

Endometrioma Ovárico: Reporte de un caso

Ovarian Endometrioma: A case report

Belkys Ismelda Chacín-Peña¹, Leonardo Yhan Paolo Dugarte-Quintero^{2,a,b},
Erick Daniel Covilla-Hernández^{3,a,b}, Corina Elena Díaz-Sanabria^{2,a,b}.

¹ Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Jefa de la cátedra de embriología de la Escuela de Medicina. Universidad de Los Andes de Venezuela Mérida, Venezuela.

² Estudiante de 3^{er} año de Medicina.

³ Estudiante de 2^{do} año de Medicina.

^a Escuela de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela

^b Miembro de la Asociación Científica Universitaria de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Los Andes. (ACUEM ULA-Mérida).

Correspondencia a:

Leonardo Yhan Paolo Dugarte Quintero

E-Mail:

drleonardodugarte@gmail.com

Teléfono y celular:

+582767967881,

+584129718843

Recibido:

11 de marzo de 2017

Aceptado:

14 de mayo de 2017

Publicado:

30 de junio de 2017

scientific.umsa.bo

Fuentes de Financiamiento

Autofinanciado

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la realización de este manuscrito.

Resumen

La endometriosis es una patología ginecológica estrógeno-dependiente, caracterizada por el crecimiento de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Se estima que del 5 % al 10 % de la población femenina la presenta.

Se reporta el caso de una paciente de 30 años con deseos de fertilidad, quien previo al estudio del caso, presentó un cuadro clínico de un año de evolución, caracterizado por dismenorrea con hipermenorrea concomitante. Fue diagnosticada como endometrioma ovárico a través de laparoscopia operatoria, posterior a estudio histológico de la lesión. Durante la intervención, se drena el endometrioma y se procede a realizar ooforectomía y salpingectomía derecha.

Es tratada con análogos agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), a los 8 meses de haber culminado el tratamiento, la paciente se encontraba en estado de gravidez. A 7 años de la primera intervención, reincide presentando endometrioma en ovario izquierdo. Se procede a drenar el quiste y se realiza ooforectomía. Actualmente es tratada con análogos agonistas de la GnRH y progestágenos. Actualmente es asintomática.

Palabras clave:

Endometriosis, infertilidad, dismenorrea, dispareunia.

Abstract

Endometriosis is an estrogen-dependent gynecological pathology, (characterized by the growth of endometrial tissue outside the uterine cavity). It is estimated that 5 to 10 % of female population have the pathology.

The case of a 30 years old woman is reported with fertility expectations, before the study of case, she presented a current condition with a year of development, characterized by dysmenorrhea with concomitant hypermenorrhoea. She was diagnosed with ovarian endometrioma through a laparoscopy followed by a histological study of the lesion. While the intervention, the endometrioma is drained, an oophorectomy and a right salpingectomy are performed.

Then, she is treated with agonists analogous of the gonadotropin-releasing hormone (GnRH), and 8 months after having finished the treatment the patient was in state of pregnancy. 7 years passed from the first intervention performed, the patient presents again endometrioma in the left ovary. The cyst is drained and the oophorectomy is performed. Now, the patient is treated with agonists analogous of the GnRH and progestogen contraceptives orally. Currently asymptomatic.

Keywords:

Endometriosis, infertility, dysmenorrhea, dyspareun

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una afección ginecológica, inflamatoria y estrógeno-dependiente, caracterizada por el crecimiento de focos ectópicos de tejido endometrial (glándulas y estroma) fuera de la cavidad uterina.

Afecta principalmente a órganos pélvicos y en raras ocasiones sitios alejados de la pelvis (pulmón, tejido celular subcutáneo, entre otros).

Esta condición termina afectando la función del ovario, la calidad del ovocito y el desarrollo e implantación del embrión¹⁻³. Se caracteriza por presentar dispareunia, dismenorrea e infertilidad, siendo estos los síntomas para sospechar de su presencia.

Se encuentra en el 5 al 10 % de las mujeres en edad reproductiva y en el 20 al 40 % en las mujeres con infertilidad. Además, se ha demostrado la reincidencia de esta condición posterior a los 5 años de la primera intervención quirúrgica⁴.

El primero en describir la aparición de un endometrioma ovárico fue Carl Freiherr Von Rokitansky en 1861, más tarde en 1922 Joe Vincent Meigs, apreció la neoangiogénesis, fibrosis y la acumulación de hemosiderina como características microscópicas intrínsecas de las lesiones. No obstante, la estructura del endometrioma ovárico y la formación del mismo no fue descrita sino hasta 1957, cuando Hughesdo publica su artículo "The structure of the endometrial cyst of the ovary"^{2,5,6,7}.

El foco endometriósico puede implantarse directamente sobre la superficie del ovario produciendo una pequeña invaginación de la corteza ovárica que posteriormente es cubierta por una capa de tejido fibroso denso, formándose así un endometrioma ovárico (quiste chocolate)^{8,9}. Este tejido endometriósico encapsulado está bajo la influencia hormonal aunada al ciclo menstrual de la paciente, lo que produce su crecimiento

El endometrioma se manifiesta a menudo por dolor pélvico, infertilidad o una masa anexial⁷. Su mecanismo de implantación extrauterino se desconoce, sin embargo, se han propuesto la menstruación retrógrada, la metaplasia celómica, anomalías inmunológicas y diseminación linfática o vascular como posibles teorías de su origen^{10,11}.

Es una afección de tipo benigna, sin embargo, su comportamiento la hace cursar como una entidad maligna debido a su agresividad en la invasión de otras zonas como el sistema urinario, el tracto gastrointestinal, pulmones, extremidades, piel y el sistema nervioso central¹².

Se ha reportado que similar a la metástasis de tumores, los implantes endometriósicos requieren neovascularización para su proliferación e invasión de la matriz extracelular, para poder establecer una lesión endometriósica⁴.

A pesar de su alta prevalencia, la endometriosis tiene una presentación clínica bastante variada que dificulta y atrasa su diagnóstico; en promedio pasan de 8 a 12 años desde el inicio de los síntomas hasta la confirmación quirúrgica definitiva de la patología¹³.

Esto constituye un auténtico reto para la comunidad médica y para la paciente que debe soportar por mucho tiempo los síntomas que suelen acompañar la endometriosis; es por este motivo que se requiere el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas no invasivas, sensibles y específicas y de un conocimiento amplio del médico sobre las distintas formas de presentación de esta patología.

En el caso que se presenta a continuación, destacamos la utilidad que posee el uso de los análogos agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) como complemento del tratamiento de esta condición y resaltamos la trascendencia que juega el deseo de fertilidad del paciente a la hora de aplicar el tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 30 años de edad, nuligesta, acude a consulta el año 2007 refiriendo inicio de enfermedad de aproximadamente 1 año de evolución, caracterizada por dismenorrea con hipermenorrea concomitante y deseos de fertilidad.

Se realiza valoración ginecológica, al examen físico:

Especuloscopia: vagina de trayecto libre, cuello lateralizado a la derecha. Tacto: dolor a la movilización cervical, se palpa masa anexial a nivel parauterino derecho adherido.

Ultrasonido transvaginal: útero de tamaño y forma normal, anexo izquierdo dentro de los límites normales, anexo derecho, se aprecia lesión ocupante en espacio parauterino derecho de 7cm x 6cm, esta lesión ocupante se caracteriza por estar tabicada en el polo superior (grosor 1mm) y por ser ecomixta con un halo más ecogénico de 1mm de grosor y líquido en su interior (**Figura 1**).

Se solicitaron marcadores tumorales: CEA, HCG β , CA 125, CA 19.9, y se evidencian elevación en el CA 125= 66 IU/ml (Valor Normal < 50 IU/mL), los demás valores reportaron negativo. En vista del diagnóstico y la clínica del paciente, se decide realizar laparoscopia operatoria.

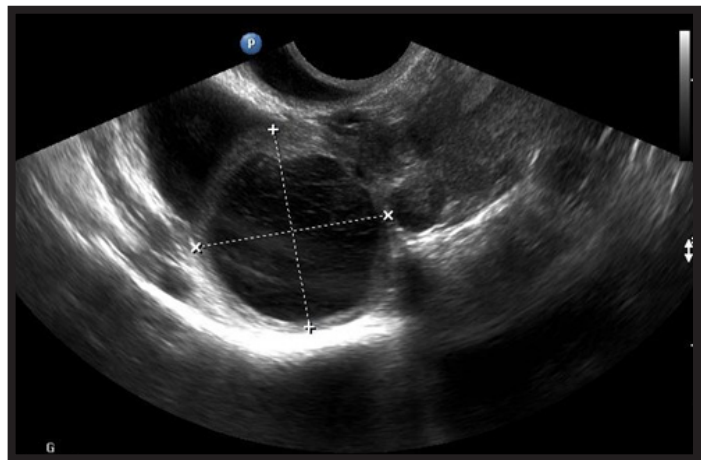


Figura 1. Endometrioma ovárico derecho.

Acto quirúrgico: bajo anestesia general inhalatoria, se procede a la realización de laparoscopia operatoria. Hallazgo: útero de tamaño y forma normal con abundantes adherencias recto-uterinas; ovario izquierdo sin alteraciones, ovario derecho ocupado por lesión quística tabicada compatible con endometrioma ovárico (quiste chocolate) (**Figura 2**).

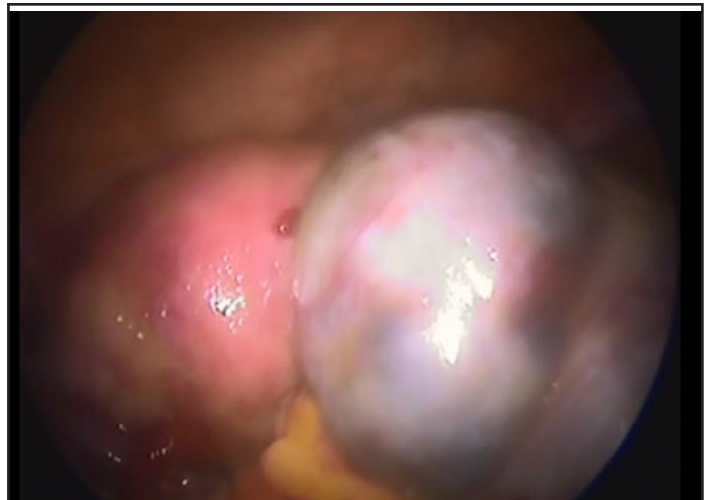


Figura 2. Visualización del endometrioma en ovario derecho, color blanco perlado.

Se continúa con el drenaje de la lesión y realización de ooforectomía y salpingectomía derecha las cuales se extraen a través de bolsa laparoscópica. Seguidamente se realiza la liberación de adherencias recto-uterinas, lavado y limpieza de cavidad abdominal, comprobación de hemostasia y retiro del material laparoscópico.

Acto quirúrgico, sin accidentes. Finalmente, se envía la biopsia para anatomía patológica. La paciente se mantiene en sala de hospitalización por 12 horas y es egresada con indicaciones y recomendaciones. El resultado de la biopsia reporta endometriosis ovárica derecha (quiste chocolate).

La paciente es tratada por 6 meses con análogos agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), el cual consistió de Acetato de Goserelina (Zoladex®) en ampollas subcutáneas de 3,6 mg mensualmente por el período indicado. Control ultrasonográfico sin alteraciones.

En vista de los deseos de fertilidad de la paciente, ésta se mantiene bajo vigilancia clínica con medicamentos tipo ácido fólico. La paciente se mantiene en amenorrea desde la segunda ampolla de Acetato de Gose-

relina hasta tres meses posteriores al tratamiento. Posterior a esto refiere ciclos menstruales normales en ausencia de dismenorrea.

Al octavo mes de terminado el tratamiento con análogos, presenta HCG positiva, lo que confirma un embarazo. En el examen ultrasonográfico se evidencia saco gestacional que contiene embrión con presencia de actividad cardíaca y 6 semanas de evolución. Se mantiene control prenatal normal con finalización de la gestación. Terminando a través de cesárea segmentaria, obteniéndose un recién nacido masculino en buenas condiciones generales.

La paciente acude a control ginecológico rutinario en marzo del 2014, en el cual se palpa masa anexial, en esta ocasión a nivel parauterino izquierdo no dolorosa a la movilización bimanual.

Ultrasonido transvaginal: útero de tamaño y forma normal, anexo izquierdo, se aprecia lesión ocupante de espacio parauterino izquierdo, tabicada y ecomixta de 7cm x 5cm x 5cm compatible con endometrioma ovárico. Se realizan nuevamente los marcadores tumorales donde resulta elevado el CA 125, por lo que se decide laparoscopia operatoria.

Hallazgos: Quiste chocolate 7cm x 5cm x 5cm a nivel parauterino izquierdo, se procede a realizar ooforectomía parcial de ovario izquierdo, no se evidencia otros hallazgos. Posteriormente es tratada con análogos agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) y anti-conceptivos orales de tipo progestágeno. Actualmente asintomática.

DISCUSIÓN

La endometriosis se presenta en aproximadamente el 10 % de las mujeres en edad reproductiva, es decir, que 100 millones de mujeres en el mundo se ven afectadas por esta condición cuya etiología es aún debatida¹⁴. Ésta puede ser incapacitante, afectando principalmente el desenvolvimiento social, las relaciones afectivas y la fertilidad de la mujer que la padece. Estudios han demostrado que la recurrencia se presenta en aproximadamente la mitad de los pacientes, necesitando cirugías adicionales, alrededor del 27 % de ellos requieren 3 o más intervenciones quirúrgicas⁴.

En nuestro caso, la paciente después de 7 años de la primera intervención presentó nuevamente endometrioma ovárico, esta vez en el ovario contralateral izquierdo. El ovario es un sitio común de endometriosis, tal vez sea su superficie irregular la que permite que el tejido endometrial se deposite predisponiendo el desarrollo de quistes endometriósicos o endometriomas⁵.

Los endometriomas son muy activos, su contenido es típicamente negro con aspecto de chocolate o petróleo espeso, se asemeja a un hematoma ya que histológicamente muestra el típico endometrio de la cavidad uterina, con los mismos cambios vasculares de necrosis y sangrado al momento de la menstruación. Normalmente están adheridas a las estructuras densas circundantes, tales como el peritoneo, las trompas de Falopio y el intestino¹⁵, correspondiendo así con nuestro caso, donde se presentó abundantes adherencias recto-uterinas.

Recientemente se han reportado exámenes de plasma, que han permitido el diagnóstico de endometriosis¹⁶. El CA 125, un determinante antigénico de una glicoproteína de alto peso molecular, es reconocido por el anticuerpo monoclonal OC 125; es el marcador sérico más utilizado en la endometriosis. Esta glicoproteína se expresa en todos los tejidos derivados del epitelio celómico embrionario, incluyendo endometrio, endocervix, trompas de Falopio, peritoneo, pleura y pericardio^{17,18}.

Al realizar los marcadores tumorales a la paciente se observó una alteración en los niveles de CA-125. Se ha reportado una alta precisión

diagnóstica para la recurrencia de endometriosis, cuando los niveles de CA-125 se encontraban elevados luego del tratamiento. Esto podría ser de utilidad diagnóstica en mujeres sintomáticas, especialmente aquellas en las cuales no pudiera realizarse, por diferentes razones, una nueva laparoscopia¹⁹.

Diferentes técnicas para el diagnóstico e imágenes pre-operatorias de endometriosis están siendo exploradas, incluyendo el ultrasonido, la tomografía computarizada y las imágenes de resonancia magnética¹⁶. En nuestro caso el diagnóstico presuntivo se realizó mediante ultrasonido donde se halló en la primera oportunidad una lesión ocupante de espacio parauterino derecho, tabicada y ecomixta de 7cm x 6cm. Posteriormente, a los 7 años de la primera intervención se observó una lesión ocupante de espacio en esta oportunidad en parauterino izquierdo, tabicada y ecomixta de 7cm x 5cm x 7cm, compatible con endometrioma ovárico.

El diagnóstico de certeza se realiza con la observación directa del endometrioma mediante laparoscopia operatoria, la cual es una excelente herramienta para la visualización de la pelvis que permite, además, identificar la etiología del dolor, clasificarla por estadios y así mismo tratar mediante ablación, fulguración y/o extirpación, todos los focos de endometriosis y las adherencias^{10,11,16}.

En nuestro caso se aplicó esta técnica permitiendo observar una lesión ocupante de espacio parauterino derecho, realizándose ooforectomía y salpingectomía derecha. Por su parte, en la segunda intervención se observó una lesión ocupante de espacio en el ovario contralateral izquierdo, realizándose ooforectomía parcial.

Aunque actualmente es tema de controversia la necesidad de su confirmación histológica¹⁰, en la paciente intervenida, en las dos intervenciones de la paciente se tomó muestra del quiste encontrado confirmando la compatibilidad de la histología de la muestra con un endometrioma ovárico.

El tratamiento debe ser elegido en base a una consideración global del problema clínico, por consiguiente éste ha de ser individualizado considerando los síntomas específicos de cada paciente y la gravedad de los mismos, la ubicación de los focos endometriósicos, el deseo de concepción, efectos secundarios de las drogas y los costos asociados¹¹.

En nuestro caso, la paciente manifestaba deseos de fertilidad, sin embargo, el endometrioma presentaba gran tamaño por lo que posterior al drenaje de la lesión, fue necesaria la realización de ooforectomía derecha con salpingectomía unilateral debido al daño producido en dichas estructuras, no obstante con el posterior seguimiento y cuidado del especialista, le fue posible a la paciente cumplir con su deseo de concepción. En la segunda intervención, le fue realizado ooforectomía parcial del ovario izquierdo, ya que al estar en seguimiento médico, se dio con un rápido diagnóstico y tratamiento oportuno.

El uso de análogos agonistas de GnRH juegan un rol importante como terapia complementaria al tratamiento quirúrgico, ya que crean el medio hormonal necesario que impide el desarrollo de implantes de tejido endometrial así como la eliminación de los focos de tejidos endometriósicos, disminuyendo de esta forma la probabilidad de reincidencia¹¹.

Su clínica la hace susceptible a ser confundida con otras condiciones de sintomatología dolorosa e inflamatoria (síndrome de colon irritable, adenomiosis o cistitis intersticial), pudiendo retrasar su diagnóstico de 8 a 12 años desde el inicio de los síntomas hasta su diagnóstico definitivo^{11,13,17}.

Por ser la endometriosis una entidad de considerable prevalencia, debe

tenerse en cuenta sus características clínicas con el objeto de garantizar, no solo su correcto diagnóstico sino también el abordaje terapéutico oportuno para disminuir los síntomas asociados a ella, mejorando la calidad de vida y aumentando las posibilidades de concepción de las pacientes que así lo deseen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹Stilley J, Birt J, Sharpe-Timms K. Cellular and molecular basis for endometriosis-associated infertility. *Cell tissue Res.* 2012; 349: 849-862.
- ²Rogers P, D'Hooghe T, Fazleabas A, Gargett C, Giudice L, Montgomery G, et al. Priorities for endometriosis research: recommendations from an international consensus workshop. *Reprod Sci.* 2009; 16(4): 335-346.
- ³Stratton P, Berkley K. Chronic pelvic pain and endometriosis: translational evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update.* 2011; 17(3): 327-346.
- ⁴Kaiqing L, Junyan M, Ruijin W, Caiyun Z, Jun L. Influence of ovarian endometrioma on expression of steroid receptor RNA activator, estrogen receptors, vascular endothelial growth factor, and thrombospondin 1 in the surrounding ovarian tissues. *Reprod Sci.* 2014; 21(2): 183-189.
- ⁵Saavedra J. Controversias en el manejo quirúrgico del endometrioma ovárico. *Rev colombobstetginecol.* 2002; 53(4): 355-366.
- ⁶Batt RE. A history of endometriosis. Buffalo: Springer-Verlag London Limited; 2011.
- ⁷López A, Adame R. Endometriosis. *PerinatolReprodHum.* 2006; 21(4).
- ⁸Gordts S, Puttemans P, Gordts S. Ovarian endometrioma in the adolescent: a plea for early-stage diagnosis and full surgical treatment. *GynecolSurg.* 2015; 12: 21-30.
- ⁹Jiménez K, Reyna E. Ruptura de endometrioma ovárico durante el tercer trimestre del embarazo. *Rev ObstetGinecolVenez.* 2012; 72(4): 280-282.
- ¹⁰Fuentes A, Escalona J, Céspedes P, Espinoza A, Johnson M. Prevalencia de la endometriosis en mujeres sometidas a esterilización quirúrgica laparoscópica en un hospital de Santiago de Chile. *Rev Med Chile.* 2014; 142: 16-19.
- ¹¹Acosta F, Karame A, Rincón G, López-Herrera P, Santimone M. Aplicaciones clínicas de los análogos agonistas de GnRH en la endometriosis. En: Cortiñas P, Karame A, Levy A, Pizzi R. Análogos de GnRH en patología ginecológica benigna. Caracas: AstraZeneca. 2008. p. 33-44.
- ¹²Castillo J, Loreto F, Digiannarico D, Parada D, Luizzi J, Mavarez M, et al. Endometriosis Perineal Malignizada: a propósito de un caso. *Rev VenezOncol.* 2007; 19(4): 337-343.
- ¹³D'Hooghe T. Endometriosis. En: Berek J. Berek y Novak Ginecología. 15ta ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health, S.A., Lippincott Williams & Wilkins; 2013. p. 505-556.
- ¹⁴Gupta S, Chandra A, Kesavan S, Eapen D, Agarwal A. Estrés Oxidativo y la Patogénesis de Endometriosis. En: García-Velasco J, Rizk B. Endometriosis: tratamiento actual y futuras tendencias. Ciudad de Panamá: Jaypee - Highlights Medical Publishers, inc; 2010. p. 31-39.
- ¹⁵Restrepo G. Endometriosis, endometrioma e infertilidad. *Rev Fac Med.* 2010; 18(2): 197-209.
- ¹⁶Rogers P, D'Hooghe T, Fazleabas A, Giudice L, Montgomery G, Petraglia F, et al. Defining future directions for endometriosis research: workshop report from the 2011 world congress of endometriosis in Montpellier, France. *Reprod Sci.* 2013; 20(5): 483-499.
- ¹⁷Johansson J, Santala M, Kauppila A. Explosive rise of serum CA 125 following the rupture of ovarian endometrioma. *HumReprod.* 1998; 13(12): 3503-3504.
- ¹⁸Augé L, Jofré F. Endometriosis: fundamentos etiopatogénicos, diagnóstico y tratamiento. Rosario: Corpus Libros Médicos y Científicos; 2006: 284.
- ¹⁹Mateo Sáñez H, Mateo Sáñez E, Hernández Arroyo L, Salazar Ricarte E. Tratamiento de pacientes con endometriosis e infertilidad. *GinecolObstetMex.* 2012; 80(11): 705-711.