



Caso Clínico

ENDOMETRIOSIS VULVAR
PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Carlos Comerio *, Cecilia Sánchez **, Viviana Parra *, Carolina Innocenti ******

- * Concurrente del Servicio de Dermatología. Hospital Luis Lagomaggiore.
- ** Médica de Planta del Servicio de Ginecología. Hospital Luis Lagomaggiore
- *** Jefa del Servicio de Dermatología. Hospital Luis Lagomaggiore
- **** Médica de Planta del Servicio de Dermatología. Hospital Luis Lagomaggiore

Correo electrónico de contacto: vivianaparra@arnet.com.ar

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 21 años de edad, que consultó por presentar desde hacía dos meses, un nódulo eritemato-violáceo, de 3 por 2 cm de diámetro, de consistencia duro-elástica y doloroso a la palpación. El mismo se localizó en cara externa de labio mayor derecho sobre cicatriz de episiotomía (Foto N° 1-2).

Entre sus antecedentes relevantes se destacó episiotomía realizada en el último parto, hace tres años. La paciente refirió aumento de tamaño de la lesión en forma cíclica sin sangrado.



Foto N° 1: Nódulo eritemato-violáceo



Foto N° 2: superficie abollonada

Se realizó estudio histopatológico de la lesión, observándose glándulas con epitelio endometrial, cilíndrico con presencia de cilias, rodeadas de estroma rico en células con glóbulos rojos extravasados y hemosiderina. El componente glandular puede estar alterado por cambios hormonales o metaplásicos. Cuando esto sucede se lo denomina endometriosis atípica. En algunos casos las glándulas endometriales son escasas o están ausentes (endometriosis estromal). El componente estromal puede estar

oscurecido por infiltrado de histiocitos espumosos o pigmentados, fibrosis, elastosis, metaplasia de músculo liso, cambios mixoides y cambios deciduales.

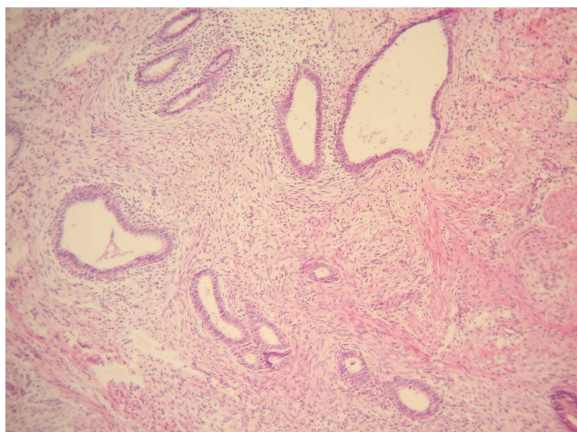


Foto N° 3: glándulas con epitelio endometrial

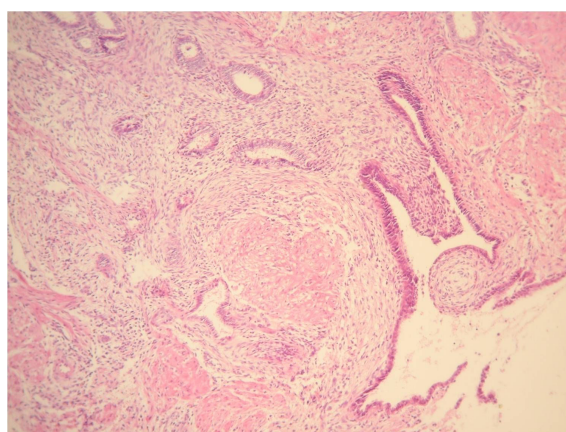


Foto N° 4: lucas glandulares

Basados en la clínica, los antecedentes personales y los hallazgos histopatológicos se realizó el diagnóstico de endometriosis vulvar iatrogénica.

DISCUSIÓN

La endometriosis es una patología ginecológica común caracterizada por el crecimiento y desarrollo anormal de estroma y glándulas endometriales, fuera de la cavidad uterina. Es una de las causas benignas más frecuentes de dolor abdominal crónico e infertilidad.

La pelvis es el sitio más común de esta afección, siendo los síntomas de presentación característicos dolor pélvico asociado a los ciclos menstruales, dismenorrea, dispareunia, alteraciones del ciclo e infertilidad. Estos síntomas característicos no siempre están presentes, lo cual dificulta o retrasa el diagnóstico clínico.

Fisiopatológicamente se produciría reflujo menstrual retrógrado a través de las trompas de Falopio, que dejaría implantes en la superficie peritoneal. Otras teorías incluyen la metaplasia celómica y linfática, y la diseminación hemática.

La endometriosis extrapélvica puede ocurrir en aproximadamente el 12% de las mujeres que cursan con esta patología. En el sexo masculino la localización más frecuente es la próstata.

El primer caso de endometriosis cutánea fue comunicado en 1885, siendo aún infrecuente en la literatura. La forma umbilical es rara, con una incidencia del 0,5 a 1% y también puede observarse en cicatrices de cirugía producidas por procedimientos abdominales como histerectomía, cesárea, episiotomía y laparoscopia.

Las teorías acerca del desarrollo de la endometriosis en cicatrices incluyen el transporte iatrogénico de tejido endometrial durante la cirugía ginecológica y la metaplasia celómica local.

La endometriosis vulvar sería el resultado de la implantación de tejido endometrial durante el traumatismo ocasionado por la episiotomía en el momento del parto. Los hallazgos clínicos consisten en un nódulo o tumor de crecimiento lento, el cual es más doloroso durante la menstruación, y eventualmente sangrante. Los síntomas pueden aparecer desde 4 a 8 años después de la cirugía (1 a 20 años)

Los diagnósticos diferenciales más comunes incluyen: granulomas, hernias y celulitis. Particularmente la endometriosis umbilical puede simular un melanoma maligno o el "nódulo de la hermana María José". Algunos reportes recientes han demostrado que la RMN o la microscopia de epiluminiscencia pueden usarse eficazmente para diferenciar la endometriosis umbilical de otras lesiones pigmentadas. La aspiración con aguja fina puede utilizarse para resolver el dilema diagnóstico.

La mayoría de los casos son diagnosticados en base a los hallazgos clínicos, siendo el estudio histológico necesario para confirmar dicho diagnóstico.

En el caso de la endometriosis vulvar, Dougherty y Hull describen 3 hallazgos característicos:

- 1- Síntomas relacionados con la menstruación: dolor perineal y prurito, incluso sangrado
- 2- Pacientes jóvenes
- 3- Cirugía ginecológica reciente, que justifique la implantación de células endometriales.

La escisión local amplia es el tratamiento de elección de esta condición, para asegurar la extirpación completa curativa.

Hay casos reportados en la literatura de transformación maligna, y aunque la misma es muy poco frecuente (0,3 a 1% de las endometriosis de cicatrices quirúrgicas), el diagnóstico y conducta necesitan ser definidos. Todos los casos requieren seguimiento clínico a largo plazo, el tiempo transcurrido entre la endometriosis benigna y la degeneración puede variar desde meses hasta 40 años.

Los signos sospechosos de neoplasia son, historia significativa de endometriosis con frecuentes recurrencias, poca respuesta al tratamiento médico y crecimiento rápido de la masa tumoral. Sin embargo siempre es necesario confirmar el diagnóstico histológico. El marcador tumoral CA125 es inespecífico, pero valores por encima de 1000 U/ml en asociación con endometrioma ovárico son altamente predictivos de malignidad (89% de los casos). CD10 es un marcador del estroma endometrial y puede ser usado para confirmar el diagnóstico con una sensibilidad estimada del 88%.

La monoterapia con estrógenos en pacientes obesos incrementa el riesgo de malignidad. El tratamiento es la resección quirúrgica, con 5 mm de margen libre, con escisión completa y amplia de la masa tumoral para prevenir la recurrencia a través del tejido

residual las cuales ocurren en el primer año (0-15%). Este tratamiento se complementa con radioterapia y terapia con progesterona con una supervivencia a 5 años de 77% aproximadamente. La quimioterapia se indica en caso de metástasis.

Factores de buen pronóstico son, edad menor de 60 años, tumor bien diferenciado y no metastásico, tumor pequeño, resección temprana de cada lesiones de endometriosis, y carcinoma endometrial. Se ha mencionado el tratamiento preoperativo con agonistas de la GnRH

CONCLUSION

En toda lesión cicatrizal que evolucione o se desarrolle concomitante con el ciclo menstrual debe ser considerado el diagnóstico de endometriosis, requiriéndose estudio histopatológico y resección quirúrgica con márgenes amplios y completos.

La degeneración maligna es un evento particularmente excepcional pudiendo aparecer después de años de endometriosis clínicamente benigna.

Referencias bibliográficas

- 1- Taff L., Jones S. Cesarean scar endometriosis - A report of two cases. *J Reprod Med* 2002;47:50-52.
- 2- Sizer AR, Bhal PS, Ladipo OA, Shaw RW. Laparoscopic port scar endometriosis: an unusual complication. *Gynaecological Endoscopy* 2002;11:53-54.
- 3- De Giorgi V, Massi D, Mannone F, Stante M, et al. Cutaneous endometriosis: non-invasive analysis by epiluminescence microscopy. *Clin Experiment Dermatol* 2003;28:315-317.
- 4- Agarwal A, Fong Y F. Cutaneous endometriosis. *Singapore Med J* 2008;49:704.
- 5- Esteve E, Maitre F. Endométriose cutanée. *Ann Dermatol Venereol* 1999;126:373.
- 6- Neri I, Tabanelli M, Dika E, et al. Diagnosis and Treatment of Post-caesarean Scar Endometriosis. *Acta Derm Venereol* 2007;87:428-429.
- 7- Chene G, Darcha C, Dechelotte P, et al. Malignant degeneration of perineal endometriosis in episiotomy scar, case report and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer* 2007;17:705-734.
- 8- Buda A, Ferrari L, Marra C, et al. Vulvar endometriosis in surgical scar after excision of the Bartholin gland: report of a case. *Arch Gynecol Obstet* 2008;277:255-256.
- 9- Friedman PM, Rico MJ. Cutaneous endometriosis. *Dermatol Online J* 2000;6:8.
- 10-Clement PB. 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;14:241-260.