



# Endometriosis atípica

García Campaña, E; Campos Hernández, I; Muñoz Contreras, M; Cortés Sandoval, S; Marín Sánchez, P; Níguez Sevilla, I; Cánovas López, L; Nieto Díaz, A.  
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

## CASO CLÍNICO:

**Antecedentes personales:** Hipotiroidismo, anemia ferropénica y esofagitis eosinofílica. Cesárea en 2006.

**Motivo de consulta:** Molestias abdominales y menstruaciones irregulares.

**Exploración física:** dolor a la movilización cervical y a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, donde se aprecia una masa palpable. Movilidad uterina muy reducida.

**Ecografía transvaginal:** Útero fijo en anteverción poliomatoso con una formación quística (figura 1), sin excrecencias ni papilas, escasa captación Doppler periférica y un septo vascularizado, de diferentes densidades, compatible con cistoadenoma mucinoso y hemorragia intraquística.

**Tratamiento:** Se propone histerectomía y doble anexectomía por vía laparotómica.

Intraoperatoriamente se evidencia un importante síndrome adherencial y endometriomas bilaterales (figura 2).

El espacio de Douglas se encontraba parcialmente ocluido con un implante en el ligamento uterosacro izquierdo (figura 3).

A nivel de ciego se palpaba una tumoración que englobaba el apéndice cecal.

Ante este último hallazgo Cirugía General solicita una colonoscopia (figura 4) durante el postoperatorio que informa de una masa submucosa a nivel de ciego de grandes dimensiones con mucosa respetada en toda su superficie con resultado histológico de lipoma.

La anatomía patológica definitiva informa de endometriosis ovárica bilateral con rasgos de *endometriosis atípica hiperplásica en ovario derecho* (figura 5) con un alto índice de proliferación y adenomiosis uterina.

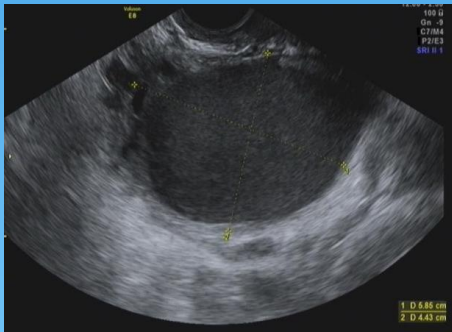


Figura 1: formación quística en ovario izquierdo

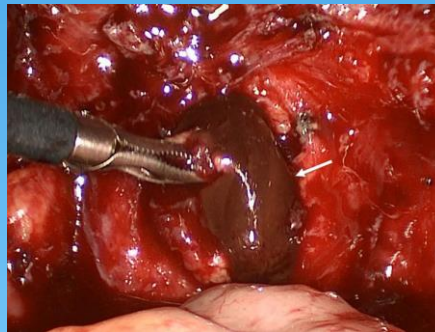


Figura 2: drenaje de endometrioma en ovario izquierdo.



Figura 3: Espacio de Douglas ocluido.

## DISCUSIÓN:

La **endometriosis profunda** es la principal causa de dolor pélvico, dismenorrea, dispareunia, disquemia y disuria; y está relacionada íntimamente con la infertilidad<sup>1</sup>. La evaluación de la **extensión** de la enfermedad es difícil, especialmente en regiones ocultas por adherencias pélvicas. La **transformación maligna** puede ocurrir en la endometriosis ovárica en el 0,7% de las pacientes<sup>3</sup>. Es importante descartar la transformación maligna de los focos endometriósicos en edades peri y postmenopáusicas.

La **ecografía transvaginal** suele ser la primera prueba de imagen requerida dada su accesibilidad y bajo coste<sup>2</sup>.

En el caso presentado, ante el hallazgo intraquirúrgico de masa cecal, es necesario realizar un **diagnóstico diferencial** entre nódulo endometriósico, enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias y metástasis, entre otras patologías<sup>3</sup>.

La **colonoscopia** nos ayuda a descartar procesos digestivos, sin embargo no es eficaz para el diagnóstico en endometriosis intestinal puesto que en la mayoría de las ocasiones las biopsias endoscópicas no proporcionan tejido endometrial suficiente para su diagnóstico, obteniéndose mayormente tejido fibrótico de la mucosa intestinal<sup>2</sup>.

Cuando el tracto gastrointestinal o urinario está involucrado, es obligatorio un **abordaje combinado** de ginecólogos, cirujanos generales y urólogos.



Figura 4: masa a nivel de ciego.

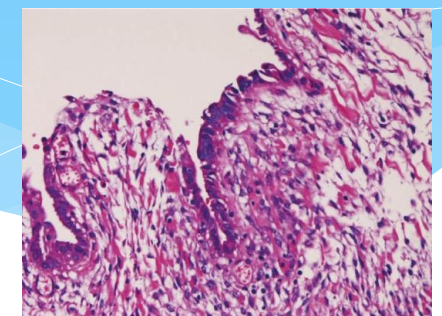


Figura 5: imagen histológica de endometriosis atípica.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Ugwuamadú L, Chakrabarti R, Williams-Brown E et al. The role of the multidisciplinary team in the management of deep infiltrating endometriosis. *Gynecological Surgery* (2017).
2. Roman H, Bubenheim M, Huet E et al. Conservative surgery versus colorectal resection in deep endometriosis infiltrating the rectum: a randomized trial. *Human Reproduction*, 2018.
3. Oral E, Aydın O, Kumbak BA et al. Concomitant endometriosis in malignant and borderline ovarian tumours. *J Obstet Gynaecol*. 2018 Jun.