

CASO CLÍNICO

1. Ginecólogo Obstetra, Clínica Internacional, Centro de Diagnóstico Avanzado de Endometriosis y Dolor Pélvico, Lima, Perú 0000-0001-7350-1242
2. Ginecólogo Obstetra, Clínica Santa Isabel, Lima, Perú
3. Urólogo, Clínica Delgado – AUNA, Lima, Perú 0000-0002-2335-7235

Financiamiento: Recursos propios

Conflictos de interés: Ninguno

Recibido: 19 enero 2021

Aceptado: 14 marzo 2021

Publicación en línea:

Correspondencia:

Dr. Roberto Albinagorta O.

📍 Calle La Malva 195-302D - 15023 - Santiago de Surco - Lima, Perú

✉ ralbinagorta@gmail.com

Citar como: Albinagorta Olórtegui R, Ramos Barrientos VP, Alva Pinto A. Diagnóstico y manejo multidisciplinario de endometriosis vesical: reporte de caso. Rev Peru Ginecol Obstet. 2021;67(2). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2320>

Diagnóstico y manejo multidisciplinario de endometriosis vesical: reporte de caso

Diagnosis and multidisciplinary management of bladder endometriosis: A case report

Roberto Albinagorta Olórtegui¹, Vicente Paul Ramos Barrientos², Alexis Alva Pinto³

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2320>

RESUMEN

La endometriosis vesical es una entidad médica poco frecuente, que se diagnostica mediante procedimientos clínicos y de imágenes. La ecografía transvaginal es la técnica de primera línea para el diagnóstico. Su tratamiento es laparoscópico, con buenos resultados. Presentamos el caso de una paciente con esta patología, con abordaje quirúrgico multidisciplinario y evolución satisfactoria en el control de la enfermedad.

Palabras clave. Endometriosis, Ultrasonografía, Laparoscopia, Cistectomía.

ABSTRACT

Bladder endometriosis is a rare medical entity, diagnosed by clinical and imaging procedures. Transvaginal ultrasound is the first line technique for diagnosis. The treatment is laparoscopic, with good results. We present the case of a patient with this pathology, with multidisciplinary surgical approach and satisfactory evolution in the control of the disease.

Key words: Endometriosis, Ultrasonography, Laparoscopy, Cystectomy.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis profunda se define como la presencia de lesiones que infiltran más de 5 mm en profundidad bajo la superficie del peritoneo, o que comprometen y distorsionan el intestino, la vejiga, los uréteres o la vagina⁽¹⁻³⁾. La endometriosis vesical (EV) consiste en la presencia de glándulas endometriales y estroma en el músculo detrusor, siendo la base y el domo de la vejiga las localizaciones más frecuentemente afectadas⁽⁴⁾. La incidencia de endometriosis de las vías urinarias varía entre 0,3 y 12% de las pacientes con endometriosis, correspondiendo 70 a 85% de los casos a EV⁽⁴⁻⁶⁾.

Alguna vez considerada una patología muy rara, cada vez se acepta que la EV probablemente es subdiagnosticada debido a los síntomas inespecíficos que la acompañan, tales como disuria, urgencia, aumento de la frecuencia miccional, dolor suprapúbico, tenesmo vesical, incontinencia y hematuria, simulando otras condiciones urológicas como cistitis recurrente, cistitis intersticial o síndrome uretral crónico. Esta presentación inespecífica y de inicio insidioso puede retardar considerablemente el diagnóstico, teniendo como consecuencias el aumento de la morbilidad y tratamientos errados^(2,5-7).

La ecografía transvaginal (ETV) constituye la técnica de primera línea para el diagnóstico de EV, debido a su costo bajo, alta disponibilidad y perfil de seguridad, al no emplear radiación ionizante⁽⁵⁾. En la mayoría de los casos, no se requiere complementar con otras técnicas de imágenes para realizar el diagnóstico^(8,9). En años recientes, el grupo *International Deep Endometriosis Analysis* (IDEA) ha publicado un documento



de consenso⁽¹⁰⁾ para estandarizar la evaluación ultrasonográfica de la pelvis en la mujer con sospecha de endometriosis profunda. Esta publicación constituye una guía para la evaluación sistemática de los compartimientos anterior y posterior de la pelvis que permite el diagnóstico y mapeo de las lesiones de endometriosis profunda empleando ETV.

El tratamiento de la EV es controversial. Al ser una condición bastante infrecuente, resulta prácticamente inviable realizar estudios aleatorizados. El tipo de tratamiento puede depender de varios factores, como la edad, la expectativa de fertilidad, extensión de la enfermedad, severidad de los síntomas urinarios, presencia de otras lesiones en la pelvis y el grado de disfunción menstrual. El tratamiento puede ser médico, quirúrgico o una combinación de ambos⁽⁵⁾. En este trabajo presentamos nuestra experiencia en el diagnóstico y manejo de un caso de EV usando un abordaje multidisciplinario, con resultados satisfactorios para el control de la enfermedad.

CASO CLÍNICO

La paciente de 34 años acudió a la primera consulta con un tiempo de enfermedad de 6 meses, aproximadamente, caracterizada por polaquiuria, dolor en hipogastrio, dispareunia y dismenorrea leve. Al examen físico se evidenció dolor pélvico mal definido, sin masas palpables. En una ETV convencional se halló una formación quística bilobulada de 7 cm en el ovario derecho, un quiste de 4 cm con ecos internos en el ovario izquierdo y un mioma intramural. Se solicitó urocultivo, cuyo resultado fue negativo. Se realizó laparoscopia, encontrándose endometriosis severa, el fondo de saco posterior obliterado, endometriomas ováricos bilaterales y una posible lesión endometriósica de vejiga. Se realizó remoción quirúrgica en cuña en ambos ovarios y liberación de adherencias. En el postoperatorio se indicó tratamiento con análogo de GnRH por 3 meses.

A los 6 meses de la cirugía, la paciente acudió a control por persistencia de los síntomas antes descritos. Se realizó nueva ETV, empleando en esta oportunidad el abordaje sistemático descrito por el grupo IDEA para la evaluación ultrasonográfica de la pelvis en la mujer con sospecha de endometriosis profunda. El examen mostró

presencia de imagen hipoecogénica, heterogénea de tipo nodular, localizada en el domo vesical, de dimensiones 24 x 16 x 18 mm, que infiltraba completamente la pared vesical, con señal negativa a la flujometría Doppler. No se evidenció infiltración del septo vésico-uterino, con presencia de signo de deslizamiento (sliding) positivo en el compartimiento anterior. Además, en el útero se observó hallazgos ecográficos sugestivos de adenomiosis (figuras 1 y 2).

Con estos resultados, la paciente fue referida a la especialidad de urología, para manejo del caso. Una resonancia magnética (RM) confirmó la presencia de implantes endometriósicos en el fondo y cara anterior de la vejiga. En una primera intervención quirúrgica, se practicó resección transuretral de tumoración vesical, encontrándose un tumor exofítico, mamelonado, de base ancha, de ± 2 cm de diámetro en fondo y cara lateral izquierda, con focos de infiltración hemática venosa. El diagnóstico anatomopatológico fue mucosa vesical con cistitis glandular quística y presencia de focos de müllerianos (endometriosis). A continuación, se practicó cistectomía parcial por laparoscopia con resección del tumor vesical en borde sano y cistorrafia en 2 planos. Los hallazgos intraoperatorios fueron: fondo de saco anterior ocupado por tumor de 3 cm que infiltraba la vejiga en su cara anterolateral izquierda. Los resultados de la anatomía patológica confirmaron la presencia de extensa endometriosis que comprometía desde la mucosa vesical, la capa muscular y tejidos blandos perivesicales.

El postoperatorio inmediato transcurrió sin interurrencias, saliendo de alta a las 24 horas con sonda Foley, la cual fue retirada luego de 2 semanas. Presentó infección urinaria por *Escherichia coli BLEE*, la cual fue controlada, obteniendo la paciente el alta de Urología 6 semanas después de la intervención.

DISCUSIÓN

La endometriosis de las vías urinarias está presente en algo más del 50% de casos de endometriosis profunda. Mientras que los síntomas de la endometriosis ureteral son inespecíficos, los síntomas de EV ayudan a predecir su ubicación en 70% de los casos^(5,11). Incluso se describe que las lesiones de la base de la vejiga son más sintomáticas que las que afectan el domo vesical⁽⁶⁾.



FIGURA 1. SECCIONES SAGITAL Y AXIAL DE LA VEJIGA MUESTRAN UNA IMAGEN HIPOECOGÉNICA, HETEROGÉNEA, DE TIPO NODULAR LOCALIZADA EN EL DOMO VESICAL, DE DIMENSIONES 24x16x18 MM, QUE INFILTRA COMPLETAMENTE LA PARED VESICAL.

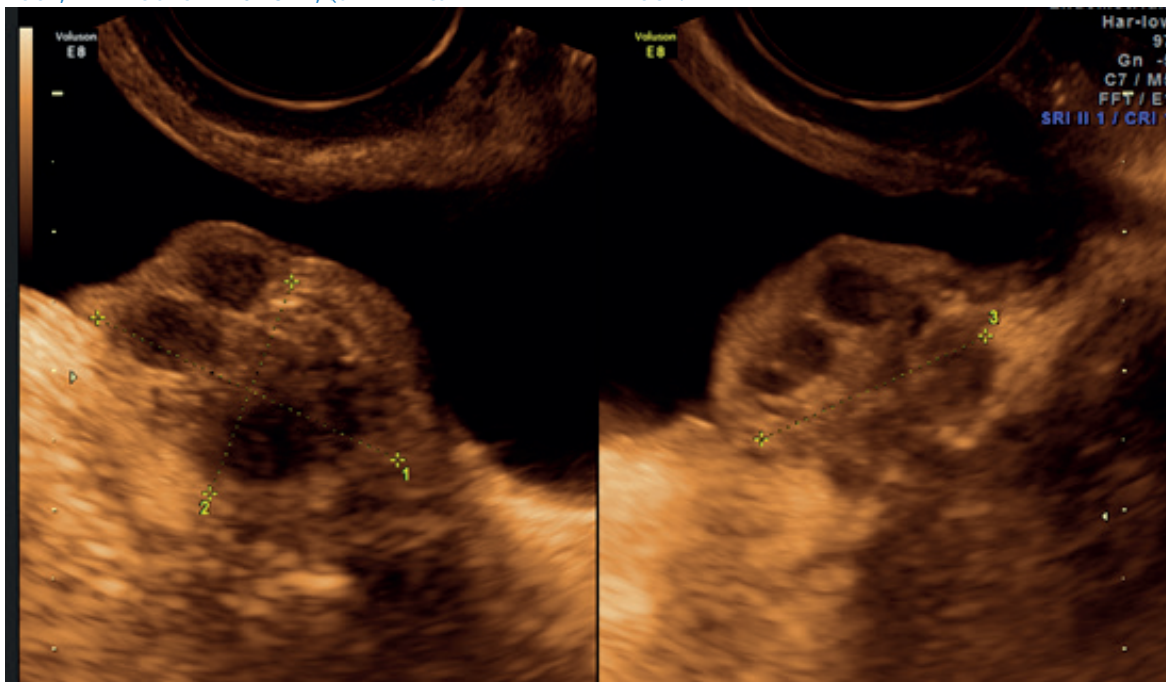
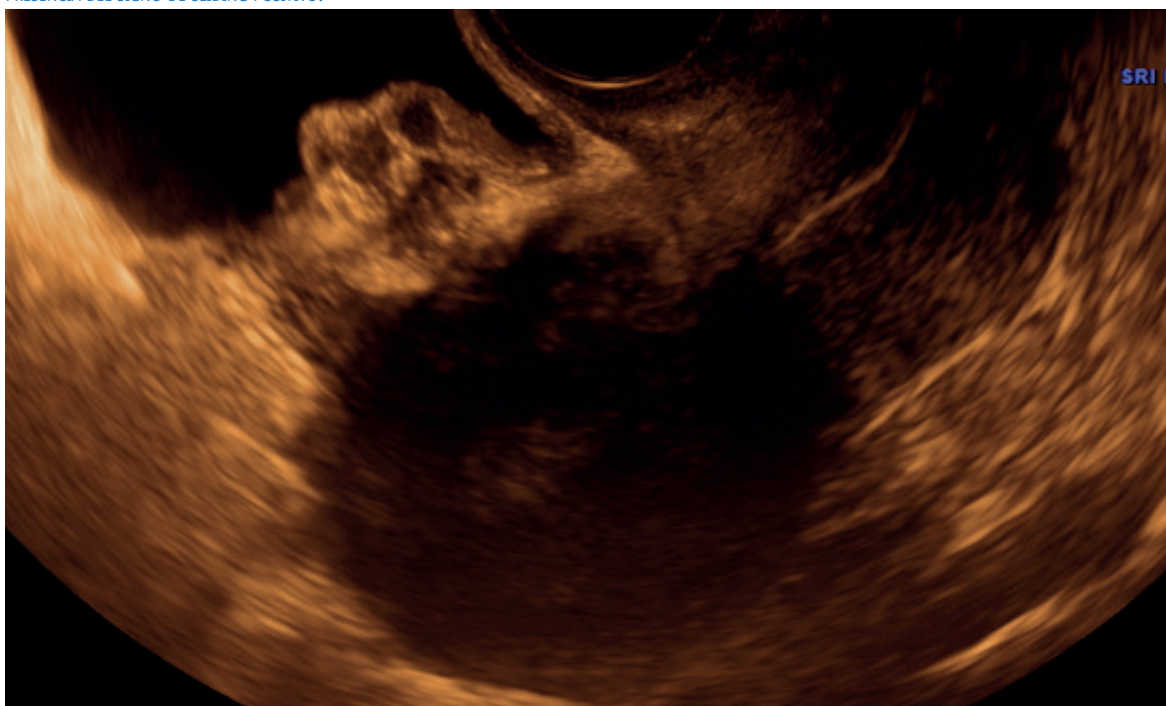


FIGURA 2. CORTE SAGITAL DEL ÚTERO CON LA VEJIGA A MEDIA REPLECIÓN, QUE MUESTRA LA RELACIÓN DEL IMPLANTE ENDOMETRIÓICO VESICAL CON LA PARED UTERINA Y DONDE SE EVIDENCIA QUE NO EXISTE INFILTRACIÓN DEL SEPTO VESICOUTERINO. A LA MANIOBRA DE MOVILIZACIÓN BIMANUAL, SE COMPROBÓ LA PRESENCIA DEL SIGNO DE SLIDING POSITIVO.



La mayoría de las veces, el cuadro clínico se manifiesta como un síndrome uretral agudo con aumento de la frecuencia miccional, tenesmo, sensación de quemazón, disuria, además de dolor y malestar suprapúbico^(4-6,11), lo cual coincide con las molestias referidas en el presente caso.

La presencia de hematuria y menuria se ha reportado solo en 20 a 35% de los casos y son síntomas más bien infrecuentes, debido a que la EV raramente infiltra la mucosa vesical produciendo ulceraciones hacia el interior del órgano^(5,12). A pesar de haberse confirmado el compromiso



de la mucosa en el examen anatomopatológico, no se documentó la presencia de hematuria o menuria en este caso.

Ya en el año 1997, Fedele y col. afirmaban que la ETV era el estudio ideal para el diagnóstico de EV, en comparación con la ecografía transabdominal y la RM⁽¹³⁾. En el 2009, Savelli y col. publicaron una serie atribuyendo a la ETV una sensibilidad de 44%, pero especificidad de 100%⁽⁷⁾. Resultados similares han sido comunicados por diferentes autores, encontrando valores de especificidad y valor predictivo positivo y negativo muy cercanos al 100%. La sensibilidad por debajo del 50% se explica porque la tasa de detección está fuertemente relacionada al tamaño de la lesión, siendo los implantes < 3 cm menos frecuentemente detectados por la ETV⁽⁵⁾. En este caso, la presencia de una imagen ecográfica típica de aspecto heterogéneo, hipocogénica, nodular, protruyendo desde el domo vesical hacia la luz de la vejiga y con señal negativa al Doppler color, ayudó a confirmar la sospecha de una lesión vesical encontrada en la primera laparoscopia. Los mismos fueron encontrados en la RM. Se ha señalado que la RM podría tener ventaja sobre la ETV en la detección de lesiones <2 cm, sobre todo cuando se emplea un marcador endocavitario⁽¹⁴⁾, por lo que puede ser considerada como una técnica de segunda línea para el diagnóstico de EV^(4,5,8). El costo es el principal factor en contra de la RM, considerando que en manos experimentadas la precisión diagnóstica de ambas técnicas es similar; con una gran ventaja para la ETV en su relación costo-efectividad, no se recomienda el uso rutinario de RM en para el diagnóstico de EV la práctica clínica^(4,8).

Desde el año 1999, la propuesta de tratamiento quirúrgico de la EV ha sido la cistectomía parcial por laparoscopia, con excelentes resultados clínicos⁽¹⁵⁾. No se recomienda la resección transuretral⁽⁴⁾, salvo que se haga una resección complementaria y definitiva por laparoscopia⁽¹⁶⁾. En el presente caso, encontramos una paciente con sintomatología sugestiva, pero la sospecha clínica y la primera imagen ecográfica fueron insuficientes, ya que en primera instancia no se sospechó EV. En la primera laparoscopia sí se observó la lesión, pero el equipo quirúrgico no era el adecuado para la resección. Con ese hallazgo, la recurrencia de la sintomatología y la segunda evaluación ecográfica, la paciente llevó un manejo adecuado, multidisciplinario y con los

resultados óptimos para control de la enfermedad. Resaltamos el hecho que la recomendación actual es que en pacientes con sospecha endometriosis, se haga sistemáticamente el estudio para descartar el compromiso de vejiga y vías urinarias^(10,17).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, Lesaffre E, Cornillie FJ. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril*. 1991;55:759-65.
2. Chapron C, Fauconnier A, Vieira M, Barakat H, Dousset B, Pansini V, Vacher-Lavenu MC, Dubuisson JB. Anatomical distribution of deeply infiltrating endometriosis: surgical implications and proposition for a classification. *Hum Reprod*. 2003;18:157-61.
3. Johnson NP, Hummelshoj L, Adamson GD, Keckstein J, Taylor HS, Abrao MS, Bush D, Kiesel L, Tamimi R, Sharpe-Timms KL, Rombauts L, Giudice LC; World Endometriosis Society Sao Paulo Consortium. World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis. *Hum Reprod*. 2017;32(2):315-24. doi: 10.1093/humrep/dew293. Epub 2016 Dec 5. PMID: 27920089
4. Maggiore ULR, Ferrero S, Candiani M, Somigliana E, Viganò P, Vercellini P. Bladder endometriosis: a systematic review of pathogenesis, diagnosis, treatment, impact on fertility, and risk of malignant transformation. *Eur Urol*. 2017;71(5):790-807. doi:10.1016/j.eururo.2016.12.015
5. Maccagnano C, Pellucchi F, Rocchini L, Ghezzi M, Scattoni V, Montorsi F, et al. Diagnosis and treatment of bladder endometriosis: state of the art. *Urol Internationalis*. 2012;89(3):249-58. doi:10.1159/000339519
6. Villa G, Mabrouk M, Guerrini M, Mignemi G, Montanari G, Fabbri E, Venturoli S, Seracchioli R. Relationship between site and size of bladder endometriotic nodules and severity of dysuria. *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14:628-32.
7. Savelli L, Manuzzi L, Pollastri P, Mabrouk M, Seracchioli R, Venturoli S. Diagnostic accuracy and potential limitations of transvaginal sonography for bladder endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009;34:595-600.
8. Working group of ESGE, ESHRE, and WES, Keckstein J, Becker CM, et al. Recommendations for the surgical treatment of endometriosis. Part 2: deep endometriosis. *Hum Reprod Open*. 2020;2020(1):hoaa002. Published 2020 Feb 12. doi:10.1093/hropen/hoaa002
9. Guerriero S, Saba L, Pascual MA, Ajossa S, Rodriguez I, Mais V, Alcazar JL. Transvaginal ultrasound vs magnetic resonance imaging for diagnosing deep infiltrating endometriosis: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018;51:586-95. doi: 10.1002/uog.18961
10. Guerriero S, Condous G, van den Bosch T, Valentin L, Leone FPG, Van Schoubroeck D, et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016;48(3):318-32. doi:10.1002/uog.15955



11. Knabben L, Imboden S, Fellmann B, Nirgianakis K, Kuhn A, Mueller MD. Urinary tract endometriosis in patients with deep infiltrating endometriosis: prevalence, symptoms, management, and proposal for a new clinical classification. *Fertil Steril*. 2015;103:147-52. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2014.09.028
12. Abrao MS, Dias JA Jr, Bellelis P, Podgaec S, Bautzer CR, Gromatsky C: Endometriosis of the ureter and bladder are not associated diseases. *Fertil Steril*. 2009;91:1662-7.
13. Fedele L, Bianchi S, Raffaelli R, Portuese A. Pre-operative assessment of bladder endometriosis. *Hum Reprod*. 1997;12:2519-22.
14. Balleyguier C, Chapron C, Dubuisson JB, Kinkel K, Fauconnier A, Vieira M, H´el´enon O, Menu Y. Comparison of magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography in diagnosing bladder endometriosis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2002;9:15-23.
15. Chapron C, Dubuisson JB. Laparoscopic management of bladder endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1999;78:887-90.
16. Pang ST, Chao A, Wang CJ, Lin G, Lee CL. Transurethral partial cystectomy and laparoscopic reconstruction for the management of bladder endometriosis. *Fertil Steril*. 2008;90(5):2014.e1-2014.e20143. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.04.045
17. Pateman K, Holland TK, Knez J, Derdelis G, Cutner A, Saridogan E, Jurkovic D. Should a detailed ultrasound examination of the complete urinary tract be routinely performed in women with suspected pelvic endometriosis? *Hum Reprod*. 2015;30:2802-7. doi: 10.1093/humrep/dev246