

Artigos Originais

Endometriose vesical – Experiência do Serviço

Manuel Cerqueira*, Luís Xambre*, André Cardoso*, Vítor Silva**,
Rui Prisco**, Martinho Almeida***, Paulo Petracchi****

Serviço de Urologia do Hospital Pedro Hispano
Director: Dr. Fernando Carreira – Matosinhos – Portugal

*Interno Complementar de Urologia **Assistente Hospitalar de Urologia ***Assistente Hospitalar Graduado de Urologia ****Chefe de Serviço de Urologia

Resumo

Introdução: A endometriose é uma doença ginecológica muito frequente que se caracteriza pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Em raras ocasiões a endometriose afecta o tracto urinário, sendo a bexiga o órgão mais frequentemente afectado.

Material e métodos: Os autores apresentam uma revisão dos casos clínicos de endometriose com compromisso do aparelho excretor observados entre Janeiro de 1998 e Julho de 2005.

Discussão: Foram observados 6 doentes com endometriose vesical: quatro tinham antecedentes de cirurgia ginecológica, 5 referiam queixas irritativas cíclicas do aparelho urinário baixo (em dois casos com hematuria associada) e uma doente não referia qualquer queixa. A ecografia revelou a presença de neoformação vesical nos 6 casos. Todas as doentes foram submetidas a ressecção transuretral da neoformação e em cinco foi associado tratamento hormonal. Em dois casos, devido a recidiva da patologia, foi necessário realizar histerectomia com anexectomia bilateral (com cistectomia parcial num dos casos).

Conclusão: A endometriose é uma doença frequente que em 1 % dos casos afecta o tacto urinário. O atraso na sua detecção pode levar a meses de morbilidade desnecessária. O tratamento da endometriose do tracto urinário é basicamente cirúrgico, sendo a ressecção transuretral o tratamento de eleição. Dada a clara dependência hormonal da endometriose, a supressão ovárica é considerada fundamental para estas doentes.

Palavras-chave: endometriose, tumor vesical, hematuria

Abstract

Introduction: Endometriosis is a common gynecologic disease characterised by the presence of endometrial tissue outside the uterus cavity. On rare occasions it affects the urinary tract, being the bladder the most affected organ.

Material and methods: The authors present a review of urinary system's endometriosis clinical cases treated between January of 1998 and July of 2005.

Correspondência:

Manuel Cerqueira
Rua Elaine Sanceau,
94 - 2º esq.
4465 SÃO MAMEDE
DE INFESTA
E-mail: mancer@clix.pt

Discussion: We observed 6 patients with vesical endometriosis: four had prior gynecologic surgery history, five referred a cyclical manifestation of irritation complaints of the low urinary tract (two of which had associated hematuria) and another was asymptomatic. Ultrasound revealed a bladder neof ormation in all of the patients. All of them underwent transurethral resection and five hormonal therapy. In two of the patients, due to recurrence, hysterectomy with bilateral anexectomy was performed (with partial cystectomy in one of the cases).

Conclusion: Endometriosis is a frequent illness, being the urinary tract involved in 1% of the cases. Months of unnecessary morbidity may be a consequence of delayed diagnosis. The treatment is basically a surgical one, being transurethral resection the gold standard. Due to the clear endometriosis' hormonal dependence, ovary suppression is paramount.

Key-Words: endometriosis, bladder tumor, hematuria

Introdução

A endometriose caracteriza-se pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Afecta 4 a 15% das mulheres em idade fértil. Surge frequentemente na cavidade pélvica, sendo raramente afectado o aparelho urinário (apenas 1% dos casos). No aparelho urinário afecta em 84% dos casos a bexiga, 15% os ureteres, 4% os rins e 2% a uretra¹.

Material e métodos

Apresentamos uma revisão dos casos clínicos com diagnóstico de endometriose vesical observados no Hospital Pedro Hispano entre Janeiro de 1998 e Julho de 2005 (tabela I).

Neste período observamos seis doentes com diagnóstico histológico de endometriose vesical. Todas as doentes foram referenciadas para a consulta de urologia por suspeita de tumor vesical identificado por ecografia vesical (fig. 1).

A idade média das doentes foi de 40 anos (12 - 60).

Cinco doentes estavam em idade fértil e uma tinha sido submetida a hysterectomia com anexectomia bilateral há 12 anos por mioma uterino estando medicada com terapia hormonal de substituição (THS).

Cinco doentes referiam queixas urinárias irritativas do tracto urinário e dor hipogástrica com agravamento cíclico pré-menstrual. Uma doente não apresentava qualquer tipo de sintomatologia. Duas doentes referiam episódios de hematuria cíclica. O tempo que decorreu desde o aparecimento das queixas até ao diagnóstico foi em média de 24 (12 - 60) meses. Quatro doentes tinham

Tabela I – Doentes e tratamentos

Nome	Idade	Tempo	Antecedentes cirúrgicos	QUB cíclicas	Hematuria	Ecografia	Tratamento cirúrgico	Tratamento pós-recidiva	Tratamento adjuvante	Follow-up
		até ao diagnóstico								
MCPO	45	?	aborto	não	não	neof ormação	RTU	Cistectomia + HT + AB	triptorelina	21
MMGF	44	60 meses	não	sim	não	neof ormação	RTU	—	linestrenol	66
MANC	32	12 meses	não	sim	não	neof ormação	RTU	—	linestrenol	8
MATJC	36	24 meses	aborto	sim	sim	neof ormação	RTU	RTU + HT + AB	linestrenol	42
AMGC	49	48 meses	HT+AB	sim	não	neof ormação	RTU	—	Susp. THS	39
MCARR	39	12 meses	cesariana	sim	sim	neof ormação	RTU	—	linestrenol	6

RTU ressecção transuretral, HT hysterectomia, AB anexectomia bilateral, THS terapêutica hormonal de substituição, QUB queixas urinárias baixas

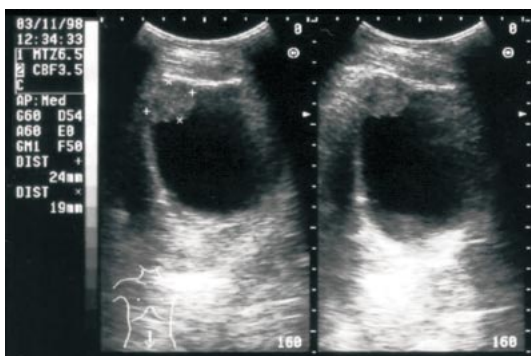


Fig. 1 – Ecografia endometriose vesical

anteriores de cirurgia ginecológica (cesariana, aborto, laqueação tubar).

A identificação da neoformação vesical foi efectuada por ecografia em todas as doentes e o diagnóstico foi obtido pelo estudo histológico do material de ressecção transuretral (RTU) da neoformação. A RTU constituiu a tratamento inicial de todas as doentes. 5 doentes foram submetidas a tratamento hormonal adjuvante (uma com triptorelina e quatro com linestrenol). A doente com THS suspendeu essa medicação.

Em dois casos houve recidiva da endometriose vesical após a suspensão da terapia hormonal tendo-se efectuado num caso nova RTU associada a histerectomia com anexectomia bilateral e no outro cistectomia parcial com histerectomia e anexectomia bilateral (fig. 2).

Após um follow-up médio de 30 (6 – 66) meses todas as doentes estão assintomáticas e sem evidência de recidiva.

Discussão

A endometriose foi descrita pela primeira vez em 1860 por Rokitansky. Os primeiros casos de envolvimento do tracto urinário foram descritos por Judd em 1921 mas foram os trabalhos de Sampson em 1927 que despertaram a atenção para a endometriose vesical².

São descritas várias teorias etiogénicas para a endometriose.

Teoria do implante endometrial: explica o aparecimento da endometriose em cicatrizes nos doentes com antecedentes de cirurgia pélvica².

Teoria da metaplasia celómica: justifica o desenvolvimento da endometriose em mulheres com agenesia uterina².

Teoria da disseminação hematológica: explica as formas extraperitoneais².

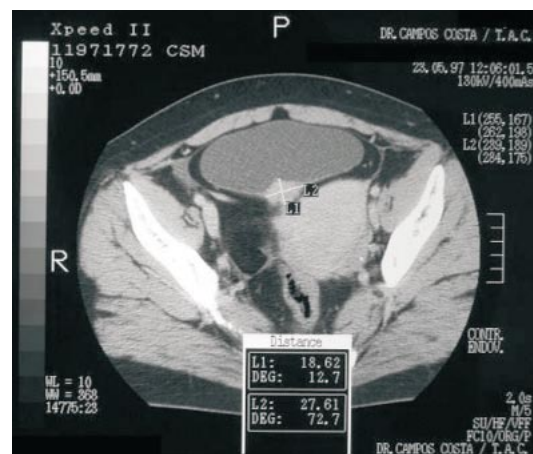


Fig. 2 – TC recidiva de endometriose vesical

Teoria do refluxo tubário de fluido menstrual: explica a maior frequência da patologia nos locais onde o fluido menstrual se deposita².

Teoria auto-imune: terá que haver défice imunitário para que o tecido endometrial se desenvolva fora da cavidade uterina².

Nenhuma das teorias explica por si só todos os casos de endometriose e é cada vez mais consensual que terá que haver o envolvimento multifactorial para o desenvolvimento da patologia.

A endometriose é rara antes da menarca e surge em 4 a 15% das mulheres em idade fértil (estes valores são mais elevados chegando aos 50% nas mulheres em estudo por infertilidade)². Após a menopausa só surge em mulheres medicada com THS. Pode surgir em homens medicados com altas doses de estrogénios surgindo habitualmente ao nível do utrículo (remanescente do ductos de Müller)^{3,4}. Na nossa série em apenas uma doente foi realizado diagnóstico de endometriose pós-menopausa.

Os locais de “implantação” mais frequentes são o fundo de saco de Douglas, ovários, ligamento redondo, trompas de Falópios, cervix e vagina.

Em apenas 1 a 2% dos doentes é identificado envolvimento do sistema urinário, sendo a localização mais frequente a bexiga (84% dos casos), 15% apresenta doença nos ureteres, 4% nos rins e 2% na uretra (tabela II).

As doentes com endometriose vesical referem em 78% dos casos sintomas irritativos e dor hipogástrica com agravamento cíclico pré-menstrual. O sintoma mais característico desta patologia, a hematúria cíclica que surge em apenas 30% dos casos¹. Apesar da sintomatologia típica, o tempo que decorre até ao diagnóstico é habitualmente longo.

Tabela II - Endometriose urinária

Endometriose urinária	
Rim	4 %
Ureter	15 %
Bexiga	84 %
Uretra	2 %

Cerca de 50% dos doentes têm antecedentes de cirurgia ginecológica.

Nas nossas doentes as queixas urinárias estavam presentes em 83% dos casos e em apenas 33% existia hematuria cíclica. Existiam antecedentes de cirurgia ginecológica em 67% das doentes.

Os diagnósticos diferenciais incluem o tumor vesical, papilomas, leiomiomas e endometriose³.

Com a facilidade de obtenção de estudos ecográficos actualmente existente, as doentes são habitualmente referenciadas para o urologista após ter realizado uma ecografia vesical em que se identificou uma neoformação vesical. Todas as nossas doentes foram enviadas para a consulta por suspeita ecográfica de tumor vesical.

A cistoscopia orienta o diagnóstico em 65 a 72% dos casos¹. As características macroscópicas da lesão variam ao longo do ciclo menstrual. No período intermenstrual a lesão apresenta-se com uma área elevada circundada por mucosa vesical congestionada e edemaciada. Durante a menstruação a neoformação atinge maior volume e maior congestionamento assumindo um aspecto azul-escuro. No período pós-menstrual a lesão conserva a sua área aumentada mas há diminuição da congestão e do edema mantendo a coloração azul⁵ (fig. 3).

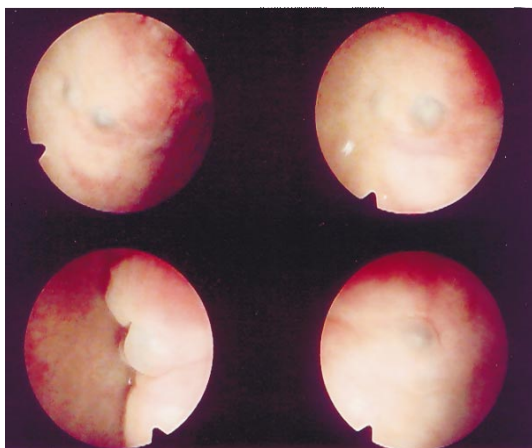


Fig. 3 – Cistoscopia endometriose vesical

Estes doentes devem ser submetidos a ecografia renal ou urografia intravenosa para descartar o envolvimento ureteral, já que é o 2º local mais frequente de envolvimento do aparelho urinário e em 50% dos casos em que o ureter é atingido há lugar à perda de unidade renal⁶.

A RTU deve ser realizada em todas as áreas suspeitas, servindo para obtenção de material para diagnóstico e como tratamento cirúrgico. A RTU deve ser profunda dado que a lesão é transmural estando habitualmente a mucosa íntegra. A ulceração da mucosa surge nos doentes com queixas de hematuria cíclica. O tratamento deve ser complementado com supressão ovárica dada a clara dependência hormonal da lesão¹.

As terapias hormonais mais utilizadas são:

Danazol – derivado da 17-etilil-testosterona cujo mecanismo de acção resulta num estado de hipostrogenismo de origem central e periférica. Utilizado na dose de 400 a 800mg diárias induz amenorreia. Os principais efeitos laterais são o aumento do peso, cáimbras, alterações do humor, depressão, pele oleosa e atrofia mamária².

Gestrinona – 19-nor-testosterona induz redução dos receptores estrogénicos e progestativos no endométrio, suprime o pico endógeno de LH e inibe a esteirogénese ovárica. É utilizado na dose de semanal de 5 a 7,5 mg. Pode causar alterações menstruais, queda de cabelo, acne e seborreia².

Progestativos – agem sobre o tecido endometrial conduzindo à atrofia do mesmo e a necrose tecidual².

Análogos LHRH – causam supressão da função gonodotrófica resultando num estado de hipostrogenismo².

Não foram verificados benefícios com tratamentos superiores a 6 meses. Nas doentes após a menopausa a suspensão da THS é suficiente como tratamento hormonal².

As recidivas devem ser tratadas com histerectomia e anexectomia bilateral associada a nova RTU ou a cistectomia parcial (nas lesões mais volumosas) quando as doentes não pretendam gravidezes adicionais ou novo ciclo de tratamento cirúrgico e hormoterapia adjuvante nas mulheres que desejem engravidar.

O tratamento inicial que instituímos às nossas doentes teve sucesso em 67% dos casos tendo-se verificado recidiva em 33% dos casos. Actualmente todas as doentes estão assintomáticas e sem evidência de recidivas.

O seguimento das doentes deve ser efectuado através de cistoscopias periódicas. O marcador tumoral CA-125, pouco útil no diagnóstico, por se encontrar

elevado apenas na doença avançada, pode ser utilizado no seguimento de doentes com níveis do marcador previamente elevados⁷.

A degeneração maligna é rara estando apenas descritos 7 casos na literatura mundial³.

Conclusão

A endometriose urológica é uma manifestação rara de uma patologia comum do foro ginecológico.

A morbilidade é significativa, sendo o seu diagnóstico sugerido pelas queixas urinárias cíclicas. O diagnóstico apenas pode ser obtido do pelo estudo anatómico-patológica do material de RTU da neoformação vesical.

O atraso no diagnóstico pode ter consequências graves para a doente nomeadamente nos casos em que há envolvimento dos ureteres levando à perda da unidade renal em 50% dos casos.

Bibliografia

1. J Chamorro, S Garcia, F Rojo, R González, V Gómez, F Rolanía. Endometriosis vesical. Diagnóstico y tratamiento. *Actas Urol Esp* 27 (5): 394-396, 2003
2. M Tomas-Machado, R Guiseppe, C Barbosa, M Borrelli, E Wroclawki. Endometriose vesical: aspectos diagnósticos e terapêuticos. *Rev Ass Med Brasil* 47 (1): 37-40, 2001
3. D Price, K Maloney, G Ibrahim, G Cundiff, R Leder, E Anderson. Vesical endometriosis: report of two cases and review of the literature. *Urology* 48: 639-643, 1996
4. D Schwartzwald, U Mooppan, H Ohm, H Kim. Endometriosis of the bladder. *Urology* 39 (3): 219-222, 1992
5. I Brosens. New principles in the management of endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand suppl.* 159: 18-21, 1994
6. A Antonelli, C Simeone, E Frigo, G Minin, U Bianchi, S Cunico. Surgical treatment of ureteral obstruction from endometriosis our experience with thirteen cases. *Int Urogynecol J* 15:407-412, 2004
7. J Alacreu, A García, E Polo, R Almodóvar, E Munne, J Marquez, G Cachá. *Actas Urol Esp* 28 (10): 789-791, 2004