

TRATAMIENTO DE LA ENDOMETRIOSIS VESICAL. REVISIÓN DE LA LITERATURA ESPAÑOLA.

José María Sánchez Merino, Cristina Guillán Maquieira¹ y Jesús García Alonso.

Servicios de Urología y Ginecología¹. Hospital del Bierzo. Ponferrada. León. España.

Resumen.- OBJETIVO: Análisis actualizado y de conjunto del tratamiento de todos los casos de endometriosis vesical publicados en revistas en lengua española en nuestro país, incluyendo aquéllos aparecidos en revistas científicas fuera del ámbito urológico.

MÉTODOS: Se han localizado 28 casos de endometriosis vesical publicados en la literatura científica en lengua española en nuestro país. Se ha estudiado el tipo de tratamiento aplicado en cada caso, así como el de la recidiva y el seguimiento después del tratamiento definitivo, además de la edad y el antecedente de cesárea.

RESULTADOS: Las pacientes analizadas presentaron una edad media de 35 años, con mediana de 34 años y límites entre 27 y 48 años. El antecedente de cesárea aparece en 11 casos (39%). Se han seguido varios regímenes terapéuticos. Sólo en un caso se decidió vigilancia por ausencia de clínica urinaria. En tres

casos se utilizó inicialmente la terapia médica. De éstos, sólo uno respondió favorablemente. Los otros dos se siguieron o bien de cistectomía parcial, o bien de resección transuretral, por mala respuesta. La modalidad terapéutica inicial más utilizada fue la resección transuretral, realizada en 19 pacientes, además del caso citado previamente. La endometriosis vesical recidivó en siete casos tratados por esta vía. De éstos, cuatro fueron sometidos a cistectomía parcial, una de ellas por vía laparoscópica, y tres a nueva resección transuretral. Se realizó cistectomía parcial como modalidad terapéutica inicial en cinco casos. De éstas, cuatro se realizaron por vía abierta y una laparoscópica. No se han descrito recidivas tras las cistectomías parciales, incluyendo aquéllas realizadas para el tratamiento de los casos en los que fracasó la resección transuretral. La media de seguimiento ha sido de 37 meses y mediana de 12 meses, con límites entre 3 y 192 meses.

CONCLUSIONES: Hasta el momento actual la mayoría de los casos publicados de endometriosis vesical corresponden a revistas urológicas. La modalidad terapéutica más común ha sido la resección transuretral, que se utilizó con este fin en 20 casos (71%). No obstante, es necesario informar a la paciente de la probabilidad de fracaso del tratamiento, del 35% según la revisión de este conjunto de casos, con la resección transuretral. Finalmente, los casos tratados mediante cistectomía parcial laparoscópica en nuestro país han sido publicados por ginecólogos.

Correspondencia

José María Sánchez Merino.
c/ Francisco González, 25.
24400. Ponferrada. León. (España).
e-mail: sanchezuro@hotmail.com

Trabajo recibido: 20 de julio 2004

Palabras clave: Endometriosis. Vejiga. Tratamiento.

Summary.- OBJECTIVES: To perform a comprehensive, up-to-date review of the treatment of all cases of bladder endometriosis published in Spanish language journals in our country, including those published in non-urological scientific journals.

METHODS: We identified 28 cases of bladder endometriosis published in the Spanish literature. The treatment performed in each case has been studied, as well as the treatment of relapses and follow-up after definitive treatment. Age and history of caesarean section were registered.

RESULTS: Mean patient age was 35 years, with a median of 34 years and limits of 27 and 48. The history of caesarean section is present in 11 cases (39%). Several therapeutic regimens have been followed. Watchful waiting was only undertaken in one case due to the absence of urinary symptoms. Three patients received medical therapy initially. Only one of them had a favourable response. The other two underwent partial cystectomy and transurethral resection (TUR) respectively due to negative response. Transurethral resection was the most frequently used therapeutic modality; it was performed in 19 patients in addition to the aforementioned case. Bladder endometriosis recurred in 7 cases after TUR. Four of these cases underwent partial cystectomy, one of them laparoscopic, and three a second transurethral resection. Partial cystectomy was the initial therapeutic option in 5 cases. 4 of them were open and 1 laparoscopic. No recurrences have been described after partial cystectomy, including those performed for TUR failures. Mean follow-up was 37 months and median follow-up 12 months, being the limits 3 and 192 months.

CONCLUSIONS: To date most published cases of bladder endometriosis appear in urologic journals. The most common therapeutic modality is transurethral resection, carried out in 20 cases (71%). However, it is necessary to inform the patient about the chances of treatment failure after TUR, around 35% after this review. Finally, the reported cases treated by laparoscopic partial cystectomy have been published by gynaecologists.

Keywords: Endometriosis. Bladder. Treatment.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es el crecimiento de tejido endometrial fuera de los límites normales del miometrio de la cavidad uterina. Las localizaciones más frecuentes son los ovarios, los ligamentos uterosacros, el fondo de saco de Douglas, el peritoneo de la pelvis, las trompas y el cuello uterino (1). La afectación de la vía urinaria es muy infrecuente. Así, Donnez (2) encontró 17 casos de endometriosis vesical entre más de 9200 pacientes tratadas por endometriosis (0,2%). Este autor sólo consideró las lesiones que afectaban al detrusor, excluyendo los pequeños nódulos subperitoneales o implantes del fondo de saco anterior. Chapron (3) constató la infiltración de la vejiga en 11 pacientes de 1850 operadas por endometriosis (0,6%). Por otra parte, la afectación de otras estructuras anatómicas del aparato urinario distintas a la vejiga es todavía más rara (4).

El tratamiento de la endometriosis del tracto urinario es controvertido. No se han realizado grandes estudios para comparar la eficacia terapéutica de los distintos regímenes terapéuticos o para comparar el tratamiento médico con el quirúrgico dada la rareza de la condición. Por lo tanto, la selección de las opciones de tratamiento sin el beneficio de un estudio controlado resulta difícil (5).

Aun cuando existen excelentes revisiones sobre endometriosis vesical en la literatura urológica española, (4,6) el objetivo de este trabajo es realizar una análisis actualizado y de conjunto del tratamiento de todos los casos de endometriosis vesical publicados en lengua española en nuestro país, integrando aquellos aparecidos en revistas científicas fuera del ámbito urológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han localizado 28 casos de endometriosis vesical publicados en la literatura científica en lengua española en nuestro país, bien como casos aislados (4,7-16,18-23), grupos de dos (6,17,24) o tres casos (25) o en el ámbito de series más amplias de endometriosis extragenital y extrapelviana (26). Se incluye una serie de dos casos publicada con posterioridad a la aceptación del presente artículo para su publicación en esta revista (27). Diez casos fueron publicados en Archivos Españoles de Urología (4,8,10,11,13-

15,18,19,22), seis en *Actas Urológicas Españolas* (9,12,16,21,27), uno en *Vídeo Archivos Españoles de Urología* (20), tres en *Progresos de Obstetricia y Ginecología* (24,26), y el resto repartido entre *Revista Clínica Española* (dos casos) (6) y *Radiología* (tres casos) (25). Por último, se obtuvieron datos de tres casos reflejados en tratados de la especialidad de Urología (7,17,23).

No se ha incluido el caso de adenocarcinoma escamoso de vejiga con componente endometriode, presentado por López-López y cols. (28), porque los propios autores cuestionaron su relación con la malignización de una endometriosis vesical. De cualquier manera, su caso se aparta del objetivo de este trabajo, que es el tratamiento de la endometriosis vesical no malignizada.

Se ha estudiado el tipo de tratamiento aplicado en cada caso de endometriosis vesical descrito, así como el de la recidiva y el seguimiento en meses después del tratamiento definitivo.

Se han recogido, además, las variables edad (años) y el antecedente de cesárea, aunque no ha sido posible encontrarlas en la totalidad de los casos estudiados.

RESULTADOS

Las pacientes analizadas presentaron una edad media de 35 años, con mediana de 34 años y límites comprendidos entre 27 y 48 años, aunque este dato no se pudo obtener en dos casos (7,26). El antecedente de cesárea aparece en diez casos (4,9,10,13,16,19, 20,22,25-27). No obstante, por las características de la publicación en la que se describen, no hay referencia a este antecedente en dos casos (7,17).

Se han seguido varios regímenes terapéuticos en relación con la endometriosis vesical. Sólo en un caso se decidió vigilancia por ausencia de clínica urinaria. Se trataba de una paciente de 34 años, diagnosticada de endometriosis vesical durante un estudio por esterilidad. Posteriormente se le había realizado una histerectomía con conservación de anejos por sangrado profuso tras una cesárea. Durante ese acto quirúrgico se había evidenciado la existencia de múltiples adherencias entre el útero y la pared vesical (25).

En tres casos se utilizó inicialmente la terapia médica. Un caso de endometriosis localizada fue tratado con danazol en dos tandas separadas de cuatro meses, con excelente respuesta clínica (17). En otro

caso se realizó un ensayo terapéutico inicial con danazol durante unos meses con mejoría parcial y persistencia del endometrioma vesical, por lo que se siguió de laparotomía con histerectomía total, doble anexectomía y cistectomía parcial (8). Otro caso fue sometido a un ensayo terapéutico con análogos GnRH durante seis meses, seguidos de anovulatorios durante tres meses, pero con mala tolerancia al tratamiento por lo que se realizó finalmente resección transuretral de la tumoración (18).

La modalidad terapéutica más utilizada fue la resección transuretral, realizada en 20 casos, lo que ha supuesto el 71% del total de los casos estudiados. Un caso ya se ha mencionado previamente (18). En el resto la resección transuretral se utilizó como modalidad terapéutica inicial. En cuatro de éstos fue el único tratamiento realizado, con buena evolución (7,11,25). Sin embargo, otro caso tratado de esta manera recidivó a los 18 meses, con nueva resección transuretral y tratamiento complementario con la asociación de un progestágeno y un estrógeno durante tres meses y un análogo GnRH otros tres meses (19). Otro caso de resección transuretral inicial recidivó en tres ocasiones, con tratamiento definitivo mediante cistectomía parcial (26). En otros dos casos tratados con resección transuretral ésta se siguió de castración quirúrgica (6). Otro caso se complementó con danazol durante seis meses, con evolución favorable (9). Sin embargo, un caso tratado con resección transuretral y seguido de danazol no mejoró desde un punto de vista sintomatológico, por lo que fue tratado en dos ocasiones más por recidiva con nueva resección transuretral de la masa y fotocoagulación del lecho con Nd-Yag láser (10). Otro caso tratado con resección transuretral se siguió de la administración de gestrinona durante seis meses y buena respuesta (12). Cuatro casos continuaron el tratamiento con análogos GnRH durante seis meses, satisfactoriamente (4,20-22). Sin embargo, otros cuatro casos seguidos de análogos GnRH recidivaron (16,23,24,27). Uno de estos estuvo a tratamiento con el análogo durante un año y medio, suspendiéndose éste por deseo de gestación de la paciente. Tras el parto por cesárea se diagnosticó de recidiva de endometriosis vesical, siendo tratada mediante cistectomía parcial y de nuevo análogos durante cuatro meses (16). Otros dos casos fueron tratados con cistectomía parcial laparoscópica (24) y cistectomía parcial vía abierta complementada con un tratamiento hormonal no especificado en la publicación (23). Un último caso fue tratado con nueva resección transuretral y bloqueo

hormonal, permaneciendo asintomática y sin signos de recidiva tras un año de seguimiento (27).

Se realizó cistectomía parcial en diez casos. En cinco constituyó la modalidad terapéutica inicial. De éstas, cuatro se realizaron por vía abierta (13-15,27) y una laparoscópica (24). Dos de las realizadas por vía abierta se acompañaron, además, de castración quirúrgica (13,27). De los otros cinco casos en que se empleó la cistectomía parcial, en cuatro pacientes se utilizó para tratar la recidiva tras resección transuretral previa, bien por vía abierta (16,23,26) o laparoscópica (24). Por último, una cistectomía parcial se realizó después del fracaso del tratamiento con Danazol (8).

No se han descrito recidivas tras cistectomía parcial como modalidad terapéutica. Sin embargo, resumiendo lo anterior, la enfermedad vesical recidivó en siete casos sometidos a resección transuretral (10,16,19,23,24,26,27), lo que supone el 35% de los tratados mediante este último tipo de terapia. De éstos, cuatro fueron tratados mediante cistectomía parcial (16,23,24,26) y tres con nueva resección transuretral (10,19,27).

El tiempo de seguimiento postoperatorio se pudo obtener en 17 casos (6-8,10-12,15,16,18,19,21,22,24,27). La media de seguimiento es de 37 meses y mediana de 12 meses, con límites entre 3 y 192 meses.

DISCUSIÓN

Se reconocen dos tipos de endometriosis vesical. La forma yatrógena, también conocida como secundaria, se desarrolla después de una cesárea y se considera el resultado de una diseminación intraoperatoria de las células endometriales o de una subóptima técnica quirúrgica de cierre de la incisión uterina. En estos casos la pelvis estaría virtualmente libre de endometriosis (29). En la serie de Donnez y cols. (2) el 23% de los casos tenían como antecedente una cesárea previa. En relación con este aspecto, se halló este antecedente en el 38% del total de los casos analizados en la literatura española.

La otra forma de endometriosis vesical, la espontánea o primaria, se encuentra en mujeres sin el antecedente de cirugía uterina. En este caso la endometriosis vesical representaría sólo un sitio de una enfermedad más generalizada (29). La patogénesis en este caso es compleja y se han propuesto varias hipótesis: a) Koninckx and Martín (30) proponen el origen

intraperitoneal de las lesiones endometriósicas, las cuales posteriormente penetran bajo el peritoneo y se desarrollan principalmente en el detrusor vesical; b) alternativamente, estos focos pueden originarse de remanentes müllerianos localizados en el septum vesicouterino; (2) c) por último, la endometriosis del detrusor podría resultar de la extensión de lesiones de adenomiosis desde la pared uterina anterior (31). De cualquier manera, ninguno de mecanismos etiopatogénicos puede explicar por sí solo todos los casos.

Antes de afrontar el tratamiento de la endometriosis hay tener en cuenta 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% (32).

La elección entre las opciones de tratamiento de la endometriosis vesical sin el beneficio de un estudio controlado es difícil, además de tener que 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 (6,33). De cualquier manera, debe ser una responsabilidad compartida del ginecólogo y el urólogo, especialmente en mujeres jóvenes que desean mantener su función reproductora (4,6). Por otra parte, antes de toda intervención urológica es necesario un estudio completo ginecológico para descartar la coexistencia de endometriosis peritoneal o en otros órganos (7).

Las modalidades de tratamiento conservador normalmente son paliativas y los síntomas generalmente recurren después de suspender la medicación (2,8,10). Así, Vercellini y cols. (29) trataron a todas sus pacientes con terapia médica específica para la enfermedad (progestágenos, danazol, gestrinona o agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas), 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. (33) 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 no son extremadamente debilitantes, especialmente en pacientes jóvenes que desean algún alivio de los síntomas antes de un embarazo. No obstante, el tratamiento hormonal no es efec-

tivo en las pacientes con endometriosis y el antecedente de cesárea (34). Donnez y cols. (2) utilizan el tratamiento médico para facilitar el abordaje quirúrgico, dado que aquél disminuye el tamaño de la lesión y la reacción inflamatoria perilesional, facilitando la cirugía. De los tres casos tratados inicialmente con tratamiento hormonal en nuestro país (8,17,18), éste sólo fue efectivo en uno (17).

Los casos de grandes lesiones vesicales o endometriosis difusa requerirán, con más probabilidad, la escisión quirúrgica como tratamiento definitivo (33), que estará orientado hacia la resección segmentaria de la pared vesical afectada por la endometriosis (6).

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 (1,16,23,29). Sin embargo, con este tipo de tratamiento se han comunicado excelentes resultados con largos períodos de seguimiento (6,7,10-12,18). Silmi y cols. (6) defiende su uso como tratamiento combinado o complementario a la hormonoterapia. Cifuentes (7) trató con éxito mediante resección transuretral completa un endometrioma vesical, con un seguimiento postoperatorio de quince años. Por otro lado, los buenos resultados obtenidos mediante laserificación vía laparoscópica en endometriosis ginecológicas impulsó a Vicente y cols. (10) a utilizar 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 la técnica quirúrgica más utilizada en España, generalmente se hace referencia a la cistectomía parcial como la técnica de elección para la exéresis de la lesión vesical (1,2,4,5,8,16). Este procedimiento se puede realizar a cielo abierto o por laparoscopia, pero disponiendo de apoyo ginecológico para los casos en los que exista enfermedad pélvica extravesical o si está indicada una histerectomía/ooforectomía (1). Fedele y cols. (31) encontraron, en tres de cuatro pacientes tratadas, un nódulo de adenomiosis de la pared uterina anterior en continuidad con la lesión del detrusor, lo que requirió reconstrucción del miometrio anterior. Por otra parte, Donnez y cols. (2) proponen la resección extramucosa de la endometriosis vesical por vía laparoscópica,

basándose en los hallazgos histológicos de su serie. Por último, los casos tratados mediante cistectomía parcial laparoscópica en nuestro país han sido publicados en revistas de la especialidad de Ginecología (24).

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 (6,35). Las que no desean mantener la fertilidad y cuya enfermedad esté limitada pueden ser tratadas con éxito únicamente con ooforectomía, siempre y cuando no haya afectación ureteral, dado que estos casos el enfoque de la terapia debe ser quirúrgico. En cambio, las que presentan una lesión vesical extensa pueden beneficiarse de una cirugía definitiva, que incluya exéresis de la lesión y castración quirúrgica (35).

Una posible opción de tratamiento en las pacientes premenopáusicas es un ensayo de tres meses con terapia médica, preferiblemente con un análogo GnRH, con control cistoscópico para evaluar la respuesta (34). Llarena y cols. (4) defienden en mujeres próximas al climaterio con lesiones endometriósicas no muy extensas el tratamiento quirúrgico de las lesiones urológicas, esperando a que la menopausia resuelva mediante atrofia hormonal el posible tejido ectópico residual. En la misma línea, Silmi y cols. (6) encuentran indicada la resección transuretral en pacientes premenopáusicas. Si los trastornos no alcanzan gran intensidad también se ha aconsejado la abstinencia, en espera del agotamiento natural de la función hormonal de las glándulas sexuales (7). Las mujeres menopáusicas a tratamiento estrogénico exógeno y que son diagnosticadas de endometriosis vesical generalmente responden a la suspensión de aquél (34).

Por último, aunque la transformación maligna de una endometriosis vesical es excepcional, este riesgo obliga a un seguimiento apropiado de todas las pacientes (35).

Como conclusión, hasta el momento actual la mayoría de los casos de endometriosis vesical han sido publicados en revistas urológicas. La modalidad terapéutica más común ha sido la resección transuretral, que se utilizó con este fin en 20 casos (71%). No obstante, es necesario informar a la paciente de la probabilidad de fracaso del tratamiento, del 35% según la revisión de este conjunto de casos, con la resección transuretral. Finalmente, los casos tratados mediante cistectomía parcial laparoscópica en nuestro país han sido publicados por ginecólogos.

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

1. COMITER, C.V.: "Endometriosis of the urinary tract". *Urol. Clin. North. Am.*, 29: 3: 625.
2. DONNEZ, J.; SPADA, F.; SQUIFFLET, J. y cols.: "Bladder endometriosis must be considered as bladder adenomyosis". *Fertil. Steril.*, 74: 1175, 2000.
3. CHAPRON, C.; BOUCHER, E.; FAUCONNIER, A. y cols.: "Anatomopathological lesions of bladder endometriosis are heterogeneous". *Fertil. Steril.*, 78: 740, 2002.
- **4. LLARENA, R.; LECUMBERRI, D.; PADILLA, J. y cols.: "Endometrioma urinario". *Arch. Esp. Urol.*, 55: 1209, 2002.
5. 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.
- **6. SILMI, A.; BLÁZQUEZ, J.; SALINAS, J. y cols.: "Endometriosis vesical: revisión y presentación de dos nuevos casos". *Rev. Clí n. Esp.*, 186: 74, 1990.
- **7. CIFUENTES, L.: "Endometriosis vesical". En: Cifuentes L, editor. *Cistitis y cistopatías*. 2ª Ed. p. 235-40. BOK S.A., Madrid; 1989.
8. QUEZADA, F.; BERROCAL, A.; ESTEBAN, E. y cols.: "Endometriosis vesical". *Arch. Esp. Urol.*, 43: 19, 1990.
9. MONLLOR, J.; MERINO, C.; OLIVIER, C. y cols.: "Endometriosis vesical. Aproximación diagnóstica y terapéutica". *Actas Urol. Esp.*, 15: 86, 1991.
- *10. VICENTE, J.; LAGUNA, P.; DÍAZ, I. y cols.: "Tratamiento de la endometriosis vesical con Nd-Yag Láser". *Arch. Esp. Urol.*, 44: 169, 1991.
11. LÓPEZ, E.; PRATS, J.; PRERA, A. y cols.: "Endometriosis vesical simulando un tumor vesical". *Arch. Esp. Urol.*, 45: 158, 1992.
12. OJEA, A.; RODRÍGUEZ, B.; ALONSO, A. y cols.: "Endometriosis vesical". *Actas Urol. Esp.*, 16: 805, 1992.
13. SAMPIETRO, A.; FERNÁNDEZ, A.M.; RUIZ, R. y cols.: "Endometriosis vesical: un nuevo caso y revisión de la literatura". *Arch. Esp. Urol.*, 48: 314, 1995.
14. ROMERO, P.; LOBATO, J.J.; PÉREZ, L.A. y cols.: "Endometriosis de la capa muscular vesical como causa de abdomen agudo". *Arch. Esp. Urol.*, 48: 395, 1995.
15. TARRAGONA, J.; DE TORRES, I.; MOROTE J. y cols.: "Endometriosis vesical. Presentación de un caso con estudio inmunohistoquímico". *Arch. Esp. Urol.*, 50: 74, 1997.
16. GARCÍA, J.I.; EXTRAMIANA, J.; ESTEBAN, J.M. y cols.: "Endometriosis vesical tras cesárea: aspectos diagnóstico-terapéuticos". *Actas Urol. Esp.*, 21: 785, 1997.
- **17. VICENTE, J.; ALGABA, F.: "Endometriosis vesical". En: Vicente J, Algaba F, editores. *Semiología diagnóstica endovesical*. p. 120-9. Pulso Ediciones S.A., Barcelona; 1998.
18. SÁNCHEZ, J.M.; PARRA, L.; GUILLÁN, C. y cols.: "Endometriosis vesical". *Arch. Esp. Urol.*, 52: 933, 1999.
19. CRUZ, N.A.; LINARES, A.; CUESTA, C. y cols.: "Endometriosis vesical en paciente con antecedente de cesárea". *Arch. Esp. Urol.*, 55: 194, 2002.
- *20. PEREYRA, J.C.; ATECA, R.; GUTIÉRREZ, J.M. y cols.: "Endometriosis vesical. Diagnóstico y tratamiento". *Video Arch. Esp. Urol.*, 12: 1, 2000.
21. CASASOLA, J.; GUTIÉRREZ, S.; FERNÁNDEZ, F. y cols.: "Endometriosis vesical. Diagnóstico y tratamiento". *Actas Urol. Esp.*, 27: 394, 2003.
22. GARCÍA, J.; FERNÁNDEZ, J.M.; JALÓN, A. y cols.: "Nuevo caso de endometriosis vesical en paciente con antecedentes de cesárea". *Arch. Esp. Urol.*, 56: 952, 2003.
23. 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.
24. MARTÍN, A.; PLASENCIA, W.; GARCÍA, R. y cols.: "Tratamiento laparoscópico de la endometriosis vesical". *Prog. Obstet. Ginecol.*, 46: 403, 2003.
25. PARRAS, M.; CASCÓN, E.; ROBLEDO, R. y cols.: "Endometriosis vesical: utilidad de los métodos de imagen". *Radiología*, 41: 451, 1999.
26. CALDERAY, M.; GONZÁLEZ, J.M.; SÁNCHEZ, C. y cols.: "Endometriosis extragenital y extrapelviana". *Prog. Obstet. Ginecol.*, 46: 548, 2003.
27. ALAPONT, J.M.; ANDREU, A.; HERRERO, E. Y COLS.: "Endometriosis vesical: dos nuevos casos". *Actas Urol. Esp.*, 28: 789, 2004.
28. LÓPEZ-LÓPEZ, J.A.; PÉREZ-ARBEJ, J.A.; ESCRIBÁ, J. y cols.: "Adenocarcinoma escamoso de vejiga con componente endometriode, comentarios sobre un caso". *Actas Urol. Esp.*, 10: 217, 1986.
29. VERCELLINI, P.; MESCHIA, M.; DE GIORGI, O. y cols.: "Bladder detrusor endometriosis: clinical and pathogenetic implications". *J. Urol.*, 155: 84, 1996.
30. KONINCKX, P.R.; MARTIN, D.: "Treatment of deeply infiltrating endometriosis". *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.*, 6: 231, 1994.
31. FEDELE, L.; PIAZZOLA, E.; RAFFAELLI, R. y cols.: "Bladder endometriosis: deep infiltrating endometriosis or adenomyosis?". *Fertil. Steril.*, 69: 972, 1998.
32. WINKEL, C.A.: "Evaluation and Management of Women With Endometriosis". *Obstet. Gynecol.*, 102: 397, 2003.
33. WESTNEY, O.L.; AMUNDSEN, C.L.; McGUIRE, E.J.: "Bladder endometriosis: conservative management". *J. Urol.*, 163: 1814, 2000.
34. PRICE, D.T.; MALONEY, K.E.; IBRAHIM G.K. y cols.: "Vesical endometriosis: report of two cases and review of the literature". *Urology*, 48: 639, 1996.
35. 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.