

Endometriosis cervical profunda causante de sangrado transvaginal profuso. Presentación de un caso clínico y revisión de la bibliografía

Gustavo Olivas Mendoza,* Francisco Javier Miranda Castaño,** Margarito Hernández,*** Silvia C Olivas Maguregui,**** Víctor Manuel Mata Orozco¹

Nivel de evidencia: II-3

RESUMEN

Se comunica el caso de una paciente con endometriosis cervical profunda, en la cuarta década de la vida, con menstruaciones regulares, dismenorrea secundaria progresiva, incapacitante, dispareunia, disquesia y dolor pélvico crónico en los últimos tres años. Se presentó en urgencias el vigésimo día del ciclo menstrual debido a una hemorragia transvaginal abrupta y cuantiosa, que generó anemia aguda. En la exploración ginecológica se observó que en el labio posterior del cuello uterino había una eversión glandular y una lesión solitaria en sacabocado, con sangrado activo procedente del interior de la lesión, independiente del orificio cervical externo y del canal endocervical. El resto de la colposcopia fue normal. Se efectuó histerectomía total y el reporte histopatológico fue de endometriosis cervical profunda, adenomiosis y salpingitis hemorrágica izquierda.

Palabras clave: sangrado transvaginal profuso, endometriosis cervical profunda y superficial, ultrasonido de cuello uterino.

ABSTRACT

It is reported the case of a patient with cervical endometriosis deep in the fourth decade of life, with regular menstruation, dysmenorrhea secondary progressive, disabling, dyspareunia, and chronic pelvic pain, disquesia in the last three years. Was presented in the emergency on the twentieth day of the menstrual cycle due to an abrupt and substantial transvaginal bleeding, and led to acute anemia. In gynecological exploration was observed in the posterior lip of the cervix and glandular eversion had a solitary lesion in a punch, with active bleeding from the interior of the lesion, independent of the external cervical os and the endocervical canal. The rest of the colposcopy was normal. Total hysterectomy was performed and the histopathologic report was of deep cervical endometriosis, adenomyosis and hemorrhagic salpingitis left.

Key words: Transvaginal profuse bleeding, deep and superficial cervical endometriosis, ultrasound of the cervix.

RÉSUMÉ

Nous rapportons le cas d'une patiente souffrant d'endométriose cervicale profonde, dans la quatrième décennie de vie, avec des menstruations régulières, dysménorrhée secondaire progressive, invalidante, la dyspareunie et les douleurs pelviennes chroniques disquesia au cours des trois dernières années. A été présenté dans la salle d'urgence sur le vingtième jour du cycle menstrual en raison d'un saignement vaginal soudaine et importante, qui a conduit à l'anémie aiguë. Lors de l'examen gynécologique a montré que la lèvre postérieure du col de l'utérus et l'éversion glandulaires avait une lésion solitaire dans le punch, avec saignement actif au sein de la lésion, indépendamment de l'orifice externe et le canal endocervical. Le reste de la colposcopie était normale. Hystérectomie totale et le rapport histopathologique a de l'endométriose profonde col de l'utérus, adénomyose et salpingite hémorragique gauche.

Mots-clés: abondant saignement vaginal, profondes et superficielles endométriose col de l'utérus, l'échographie du col utérin.

RESUMO

Relatamos o caso de uma paciente com endometriose cervical profunda, na quarta década de vida, com a menstruação regular, dismenorréia secundária progressiva, incapacitante, dispareunia e dor pélvica crônica disquesia nos últimos três anos. Foi apresentado na sala de emergência no vigésimo dia do ciclo menstrual devido a um sangramento vaginal abrupto e substancial, o que levou à anemia aguda. No exame ginecológico, observou que o lábio posterior do colo do útero e eversão glandular teve uma lesão solitária no soco, com sangramento ativo dentro da lesão, independente do orifício externo e do canal endocervical. O resto da colposcopia foi normal. Histerectomia total e relatório histopatológico foi de endometriose profunda do colo do útero, adenomiose e salpingite hemorrágica esquerda.

Palavras-chave: sangramento vaginal abundante, profunda e superficial endometriose cervical, ultra-sonografia cervical.

La descripción de la endometriosis se inició en Europa, en 1860, por Rokitanski, que la denominó adenomioma. Medio siglo después Cullen describió, sistemáticamente, la adenomiosis e identificó el tejido endometrial ectópico, en el espesor del miometrio. En 1921, Sampson la llamó endometriosis y para explicar su origen propuso su teoría de la menstruación retrógrada.¹

La definición de endometriosis es histológica y consiste en identificar el crecimiento y evolución de glándulas y estroma endometrial fuera de su sitio habitual. Suele acompañarse de hemorragia, inflamación y fibrosis dependientes del grado de actividad. Tiene tres modalidades anatomo-patológicas extrauterinas: peritoneal, ovárica y profunda.^{1,2}

Para el clínico actual, se trata de una enfermedad inflamatoria crónica, estrógeno-dependiente, con manifestaciones cíclicas dolorosas, que dependen del sitio donde se localice.³

Hace poco se reportó que el estroma endometriósico tiene numerosas terminaciones nerviosas, la mayor parte amielínicas, adyacentes al epitelio endometrial, que cíclicamente son estimuladas por la gran cantidad de prostaglandina E₂ liberada por las células inflamatorias. Ambos elementos son los responsables del dolor nociceptivo crónico y agudo que suele caracterizar a esta enfermedad.^{3,4}

La Sociedad Internacional de Patología Ginecológica clasifica la endometriosis cervical en superficial y profunda.^{5,6} Debido al desarrollo y expansión de las clínicas de colposcopia, la incidencia de endometriosis cervical superficial es de 0.1 a 2.4%.⁷ En México no existen repor-

tes de endometriosis cervical profunda, que es la materia prima de este artículo.

Se comunica un caso clínico de endometriosis y se insiste que sus manifestaciones clínico-patológicas y de imagenología plantearon un problema diagnóstico y hubo hallazgos muy diferentes a los descritos para endometriosis cervical superficial.

CASO CLÍNICO

Los datos relevantes de la historia clínica fueron: paciente femenina de 39 años de edad, con menstruaciones regulares hasta el inicio del padecimiento actual, con ciclos de 25 x 5-6. Se ha embarazado dos veces y dos veces ha parido (partos eutópicos); no desea volver a embarazarse. Refirió que recientemente le hicieron una citología cervicovaginal y los resultados fueron normales. Ha padecido dismenorrea secundaria progresiva, hasta tornarse incapacitante. En los últimos tres años ha padecido dispareunia, disquasia y dolor pélvico crónico. No tiene antecedentes hipertensivos, ni de vasculopatía. El padecimiento actual inició el día 21 del ciclo menstrual, con sangrado transvaginal espontáneo y abundante, por eso acudió a urgencias. Ahí llegó con una toalla y un pañal sanitario impregnados de sangre y coágulos de diversa magnitud. La pérdida sanguínea se estimó en 600 mL y refirió cambios de toallas en diversas ocasiones. En la exploración se apreció palidez de tegumentos. La tensión arterial fue de 100/60 mmHg y la frecuencia cardiaca de 92 latidos por minuto.

Mediante especuloscopia se observó que el cuello uterino correspondía al de una mujer multípara, con eversión glandular en ambos labios y sangrado activo procedente de una lesión solitaria, en sacabocado, en el labio posterior, de forma ovalada de 7 a 8 milímetros, con bordes bien definidos y sangrado procedente del interior. Esta lesión era independiente del orificio cervical externo y del canal endocervical. La paciente negó que se le hubieran realizado maniobras traumáticas en el aparato genital. Por esto, luego de los estudios preoperatorios y de autorizar el consentimiento informado se le efectuó, mediante anestesia general, una biopsia bifragmentaria de los bordes de la lesión y legrado de sus paredes, con cánula de Novak. El material que se obtuvo fue escaso. Se hizo hemostasia transitoria por transfixión profunda de los bordes de la lesión, lo que permitió terminar la

* Ginecoobstetra. Director Médico.

** Cirujano oncólogo.

*** Anatomopatólogo.

**** Radióloga con subespecialidad en Oncología.

¹ Anestesiólogo.

Clinica Maternidad Conchita, Delicias, Chih. México.

Correspondencia: Dr. Gustavo Olivas Mendoza:

olivasmg@prodigy.net.mx

Recibido: abril, 2009. Aceptado: mayo, 2009.

Este artículo debe citarse como: Olivas MG, Miranda CFJ, Hernández M Olivas MSC, Mata OVM. Endometriosis cervical profunda causante de sangrado transvaginal profuso. Presentación de un caso clínico y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2009;77(11):518-22.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.nietoeditores.com.mx

colposcopia cervical, que no mostró otras anomalías. Se tomó citología cervical.

En la exploración pélvica abdominal se estimó que el útero tenía una superficie regular de 7 x 6 x 5 centímetros, con anexos normales y el parametrio izquierdo con nódulo de dos centímetros, adyacente al útero. Debido a la escasa persistencia del sangrado, se dejó un taponamiento vaginal que se restituyó 24 horas después. Al ingreso al hospital la concentración de la hemoglobina fue de 9.4 g/dL y el hematocrito de 27.1%, y en el segundo día de observación hospitalaria de 8.5. Los tiempos de sangrado, protrombina y coagulación fueron normales. El ultrasonido pélvico transabdominal detectó una imagen hipoecoica en el labio posterior del cuello uterino, con bordes lisos y sin efecto acústico posterior. El resto del estudio no tuvo anomalías intrapélvicas (figura 1).



Figura 1. Ultrasonido pélvico, con transductor de 2.5 MHz, utilizando el programa TUI; imágenes en tres planos simultáneos de la lesión en el cuello uterino, hipoecoica con respecto a los tejidos blandos, bordes lisos, márgenes no circunscritos, ya que no se define interface, por tanto se encuentran oscurecidos y no tienen efecto acústico posterior.

El reporte histopatológico de la biopsia del cuello uterino fue normal, sin atipias celulares. En la citología cervical y el material del legrado de las paredes de la lesión se reportó abundante hemorragia y tejido endometrial sin atipias (figura 2).

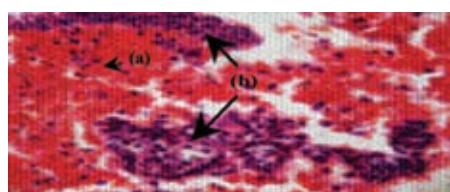


Figura 2. Los estudios citológico e histológico del legrado de la cavidad anormal mostraron: hemorragia activa (a) y células aisladas y fragmentos de epitelio de tipo endometrial dentro de los límites normales (b).

Debido a la persistencia del sangrado y los antecedentes clínico-patológicos referidos, se efectuó histerectomía total abdominal extrafascial. Hubo los siguientes hallazgos quirúrgicos: líquido en la cavidad pélvica de coloración amarilla. El anexo derecho estaba adherido a la cara anterior y lateral derecha del rectosigmoides (figura 3a). Por esto, antes de continuar el procedimiento, se le hizo lavado (figura 3b) peritoneal (figura 4a) de la cavidad pélvica y se tomaron especímenes para cultivo y patología, que fueron negativos para infección o atipias citológicas.



Figura 3a. Vista posterior del útero, cuyo cuerpo tiene forma y volumen dentro de los límites normales, anexo izquierdo de aspecto hemorrágico.

El reporte histopatológico del espécimen fue endometriosis cervical profunda, cuya lesión principal se acompañó de otros quistes menores de dimensiones variables, todos circunscritos al tejido fibromuscular del labio posterior.

En la siguiente imagen histológica quedó de manifiesto la triada morfológica de esta afección: epitelio glandular ectópico sin atipias, circunscrito por un huso estromal, provisto de una prominente red arteriolar y hemorragia significativa, así como numerosos sideroblastos y fibras musculares (figura 4b).



Figura 3b. Montaje del corte histológico del labio posterior, que muestra la gran cavidad (1), que se extiende desde la profundidad hasta la superficie, ocupada por hemorragia residual.

Otros diagnósticos del espécimen fueron: adenomiosis focal en cuerpo uterino y salpingitis hemorrágica.

DISCUSIÓN

La impresión diagnóstica de endometriosis cervical profunda se sospechó por los hallazgos clínicos referidos, que fueron similares a los recientemente publicados por Iwase y Yolota; este último investigador sólo encontró seis casos reportados en la bibliografía, con un perfil epidemiológico e histopatológico como los aquí descritos.^{8,9} Estas manifestaciones clínico-patológicas fueron totalmente diferentes de las reportadas en las publicaciones de endometriosis cervical superficial,^{6,7,10} que son lesiones o

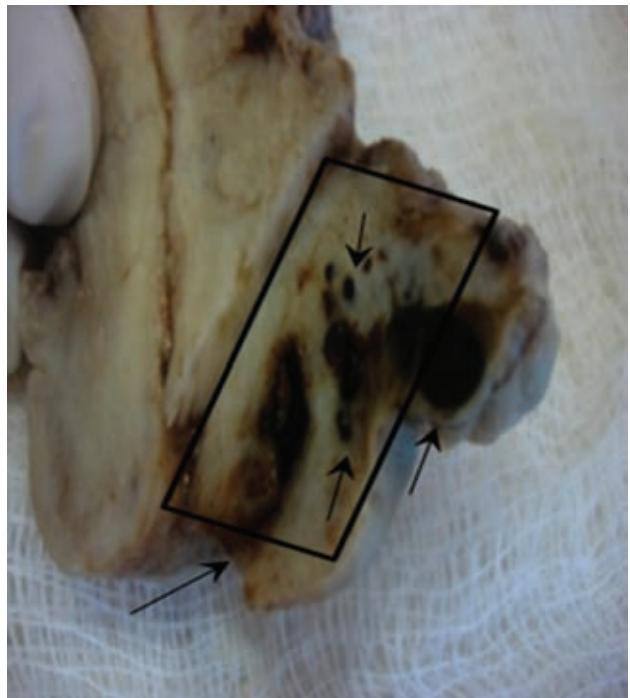


Figura 4a. Acercamiento cervical para estimar a mayor detalle las múltiples lesiones de la endometriosis cervical profunda, circunscritas al labio posterior.

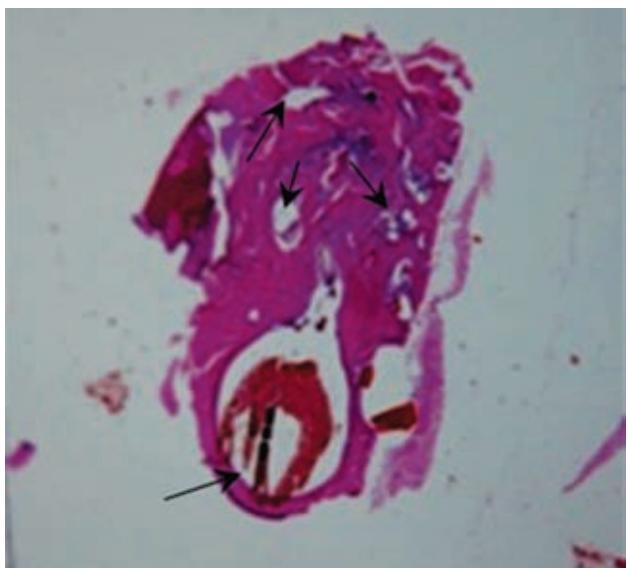


Figura 4b. Microfotografía de un corte histológico (H-E 400x) en la que se evidencian los tres elementos característicos de la endometriosis: epitelio endometrial en numerosos grupos y como revestimiento de cavidades (a), estroma característico (b) y extravasación sanguínea reciente y antigua en hemosiderófagos (c); también se observaron fibras musculares (d).

implantes mucosos inofensivos y generalmente asintomáticos, secundarios a traumatismo cervical: partos, biopsias o electro fulguraciones.¹⁰

Uno de los auxiliares del diagnóstico por imagen fue el ultrasonido, que localizó la lesión en estudio, pese a su drenaje previo y espontáneo hacia la vagina. En el caso que aquí se reporta, el taponamiento vaginal no favoreció que se utilizara esta vía de exploración, que es el abordaje de primera instancia y, de preferencia, con Doppler color para evaluar la circulación. Por lo que se refiere al diagnóstico diferencial por imagen, se estableció con el quiste de inclusión intraepitelial (Naboth), que es excepcionalmente único y no suele adquirir dimensiones de centímetros ni evolucionar en el tejido fibromuscular profundo. Lo habitual es que sean múltiples y se localicen, sobre todo, en la superficie de la zona de transformación, con dimensiones de milímetros. Son imágenes ovaladas, anecoicas, habitualmente uniloculares de bordes bien definidos y sin flujo con el Doppler color.¹¹ Otra modalidad de imagen utilizada en este padecimiento es la resonancia magnética pélvica, que tiene la capacidad de caracterizar las lesiones y de ubicar sus localizaciones extraperitoneales, sin ser de utilidad en lesiones focales superficiales.¹²

Respecto al tratamiento hemostático de la endometriosis cervical profunda, se describe la embolización de las arterias uterinas y, según las dimensiones de la lesión endometriótica y la paridad, se reseca la lesión, con el asa de diatermia, tal y como se refiere en dos de los siete casos reportados en la bibliografía.^{9,12} La extensión de la enfermedad y las manifestaciones clínicas no favorecieron el uso del asa de diatermia, que es un procedimiento práctico y barato y que, en otras condiciones clínico-patológicas puede ser el método terapéutico de primera elección. En la actualidad, la paciente cursa el cuarto mes de posoperatorio con mejor calidad de vida. Se redujeron las escalas numéricas de dolor pélvico y se incrementaron su productividad y convivencia familiar.

El tratamiento de respaldo posquirúrgico incluyó dos dosis de acetato de medroxiprogesterona.

CONCLUSIÓN

La endometriosis cervical profunda es un padecimiento extraordinariamente infrecuente, que se manifiesta con sangrado transvaginal profuso espontáneo, secundario a la rotura de un macroquiste, ubicado en el tejido fibromuscular del labio posterior del cuello uterino, que pone en riesgo la vida de la paciente y que requiere atención en un centro hospitalario.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Salvador Pizarro Chávez, por su asesoría en la redacción del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Benagiano G. History of adenomiosis. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2006;20(4):449-63.
2. Fritel X. Endometriosis anatomoclinical entities. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2007;36(2):113-8.
3. Bulun ES. Mechanisms of disease endometriosis. N England J Med 2009;360:268-70.
4. Wang G, Tokushige N, Markham R, Fraser IS. Rich innervations of deep infiltrating endometriosis. Hum Reprod 2009; Jan 16. (Epub ahead of print Advance Access Oxford Journals).
5. Ata B, Ates U, Taner U, Attar E. Cervical endometriosis, a case presenting with intractable spotting. Med Gen Med 2005;7(2):64.
6. Baker PM, Clement PB, Bell DA, et al. Superficial endometriosis of the uterine cervix: a report of 20 cases of a process that may be confused with endocervical glandular dysplasia or adenocarcinoma in situ. Int J Gynecol Pathol 1999;18:198-205.
7. Clement BP. The Pathology of endometriosis. A survey of the many faces of a common disease emphasizing diagnostic pitfalls and unusual and newly appreciated aspects. Adv Anat Pathol 2007;14:241-60.
8. Iwase A, Goto M, Kurotsuchi SH, Harata T. Successful management of massive hemorrhage due to rupture of cystic cervical endometriosis by a loop electrosurgical excision procedure. Fertil Steril 2008;89(4).
9. Yokota N, Yoshida H, Sakakibara H, Inayama Y, Hirahara F. A severe vaginal hemorrhage caused by cervical endometriosis. Am J Obstet Gynecol 2008.
10. Ismail SM. Cone biopsy causes cervical endometriosis and tuboendometrioid metaplasia. Histopathology 1991;18:107-14.
11. Asher MS. Nabothian cysts. In: Hricak H, editor. Diagnostic imaging: Gynecology. Secc. 3, p. 60.