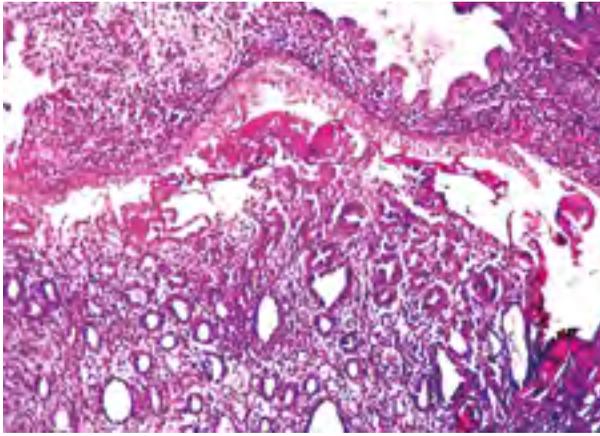


Imagen 2. Glándulas endometriales dentro de un estroma citógeno con mucosa urotelial (HEx20)

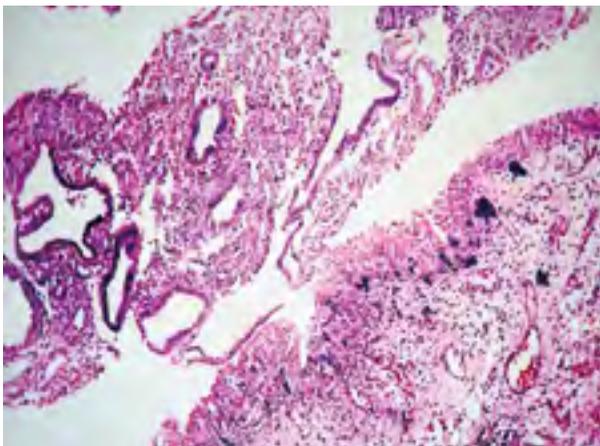


Imagen 3. Mucosa urotelial en metaplasia malpighiana, arriba, y focos de endometriosis, debajo (HEx10)

El diagnóstico fue endometriosis de la vejiga.

La paciente fue sometida a un tratamiento hormonal (análogo de la LHRH) con una mejoría de los síntomas clínicos.

DISCUSIÓN

La endometriosis sintomática de las vías urinarias es una enfermedad poco frecuente que requiere tratamiento específico. Tanto la endometriosis vesical como la del tracto urinario, en general, es difícil de diagnosticar, ya que no existen signos patognomónicos y los síntomas suelen ser muy discretos⁴. Buscamos su presencia ante signos sugerentes, como disuria, dolor o pesadez suprapúbica; rara vez, hematuria, pero sobre todo, al ritmo menstrual⁵. En la literatura, hallamos una correlación entre el tipo de dolor pélvico y la

ubicación de la lesión de endometriosis. En el caso de una localización en la vejiga cerca del cuello uterino, la sintomatología es de tipo obstructivo mientras que, en el caso de otra localización vesical, los síntomas son de tipo irritativo. Sin embargo, esta sintomatología no es específica en absoluto⁶. El examen clínico no contribuye mucho, pero se puede descubrir un nódulo sensible palpable en el examen vaginal en aproximadamente el 50% de los casos⁷. El dolor durante el período menstrual, en muchos casos, no permite hacer un examen satisfactorio.

En el diagnóstico por imágenes, la resonancia nuclear magnética (RNM) tiene una sensibilidad del 88% y una especificidad del 98,9%⁸. La prueba de oro es, sin embargo, la exploración laparoscópica, pero tiene limitaciones, especialmente, cuando se trata de lesiones en vejiga, extraperitoneales, dentro del ovario o enmascaradas por adherencias⁹. La RNM permite un mapeo de las lesiones profundas, incluyendo la búsqueda de lesiones de tamaño muy reducido¹⁰. La precisión de la evaluación inicial de la enfermedad es importante, ya que las posibilidades de éxito dependen, en ocasiones, de la integridad de la resección quirúrgica¹¹.

En la histología, la endometriosis vesical representa una afectación de la submucosa y del músculo liso con presencia debajo del urotelio de túbulos y quistes revestidos por epitelio de Müller¹². El urotelio vecino puede mostrar una metaplasia (metaplasia intestinal, en nuestro caso).

Por último, se han descrito casos de transformación maligna de la endometriosis vesical (carcinoma de células claras y endometriode, sarcomas del estroma, tumores müllerianos)¹³. Estudios complementarios en inmunohistoquímica destacan la presencia de receptores de progesterona en el tejido de endometriosis vesical que muestran la dependencia hormonal del tejido ectópico; de allí, el interés de la terapia hormonal¹⁴. El uso de análogos de la LHRH dio lugar a la facilitación de los procedimientos quirúrgicos posteriores y un impacto real en la sintomatología dolorosa¹⁵.

En síntesis, la endometriosis vesical se caracteriza por un polimorfismo histológico y clínico importante. La sintomatología urinaria baja cíclica debe conducir a realizar una cistoscopia y una RNM para llegar al diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rivlin ME, y cols. Leuprolide acetate in the management of ureteral obstruction caused by endometriosis. *Obstet Gynecol.* 1990; 75:532-536.
2. Chapron C, Dubuisson JB. Laparoscopic management of bladder endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999; 78:887-890.
3. Rouzier R, y cols. Ureteral endometriosis: three cases. Diagnostic and therapeutic management [Literature review]. *Contracept Fertil Sex.* 1998; 26:173-178.
4. Kane C, Drouin P. Obstructive uropathy associated with endometriosis. *Am J Obstet Gynecol.* 1985; 151:207-211.
5. Deval B, y cols. Bladder endometriosis. Apropos of 4 cases and review of the literature. *Gynecol Obstet Fertil.* 2000; 28:385-390.
6. Demoux R, Lechevallier E, Boubli L, Cravello L, Coulange C. Pelvic endometriosis with urologic involvement. Therapeutic principles: apropos of 2 cases. *Prog. Urol.* 1999; 9:750-755.
7. Aldridge KW, Burns JR, Singh B. Vesical endometriosis: a review and 2 case reports. *J Urol.* 1985; 134:539-541.
8. Bazot M, Darai E, Hourani R, Thomassin I, Cortez A, Uzan S, Buy JN. Deep Pelvic Endometriosis: MR Imaging for Diagnosis and Prediction of Extension of Disease. *Radiology.* 2004; 232:379-89.
9. Brosens I, Puttemans P, Campo R, Gordts S, Kinkel K. Diagnosis of endometriosis: pelvic endoscopy and imaging techniques. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2004; 18:285-303.
10. Balleyguier C. Imaging features of endometriosis. *J Gynecol Obstet Biol. Reprod.* 2003; 32:S5-10.
11. Chapron C, Dubuisson JB, Chopin N, Foulot H, Jacob S, Vieira M, Barakat H, Fauconnier A. Deep pelvic endometriosis: management and proposal for a "surgical classification". *Gynecol Obstet Fertil.* 2003; 31:197-206.
12. Vercellini P, Frontino G, Pietropaolo G, Gattei U, Daghuati R, Crosignani PG. Deep endometriosis: definition, pathogenesis and clinical management. *J Am Assoc Gynecol. Laparosc.* 2004; 11:153-161.
13. Balat O, Kudelka AP, Edwards CL, Silva E, Kavanagh JJ. Malignant transformation in endometriosis of the urinary bladder: case report of clear cell adenocarcinoma. *Eur J Gynaecol Oncol.* 1996; 17:13-16.
14. Tarragona Foradada J, de Torres Ramírez I, Morote Robles J, López-Pacios JL, de Torres Mateos JA. Vesical endometriosis. Report of a case with immunohistochemical study. *Arch. Esp. Urol.* 1997; 50: 4-76.
15. Olive DL, Pritts EA. Treatment of endometriosis. *N Engl J Med.* 2001; 345:266-275.