

Tejido endometrial en vasos del miometrio. Comunicación de dos casos y revisión de la bibliografía

Alejandro Hernández Monge,* Rocío Estrada Hernández,** Isaías Estrada Moscoso,** Ruth Pacheco Pineda,*** Patricia Márquez Iribé,**** Oscar Díaz Flores¹

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

La existencia de tejido endometrial en los vasos del miometrio sin relación con la menstruación es un evento que pocas veces se reporta. Se desconoce si es parte de la historia natural de la localización ectópica del tejido endometrial o si tiene relación con el comportamiento más o menos agresivo de la endometriosis. Se comunican dos casos: el de una mujer de 35 años de edad y otra de 51. La primera inicialmente hizo pensar en un adenocarcinoma de células claras no diagnosticado preoperatoriamente, debido a que no había glándulas endometriales en los espacios intravasculares del miometrio, sino sólo nidos de células del estroma con atipias, que simulaban trombos de una neoplasia invasora. Puesto que el diagnóstico equivocado repercutió en el tratamiento integral de la paciente, siempre deberá establecerse el diagnóstico diferencial, para aumentar la certeza.

Palabras clave: tejido endometrial, vasos del miometrio, endometriosis, adenomiosis, menstruación.

ABSTRACT

Endometrial tissue in the myometrium vessels space, without relation to menstrual period, is a rarely reported event. It is unknown if it is part of the natural history of ectopic localization of endometrial tissue or it is related to more or less aggressive behavior of endometriosis. This paper reports two cases: a 35- and 51-year-old women. The first one made suspect a clear cells adenocarcinoma undiagnosed before hysterectomy, because there were no endometrial glands in the myometrium vessels space, but only nest of stromal cells isolated, simulating thrombus of an invasive neoplasm. Since a wrong diagnosis affects the integral treatment of patients, differential diagnosis must be established in order to increase certainty.

Key words: endometrial tissue, myometrial vessels, endometriosis, adenomyosis, menstruation.

RÉSUMÉ

L'existence de tissu endométrial dans les vaisseaux du myomètre sans relation avec la menstruation est un événement qui rarement se rapporte. On ne sait pas s'il fait partie de l'histoire naturelle de la localisation ectopique du tissu endométrial ou s'il a une relation avec le comportement plus ou moins agressif de l'endométrie. On rapporte deux cas : celui d'une femme de 35 ans et d'une autre de 51 ans. Au début, la première a fait penser à un adénocarcinome de cellules claires non diagnostiqué préopératoirement, parce qu'il n'y avait pas de glandes endométriales dans les espaces intravasculaires du myomètre, mais seulement des nids de cellules du stroma avec atypies, qui simulaient des thrombus d'une néoplasie invasive. Puisque le diagnostic erroné a des répercussions sur le traitement intégral de la patiente, il faudra toujours établir le diagnostic différentiel, afin d'augmenter la certitude.

Mots-clés : tissu endométrial, vaisseaux du myomètre, endométrie, adénomiose, menstruation.

RESUMO

A existência do tecido endometrial nos vasos do miométrio sem relação com a menstruação é um evento que poucas vezes é relatado. Não se conhece se é parte da história natural da localização ectópica do tecido endometrial ou se tem relação com o comportamento mais ou menos agressivo da endometriose. Relatam-se dois casos: O de uma mulher de 35 anos de idade e outra de 51. A primeira inicialmente fez pensar num adenocarcinoma de células claras não diagnosticado pré-operatoriamente, devido a que não tinha glândulas endometriais nos espaços intravasculares do miométrio, senão só ninhos de células do estroma com atipias, que semelhavam trombos de uma neoplasia invasora. Já que o diagnóstico errado repercute no tratamento integral da paciente, sempre deverá se estabelecer o diagnóstico diferencial, para acrescentar a certeza.

Palavras chave: tecido endometrial, vasos del miométrio, endometriose, adenomiose, menstruação.

La endometriosis es la existencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Los sitios más frecuentes donde se advierte son: hueco pélvico, cerca de los ligamentos útero sacros, ovarios, serosa de la vejiga, intestino delgado, colon sigmoideas, apéndice cecal, en ocasiones con afectación profunda de estos órganos.^{1,2} Otras veces su localización es extrapélvica, donde da lugar a las formas más raras de la enfermedad, como la endometriosis intestinal, pulmonar, pleuropulmonar, del sistema nervioso central, etcétera.^{1,3-7}

Cuando ese endometrio funcional afecta las trompas de Falopio se denomina salpingiosis y cuando es capaz de invadir el miometrio se le conoce como adenomiosis, forma especialmente interesante por la asociación demostrada por Sahin y colaboradores con el padecimiento hasta ahora sólo reportado por otros dos autores, además de nosotros.^{8,9}

La coexistencia de tejido endometrial en los vasos del miometrio durante la menstruación es un fenómeno que primero lo describió Sampson, en 1927. Él propuso que algunos fragmentos de endometrio podrían llegar a los espacios intravasculares, desde la superficie endometrial o a partir de focos de adenomiosis o de focos endometriósicos.^{2,5,8} En 1951 Javert confirmó los hallazgos de Sampson respecto de la diseminación del tejido endometrial, pero sólo en úteros con adenomiosis. Sin embargo, no reportó si las pacientes estaban menstruando al momento de la histerectomía; por tanto, queda la duda de si este fenómeno es meramente transitorio y sólo vinculado con el

despeñé catamenial, cuyo carácter de transitoriedad es evidente también, lo que hace pensar que la existencia de tejido endometrial intravascular, durante el episodio menstrual, pudiera no ser trascendental para las pacientes en relación con la endometriosis en todas sus formas de presentación.^{6,8}

En 1989 Sahin y sus colaboradores se percataron que en todo el mundo sólo había un reporte de tres casos con tejido endometrial intravascular en vasos del miometrio, pero sin relación con la menstruación. Para demostrar la prevalencia de este hallazgo estudiaron 277 piezas de histerectomía y la encontraron en 14 de 78 úteros con adenomiosis.

En una cantidad significativa de pacientes se encontró que el tejido endometrial intravascular sólo estaba constituido por células del estroma, sin glándulas endometriales. Esto se consideró un hallazgo notable, por ser una variedad más en la forma de presentación de la enfermedad.⁸

COMUNICACIÓN DE DOS CASOS

Caso 1

Paciente femenina de 35 años de edad que acudió a la consulta externa del Hospital General Dr. Manuel Gea González debido a mastodinia premenstrual e incontinencia urinaria de esfuerzo en forma ocasional y leve, con síntomas sugerentes de síndrome uretral. Luego de los estudios correspondientes se le diagnosticó mastopatía fibroquística, con ectasia ductal retroareolar y síndrome uretral. Se trató con dilataciones uretrales y el cuadro clínico inicial remitió satisfactoriamente. Al cabo de cinco meses tuvo hiperpolimenorrea, con incremento de 40% del sangrado menstrual. Se le hicieron estudios para encontrar la causa de la hemorragia uterina anormal, que concluyeron se debía a miomatosis uterina de pequeños elementos y probable adenomiosis. En la histeroscopia efectuada seis meses después no se reportó patología neoplásica en la cavidad uterina ni en el canal endocervical. El informe de la biopsia de endometrio señaló que se trataba de un caso de endometrio secretor temprano, sin atipias.

Se le realizó histerectomía total laparoscópica tipo III, sin complicaciones y evolución posoperatoria satisfactoria.

Al principio no se tuvo la certeza de que se tratara de un adenocarcinoma de células claras, porque no se observó el componente glandular intravascular, sólo las células del

* Adscrito a la Subdirección de Ginecología y Obstetricia.

** Adscrito a la Subdirección de Patología.

**** Especialista en ginecología y obstetricia.

***** Médica residente del cuarto año de la especialidad de ginecología y obstetricia.

¹ Médico residente del tercer año de la especialidad en patología.

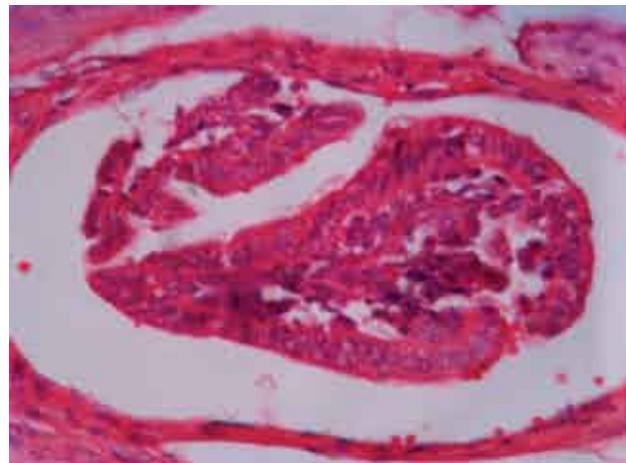
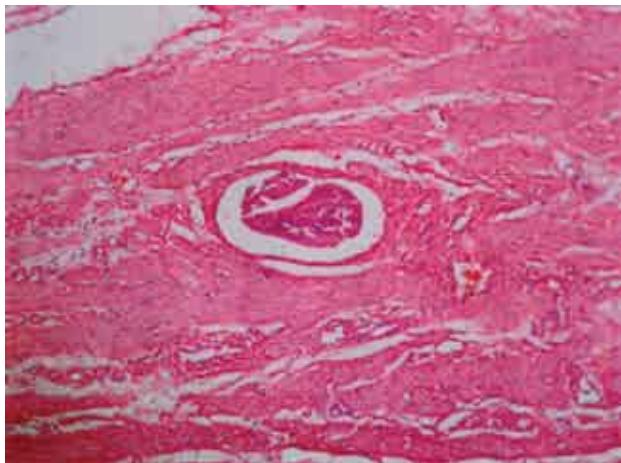
Hospital General Dr. Manuel Gea González, SSA, México, DF.

Correspondencia: Dr. Alejandro Hernández Monge. Clavelinas 217-202, colonia Nueva Santa María, 02800, México, DF. E-mail: alejandrohernandezmonge@yahoo.com.mx

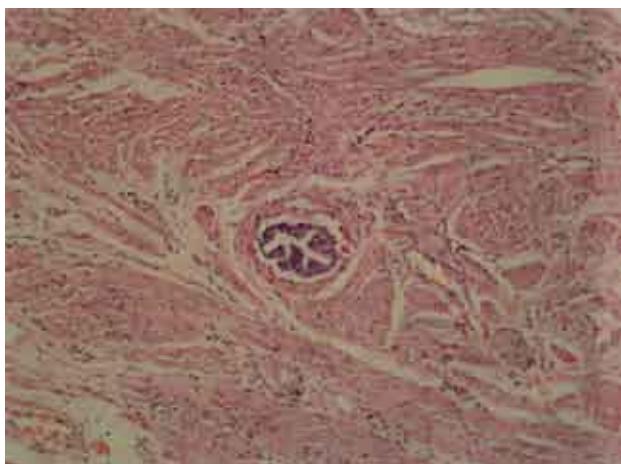
Recibido: julio, 2007. Aceptado: marzo, 2008.

Este artículo debe citarse como: Hernández MA, Estrada HR, Estrada MI, Pacheco PR y col. Tejido endometrial en vasos del miometrio. Comunicación de dos casos y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2008;76(4):228-32.

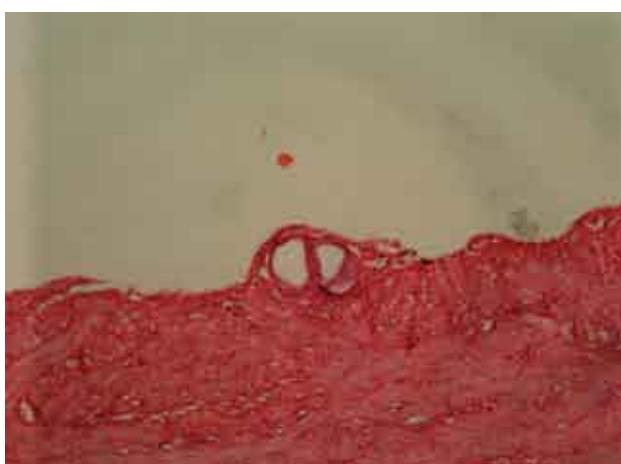
La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx



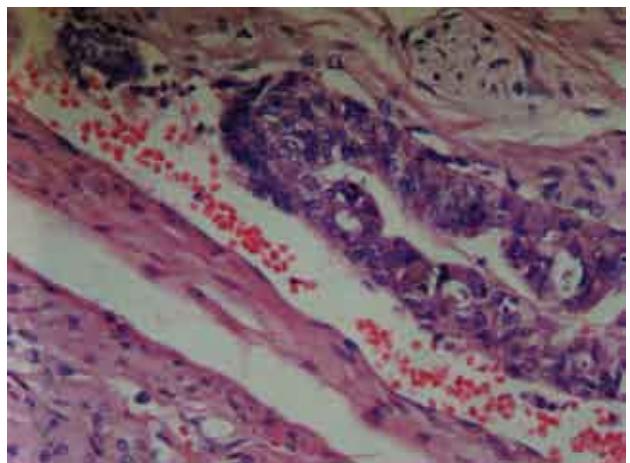
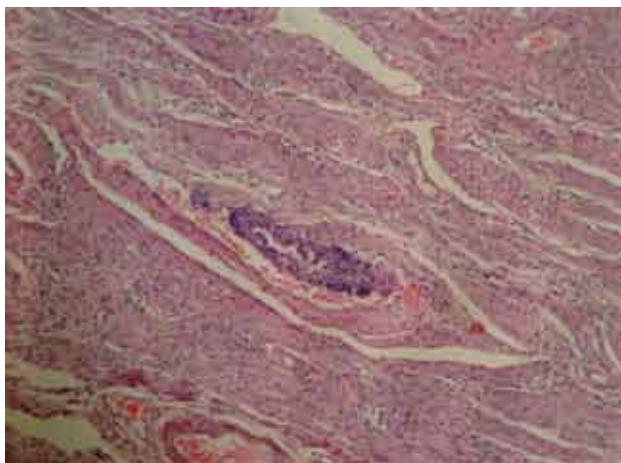
Figuras 1 y 2. Caso 1. En el acercamiento sobresale una estructura glandular desprovista de estroma en la luz de un vaso del miometrio.



Figuras 3 y 4. Caso 1. La glándula ocupa la totalidad de la luz del vaso miometrial, a bajo poder, y las células de revestimiento epitelial muestran discreta nucleomegalia y nucléolos prominentes (esto apoya la confusión con un probable proceso neoplásico).



Figuras 5 y 6. Caso 1. En la pared perimetral se identifican dos luces glandulares que corroboran la coexistencia de endometriosis con adenomiosis intravascular.



Figuras 7 y 8. Caso 1. Se aprecia un vaso de mayor calibre, con una glándula compleja que muestra células de diversos tamaños y contorno nuclear irregular, hipercromasia y nucléolos evidentes.

estroma endometrial, con atipias, que formaban nidos. Esto llamó la atención de los patólogos pero no pudo concluirse que se tratara de una neoplasia. Cuando la paciente acudió por primera vez a consulta sus condiciones físicas eran excelentes, incompatibles con la coexistencia de una neoplasia invasora de esta naturaleza; sin embargo, se le siguió observando y estudiando hasta que se llegó al diagnóstico definitivo.

El reporte de patología fue de cervicitis crónica, con quistes de Naboth, adenomiosis, endometriosis y nidos de células del estroma endometrial en vasos del miometrio.

Caso 2

Paciente de 51 años de edad, que acudió a consulta debido a dolor en la parte baja del abdomen, con sensación de opresión durante los períodos menstruales, acompañados de cefaleas y coágulos, posteriormente de hipertensión arterial. El diagnóstico clínico e imagenológico fue de hemorragia uterina anormal debida a miomatosis uterina. En la histeroscopia se identificaron pólipos endometriales y miomas submucosos. Los primeros se resecaron con tijera y se enviaron para su estudio histopatológico, que reportó benignidad. Los miomas se evaporaron en múltiples sesiones con versapoint bipolar. Ante la persistencia de los síntomas, la paciente solicitó un tratamiento definitivo; es decir, hysterectomía total laparoscópica tipo III, con buena evolución posoperatoria.

En esta paciente el diagnóstico fue más sencillo. Primero por la experiencia del caso anterior y, luego, porque las

imágenes microscópicas fueron más elocuentes; además de los nidos de células del estroma endometrial, en los espacios intravasculares de los vasos del miometrio había abundante cantidad de glándulas.

Hallazgos histopatológicos de ambos casos

En la paciente del primer caso se encontraron múltiples focos de adenomiosis, con un foco de endometriosis en la pared perimetral. Llamó la atención que en los vasos del miometrio había estructuras glandulares que exhibían cambios celulares anormales, como: nucleomegalia, contorno nuclear irregular, hiperchromia nuclear y nucléolos

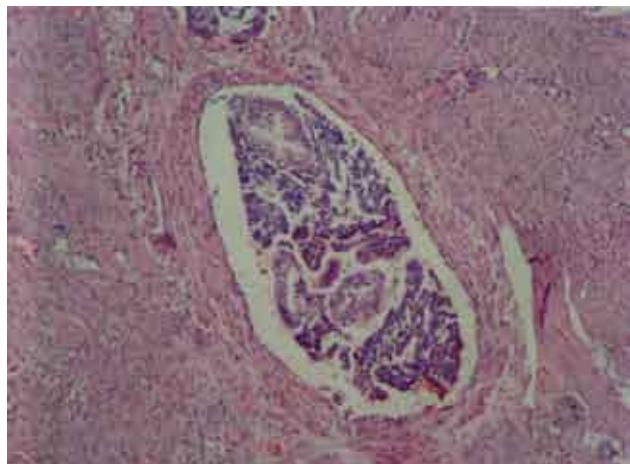


Figura 9. Caso 2. Vaso del miometrio de mayor calibre, con múltiples luces glandulares inmersas en el estroma endometrial, que facilita el diagnóstico de adenomiosis intravascular.

evidentes. Sin embargo, las características de la cromatina no fueron relevantes y no se identificaron mitosis atípicas. Estos hallazgos fueron constantes en todo el material, que fue minuciosamente muestreado. Puesto que los cambios descritos no son frecuentes en los productos de histerectomía (quirúrgico y de autopsia), al inicio se pensó que podría tratarse de una diseminación neoplásica, con un tumor primario desconocido.

En la frecuencia de neoplasias, la de endometrio ocupa el primer lugar, seguido de las endocervicales y, como en este caso, el tejido endometrial mostraba cambios acentuados por autolisis, en tanto que el canal endocervical sólo evidenció cervicitis crónica y quistes de Naboth, por ello se pensó que el primario podría ser de endometrio.

El segundo caso llegó al servicio de patología poco tiempo después del primero y se trató de un producto de histerectomía con adenomiosis extensa que evidenciaba los mismos cambios; sin embargo, a diferencia del primero, en éste el estroma endometrial facilitó el diagnóstico de adenomiosis intravascular no asociada con la menstruación.

COMENTARIO

En los dos casos de células del estroma endometrial en los vasos del miometrio no asociado a la menstruación aquí reportados, la coexistencia con adenomiosis se dio tal y como la publicó Sahin;⁵ por tanto, éste es el tercer reporte en la literatura mundial y el primero en México de este padecimiento.

Se desconoce si la existencia de tejido endometrial intravascular en los vasos del miometrio, sin asociación con la menstruación, puede ser una manifestación incipiente de lo que ocurre en la historia natural de la adenomiosis. Tampoco se sabe si ocurre en las fases iniciales de la endometriosis, sobre todo en sus localizaciones extrapélvicas. Otra posibilidad es que estos casos correspondan a un grupo de pacientes en quienes la evolución de la enfermedad es más agresiva de lo habitual, por esa supuesta tendencia

a la invasión de tejidos o de metástasis a distancia, como ocurre en el cáncer. Y, por qué no, podría tener relación con el estado inmunológico o nutricional de las pacientes.

Si bien aún existen muchas interrogantes sin respuesta, para despejarlas hace falta comenzar por conocer la prevalencia de esta enfermedad en nuestro hospital, mediante un estudio retrospectivo y otro prospectivo, porque todo hace pensar que se trata de una situación que ha pasado inadvertida.

Cuando sólo se encuentran células del estroma con atipias, sin glándulas endometriales, ello puede inducir a equivocaciones en el reporte histopatológico porque pueden confundirse con trombos tumorales y orillar al patólogo a reportarlo como adenocarcinoma de células claras, como sucedió en el primer caso presentado. En cambio, cuando existe el componente glandular, como en el segundo caso, el diagnóstico resulta más sencillo.

REFERENCIAS

1. Gazvani R, Templeton A. New considerations for the pathogenesis of endometriosis. *Int J Gyn Obstet* 2002;76:117-26.
2. Phillip BC. History of gynecological pathology. *Int J Gynecol Pathology* 2001;20:86-101.
3. Devue K, Coenye K, Verhaeghe W. A case of catamenial pneumothorax caused by thoracic endometriosis. *Eur J Emerg Med* 2005;12:92-94.
4. Ichida M, Gomi A, et al. A case of cerebral endometriosis causing catamenial epilepsy. *Neurology* 1993;43:2708-9.
5. Sampson JA. Metastatic or embolic endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the venous circulation. *Am J Pathol* 1927;3:93-109.
6. Javert CT. Observations on the pathology and spread of endometriosis based on the theory of benign metastasis. *Am J Obstet Gynecol* 1951;62:477-87.
7. Jubanyik KJ, Comte F. Extrapelvic endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997;24:411-40.
8. Aysegul AS, Silva EG, Landon G, Ordóñez NG, Gershenson DM. Endometrial tissue in myometrial vessels not associated with menstruation. *Int J Gynecol Pathol* 1989;8(2):139-46.
9. Dougherty CM, Anderssen MR. Endometriosis and adenomiosis. *Am J Obstet Gynecol* 1964;89:23-40.