

Cistectomía parcial laparoscópica por endometriosis vesical

Laparoscopic partial cystectomy for bladder endometriosis

Piana, Martín; Jacobo, Gabriel; Martín, Pijoan; Malen, Pijoan; Zeno, Lelio

Departamento de Cirugía Laparoscópica. Servicio de Urología del Sanatorio Parque. Rosario. Argentina.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis (tejido endometrial ectópico), descrita por primera vez por Judd en 1921, es una enfermedad frecuente en mujeres de edad fértil. Su localización urinaria es del 1,2% de los casos descritos, siendo la vejiga, de forma aislada o combinada con otras localizaciones, el órgano más afectado (84%)¹⁻².

Aunque la terapia médica se ha mostrado efectiva en mejorar los síntomas, su rápida recurrencia tras el cese del tratamiento, indica que la cirugía es necesaria. Su éxito depende de la exéresis quirúrgica profunda y radical del endometrioma. En los últimos años, el interés renovado en cirugía reconstructiva laparoscópica del tracto urinario inferior entrega ventajas de la cirugía de mínima invasión sin desplazar los principios básicos de la cirugía a cielo abierto³.

Reportamos un caso de cistectomía parcial laparoscópica transperitoneal en una paciente con endometriosis vesical primaria.

CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años de edad que consulta por clínica de síndrome miccional de varios meses de evolución con urocultivos negativos. Refiere infertilidad primaria en estudio y en una ocasión episodio de hematuria macroscópica autolimitada. No tiene antecedentes médicos ni ginecológicos de interés.

En los estudios analíticos practicados no se observan hallazgos dignos, salvo una discreta anemia.

La ecografía abdominal practicada se informa como compatible con un nódulo heterogéneo hipocogénico en el fondo vesical que compromete el espacio vésicouterino (**Figura 1**), por lo que se decide la práctica de una cistoscopia, donde se aprecia una lesión sólida protruyente en pared posterior de la vejiga (**Figura 2**).

Aceptado en Mayo de 2010
Conflictos de interés: ninguno

Accepted on May 2010
Conflicts of interest: none

Correspondencia
Email: mpros73@yahoo.com



Figura 1. Estudios diagnósticos realizados en período perimenstrual. **A)** Ecografía abdominal (flecha). **B)** Cistofibroscofia. Lesión sólida protruyente en pared posterior de la vejiga (flecha).

Se realiza resección parcial transuretral de la lesión informando endometriosis vesical en la anatomía patológica diferida. Debido a que consideramos la resección incompleta por su extensión, se decidió realizar una cistectomía parcial laparoscópica por vía transperitoneal con sutura intracorpórea.

Posteriormente se instauró, en conjunto con el Servicio de Ginecología, un tratamiento hormonal de soporte con análogos GnRH.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Tras crear el neumoperitoneo con técnica cerrada, se accede a cavidad abdominal con un trocar de 10 Mm. umbilical y 2 punciones accesorias de 5 y 10 Mm. en ambas fosas ilíacas. Se visualizó el útero, el saco de Douglas y el peritoneo en busca de otras lesiones endome-

trióticas, las cuales se trataron con energía bipolar. Confirmamos la presencia del nódulo adenomiótico vesical. Ambos espacios laterovesicales fueron abiertos; éste es un gesto laparoscópico importante para permitir una cistografía sin tensión. La lesión nodular vesical se secciona, y se visualiza a través de la brecha el balón de la sonda Foley para constatar la indemnidad ureteral.

Al final, la vejiga se cierra con doble plano (mucosa-muscular) con doble surget de vicryl 2-0 con aguja UR-6. Finalmente, se inyecta azul de metileno diluido para asegurar la indemnidad de la sutura. La paciente permaneció con sondaje vesical durante 10 días.

El estudio anatomopatológico informó la presencia de glándulas con epitelios activos de tipo endometrial, con componente necrohemorrágico. El nódulo vesical se hallaba en todo el espesor de la pared.

A los 6 meses, la enferma se encuentra asintomática y con un estudio cistoscópico de control normal.

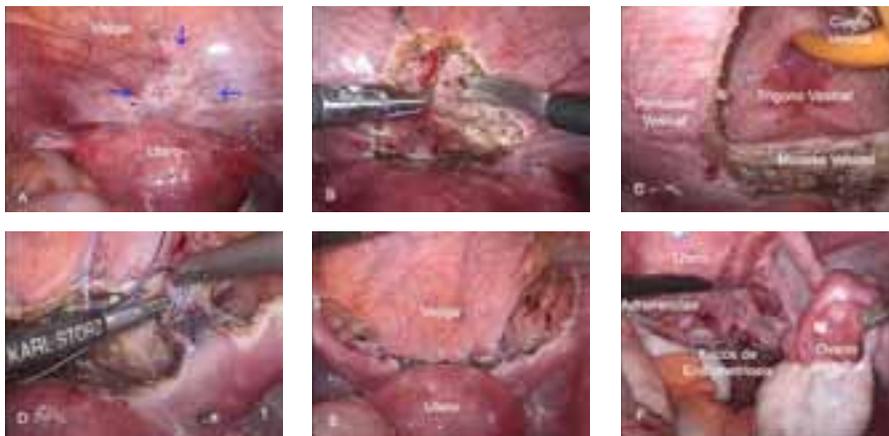


Figura 2. Cistectomía parcial. **A)** Imagen intraoperatoria de endometrioma vesical (flechas). **B)** Sección de la lesión. **C)** Apertura vesical. **D)** Cistografía intracorpórea. Sutura de la capa muscular. **E)** Sutura finaliza. Prueba hidrostática. **F)** Focos de endometriosis en fondo de saco de Douglas. Adherencia tubaria izquierda.

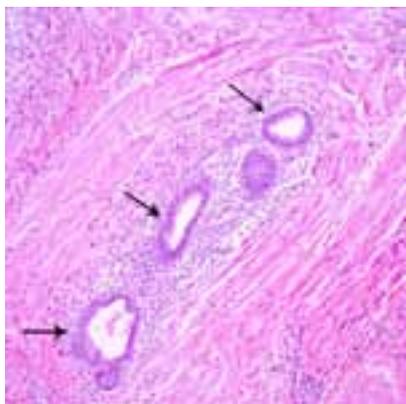


Figura 3. Anatomía patológica. Hematoxilina-eosina. Glándulas con epitelios activos de tipo endometrial, con componente necrohemorrágico.

DISCUSIÓN

Fue descrita por primera vez por Rokitansky en 1860, Sampson en 1921 acuñó el término de endometriosis y Judd en 1921 acuñó el primer caso de endometriosis vesical. La endometriosis es una enfermedad frecuente, que en un 16-24% de los casos puede afectar al aparato urinario, siendo el lugar de mayor asiento, la vejiga, seguido del uréter, el riñón y la uretra¹.

Se describen en la literatura dos formas fundamentales: *primaria*, en mujeres sin historia de cirugía ginecológica previa, y *secundaria*, en mujeres con antecedentes de cirugía pélvica previa. La teoría etiopatogénica más aceptada por la comunidad científica en el caso del aparato urinario es la siembra hematógica o linfática. Este tejido prolifera bajo el efecto de los estrógenos produciendo una serie de lesiones, entre las que se citan reacciones inflamatorias locales, fibrosis y cicatrices (Figura 2A)².

La clínica que suelen presentar estas pacientes se manifiesta en los estados premenstruales, predominando polaquiuria, disuria, imperiosidad miccional y dolor hipogástrico. Se debe sospechar ante enfermas con síndrome miccional y cultivos negativos; con mayor índice de sospecha se asocian a dismenorrea o infertilidad. El diagnóstico de confirmación es histológico (presencia de glándulas y estroma endometrial en la pared vesical) mediante biopsia con pinza fría o con el resector³.

No hay consenso sobre cuál es el tratamiento de elección de la endometriosis urinaria y, dado lo poco frecuente del trastorno, se hace casi imposible la realización de estudios aleatorizados. En mujeres jóvenes con deseos de descendencia, la mejor terapéutica es la combinada asociando el tratamiento hormonal a la cirugía. El objetivo del tratamiento quirúrgico es la ablación selectiva de los implantes preservando el tejido sano que los rodea. La resección transuretral se reserva especialmente en las formas endovesicales, pero algunos auto-

res afirman que esta técnica es tan solo diagnóstica dada la imposibilidad de resecar completamente las lesiones. Los riesgos comúnmente asociados a esta técnica son los de perforación en casos de resección completa o de recidiva en casos de incompleta⁴.

En los últimos años se ha creado interés en la cirugía reconstructiva laparoscópica del tracto urinario inferior. De esta manera, la cistectomía parcial laparoscópica entrega las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva sin dejar de lado los conceptos básicos de la cirugía a cielo abierto, permitiendo ampliar el espectro de pacientes favorecidos por la cirugía mínimamente invasiva⁵.

Los análogos de la GnRH, especialmente combinados con la cirugía, son los más usados, dada su reducción de las gonadotropinas e inhibición de la secreción estrogénica, con la consecuente anovulación que actúa sobre el tejido endometrial hormono-sensible. La duración del tratamiento debe ser de 6 meses y es aconsejable el estricto seguimiento dadas las tasas de recidivas, nada desdeñables, que algunos autores estiman en un 56%. En mujeres próximas al climaterio, con lesiones endometriósicas no muy extensas, se puede optar por esperar a que la menopausia resuelva, mediante la atrofia hormonal, los posibles focos endometriales⁶.

La endometriosis urogenital se presenta en edades fértiles. El tratamiento es combinado, hormonal y quirúrgico. La cistectomía parcial brinda los mejores resultados. El acceso laparoscópico es un procedimiento factible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abeshouse B, Abesgaue G. Endometriosis of the urinary tract. *J Int Coll Surg.* 1960; 34:43-63.
2. Shook T, Nyberg L. Endometriosis of the urinary tract. *Urology* 1988; 31:1-6.
3. Moore T, Herring A. Some urologic aspects of endometriosis. *J Urol.* 1943; 49:171-6.
4. Singh K, Lessells A, y cols. Presentation of endometriosis to general surgeons; a 10 years experience. *Br J Surg.* 1995; 82(10):1349-51.
5. Vitagliano G, Castillo O. Laparoscopic partial cystectomy in the management of bladder endometriosis: Report of two cases. *J. Endourol.* 2006; 20:1072.
6. Crosignani P, Vercellini P. Conservative surgery for severe endometriosis: should laparotomy be abandoned definitively? *Hum Reprod.* 1995; 10(9):2412.