

ASCITIS SECUNDARIA A ENDOMETRIOSIS PERITONEAL MASIVA: UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE PARA EL GASTROENTERÓLOGO.

J. Romero-Vázquez¹, S. Jiménez-Contreras¹, P. Gallinato-Pérez², A. Caunedo-Álvarez¹, J.M. Herrerías-Gutiérrez¹

¹Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen

La ascitis, como único signo clínico, puede simular una neoplasia, más aún si acompaña de alteraciones analíticas como la elevación de marcadores tumorales.

Presentamos el caso de una mujer joven con ascitis como único síntoma, sin hallazgos patológicos en las distintas pruebas efectuadas y con diagnóstico llamativo tras laparotomía.

La endometriosis es una entidad frecuente en la mujer pero es infrecuente su presentación en forma de ascitis y más aún que dicho diagnóstico lo realice el gastroenterólogo, tras valoración previa por Ginecología, por lo que el presente caso podría hacernos pensar en dicha posibilidad diagnóstica ante toda paciente en edad fértil que debute con ascitis, incluso con pruebas complementarias normales.

Palabras clave: Ascitis, Endometriosis, Exudado.

Abstract

Ascites, as the only clinical sign, can mimic a neoplasm, especially if it is accompanied by laboratory test abnormalities such as elevated tumor markers.

We report the case of a young woman with ascites as the only symptom, with no pathological findings in the various diagnostic tests performed and with an striking diagnosis after laparotomy.

Endometriosis is a common entity in women but its presentation as ascites is uncommon, and it is even more uncommon that such a diagnostic work is performed by a gastroenterologist after the patient has undergone an examination at the Gynecology Service. This case could suggest that diagnostic possibility in women patients of childbearing age who present with ascites, even with normal complementary tests.

Key words: Ascites, Endometriosis, Exudated.

CORRESPONDENCIA

Javier Romero-Vázquez
Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Virgen Macarena
Avenida Dr. Fedriani s/n. Sevilla.

jromerovazquez@sapd.es

Caso Clínico

Mujer de 29 años, nulípara y de raza blanca, asintomática, remitida desde Ginecología por ascitis progresiva de 8 meses de evolución, con estudios negativos (Ecografía, TC, RNM y marcadores tumorales). En los análisis de sangre presentaba ligera anemia

ferropénica, siendo el resto de los parámetros y marcadores (CA 125, CA 19.9, Alfa fetoproteína) normales.

El líquido ascítico era un exudado de aspecto serohemático, sin células neoplásicas. Las pruebas de imagen mostraban ascitis en todos los compartimentos, sin masas ginecológicas, adenopatías ni derrame pleural (Figuras 1, 2). Se realizó gastroscopia, colonoscopia y una capsuloendoscopia sin alteraciones patológicas significativas.

Se procedió a laparoscopia exploradora, evacuándose 4 litros de líquido serohemorrágico y visualizándose adherencias en plica vesicouterina y de ambos ovarios a cara posterior del ligamento ancho, además de numerosos implantes peritoneales, incluida la cúpula diafragmática. El análisis anatomopatológico de las biopsias de ovario y peritoneo mostraron focos de endometriosis, tejido fibroso con macrófagos hemosiderínicos y hemorragia superficial (Figuras 3, 4). Tras la misma comenzó tratamiento con Danazol

200 mg cada 8 horas durante 6 meses, encontrándose 2 años después asintomática.

Discusión

La endometriosis extrapélvica es una entidad poco frecuente¹. Afecta predominantemente a mujeres nulíparas, en edad fértil y de raza afroamericana.

La asociación ascitis-endometriosis es muy rara. Desde su primera descripción en 1954, se han publicado menos de 65 casos según una reciente revisión². La ascitis, normalmente voluminosa,

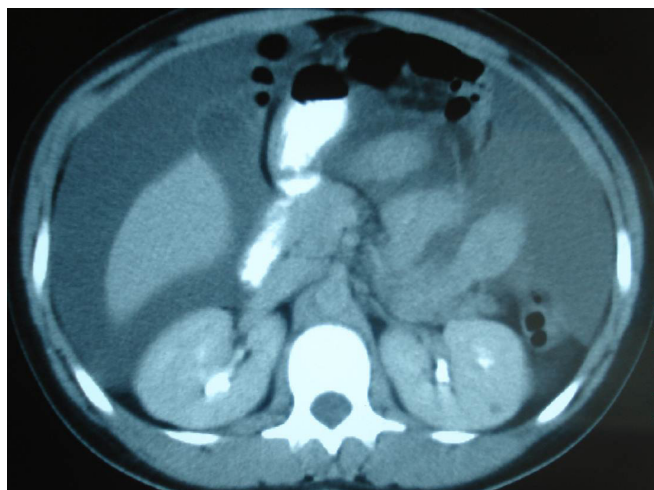


Figura 1 Ascitis masiva ocupando todos los compartimentos peritoneales.

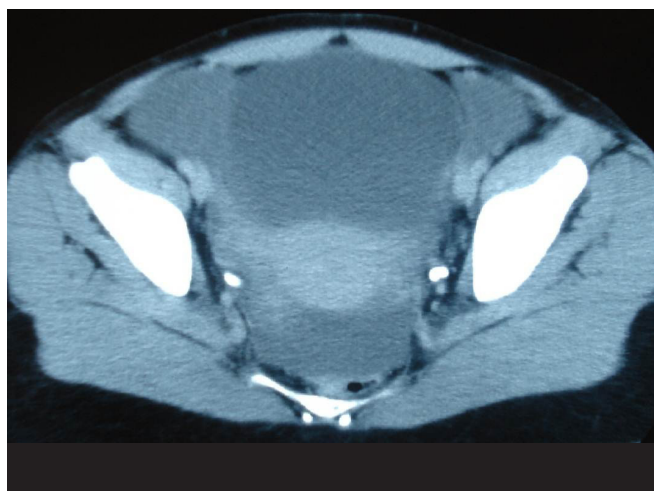


Figura 2 Ascitis masiva sin visualizarse nódulos o masas patológicas.

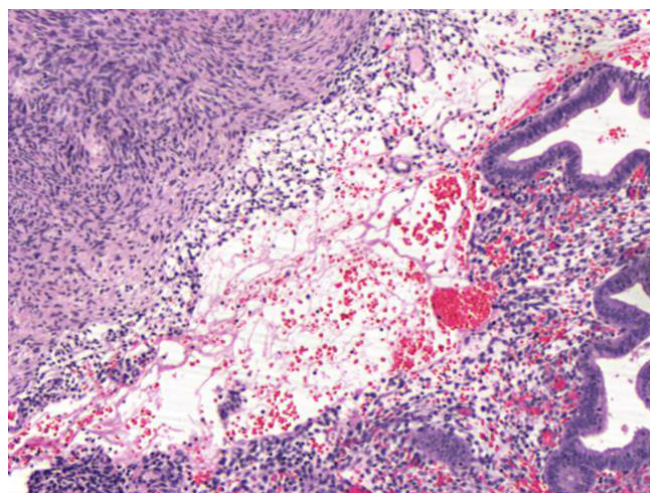


Figura 3 Ovario: Glándulas y estroma endometrial con macrófagos hemosiderínicos.

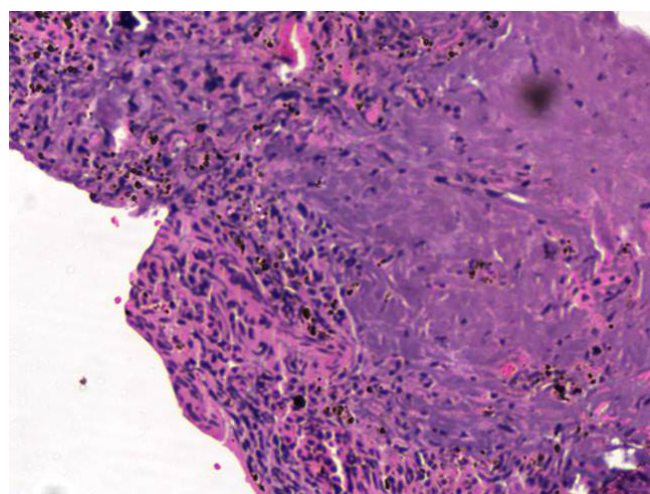


Figura 4 Peritoneo: Fibrosis, estroma endometrial y macrófagos hemosiderínicos.

200 mg cada 8 horas durante 6 meses, encontrándose 2 años después asintomática.

Discusión

La endometriosis extrapélvica es una entidad poco frecuente¹. Afecta predominante a mujeres nulíparas, en edad fértil y de raza afroamericana.

La asociación ascitis-endometriosis es muy rara. Desde su primera descripción en 1954, se han publicado menos de 65 casos según una reciente revisión². La ascitis, normalmente voluminosa, se produciría por la irritación peritoneal (exudado) secundaria a la presencia de sangre por la ruptura de quistes endometriales³⁻⁵.

Los síntomas y signos más frecuentemente asociados son dolor abdominal, astenia, anorexia, pérdida ponderal y masa abdominal, acompañándose de derrame pleural, nódulos o masas ginecológicas en las pruebas de imagen y elevación de marcadores tumorales (CA 125). Debido a su escasa frecuencia y a la falta de signos y síntomas específicos, puede dar lugar a errores diagnósticos al simular otras patologías más comunes como las neoplasias ováricas^{4,5}.

El diagnóstico de certeza debe hacerse con el análisis histopatológico del tejido obtenido mediante laparoscopia o laparotomía, que son las pruebas gold standard, ya que la apariencia macroscópica de los implantes de endometriosis puede ser muy variada.

Debido a que la mayoría de las pacientes con endometriosis son mujeres jóvenes en edad fértil, debe establecerse un tratamiento que preserve la fertilidad. El tratamiento médico con anovulatorios, estrógenos o agonistas de hormonas liberadoras de gonadotropinas se considera de primera elección, si bien su recurrencia es alta. Cuando el mantenimiento de la fertilidad no es relevante o la ascitis recurre, la ooforectomía con o sin histerectomía se considera el tratamiento definitivo.

Al tratarse de una patología muy infrecuente y de diagnóstico normalmente ginecológico, su descripción en revistas de gastroenterología es inexistente. Por ello, creemos que este caso, tal y como se desarrolló, supone un reto diagnóstico y la necesidad de incorporar a la endometriosis en el diagnóstico diferencial de la ascitis.

4. Ignacio MM, Joseph N, Hélder F, Mamourou K, Arnaud W. Massive ascites, pleural effusion, and diaphragmatic implants in a patient with endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010 Mar;149(1):117-8. Epub 2009 Nov 18.

5. Ación P, Abad M, Mayol MJ, García S, Garde J. Primary squamous cell carcinoma of the ovary associated with endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010 Jan;108(1):16-20.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N Engl J Med* 1993; 328: 1759.
2. Gungor T, Kanat-Pektas M, Ozat M, Zayifoglu Karaca M. A systematic review: endometriosis presenting with ascites. *Arch Gynecol Obstet.* 2011 Mar;283(3):513-8. Epub 2010 Sep 7.
3. Suchetha S, Rema P, Mathew AP, Sebastian P. Endometriosis with massive hemorrhagic ascites. *Indian J Cancer.* 2010 Apr-Jun;47(2):224-5.