

## Casos Clínicos

# Manejo quirúrgico de la endometriosis vésico-ureteral y sus complicaciones

*Alicia Martínez-Varea<sup>1</sup>, José María Vila-Vives<sup>1</sup>, Marta Molina-Planta<sup>1</sup>, José Daniel López-Acón<sup>2</sup>, José Luis Ruiz-Cerdá<sup>2</sup>, Vicente Payá-Amate<sup>1</sup>, Antonio Pellicer-Martínez.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Servicio de Ginecología, <sup>2</sup> Servicio de Urología. Hospital Universitario La Fe. Valencia, España.

## RESUMEN

La endometriosis ureteral es una infrecuente localización de endometriosis profunda, que puede condicionar una grave disminución de la función renal de forma silenciosa. Se presenta el caso de una paciente con fibrosis peritoneal secundaria a endometriosis profunda, cuya inespecífica sintomatología conllevó un retraso diagnóstico, permitiendo el desarrollo de hidronefrosis. Es necesario descartar la presencia de endometriosis profunda en mujeres en edad fértil con hidronefrosis de etiología desconocida.

**PALABRAS CLAVE:** *Endometriosis profunda, hidronefrosis, reimplante ureteral*

## SUMMARY

Deep endometriosis rarely entails ureteral involvement. It may be responsible of asymptomatic loss of renal function. A 35-year-old woman, gravida 1, para 1, was managed for peritoneal fibrosis due to deep infiltrating endometriosis. The nonspecific symptoms let a delayed diagnosis and a subsequent hydronephrosis. It must be excluded the existence of deep endometriosis in women of childbearing age with hydronephrosis of unknown etiology.

**KEY WORDS:** *Deep endometriosis, hydronephrosis, ureteral reimplantation*

## INTRODUCCIÓN

La endometriosis profunda se define como aquella cuyas lesiones infiltran más de 5 mm el tejido retroperitoneal o que afectan órganos subyacentes y pueden afectar a los ligamentos utero-sacros, tabique recto-vaginal, vejiga o uréteres (1).

En aproximadamente el 1-2 % de las endometriosis existe afectación del tracto urinario, siendo la vejiga el órgano más afectado, los uréteres y finalmente la porción uretral (2).

La incidencia de la endometriosis ureteral es muy baja, menor del 1% (1). Se diferencian dos tipos en función del mecanismo patogénico: intrínseca y extrínseca, siendo esta última la más frecuente. La endometriosis ureteral intrínseca es secundaria a la infiltración de la capa muscular por el tejido endometriótico, produciéndose la extrínseca por compresión ureteral externa (3).

Para el diagnóstico de endometriosis profunda infiltrante es imprescindible la realización de una correcta anamnesis, interrogando acerca del síntoma

ma principal, el dolor. La exploración física puede detectar la presencia de nódulos a nivel del septo recto-vaginal, ligamentos útero-sacos y el fondo de saco de Douglas (4). Aunque la ecografía transvaginal y las pruebas de imagen son poco útiles en el diagnóstico de lesiones peritoneales, presencia de implantes ováricos o adherencias, sí permiten detectar la presencia de endometriomas y valorar nódulos del tabique recto-vaginal (5).

El estudio y el tratamiento conjunto entre diferentes especialistas, ya sean ginecólogos, urólogos o cirujanos, es imprescindible para conseguir los mejores resultados en este tipo de pacientes.

Presentamos el caso de una paciente que tras dos años de complicaciones nefro-urológicas, dismenorrea y dispareunia fue diagnosticada de endometriosis profunda con afectación ureteral subsidiaria de nefrostomía bilateral. El tratamiento quirúrgico combinado ginecológico y urológico fue determinante para la correcta recuperación de la paciente.

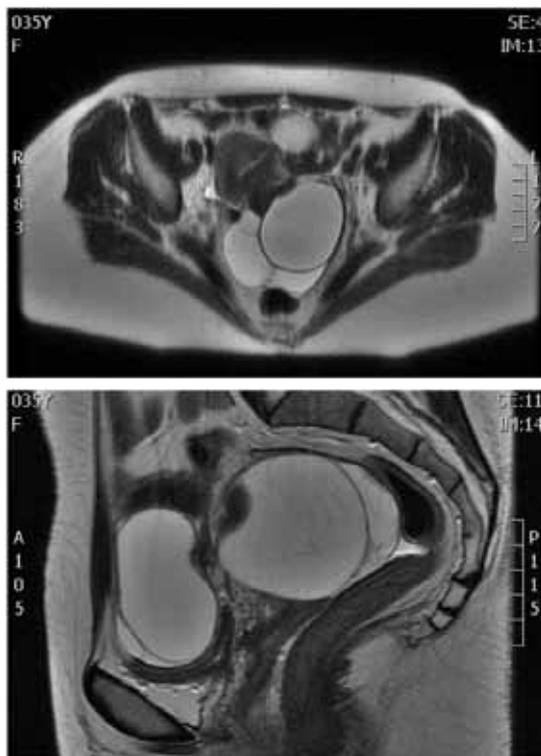
### Caso clínico

Paciente de 35 años sin antecedentes uroginecológicos de interés, Gesta 1 Para 1. Inicia en el año 2009 dolor en hemiabdomen inferior. Tras el diagnóstico de ureteropielocaliectasia bilateral secundaria a fibrosis retroperitoneal de etiología desconocida, se realiza nefrostomía derecha y se coloca catéter doble J en uréter izquierdo. En 2010 la paciente precisa nuevo ingreso hospitalario por insuficiencia renal obstructiva, pese a la derivación urinaria, cambiándose el catéter doble J e iniciándose tratamiento inmunosupresor con azatioprina y glucocorticoides. Al finalizar el tratamiento, la paciente presenta Candidiasis invasiva sistémica con candiduria asociada, precisando ingreso en la unidad de cuidados intensivos, donde se realiza nefrostomía bilateral y se instaura triple tratamiento antifúngico.

Se solicita valoración ginecológica desde el servicio de Urología por referir empeoramiento de la dismenorrea y dispareunia en los últimos meses, ante la sospecha de una endometriosis profunda como causa del cuadro obstructivo retroperitoneal. En el examen ginecológico se evidencia una reducida movilización cervical, presentando la paciente dolor a la palpación profunda en hemiabdomen izquierdo. No se aprecian nódulos del tabique recto-vaginal ni masas anexiales. La ecografía transvaginal revela ovarios poliquísticos y un endometrioma de 2 cm en ovario izquierdo. La resonancia magnética nuclear determina la presencia de al menos dos masas quísticas centradas en hemipelvis izquierda,

una polilobulada de mayor tamaño de aproximadamente 80 x 65 x 60 mm, localizada en el fondo de saco recto uterino con presencia de múltiples septos y loculaciones. La segunda lesión es de características similares a la primera aunque algo menos lobulada de 34 x 44 x 64 mm, localizada por encima del útero y de la vejiga, deformando por compresión a ésta última. Ambas masas presentan una intensidad de señal sugestiva de endometrioma (Figuras 1A y 1B).

Se propone una intervención quirúrgica conjunta entre urología y ginecología para extirpar el endometrioma y resolver la estenosis ureteral extrínseca. El abordaje laparoscópico se lleva a cabo mediante tres puertos: uno de 10 mm para la óptica del 0º a nivel infraumbilical, y dos puertos de 5 mm para bipolar y tijera situados en ambas fosas iliacas. Vía transperitoneal se identifica un endometrioma de aproximadamente 6 cm adherido a cara posterior de ligamento ancho y un nódulo endometriósico a nivel de la plica vesico-uterina que infiltra pared vesical, junto con la fibrosis retroperitoneal que compromete ambos uréteres produciendo gran



Figuras 1A-1B. RMN con proyección axial y sagital demostrando la presencia de dos masas quísticas polilobuladas centradas en hemipelvis izquierda.

dilatación retrógrada. Tras la extirpación del endometrioma e identificación de los puntos de estenosis extrínseca de ambos uréteres, se realiza ureterolisis completa bilateral. En un segundo paso, para aislar a los uréteres del proceso inflamatorio y disminuir el riesgo de reestenosis posterior, se recubren con colgajos de peritoneo parietal.

El posoperatorio cursa sin incidencias. Noventa días después de la intervención se realiza urografía intravenosa (UIV) para comprobar el estado de la vía urinaria. El uréter derecho presenta un calibre normal y elimina contraste sin dificultad. Sin embargo, el uréter izquierdo está ligeramente dilatado, por lo que se decide realizar seguimiento clínico y ecográfico.

Un mes después la paciente presenta dolor en fosa iliaca izquierda, observándose ecográficamente ureteropielocaliectasia grado III. Se practica nefrostomía percutánea izquierda y pielografía descendente, identificándose una brusca disminución del calibre ureteral por encima del cruce con los vasos ilíacos izquierdos a 10 centímetros aproximadamente de su entrada en la vejiga (Figura 2). Con el diagnóstico de reestenosis ureteral lumbosacra extrínseca izquierda, se interviene de nuevo a la paciente. Mediante abordaje laparoscópico se identifica el uréter dilatado, que se libera hasta llegar a una zona de fibrosis extensa que lo comprime completamente sin posibilidad de recanalización. Ante la falta de longitud ureteral suficiente para llevar a cabo el reimplante, se procede a la liberalización parcial de la vejiga y lateralización de la misma con anclaje al psoas izquierdo. Con la psoización vesical se logra elevar la vejiga lo suficiente para cubrir el defecto de longitud ureteral. Posteriormente, se lleva a cabo una cistostomía con reimplante directo ureteral con puntos de Dexon de 5/0 tutorizado sobre catéter doble J.

Noventa días después de la intervención y tras la retirada de catéter ureteral la paciente afirma estar asintomática. Una cistografía revela una vejiga lateralizada, con buena capacidad y adecuado vaciamiento, y reflujo ureteral bilateral grado 1 mayor en lado izquierdo (Figura 3). En la actualidad la paciente permanece asintomática con cultivos de orina negativos.

## DISCUSIÓN

La endometriosis vesico-ureteral es una infrecuente y grave localización de la endometriosis profunda, ya que puede condicionar una severa disminución de la función renal de forma silenciosa (6).



Figura 2. Pielografía descendente. Disminución de calibre de uréter izquierdo a nivel de su cruce con los vasos ilíacos que condiciona importante dilatación retrógrada. Nefrostomía izquierda. Sonda vesical.



Figura 3. Cistografía. Hemivejiga izquierda ascendida. Reflujo vesico-ureteral derecho grado I e izquierdo grado II.

La sintomatología es variada. En la mayoría de los casos cursa de manera insidiosa, asociando hasta un tercio de las pacientes síntomas inespecíficos como dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico, infertilidad, disuria, infecciones urinarias de repetición o dolor lumbar (7). Por ello, en mujeres en edad fértil que presenten complicaciones nefrourológicas de tipo obstructivo de etiología desconocida, es importante descartar la presencia de endometriosis profunda para no demorar la instauración de tratamiento.

El diagnóstico de endometriosis ureteral es complejo. Las técnicas de imagen son poco útiles en la valoración de endometriosis profunda cuando no está afecto el tabique recto-vaginal, no siendo por tanto capaces de valorar la extensión de las lesiones ureterales. Ante el diagnóstico de sospecha, la ecografía abdominal puede revelar una dilatación ureteral, que no siempre está presente. Además, la asociación de otras pruebas diagnósticas como urografías o tomografías computarizadas pueden ser necesarias para la realización de un completo estudio (8). La resonancia magnética nuclear (RMN), aunque con elevada sensibilidad y especificidad asociadas, subestima las lesiones ureterales. La ecografía transvaginal puede permitir una descripción minuciosa de los hallazgos, que junto con la RMN, es una útil herramienta para planificar la cirugía en casos de endometriosis profunda. Por ello, es importante el desarrollo de unidades de diagnóstico por imagen de endometriosis profunda que dirijan a los cirujanos para realizar una cirugía óptima.

El manejo conjunto entre radiólogos y cirujanos especializados (ginecólogos, urólogos y cirujanos), para diseñar una estrategia quirúrgica de forma individualizada, es la mejor garantía de éxito. Las diversas técnicas quirúrgicas se exponen en diversos estudios (9,10). Cuando la afectación ureteral es leve puede realizarse ureterolisis con extirpación de focos endometriósicos. En aquellos casos con afectación ureteral severa, estenosis o hidronefrosis moderada, especialmente con afectación intrínseca del uréter, el óptimo manejo terapéutico precisa la realización de un reimplante ureteral (10), y esta fue la intervención realizada en nuestra paciente.

## CONCLUSIÓN

La ausencia de sintomatología específica en pacientes con fibrosis peritoneal secundaria a endometriosis profunda es responsable de un retraso diagnóstico, permitiendo una afectación ureteral. Ello condiciona un deterioro en la función renal por la hidronefrosis subyacente. Es necesario descartar la presencia de endometriosis profunda en mujeres en edad fértil con hidronefrosis de etiología desconocida. Pruebas de imagen, especialmente la ecografía transvaginal de alta resolución y RMN, apoyan el diagnóstico de sospecha y permiten planificar una cirugía segura y efectiva. El manejo multidisciplinar, a través de un abordaje integral, es imprescindible para desarrollar el tratamiento idóneo de estas pacientes.

## REFERENCIAS

1. Koninckx PR, Martin D. Treatment of deeply infiltrating endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1994;6:231-41.
2. Comiter CV. Endometriosis of the urinary tract. *Urol Clin North Am* 2002;29:625-35.
3. Collinet P, Marcelli F, Villers A, Regis C, Lucot JP, Cosson M, et al. Management of endometriosis of the urinary tract. *Gynecol Obstet Fertil* 2006;34:347-52.
4. Vercellini P, Frontino G, Pietropaolo G, Gattei U, Daguati R, Crosignani PG. Deep endometriosis: definition, pathogenesis, and clinical management. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004;11:153-61.
5. Giudice LC. Clinical practice. Endometriosis. *N Engl J Med* 2010;362:2389-98.
6. Jadoul P, Feyaerts A, Squifflet J, Donnez J. Combined laparoscopic and vaginal approach for nephrectomy, ureterectomy, and removal of a large rectovaginal endometriotic nodule causing loss of renal function. *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14:256-9.
7. Seracchioli R, Mabrouk M, Manuzzi L, Guerrini M, Villa G, Montanari G, et al. Importance of retroperitoneal ureteric evaluation in cases of deep infiltrating endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol* 2008;15:435-9.
8. Ponticelli C, Graziani G, Montanari E. Ureteral endometriosis: a rare and underdiagnosed cause of kidney dysfunction. *Nephron Clin Pract* 2010;114:c89-93.
9. Rozsnyai F, Roman H, Resch B, Dugardin F, Berrocal J, Descargues G, et al. Outcomes of surgical management of deep infiltrating endometriosis of the ureter and urinary bladder. *JSLs* 2011;15:439-47.
10. Camanni M, Delpiano EM, Bonino L, Deltetto F. Laparoscopic conservative management of ureteral endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2010;22:309-14.