

Hospital Alvear. Servicio de Urología
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco

ENDOMETRIOSIS VESICAL

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y NATALIO CARTELLI

Dentro de las formaciones tumorales heterotípicas que se pueden desarrollar en las paredes de la vejiga, merecen especial atención aquellas que por sus caracteres histológicos tienen particular semejanza con el tejido endometrial. Llámase a estos tumores endometriomas, siendo su nombre general el de endometriosis o endometrosis a localización vesical. A nuestro entender estas formaciones son verdaderos tumores, ateniéndonos a su estricta manifestación tisular, estando más de acuerdo con la antigua manera de interpretar estos tejidos heterotípicos en la vejiga, que con las interpretaciones modernas que llaman más bien a estos estados, manifestaciones alterativas-degenerativas.

La mayoría de estas formaciones vesicales son netamente benignas y las preferimos llamar por su transformación netamente glandular *adenometriomas*, pero en uno de nuestros casos se presentó con características de gran malignidad, lo que nos obliga a agrupar en una ínfima minoría, a los adenometrio-carcinomas, que por otra parte está de acuerdo con las estadísticas médicas que hablan de estos raros tipos de tumores vesicales.

En nuestras historias clínicas tenemos tres casos que por sus características definen por así decir las formaciones "tipos" de estos tumores en su asiento vesical.

HISTORIAS CLINICAS

L. Z. 32 años. argentina, casada, enfermera. 1-XII-1946. — Comienza su enfermedad con dolor lumbar derecho que se irradia a la ingle y grandes labios, náuseas, vómitos y poliururia dolorosa, tanto diurna como nocturna. A los 8 días de este episodio presenta una discreta hematuria que cede espontáneamente.

Practicada la cistoscopia inmediatamente nos encontramos con un proceso vesical situado en la pared lateral derecha inferior, a forma tumoral proliferativa, de 5 cms. de diámetro.

englobando al uréter; esta masa irregular es de color rojo violáceo y contiene en su interior distintas zonas, a forma redondeada, alargadas y oblongas de bordes más bien netos, al parecer de diferente naturaleza, de color azul oscuro y de superficie lisa y casi brillante.

El estudio cistoscópico (figura 1) permite hacer el diagnóstico de *endometriosis vesical*,

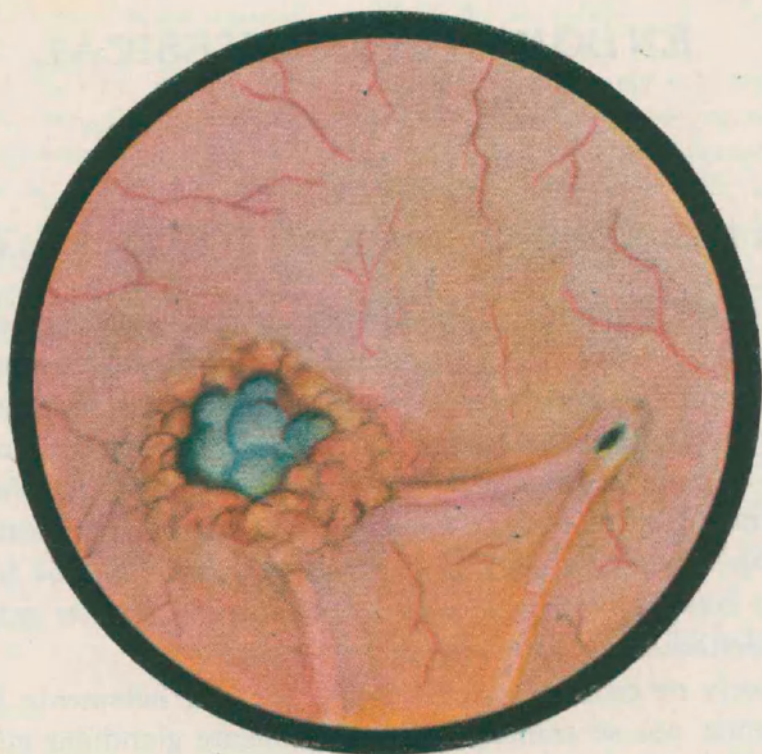


Figura 1

con probable estenosis del meato ureteral, determinante de una uropiñefrosis del mismo lado.

Requerida la opinión del ginecólogo nos informa confirmando el diagnóstico, diciéndonos que se trata de una probable endometriosis genital.

Examen general: La enferma presenta caracteres somáticos particulares, revelantes de un estado disendocrínico evidente. De alta estatura, tiene cierto aspecto geniandroide con abundante vello en la cara, en especial sobre el labio superior y en la zona maxilar maseterina, también abundante vello en los brazos y piernas, implantación de pelos en el pubis en forma difusa, llegando hasta el ombligo. Distribución grasa predominante en muslo y piernas.

El aparato genital externo muestra un clítoris de 2 cms. bien saliente por fuera del capuchón.

Aparato cardiovascular, digestivo, nervioso y pulmonar normales.

Menarquia 3/30, sin coágulos.

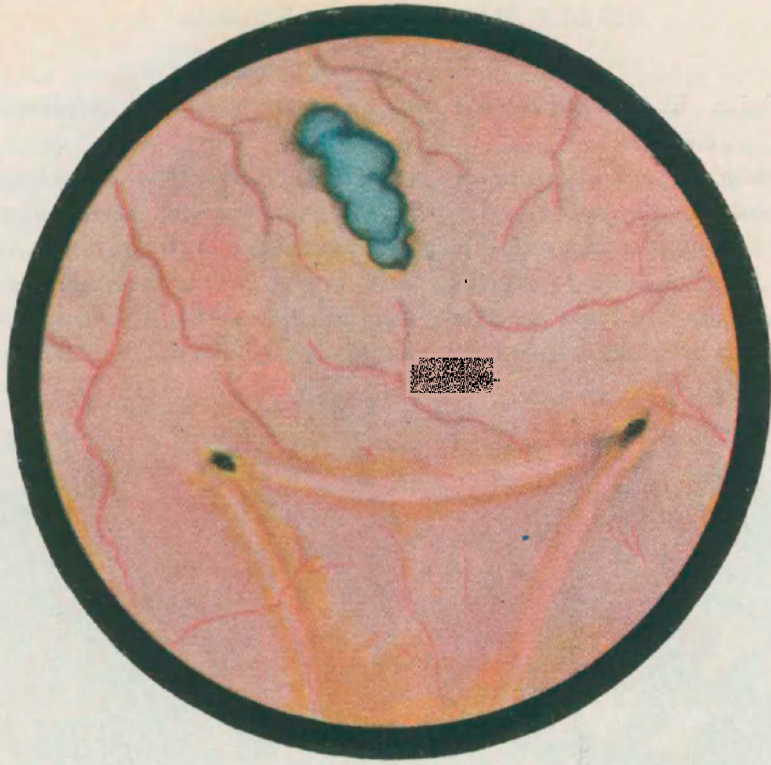


Figura 2

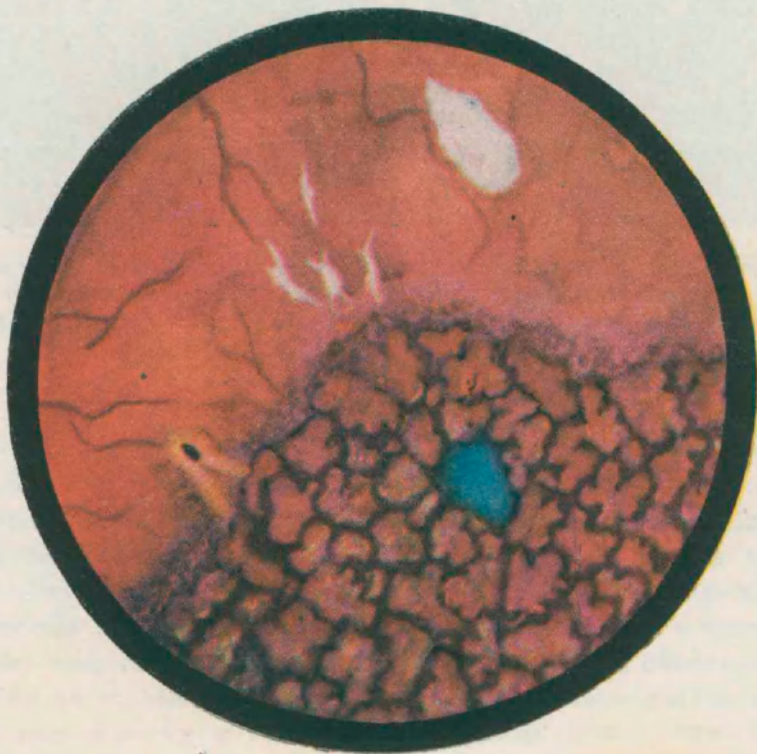


Figura 3

Aparato urológico. El examen de los riñones revela una marcada insuficiencia renal derecha con riñón palpable y doloroso.

Para su tratamiento ginecológico es internada en un servicio de ginecología donde se le practica una histerosalpingectomía con extirpación de ambos ovarios, informándonos el cirujano operante que no pudo extraer una masa tumoral adherida a la vejiga y en relación con el uréter derecho. El informe anatomopatológico dado por el servicio de ginecología dice tratarse de una endometriosis genital a focos múltiples. Desgraciadamente no hemos podido ver la pieza.

Examinada cistoscópicamente la enferma dos meses después de operada, comprobamos la



Figura 4

Imagen a poco aumento donde se ve la zoa de desprendimiento mucoso endometrial. Caso 2.

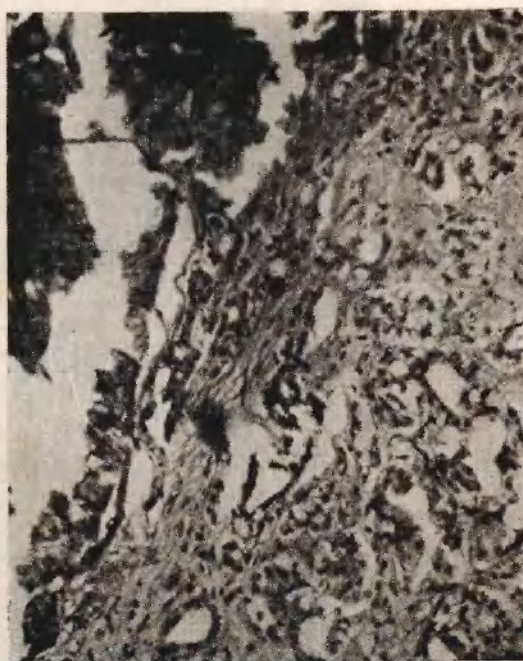


Figura 5

Caso 2. A mayor aumento. Glándulas endometriales intraparietales.

reducción de la masa tumoral y el empaldecimiento del color azulado de las zonas centrales. Creemos conveniente acentuar el tratamiento iniciado con la castración, con Propionato de Testosterona a razón de 25 mg. diarios durante un mes.

Vemos nuevamente a la enferma y se pudo comprobar que la masa tumoral se ha reducido prácticamente al tamaño de una zona de 3 cm. de diámetro, muy poco saliente, de color rojizo, observándose solamente una zona azulada central del tamaño de un guisante, estando en este momento el meato ureteral visible, circunstancia que se aprovecha para caracterizarlo y hacer una pielografía ascendente.

Estudio radiográfico.: La pielografía ascendente practicada por cateterismo nos revela: Riñón hidronefrótico a grandes cavidades pielocaliciales pseudoestenosis ureteropielílica, uréter di-

latado, aténico y con acodaduras múltiples, marcara estenosis ureteral inferior en su unión con la vejiga, con terminación brusca y ampuliforme a la altura de la pared vesical.

Como la enferma al reanudar el trabajo presenta nuevamente cólicos subintraentes del lado derecho, pielonefritis a repetición y siendo el riñón netamente insuficiente, se resuelve practicar una nefrectomía, que termina con sus molestias.

Vista la enferma un año después se constata todavía una pequeña zona tumoral en la vejiga,

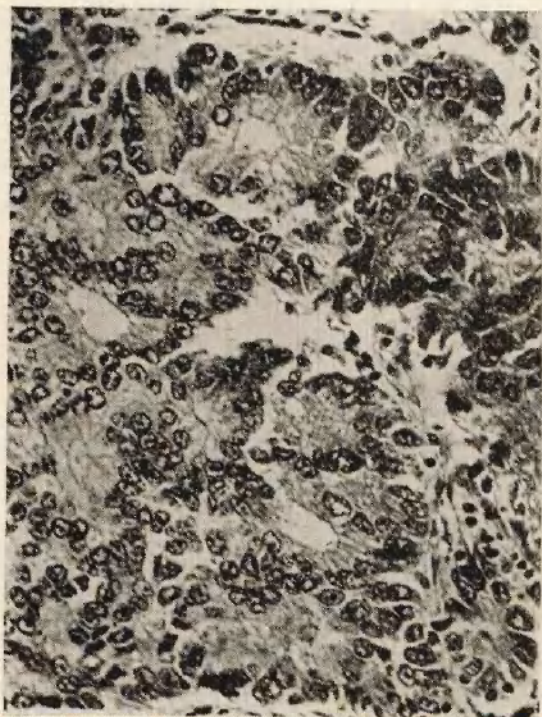


Figura 6

Caso 3. Endometriocarcinomatosis. Degeneración de la glándula incluida.



Figura 7

Caso 3. Zona de muy marcada anaplasia.

aunque muy reducida de tamaño y en aparente regresión, por lo que se resuelve seguir una conducta expectante con inyecciones periódicas de Testoterona.

Su síntoma predominante era polaquiuria dolorosa con hematuria discreta de 5 a 6 días de duración. Esta sintomatología al parecer reveladora de una cistitis llamó la atención de su médico, por la recidiva periódica de los síntomas. Interrogada detenidamente llegó a la conclusión de que en cada período menstrual la enferma orinaba sangre y sentía dolores en la región suprapubiana con exacerbación evidente al evacuar la vejiga; relata que estos síntomas y la polaquiuria diurna y nocturna se presentaban unos pocos días antes del flujo menstrual, para ceder a los 3 ó 6 días.

Menstruación tipo 23/3 sumamente dolorosa.

Estado actual: A pesar de estar en pleno período menstrual, resolvemos practicar una

cistoscopia y encontramos una vejiga aparentemente sana, salvo en la pared posterior (Fig. 2) en donde se observa una zona de 2 cm. de diámetro monocéntrica, redondeada, de color rojizo, en cuyo interior se puede ver otra pequeña región de tamaño menor de tipo vermiforme, ligeramente saliente, de color azul que nos impresiona al comienzo como una gran vena varicosa, pero sus límites redondeados y netos nos hicieron hacer el diagnóstico de endometrioma de la pared posterior de la vejiga.

Practicada otra cistoscopia en el período intermenstrual, el cuadro había cambiado fundamentalmente; la zona roja había desaparecido y la mancha azulada había palidecido considerablemente.

A fin de ver si el cuadro se repetía en la siguiente menstruación practicamos una nueva cistoscopia en el período premenstrual encontrando la misma imagen descrita en la primera cistoscopia.

Recomendamos examen ginecológico, informándonos que no hay signos de alteraciones ginecológicas evidentes.

Aconsejamos extirpación quirúrgica que la enferma rechaza, pero que luego acepta, pudiéndose extirpar un pequeño tumorcito situado en la pared posterior retrotrigonal fuera del escudete peritoneal, mediante una resección parcial completa de la pared de la vejiga.

El estudio histológico revela una adenometrioma benigno.

5er. Caso.

M. de R. de 50 años, casada; es vista en 1943.--- Al decir de la enferma comienza su afección hace 4 meses con polaquiuria diurna y nocturna, disuria marcada y dolor al final de la micción. Tiene además ocasionalmente alguna hematuria sin mayor importancia. Con esta sintomatología ve a un ginecólogo, quien constata una tumoración del tamaño de un huevo de gallina, que ocupa el fondo del saco vaginal anterior, adherido netamente a la vejiga y libre del útero y demás órganos genitales. Examinada por nosotros, constatamos ratificando el examen ginecológico y comprobando la relación vesical de contigüidad, puesto que a la palpación bimanual, vejiga y tumor formaban un todo organizado.

Se practica cistoscopia usando anestesia epidural observando una masa productiva situada en el trigono vesical y alrededor de todo el cuello de la vejiga, da la impresión de maíces, es de color rojo intenso, irregular, abollonada y con unas curiosas zonas azuladas en su parte céntrica; la tumoración está rodeada por zonas de edema que se confunden con una vejiga muy enferma, roja, sangrante y con fibrina pegada en sus paredes (Fig. 3).

Se trata la parte inflamatoria vesical y a las 10 días se practica una cistoscopia, constatándose las mismas imágenes, por lo que se resuelve hacer una biopsia de la zona tumoral, cuyo estudio revela tratarse de un adenocarcinoma. En vista de la gravedad del caso se resuelve practicar una cistectomía total tomando como tiempo previo la derivación colónica de la orina.

Practicada la derivación, la enferma se resuelve recién a la segunda intervención a los 2 meses, pudiéndose llevar a cabo la cistectomía en forma muy dificultosa, por haberse desatrellado una enorme masa tumoral adherida a la cintura ósea. La enferma fallece a los 2 meses de la última intervención por hemorragia aguda incontrolable por esfacelo de la hipogástrica.

El estudio anatomopatológico reveló un endometriocarcinoma, grado 4. Macroscópicamente se observa una masa tumoral de color rojo negrusco, irregular, de consistencia ligeramente dura. Histológicamente se pueden observar distintas zonas que llaman netamente la atención al lado de tejido sumamente anaplásico se ven grupos celulares que adoptan una cierta forma glandular, cuyas células a núcleo mediano, si bien parejas, son de núcleo irregular, en forma, tamaño y pycnosis, asemejándose a un adenometriocarcinoma.

CONSIDERACIONES.

S I N T O M A S

Los síntomas que se presentan en las enfermas con lesiones de endometriosis vesical, tienen como carácter de capital importancia, la periodicidad de su aparición: en cada período menstrual la paciente sufre de molestias vesicales, tanto que muchas veces parecería ser posible hacer el diagnóstico por este mero hecho, sin embargo, no debemos darle más valor que el que pueda tener, porque también pueden presentarse periódicamente trastornos vesicales banales representados por una simple cistitis, sobre todo en aquellos casos en que la mucosa del trigono y cuello vesical han sufrido una transformación metaplásica, en donde el factor hormonal no puede ser descartado.

Si conjuntamente al ritmo de aparición de los síntomas se unen trastornos disúricos, polaquiuria y especialmente hematuria, podemos entonces hacer el diagnóstico de presunción mucho más aproximado. La hematuria en forma de aparición cíclica adquiere en esta enfermedad particular valor, no hay otra afección que pueda determinarla y está especialmente condicionada por el ritmo hormonal que provoca la caída del epitelio endometrial. En los casos de endometriosis vesical, existe en esa época una fuerte congestión hemática con ingurgitamiento de los tumores glandulares que incidentalmente pueden abrirse en el interior de la vejiga, determinando la hematuria. La lesión del epitelio vesical está favorecida por la descamación y ulceración de la mucosa en presencia de cualquier proceso infectante tan frecuente en la mujer.

La *polaquiuria*, presente en la mayoría de los casos está condicionado por el estado de congestión del tumor y reforzada por el estado infectivo. La congestión ya sea de origen hormonal, ya sea de origen infeccioso, provocan evidentemente la irritación de las placas nerviosas musculares, por disminución del pH local con la consiguiente liberación de acetilcolina, produciéndose entonces la contracción brusca del detrusor, con la consiguiente micción imperiosa y repetida.

La *disuria*, otro síntoma común en estos procesos, se debe especialmente al sitio de implantación de la masa tumoral. Si ésta está situada en cuello de vejiga o en trigono, habrá disuria, que se intensificará a medida que el tumor se congestiona llegando al máximo de molestias en el período premenstrual, para atenuarse poco a poco a medida que el estado congestivo se atenúa.

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico se hace tan sólo con el estudio cistoscópico repetido en varias ocasiones. Una enferma con una adenometriosis vesical presenta en el momento de sus máximas molestias una tumoración localizada en la pared vesical, sin

preferencia de situación especial, cuyas características son: de carácter general y de carácter específico.

De carácter general, están presentes la congestión y el edema en las formas benignas, la proliferación desordenada de una masa tumoral del tipo sesil y abollonada en las formas malignas, ocupando ambas variedades un área vesical más o menos pequeña con paredes vesicales intactas o no, según el estado de benignidad o malignidad.

En cuanto al carácter específico de la tumoración y que permite hacer el diagnóstico, está representado por pequeñas masas simples o múltiples de formas redondeadas, alargadas, del tamaño de una arveja, de superficie lisa y de color azul oscuro.

El examen cistoscópico debe practicarse en repetidas ocasiones y en distintas épocas del ciclo menstrual; veremos entonces, cómo en las formas benignas existe también una ola cíclica en la tumoración, que se manifiesta por exacerbación de los síntomas durante la menstruación y en los períodos intermenstruales, por palidecimiento marcado del color azul oscuro, con borramiento prácticamente total de los síntomas objetivos secundarios no específicos. Estas imágenes son muy netas en los tumores solitario y benigno.

EVOLUCIÓN.

La evolución de estas tumoraciones dependen del tumor en sí y de los procesos que por su presencia pueden acarrear a los órganos vecinos.

El tumor en sí generalmente es de marcha benigna, pudiendo subsistir gran número de años sin provocar otros síntomas más que los presentes en los períodos menstruales.

Sin embargo, si bien el estado de benignidad es la regla, no podemos dejar de pensar en una de las enfermas que presentamos, que terminó su vida por un endometriocarcinoma muy maligno, perfectamente limitado en sus comienzos exclusivamente a la vejiga.

Con respecto a las lesiones de vecindad, éstos se presentan cuando el tumor asienta o invade algunos de los orificios de drenaje urinario, ya sean los ureterales o la uretra. No olvidemos que son tumores de pared a manifestación secundaria mucosa y que están sujetos a la misma evolución de los tumores comunes de la pared vesical, de manera que cuando un adenometrioma está rodeando o comprimiendo la porción intramural del uréter, provocará fenómenos de ectasia urinaria en el uréter, pelvis y riñón del mismo lado, que llegará en alguna ocasión, como en uno de nuestros casos a la nefrectomía por dolor, insuficiencia e infección renal.

PAFOGENIA.

En nuestra clasificación de los tumores de la vejiga (Revista de Urología, 1947) colocamos a los adenometriomas en la segunda variedad de formaciones glandulares monoblásticas heterotípicas que están constituidas por tumores en cuya constitución histológica intervienen elementos secretantes derivados de la mucosa uterina.

Desde el punto de vista morfológico pueden presentarse varias hipótesis:

1º) Según Sampson, 1921, los adenometriomas son siempre debidos a una endometriosis ginecológica que se ha propagado a la vejiga por invasión *migratoria* del tejido endometrial que haya caído al peritoneo, en los períodos menstruales, mediante el mecanismo de reflujo, injertándose en los distintos órganos vecinos. Esta teoría podría explicar la siembra peritoneal, pero no la vesical, sobre todo en los casos de adenometriomas vesicales a localización trigonal, lejos anatómicamente del área peritoneal.

2º) Propagación por *metastasis* siguiendo los vasos linfáticos y venosos, teoría de Halban y Sampson (1921). Para explicar la presencia de adenometriosis en vejiga, debieran presentarse previamente, metastasis en diversas partes del organismo, puesto que las células adenomiosas llegarían a la vejiga después de haber caído en el torrente circulatorio general debido a la independencia linfática y venosa de la vejiga.

3º) Invasión de la vejiga por propagación de *vecindad*, teoría de Cullen, (1897), respecto a la endometriosis ginecológica. En uno de nuestros casos la invasión por vecindad parece ser evidente tanto que el ginecólogo al querer hacer la extirpación total del útero y anexos, no pudo desprender la masa tumoral de la pared lateral de la vejiga, dejando intacto el adenometrioma vesical.

4º) Formación en la vejiga de un tumor, adenometrial por *inclusión embrionaria* de células endometriales según la teoría de Connheim, mecanismo de manifestación tumoral que debe aceptarse en ciertas neoplasias generales verdaderos hematomas que seguirán luego su evolución normal potencialmente detenida, pero que puede estallar en cualquier momento y determinar en un tejido de apariencia y marcha benignas, un carcinoma de gran malignidad, tal cual uno de los casos nuestros.

5º) Teoría *metaplástica*. La vejiga, está formada por la capa endodérmica y por mesénquima, la primera formará la mucosa vesical excepto el trigono, la uretra posterior supramontana y el cuello vesical, labio inferior. El mesénquima formará estos últimos epitelios por inclusión Wolffiana y el resto del tejido conjuntivo de las paredes vesicales; si pensamos que el sistema Mülleriano también es dependiente del mesénquima, podemos deducir que la metaplasia de la

pared vesical es admisible y su transformación en un adenometrioma aceptable, sobre todo en aquellos casos en que la manifestación vesical es única, independiente y perfectamente aislada en la mucosa vesical.

Cualquiera que sea la teoría con que se pretenda explicar la presencia de un proceso endometrioso en la vejiga, debemos tener presente siempre que, hasta ahora no se ha descrito un caso de endometrioma que sea netamente a nacimiento mucoso vesical del epitelio dependiente del endodermo, todos son o propagados de los órganos ginecológicos o iniciados en plena pared vesical independiente de estos órganos, pero que tardamente llegan ambas a aflorar a la mucosa de la vejiga, demostrando con ello su neta tendencia a la cuna mesenquimatosa.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Desde el punto de vista de su manifestación anatomopatológica, estos tumores se presentan en general a evolución benigna a los que llamamos endometriomas y pocos en forma maligna, a los que llamamos carcinoendometriomas.

ADEMOMETRIOMAS.

Desde el punto de vista anatomopatológico los adenometriomas están caracterizados por las variaciones netamente cíclicas que sufre el tumor de acuerdo al período genital en que es sorprendido durante su observación, además se manifiesta exclusivamente durante toda la vida en que la actividad ovárica está en su completo desarrollo, no habiendo manifestaciones en la infancia ni en la vejez, salvo alguno que otro caso no siempre bien determinado.

Los adenometriomas están situados en general en la pared posterior de la vejiga, no pudiéndose sospechar su presencia en los períodos intermenstruales, salvo en aquellos casos en que por su tamaño son reconocibles por las alteraciones de la mucosa vesical, debemos partir de la base de que la inclusión tumoral es generalmente parietal y que necesita un período de crecimiento variable para tomar contacto con la pared mucosa de la vejiga; puede interesar además, el o los uréteres. Cuando la mucosa no está interesada puede observarse a ésta como congestionada, enrojecida y con dilatación vascular, pero desde el momento en que la mucosa vesical está interesada, el tumor presenta un curioso aspecto en racimo de quistes, de color azul violáceo, traslucidos con áreas de edema periférico que marcan la separación con la mucosa vesical normal restante. La consistencia es firme, pero nunca dura, pudiéndose considerar más bien elástica.

Histológicamente considerado puede observarse un tejido glandular sostenido por un típico tejido de sostén en donde predominan en general las fibras musculares que pueden estar a su vez en franca proliferación miomática agrupándose en fascículos, cuya naturaleza es necesario establecer con coloraciones

selectivas para determinar la presencia o no de fibras conjuntivas en estado de hiperplasia fibromatosa.

En cuanto a la estructura histológica en sí, el adenometrioma vesical está formado por acinis glandulares de típica proveniencia uterina, sus células son regulares, cilíndricas, iguales, de protoplasma claro, finamente granuloso, secretante, con un núcleo pequeño colocado cerca de la base celular. El epitelio glandular está rodeado por un estroma particular que en algunas partes y según la época del ciclo genital puede presentar intensa hemorragia subepitelial como preparándose para la caída menstrual y la hemorragia consiguiente.

CARCINOENDOMETRIOMA.

Al lado de esta forma de endometriosis netamente benigna, podemos presentar el de carcinoendometrioma, que confirman las observaciones de Thompson, 1925, de endometriosis generalizada maligna. En nuestro caso desde el punto de vista anatomopatológico se presentó una tumoración a localización en pared vesical, en la región trigonal, de consistencia dura sumamente adherida a los planos circunvecinos que interesaban la mucosa, era de color rojonegruzco e invadía sin neta solución de continuidad toda la pared posterior de la vejiga y el cuello vesical, aparte de la masa tumoral anteriormente descrita: el corte era crepitante y de color oscuro achocolatado.

Histológicamente el endometrioma carcinomatoso se presenta como un tumor glandular ciertamente difícil de diagnosticar pero que debido a la estructura de sus tubos, puede tener un marcado parentesco con la mucosa uterina. Estos se presentan con proliferación irregular, caprichosa, sus elementos adoptan algunas veces la forma glandular, en islotes y están formados por células cilíndricas, deformes, de protoplasma granuloso, esponjoide. En otros sitios, en cambio, predomina la vacuolización, sobre todo en aquellas partes donde la proliferación, debido a su intensidad, se halla con su vitalidad seriamente comprometida por falta de irrigación. Los núcleos celulares son muy irregulares y poseen uno o dos nucleolos y una fina membrana nuclear, con poca cromatina en su interior, que lo hace bastante claro. En esta masa glandular informe, existen numerosas zonas de hemorragia submucosa de forma difusa con congestión de los vasos del estroma. La malignidad está representada por la profusión de mitosis directas e indirectas: estas últimas están con muy marcadas monstruosidades. Por otra parte, al lado de las formaciones del tipo carcinomatoso es posible ver también regueros celulares que disecan y destruyen los tejidos vecinos musculares y conjuntivos de sostén, observándose que hay además verdaderas trombosis neoplásicas en algunos vasos venosos. En los preparados que corresponden al caso observado por nosotros llama la atención que muchas veces la forma adenocarcinomatosa adopta la forma maciza infiltrante con cam-

bio neto de la morfología celular que adquiere entonces el tipo de célula estrellada, acercándose netamente a los elementos del tipo mesenquimatoso, siendo sus protoplasmas claros con vacuolas pequeñas y diminutas inclusiones lipoides. Los núcleos en estos casos, son de mayor tamaño y de estructura sumamente variable, dando la impresión de una marcadísima desdiferenciación mesenquimatoso.

TRATAMIENTO.

Siendo la endometriosis una manifestación heterotípica de la vejiga, pero supeditada a los influjos hormonales del ovario, el tratamiento teórico de elección debería ser la anulación de estos últimos, pero la castración es aconsejable únicamente para aquellas enfermas que están vecinas a la menopausia o que sus lesiones de endometriosis adquieren caracteres de propagación y de generalización. En los otros casos el tratamiento depende de una serie de factores tales como la edad del paciente, el tamaño y la situación del tumor, su pluralidad, sus adherencias, sus relaciones de dependencia con los órganos genitales o su independencia absoluta de otros órganos de la pequeña pelvis.

Si el tumor vesical es maligno, sea o no multicéntrico, sea o no expandido por fuera de la vejiga, debe ser extirpado en total, debiéndose practicar una cistectomía con derivación urinaria. Por suerte la malignidad de estos tumores es excepcional.

Si la mujer es joven y el tumor es pequeño y aislado el mejor y más expedito tratamiento es la cistectomía parcial completa, escindiendo todo el espesor de la pared vesical.

En cambio, si los tumores benignos son múltiples o si la extirpación se hace imposible por su situación que obliga a sacrificar todo el órgano, creemos prudente la castración de la enferma y si estas formaciones endometriósicas no regresan, apoyar el tratamiento quirúrgico con la administración de testosterona a dosis de saturación en el comienzo y luego a sostenimiento durante un largo período de tiempo.