

GINECOLOGÍA

Hospital Universitario "General Calixto García". Servicio de Urología

ENDOMETRIOSIS UROGENITAL

Dra. Nixcela Ares Valdés,¹ Dra. Daisy M. Contreras Duverger,² Dr. Osvaldo Cantero Calderón² y Dra. Tania González León³

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo de un grupo de 9 pacientes con diagnóstico de endometriosis urogenital, atendidos en el Servicio de Urología del Hospital Universitario "General Calixto García" en los años 1990-1995. Éste incluyó: edades, síntomas y signos, hallazgos imagenológicos, tratamiento y evolución. Se observó que la endometriosis se presenta en edades fértiles de la vida, y sus síntomas predominantes son secundarios a la afección de la porción intramural del uréter. El tratamiento quirúrgico se realizó en caso de complicaciones. Es poco frecuente la transformación maligna.

Descriptores DeCS: **ENDOMETRIOSIS/ terapia; ENFERMEDADES URETRALES/ terapia; ENFERMEDADES DEL URETER/ terapia.**

La endometriosis, es decir, la presencia de tejido endometrial ectópico es una enfermedad bastante frecuente en las mujeres de edad fértil.^{1,2} En el aparato urinario la afectación vesical es la más común, casi siempre localizada en el trigono.^{1,3}

La endometriosis vesical se clasifica en primaria y secundaria, y la secundaria es posterior a las operaciones pélvicas, traumatismos, etcétera.⁴⁻⁶

Los síntomas de la endometriosis tienen carácter cíclico. A menudo se presenta dolor, pesadez en el hipogastrio, polaquiuria, ur-

gencia miccional y hematuria con el período menstrual.^{1,2}

El tratamiento depende de la edad. Dentro de las modalidades usadas están la castración, la radiación y los preparados estroprogesterónicos.^{1,2,7}

Los agonistas de LH-RH como triptorelina, busarelina, etc., se usan en el tratamiento actual de la endometriosis.^{8,9}

Motivados por el tema se realizó un estudio en nuestro Servicio con el objetivo de conocer el comportamiento clínico en las enfermas afectadas.

¹ Especialista de I Grado en Urología.

² Especialista de I Grado en Urología. Profesor Asistente.

³ Especialista de I Grado en Urología.

Métodos

Se revisaron los expedientes clínicos de 9 pacientes con diagnóstico histológico de endometriosis urogenital en el período comprendido de mayo de 1990 a diciembre de 1995, en el Servicio de Urología del Hospital Universitario "General Calixto García". Se analizaron las siguientes variables: edad, tipo de endometriosis, síntomas y signos, hallazgos imagenológicos, localización de la enfermedad, tratamiento y evolución.

Los datos fueron analizados y procesados en una microcomputadora y se halló su valor porcentual. Se confeccionaron figuras.

Resultados

El mayor número de pacientes corresponde a las edades de 31 a 40 años (66,6 %). La paciente más joven tenía 25 años y la mayor 60 años. *Dona E. Houston* y otros en su serie tuvieron mayor incidencia en las edades de 25 a 34 años de edad.¹⁰

La endometriosis secundaria se presentó en 3 pacientes (33,3 %) con antecedentes de histerectomía y/u ooforectomía, lo cual coincide con lo recogido en la literatura.^{4,5,6}

El dolor lumbar fue el síntoma predominante, debido a la hidronefrosis por afectación de la porción intramural del uréter.^{1,2,11-14}

Para otros autores la irritación vesical y la macrohematuria fueron los más observados.¹⁴

El hallazgo imagenológico más frecuente fue la hidronefrosis (figs. 1 y 2) presente en 7 pacientes; en 2 se detectó mediante ultrasonido la presencia de una imagen ecogénica intravesical pero por la cistoscopia y biopsia se descartó la posibilidad de una neoplasia maligna.



Fig. 1. PIV. Hidronefrosis bilateral secundaria a endometriosis vesical.



Fig. 2. Pielografía percutánea. Uretero-hidronefrosis izquierda secundaria a endometriosis pélvica.

Del total de pacientes, 6 presentaban la enfermedad intravesical. La localización intravesical era en trigono y bajo fondo (fig. 3) coincidiendo con los reportes de la literatura.⁶

Los sitios más frecuentes de la endometriosis en edad reproductiva son en ovarios y peritoneo pélvico.¹⁴

La ooforectomía fue el tratamiento de elección en todas las enfermas y fue necesario realizar tratamiento combinado en 4 de ellas: ooforectomía, nefrectomía y radioterapia (por daño renal irreversible y no regresión de la lesión pélvica); ooforectomía más nefrectomía, ooforectomía más cistectomía parcial por no regresión de la lesión vesical, ooforectomía más nefrostomía por hidronefrosis y uremia en un paciente (fig. 4).

El tratamiento hormonal se basa en provocar un estado de pseudoembarazo, pseudomenopausia, o hipofisectomía medicamentosa. Se han usado anticonceptivos orales, acetato de medroxipro-

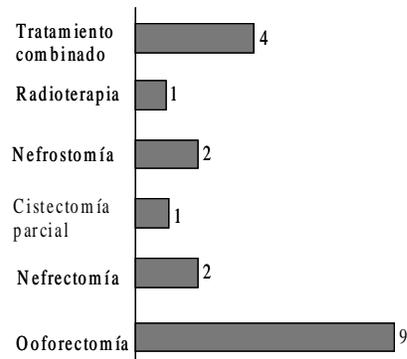


Fig. 4. Tratamientos utilizados.

gesterona, danazol y más recientemente análogos de LH-RH.^{7,8,12}

El objetivo del tratamiento quirúrgico en la ablación selectiva de los implantes preservando el tejido sano que los rodea. Estas modalidades se recomiendan para casos severos y en pacientes en que la terapia hormonal no es efectiva.¹⁴⁻¹⁶



Fig. 3. Fotomicrografía donde se observa nido de glándulas endometriales (hematoxilina y eosina).

El 78 % de las pacientes están curadas (fig. 5). La paciente fallecida fue a consecuencia de un *shock* séptico secundario a un absceso anal y rectal por infiltración de tejido endometriósico.

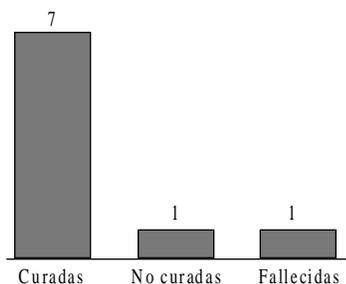


Fig. 5. Evolución de los casos.

La transformación maligna de la endometrioides es menor de 1 %. La enfermedad maligna más frecuente es el carcinoma endometrioides del ovario, también el adenocarcinoma endometrioides. Se han descrito carcinoma de células claras, escamosas e incluso sarcoma.⁵

Se concluye expresando que la endometriosis urogenital se presenta en edades fértiles, y son los síntomas predominantes secundarios o afección de la porción intramural del uréter. El tratamiento de la endometriosis es hormonal y el quirúrgico se realiza en caso de complicaciones.

La transformación maligna de la endometriosis es rara.

SUMMARY: There was a descriptive study of a group of 9 patients who were diagnosed with urogenital endometriosis, and were assisted in the Urology Service of the University Hospital General "Calixto García" in the period 1990-1995. It included: ages, symptoms and signs, imaging findings, treatment and evolution. Endometriosis was found to appear in fertile ages of life and its predominant symptoms are secondary to the affection in the ureter intramural portion. The surgical treatment was used in case of complications. The malignant transformation is not much frequent.

Subject headings: **ENDOMETRIOSIS/therapy; URETHRAL DISEASES/therapy; URETERAL DISEASES/therapy.**

Referencias bibliográficas

1. Ten HW. Endometriosis del aparato urinario. En: Emmett-Urografía clínica. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1982:821-4.
2. Kan DV. Manual de urología obstétrica y ginecología. Moscú: MIR, 1989:120-5.
3. Vals A. Radiología de vías urinarias. La Habana: Editorial Científico-Técnico, 1989:381-2.
4. Ajamil LF, Pernas E, Valverde M. Endometriosis vesical. Bol Hosp Gen Policia Nac 1953:1:67.
5. Albert B. Endometriosis. Clin North Obstet Gynecol 1988;4:813.
6. Vercellini P, Meschia M, Giorgi O de Panazza S, Cortesi I, Crosignani PG. Bladder detrusor endometriosis: clinical and pathogenetic implications. J Urol 1996;155(1):84-6.
7. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, Jordan C, Miles WP, Macintyre IM, et al. Presentation of endometriosis to general surgeons; a 10 years experience. Br J Surg 1995;82(10):1349-51.
8. Kiiholma P, Tuimala R, Kivinen S, Korhonen M, Hagman E. Comparison of the gonadotropin-releasing hormone agonist goserelin acetate alone versus goserelin combined with estrogen-progestogen add-back therapy in the treatment of endometriosis. Fertil Steril 1995;64(5):903-8.
9. Howell R, Dowsett M, King N, Edmonds DK. Endocrine effects of GnRH analogue with

- low-dose hormone replacement therapy in women with endometriosis. Clin Endocrinol 1995;43(5):609-15.
10. Houston D. Endometriosis. Clin North Obstet Gynecol 1988;4:762.
 11. Stebbing JF, Notley RG. Noncalculous obstruction due to involvement of the ureter in endometriosis. Eur Urol 1995;28(2):122-5.
 12. Kyriakidis A, Pappas I. Ureteral endometriosis in a female patient presenting with single-kidney anuria. Eur Urol 1995;28(2):175-6.
 13. Nasu K, Narahara H, Hayate T, Miyakawa I, Takahashi S, Fukunaga Y, et al. Ureteral obstruction caused by endometriosis. Gynecol Obstet Invest 1995;40(3):215.
 14. Irisawa C, Nakagawa H, Fakahashi M. Ureteral endometriosis: a case report. M Inyokika Kiyō 1991;37(4):389-92.
 15. Palomo E, López H. Endometriosis. Lat Am Fert 1994;8:178.
 16. Crosignani PG, Vercellini P. Conservative surgery for severe endometriosis: should laparotomy be abandoned definitively? Hum Reprod 1995;10(9):2412.

Recibido: 30 de mayo de 1998. Aprobado: 22 de julio de 1998.

Dra. *Nixela Ares Valdés*. Calle Universidad y J, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.