

Endometriosis atípica.

Castaño Ruiz, I ; Madrid Gómez de Mercado, M.D.; Cánovas López, L; , Níguez , I; Marín Pérez, P; Llanos, M.C; Machacón F; Nieto Díaz, A.

Hospital clínico universitario virgen de la Arrixaca



INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una condición en la que el tejido endometrial crece en lugares ectópicos . Ocurre en mujeres en edad fértil , entre un 10-30%. Una de las formas de endometriosis son los quistes ováricos , llamados endometriomas. Coloquialmente se llaman quistes de chocolate. El diagnóstico viene determinado por la clínica, la exploración ginecológica, y la ecografía vaginal. En algunos recurrimos a la resonancia magnética. **Se puede llegar a un diagnóstico definitivo sin necesidad de estudio histopatológico si la paciente está estudiada en una unidad de endometriosis por un equipo experto.** El tratamiento de esta enfermedad está destinado a controlar la clínica y consiste en provocar ciclos anovulatorios para suprimir el estado local de hiperestrogenismo y por tanto, el control del crecimiento de las lesiones. La actitud quirúrgica se llevará a cabo si: estamos ante un endometrioma grande o con sospecha de malignidad, hidrosalpinx en el contexto de esterilidad, o clínica refractaria al tratamiento

CASO CLÍNICO

Paciente de 20 Años que consulta por dolor abdominal tras ingesta abundante de alimento. Ha vomitado y tras no notar mejoría ha acudido a Hospital General dónde la han remitido por hallazgo de quiste de >10 cm dependiente de ovario derecho en ecografía abdominal. Afebril. No otra sintomatología.

No AMC. No AP de interés. G0. Menarquia: 10. FM: 5/28.
Antecedentes ginecológicos: Nunca se ha hecho una revisión ginecológica.

EXPLORACIÓN FÍSICA. Tacto bimanual: movilización cervical no dolorosa. No se palpan masas **Especuloscopia :** sin alteraciones

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. Analítica: dentro de la normalidad

Ecografía: Útero de ecoestructura normal. Endometrio de segunda fase. OD: formación quística de ecogenidad media de 10x55x66 mm que ocupa Douglas, homogéneo, con paredes finas, sin observarse tabiques ni papilas. OI: normal. No líquido libre en Douglas

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Masa anexial. Clasificación morfológica: Unilocular. Impresión diagnóstica: Benigno, GIRADS: 3

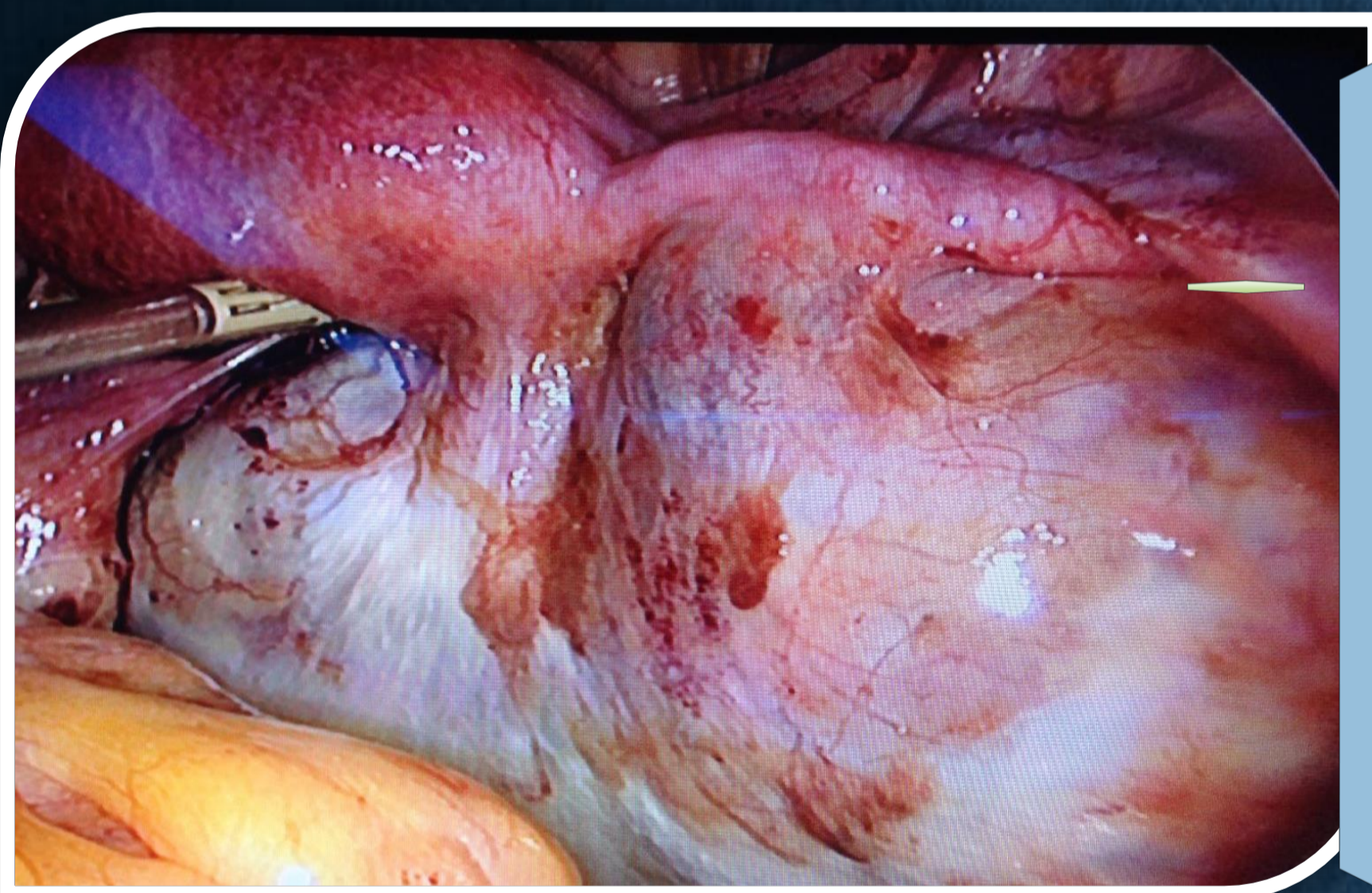
Diagnóstico específico: Endometrioma ovario derecho

Marcadores tumorales: Ca 125: 111.

Durante su estancia en planta, la paciente se mantiene controlada clínica y hemodinámicamente. Se decide en sesión quirúrgica intervenir el próximo jueves 28/01. Se informa paciente y familiar que consiente y firma consentimiento informado

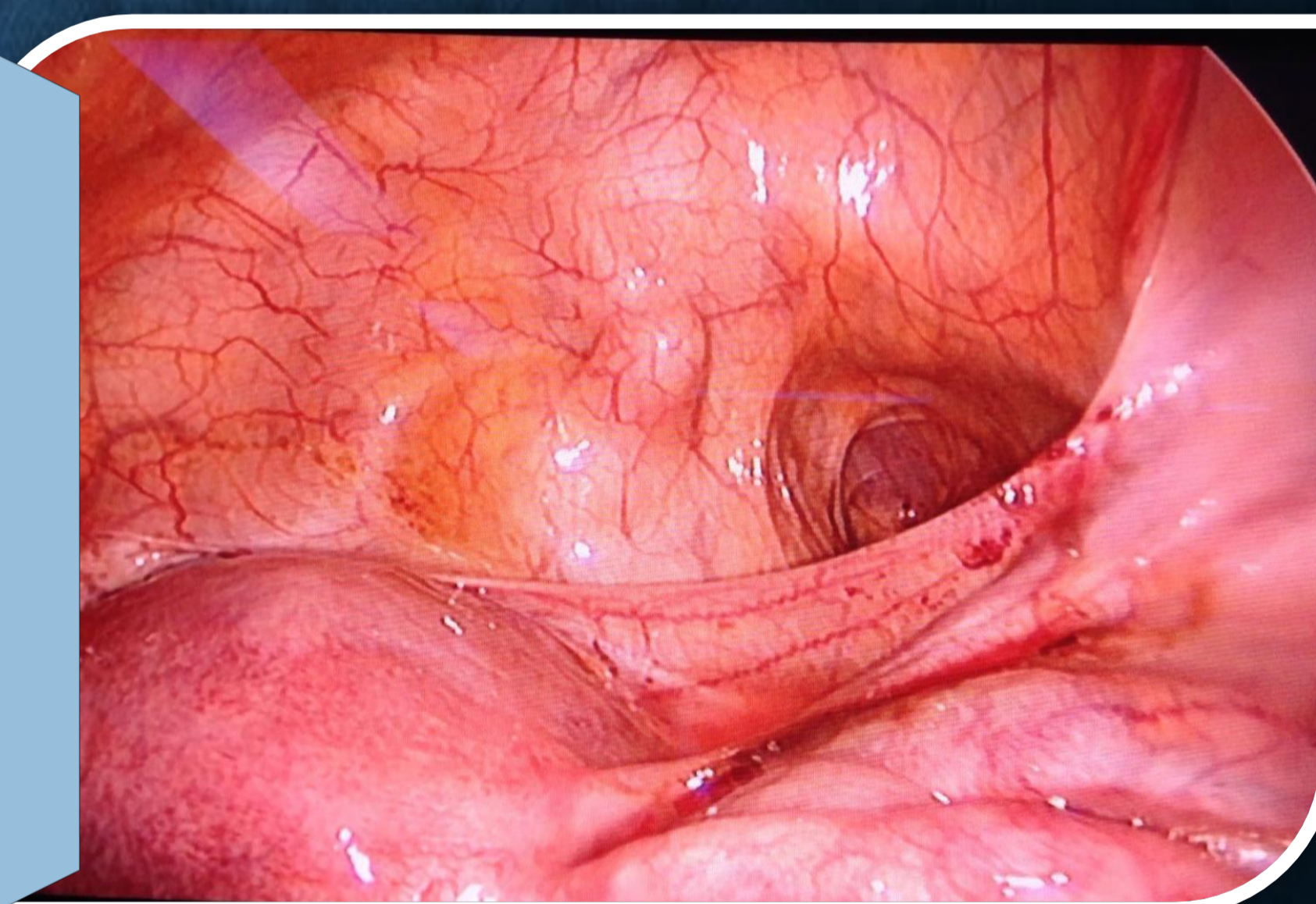
Procedimiento quirúrgico: Mediante vía abdominal laparoscópica se visualiza bloqueo por ocupación total de Douglas por endometrioma de OD aparentemente bilobulado de unos 12 cm adherido firmemente a ovario y trompa contralateral, parte posterior de útero retrocervix y ligamento ancho posterior. Cúpula diafragmática derecha con más de 10 implantaciones superficiales de aspecto endometriósico.

Además se observan nódulos de infiltración profunda en plica vesicouterina, ligamento ancho anterior izquierdo, ligamento ancho posterior izquierdo (sobre uréter izquierdo sin infiltrarlo), úterosacro izquierdo. Se realiza finalmente, quistectomía laparoscópica de endometrioma y exéresis de nódulos peritoneales. El postoperatorio cursa sin incidencias. La paciente se encuentra asintomática y con buen estado general. La exploración, diuresis y tránsito intestinal son normales. Se decide alta hospitalaria y revisión en un mes para recoger estudio



Estudio histopatológico.

Endometrioma de ovario derecho con atipia citológica e índice de proliferación celular KI-67 en torno al 10,5%, con pérdida focal de proteína BAF250A, que podría confirmar endometriosis atípica. Nódulos endometriósicos confirmados en ligamento ancho izquierdo y lig. Uterosacro izquierdo



DISCUSIÓN.

La patogénesis de los endometriomas no está clara.

Los hallazgos ecográficos sugestivos de endometrioma incluyen homogeneidad nivel bajo-medio, con una pared gruesa, masa quística (uni o multilocular). Una apariencia de vidrio esmerilado es típico de estos quistes .

A veces los endometriomas tienen un componente sólido nodular debido al tejido endometrial focal, lo que puede hacer que sea difícil distinguir un endometrioma del verdadero tejido sólido de una neoplasia. Endometriosis parece estar asociada con algunos subtipos histológicos de cáncer de ovario epitelial (como el c. endometrioides o el de células claras), pero no con otros.

Se han propuesto dos mecanismos para explicar una relación entre la endometriosis y el cáncer de ovario:

- células del tejido endometriósico que sufren una transformación con atipias, hasta derivar en cáncer.
- la coexistencia de la endometriosis y el cáncer de ovario puede ser debido a factores de riesgo comunes / mecanismos antecedentes tales como la predisposición genética , desregulación inmune, y los factores ambientales .

ARID1A es un gen supresor de tumores con frecuencia interrumpido en los cánceres de ovario asociado con la endometriosis (ovario de células claras, endometrioides). La mutación ARID1A se ha visto en lesiones preneoplásicas y puede representar un marcador temprano en la transformación de la endometriosis en cáncer. El cribado de mujeres con endometriosis para el cáncer de ovario no se recomienda debido a la baja incidencia y la falta de una prueba de detección. Sin embargo, el uso de píldoras anticonceptivas orales o análogos GnRh, el riesgo de cáncer de ovario en la mayoría de usuarias.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Hughes E, Fedorkow D, Collins J, Vandekerckhove P. Ovulation suppression for endometriosis. Cochrane Database Syst Rev 2000; :CD000155
- 2- ACOG Committee on Practice Bulletins--Gynecology. ACOG practice bulletin. Medical management of endometriosis. Number 11, December 1999 (replaces Technical Bulletin Number 184, September 1993)- Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Int J Gynaecol Obstet 2000; 71:183.
- 3-Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. Hum Reprod 2014; 29:400.
- 4-Allen C, Hopewell S, Prentice A, Gregory D. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev 2009; :CD004753.
- 5-Davis L, Kennedy SS, Moore J, Prentice A. Oral contraceptives for pain associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev 2007; :CD001019.