

UROPATÍA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A ENDOMETRIOSIS VÉSICO-URETERAL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-RADIOLÓGICAS Y ANATOMOPATOLÓGICAS

J. Calvo Pulido, A. J. Márquez Moreno, E. Julve Villalta¹, F. M. Antuña Calle¹, M. V. Ortega Jiménez², J. J. Sánchez Carrillo², F. Amores Ramírez y A. Martín Palanca.

Servicios de Radiología, Urología¹ y Anatomía Patológica². Hospital Clínico de Málaga. España.

Resumen.- OBJETIVOS: Describir un nuevo caso de afectación del tracto urinario por endometriosis en una mujer de 37 años que consultó por dolor pélvico, lumbar y hematuria de carácter cíclicos.

MÉTODO: Tras la realización de historia clínica y exploraciones complementarias como ecografía abdominal, TAC abdominopélvico y cistoscopia con toma de biopsias se indicó tratamiento quirúrgico.

RESULTADOS: En las pruebas de imagen realizadas (ECO-TAC) se apreció una impronta y engrosamiento nodular e irregular de la hemibase vesical izquierda, con afectación ureteral y dilatación pielocalicial grado II-III/IV. En la

cistoscopia se observó lesión congestiva y edematosa a nivel de hemitrígono izquierdo. Con el diagnóstico clínico de neoformación ginecológica localmente avanzada con afectación uréterovesical se realizó tratamiento quirúrgico consistente en histerectomía, anexectomía bilateral, cistectomía parcial y ureterocistoneostomía izquierda.

CONCLUSIONES: La frecuencia de la afectación del tracto urinario por endometriosis es relativamente baja, sin embargo, la afectación ureteral obstructiva (hidronefrosis) es un hecho escasamente referido en la literatura consultada y que debe tenerse en cuenta ante cuadros de este tipo en mujeres jóvenes, principalmente si se acompaña de síntomas cíclicos. El diagnóstico definitivo es histológico y el tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Endometriosis. Vejiga. Uréter. Tac. Ecografía.

Summary.- OBJECTIVES: To report the case of a 37 year-old woman suffering from endometriosis of the urinary tract, that presented with lumbar and pelvic pain associated to cyclic recurrent haematuria.

METHODS: Following history, physical examination, abdomino-pelvic ultrasound (USS), CT scan and cystoscopy with biopsies, surgical treatment was indicated

RESULTS: Imaging (USS-CT) revealed a protrusion of the left bladder hemi-trigone with a nodular, irregular thickening and ipsilateral grade II-III/IV uretero-hydronefrosis. Cystoscopy confirmed a swollen and oedematous lesion in left hemi-trigone that seemed extrinsic in origin. With the clinical diagnosis of a possible neoplasia of gynaecological origin, the patient underwent surgical treatment consisting in radical hysterectomy with bilateral oophorectomy, partial cystectomy and left ureteroneocystostomy.

CONCLUSIONS: The frequency of endometriosis in the urinary tract is relatively low and therefore, endometriosis presenting with ureteral obstruction (uretero-hydronephrosis) has been rarely reported in the literature and should be part of the differential diagnosis in young women, especially if symptoms are cyclic. The treatment is surgery and the final diagnosis by pathology report.

Keywords: Endometriosis. Bladder. Ureter. CT scan. Ultrasound.

CORRESPONDENCIA

Antonio Javier Márquez Moreno
Teseo, 5 3-N
29010 Málaga. (España)
ajmrx@hotmail.es.

Trabajo recibido: 4 de diciembre 2008.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcionante fuera de la cavidad uterina, ya sea en el espesor de la capa muscular (adenomiosis) o extrauterina (ovárica, pélvica, intestinal, partes blandas, vesical...) (1). La afectación del tracto urinario

acontece, según las series consultadas, en un 1-11% de las pacientes, y da lugar a manifestaciones clínicas diversas. Sin embargo la afectación con obstrucción ureteral secundaria es rara (0,1-0,4%) (2, 3, 4).

CASO CLÍNICO

Paciente de 37 años que consultó por dolor hipogástrico, hematuria cíclica y dolor en fosa renal izquierda coincidiendo con la menstruación. Ecográficamente se observa una dilatación pielocalicial izquierda grado II-III/IV, en probable relación con lesión vesical sobreelevada. El TAC confirmó la ectasia descrita anteriormente y el retraso funcional renal izquierdo, así como una impronta y un engrosamiento irregular y nodular de la base vesical (Figuras 1 y 2). En la cistoscopia se apreció una lesión congestiva y edematosa en hemitrígono izquierdo, que se biopsió, siendo informada como cistitis glandular. La paciente se intervino quirúrgicamente con el diagnóstico de sospecha de tumor uterino local-

mente avanzado con afectación urétero-vesical. A través de una laparotomía infraumbilical transperitoneal se realizó histerectomía radical, anexectomía bilateral, cistectomía parcial y ureterocistoneostomía izquierda. El estudio histológico definitivo informó de endometriosis vesical, ureteral y ovárica (Figura 3).

COMENTARIO

La endometriosis extrauterina conforma un grupo de patologías diversas cuya clínica y presentación vienen determinadas principalmente por el lugar donde asienta el tejido endometrial funcionante. A lo largo de la literatura se han descrito implantes endometriósicos en, prácticamente, todos los lugares anatómicos posibles ya sea de forma espontánea (intestino delgado o grueso, pleurales, umbilical, inguinal, diafragmática...) o secundario a manipulaciones instrumentales (como en partes blandas sobre cicatrices de laparotomía). En general, en pacientes con afectación endometriósica

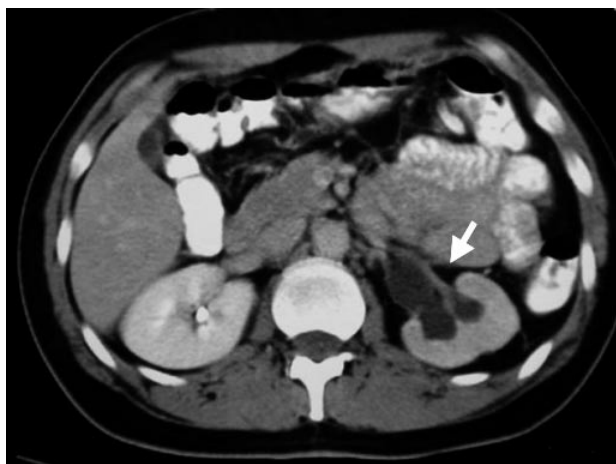


FIGURA 1. TAC mostrando ectasia pielocalicial, ureteral y retraso funcional renal izquierdos.



FIGURA 2. Ecografía y TAC donde se aprecia engrosamiento parietal irregular vesical y lesión nodular con impronta en base vesical.

pélvica generalizada se han observado síntomas urinarios en un 55% de los casos, genitales en un 83% y gastrointestinales en un 46% (5).

La afectación del tracto urinario (1-11% de los casos) muestra predilección por la vejiga, afectándose el uréter con una frecuencia de 0,1-0,4%, generalmente de forma asintomática (60%) (2, 3, 4). Según las series de Frenna et al (2007), la estenosis se produce sólo en un 5,6% de las afectaciones ureterales (3 pacientes) mientras que en 2 se aprecia hidronefrosis. En un 16% de los casos hay una afectación conjunta ureteral y vesical (6).

La incidencia mayor se produce alrededor de los 35 años y los síntomas descritos pueden ser divididos en ginecológicos (dolor pélvico espontáneo o secundario a relaciones sexuales, dismenorrea, alteraciones del ciclo ovárico, infertilidad...), o secundarios a la afectación propia del tracto urinario: disuria, hematuria,

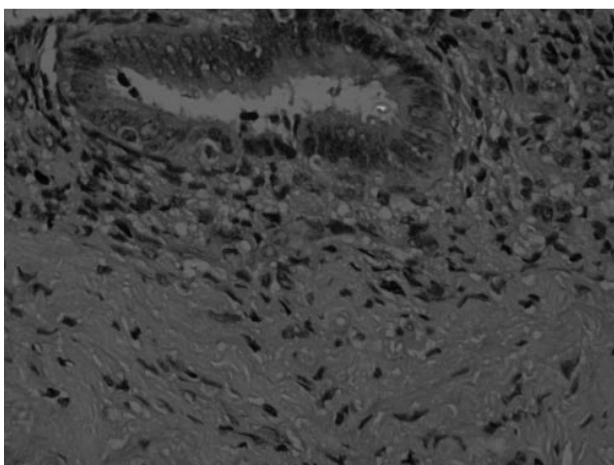
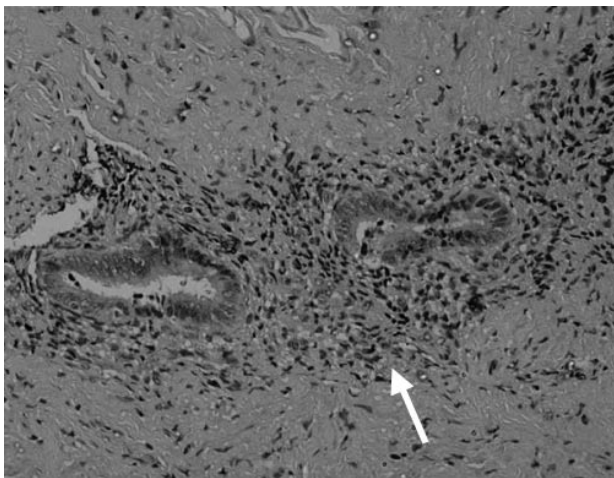


FIGURA 3. Detalle histológico de los nidos endometriósicos en el espesor de la pared muscular vesical. La flecha señala el epitelio glandular y el estroma Hematoxilina-eosina.

frecuencia miccional, infecciones recurrentes y dolor lumbar, siendo muy sugestivos cuando se repiten cíclicamente, siempre teniendo en cuenta que esta sintomatología clínica se relaciona muy estrechamente con la afectación vesical, mientras que la gran mayoría de los casos de afectación ureteral cursan de forma asintomática (7, 8). Deben considerarse dos formas de lesión ureteral: intrínseca y extrínseca. La forma extrínseca es la más común por extensión por contigüidad. Las lesiones intrínsecas son las que con mayor frecuencia causan hematuria cíclica y obstrucción (7,8).

La clínica puede ser muy inespecífica, así como la exploración física. La ecografía se usa en la evaluación inicial, aunque sus hallazgos son muy variables, simulando en algunos casos lesiones tumorales; y, al igual que en nuestro caso, el diagnóstico preoperatorio no suele realizarse, siendo definitivo el estudio histológico de las muestras obtenidas. Los estudios de imagen muestran engrosamiento de la pared vesical, ureteral y dilatación del sistema pielocalicial en los casos obstructivos, inespecíficos y que, como hemos dicho anteriormente, plantean diferenciar esta situación de un cuadro tumoral (tan sólo descartado parcialmente por el perfil epidemiológico de las pacientes) o inflamatorio (cistitis crónicas/hiperplasias mucosas). Las técnicas diagnósticas de elección son la TAC y la RM, siendo la última más útil para definir la magnitud y profundidad de las lesiones (9), y además aporta datos que apoyan el diagnóstico de esta entidad al ser sensible en la detección de sangre en diferentes estadios evolutivos. Algunos autores aconsejan realizar un despistaje ecográfico de la afectación de vías urinarias en pacientes con endometriosis diagnosticada en otras localizaciones, a fin de evitar un deterioro silente de la función renal (7, 8).

La evaluación endoscópica, ya sea mediante cistoscopia y/o ureteroscopia es de gran importancia, ya que permite tanto la visualización directa de las lesiones como la toma de material para biopsia, aunque en nuestro caso no fue diagnóstica. La imagen de estas inespecíficas lesiones puede variar según el momento del ciclo menstrual en el que se realiza la exploración (3).

Por lo que respecta al tratamiento depende de la severidad de los síntomas, la extensión y localización de la enfermedad y el deseo de maternidad de la paciente. El tratamiento médico se basa en las modificaciones que sufre el endometrio con la estimulación hormonal. Básicamente se han utilizado acetato de medroxiprogesterona, danazol y análogos de las gonadotropinas, con poca eficacia, debido a la recidiva de las lesiones tras el abandono del tratamiento. En todas las series consultadas el tratamiento quirúrgico ofrece resultados definitivos y se basa en la cistectomía parcial para los casos de afectación vesical y ureterectomía parcial con reimplante ureteral en casos de afectación ureteral distal. Se han descrito casos de tratamiento endoscópico

mediante RTU de vejiga y otros de afectación ureteral manejados con ureterolisis, pero actualmente no son recomendables debido al elevado número de recidivas publicado (7, 8, 9).

CONCLUSIONES

La frecuencia de la afectación del tracto urinario por endometriosis es relativamente baja, sin embargo, la afectación ureteral obstructiva (hidronefrosis) es un hecho escasamente referido en la literatura consultada y que debe tenerse en cuenta ante cuadros de este tipo en mujeres jóvenes, principalmente si se acompaña de síntomas cíclicos. El diagnóstico definitivo es histológico y el tratamiento quirúrgico.

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

- *1. López PA, Martín L, Vicente M, et al. Ileal endometriosis and Crohn disease. A difficult differential diagnosis. *Cir Esp*, 2007; 82: 122-4.
- *2. Antonelli A, Simeone C, Frego E, et al. Surgical treatment of ureteral obstruction from endometriosis: our experience with thirteen cases. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2004; 15:407-12.
- **3. Generao SE, Keene KD, Das S. Endoscopic diagnosis and management of ureteral endometriosis. *J Endourol*, 2005; 19: 1177-9.
- *4. Gastaldi E, De Maria M, Sepich CA, et al. Intrinsic endometriosis of the ureter. Clinical case. *Arch Ital Urol Nefrol Androl*, 1992; 64: 357-60.
- *5. Marcelli F, Collinet P, Vinatier D, et al. Ureteric and bladder involvement of deep pelvic endometriosis. Value of multidisciplinary surgical management. *Prog Urol*, 2006; 16: 588-93.
- **6. Frenna V, Santos L, Ohana E, et al. Laparoscopic management of ureteral endometriosis: our experience. *J Minim Invasive Gynecol*, 2007; 14: 169-71.
- **7. Pérez MP, Bazán AA, Alonso Dorrego JM, et al. Urinary endometriosis: clinical, diagnostic and therapeutic aspects. *Urology*, 2008; 22: Epub ahead of print.
- **8. Llarena R, Lecumberri D, Padilla J, et al. Urinary endometrioma. *Arch Esp Urol*, 2002; 55: 209-15.
- **9. Del Frate C, Girometti R, Pittino M, et al. Deep retroperitoneal pelvic endometriosis: MR imaging appearance with laparoscopic correlation. *Radiographics*, 2006; 26: 1705-18.