

INFORME DE CASO

Müllerianosis vesical. A propósito de un caso

Müllerianosis of the urinary bladder: apropos of a case

MSc. Dr. Freddy Castillo Guerra¹

MSc. Dra. Lissi Lisbet Rodríguez Rodríguez²

MSc. Lic. Olga Lidia Alfonso Perez³

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

²Hospital “Celestino Hernández Robau”, Santa Clara

³Policlínico Norte, Placetas, Villa Clara

RESUMEN

La müllerianosis vesical es una enfermedad excepcional que se caracteriza por la presencia de tejido ginecológico ectópico en la vejiga y en la que, rara vez, se ven unidos el epitelio endocervical y el tubárico en una misma paciente -como ocurrió en este caso-, presenta además una clínica inespecífica con oscilaciones menstruales y, a diferencia de la endometriosis, que es más frecuente, muestra una casuística relativamente limitada; su localización ectópica más frecuente es en los ovarios, los ligamentos útero-sacos, el fondo del saco de Douglas, el peritoneo que recubre la pelvis, las trompas y el cuello uterino, por lo que su aparición en las vías urinarias es muy infrecuente. Con esta paciente la conducta que se tomó fue la quirúrgica.

Palabras clave: müllerianosis vesical, diagnostico diferencial

ABSTRACT

Müllerianosis of the urinary bladder is a rare disease characterized by the presence of ectopic gynecologic tissue in the bladder and in which, on rare occasions like this case, the endocervical and tubal epithelium are stick together the in the same patient. The condition also has non-specific clinical symptoms with menstrual fluctuations; and unlike endometriosis which is more common, it has a relatively limited amount of cases. The most frequent ectopic location is in the ovaries, uterosacral ligaments, Douglas cul de sac, the peritoneum covering the pelvis, fallopian tubes and the cervix; therefore, its presence in the urinary tract is very rare. A surgical approach was followed with this patient.

Key words: müllerianosis of the urinary bladder, differential diagnosis

La müllerianosis vesical se caracteriza por la presencia de tejido ginecológico ectópico en la vejiga -se pueden encontrar implantes vesicales endocervicales o endosalpingiales en algunas pacientes-; Young y Clement¹ la describieron por primera vez y la definieron como “müllerianosis”.

Las teorías que explican esta enfermedad son: por implantación -similar a la endometriosis cuando hay historia de cesárea y manejo quirúrgico (o ambos)-, por metaplasia del peritoneo -que se basa en la presencia de esta lesión en pacientes sin historia de procedimiento quirúrgico y su invariable presentación en la pared posterior de la vejiga, en donde el recubrimiento peritoneal puede responder a la acción hormonal- y por metaplasia del urotelio -dada la coexistencia con cistitis glandularis y metaplasia de tipo intestinal en contacto con los focos de müllerianosis-^{2,3}.

Su ubicación preferente la constituyen, en orden descendente, los ovarios, el ligamento útero-sacro y en el fondo del saco de Douglas, aunque se ha informado su presencia en casi todos los sistemas de órganos. La endometriosis del tracto urinario

se encuentra predominantemente en la vejiga y constituye del 70 al 80% de los casos; el uréter puede estar afectado entre el 15 y el 20% de las veces.⁴ Las manifestaciones clínicas de la müllerianosis más frecuentemente descritas son el síndrome miccional irritativo⁵ y la hematuria⁶ vinculadas al ciclo menstrual.

PRESENTACIÓN DE LA PACIENTE

Paciente femenina de 23 años de edad, con antecedentes de salud anterior referida, que a los 18 años presentó un embarazo no deseado y a la que se le realizó una maniobra abortiva que se definió, en la historia clínica, como difícil de realizar. Cinco meses posteriores a la instrumentación comenzó con síntomas urinarios, sobre todo dolor en el hipogastrio, disuria y ardor miccional -negó la presencia de hematuria-; estos síntomas se presentaban tres o cuatro días antes de la menstruación. Se mantuvo así, y sin acudir al médico, hasta que comenzó a buscar un embarazo a los 20 años, al no poder conseguirlo acudió a la Consulta de Infertilidad del Hospital Ginecoobstétrico "Mariana Grajales" y se le realizó un estudio contrastado de trompas y ovarios (histerosalpingografía). Al intensificarse los síntomas acudió a la Consulta de Urología y se le realizaron los siguientes estudios:

- Ultrasonido vesical: mostró una tumoración en la pared lateral izquierda de 2cm de base ancha por delante del meato ureteral de ese lado (figura 1).

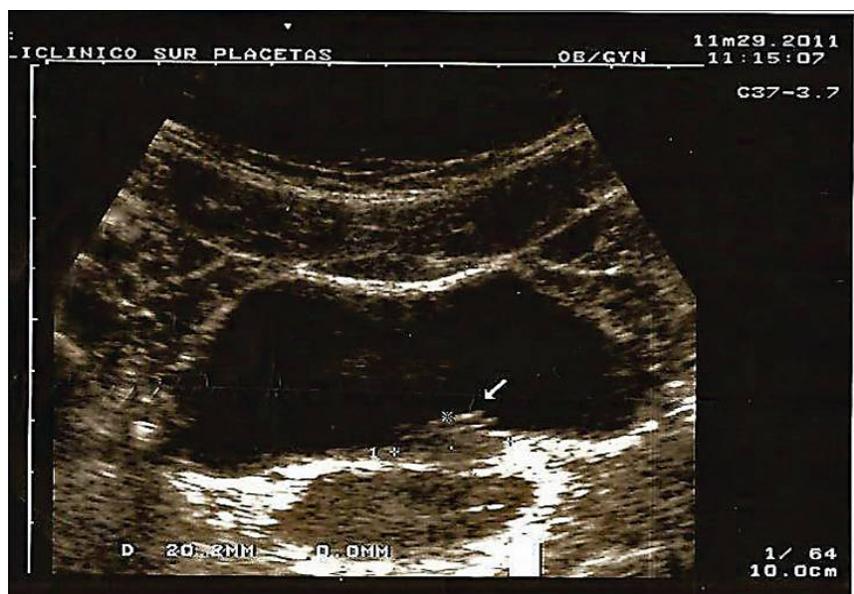


Figura 1. Ecografía abdominal con formación ecogénica intravesical

- Cistoscopia y biopsia: reveló la tumoración descrita, con un contenido sanguinolento, que respetaba el meato ureteral, de 2cm de diámetro, con base ancha que, al tomar la muestra, dejó escapar contenido hemático.

- Biopsia: los fragmentos estudiados mostraron mucosa y pared muscular vesical con estructuras glandulares o quísticas, delineadas por epitelio tubario o endocervical - estas últimas fueron azul alciano positivas-. No se encontró endometriosis, cistitis glandularis, atipias citológicas o datos de malignidad compatible con endosalpingiosis vesical (figuras 2 y 3).

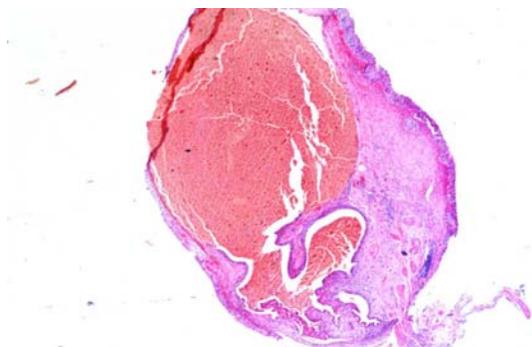


Figura 2. Vista panorámica que muestra mucosa y pared muscular vesical con estructuras glandulares quísticas, delineadas por epitelio tubario o endocervical

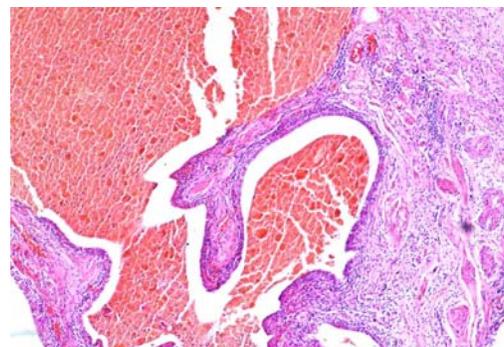


Figura 3. Vista con mayor aumento donde se evidencia la müllerianosis vesical

- Tomografía axial computadorizada (TAC): muestra la comunicación que existe entre las estructuras anexas y la vejiga (figura 4).



Figura 4. TAC abdominopélvica con masa de 2cm en la cara posterior vesical. a) vista antero posterior b) vista lateral

COMENTARIO FINAL

La paciente presentaba un cuadro clínico, imagenológico y endoscópico sugestivo de una endometriosis vesical (enfermedad más frecuente y con formas de presentación similares),⁷ pero el informe anatomopatológico mostró la presencia de una endosalpingiosis, una variedad de endometriosis muy rara y poco descrita en la bibliografía.⁸

Es importante el diagnóstico diferencial de la mülleriosis vesical con otro tipo de lesiones, especialmente con enfermedades de tipo neoplásico, así como con la cistitis glandular, de la que se diferencia por la afectación de la muscular propia y por la presencia de cilios junto con la ausencia de epitelio de tipo transicional, además con el adenoma nefrogénico, por la presencia de áreas de aspecto polipoide intraluminal en las glándulas;⁹ no obstante, por su trascendencia clínica, debe establecerse un diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma, con el que no debe confundirse y del que se diferencia por su aspecto histológico benigno, tanto a nivel citológico como arquitectural.¹⁰

Respecto al tratamiento existen varios conceptos en la literatura, algunos autores consideran que la resección transuretral es suficiente, mientras que otros favorecen la cistectomía parcial dado que al afectar profundamente la pared vesical la müllerianosis no podría ser extirpada adecuadamente por la vía transuretral.¹¹ Existe un informe de adenocarcinoma endometriode asociado a la müllerianosis vesical que sería un argumento más para efectuar una resección completa de la zona lesionada.¹² A esta paciente se le realizó una cistectomía parcial, su evolución fue favorable y su mejoría clínica evidente, desaparecieron los síntomas que presentaba antes del diagnóstico y del tratamiento definitivo.

En Cuba no existe evidencia de informe de ningún caso de este tipo de lesión intravesical.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Young RH, Clement PB. Müllerianosis of the urinary bladder. *Mod Pathol.* 1996;9: 731-7.
2. Giudice LC. Clinical practice Endometriosis. *N Engl J Med.* 2010 Jun 24; 362(25):2389-98.
3. Hanno PM. Painful bladder syndrome/interstitial cystitis and related disorders. In: Wein AJ, Kavoussi L, Novick A, Partin A, Peters C, eds. *Campbell-Walsh. Urology.* [CD-ROM]. 9th ed. Philadelphia: Saunders Elseviers; 2007.
4. Tomada N, Silva J, Vendeira P. Bladder müllerianosis: a case report. *Acta Urol.* 2006;23:59-61.
5. Kim HJ, Lee TJ, Kim MK. Müllerianosis of the urinary bladder, endocervicosis type: a case report. *J Korean Med Sci.* 2001;16: 123-6.
6. Antonelli A, Simeone C, Zani D. Clinical aspects and surgical treatment of urinary tract endometriosis: Our experience with 31 cases. *Eur Urol.* 2006;49 (6):1093-8.

7. Cruz Guerra NA, Gómez Raposo MD, Baizán García MJ. Mullerianosis vesical: una entidad muy infrecuente. Arch Esp Urol. 2009 Mar;62(2):150-2.
8. Young RH. Pseudoneoplastic lesions of the urinary bladder and urethra: A selective review with emphasis on recent information. Sem Diagn Pathol. 1997;14(2):133-46.
9. Yamamoto M, de Alvarado M, Figueroa M, Barroso JP, Carrillo J, Insunza A, et al. Diagnóstico incidental de tumor vesical por ecografía ginecológica transvaginal. Rev Chil Obstet Ginecol. 2010;75(1):54-7.
10. Cruz Guerra NA, Gómez Raposo MD, Baizán García MJ, Prieto Nogal SB, Juan AG, Sierra MP. Mullerianosis of the urinary bladder: a rare entity. Arch Esp Urol. 2009 Mar;62(2):150-2.
11. Ozel B, Amezcua C, Ballard C. Endocervicosis of the Bladder. A case report. J Reprod Med. 2005 Sep;50(9):723-6.
12. Garavan F, Grainger R, Jeffers M. Endometrioid carcinoma of the urinary bladder complicating vesical Mullerianosis: a case report and review of the literature. Virchows Arch. 2004;444:587-9.

Recibido: 25-1-13

Aprobado: 16-4-13

Freddy Castillo Guerra. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro". Avenida Hospital Nuevo e/ Doble Vía y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)(42)270000. Correo electrónico: freddygcg@hamc.vcl.sld.cu