



Primer Congreso Virtual de Ciencias Morfológicas.
Primera Jornada Científica de la Cátedra Santiago Ramón y Cajal.

Implantación ectópica de tejido endometrial normal.

Autores:

Perelmuter, R; De Marco, L.

Facultad de Medicina – Universidad Nacional de Tucumán – Tucumán - Argentina

Laboratorio de Patología, San Miguel de Tucumán – Tucumán – Argentina.

RESUMEN

La endometriosis es la presencia de tejido endometrial de características normales tanto glandulares como estromales fuera de la cavidad uterina. Su localización en de pared abdominal es una entidad originada, en la mayoría de los casos, por el arrastre mecánico de tejido endometrial hacia la pared abdominal en pacientes con antecedentes de intervenciones ginecológicas. La incidencia informada en la literatura va de 0,03 a 0,4%. **Objetivo:** Presentar un caso en el que la ubicación ectópica de tejido endometrial normal representa un reto diagnóstico **Material y Método:** Paciente del sexo femenino de 24 años de edad que consulta por una tumoración dolorosa en uno de los extremos de la cicatriz de cesaria. Se decide la extirpación de la misma con un diagnóstico presuntivo de granuloma de pared abdominal. **Resultado:** Se recibe un fragmento de 6 x 6 cm. Al microscopio los cortes muestran proliferación de estructuras glandulares, alguna de ellas dilatadas con material amorfo, leucocitos mono y polimorfonucleares en sus luces. Se identifican vasos sanguíneos congestivos, focos de infiltrado de leucocitos polimorfonucleares y presencia de células con pigmento. **Conclusiones:** El tejido endometrial no presenta alteraciones estructurales y responde a la influencia hormonal pero su ubicación ectópica lo convierte en una entidad benigna difícil de diagnosticar por su baja frecuencia de presentación y la gran variedad de diagnósticos diferenciales con los que puede confundirse.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una de las enfermedades más benignas que afecta a las mujeres en edad reproductiva. Puede definirse como la presencia de tejido endometrial de características normales tanto glandulares como estromales fuera de la cavidad uterina. Es comúnmente difusa pero puede presentarse de manera focal, como masa, llamada adenomioma. La prevalencia como hallazgo anatomopatológico es muy variable. Las posibles localizaciones son: superficie peritoneal, ovario, sistema

gastrointestinal, pulmón, sistema genitourinario y pared abdominal. La incidencia informada de esta última localización en la literatura va de 0,03 a 0,4%. El conocimiento de la epidemiología de la endometriosis está limitado por la imposibilidad de diagnosticarla en la población en general sin un método invasivo. En la actualidad existen cuatro teorías para explicar la patogénesis de la endometriosis:

- Metaplasia celómica: se sugirió que la endometriosis se originaba en la membrana celómica a través de un proceso de metaplasia seguido de una inducción metaplásica. El epitelio celómico que surge de una capa de células epiteliales del conducto mülleriano, también se diferencia en epitelio pleural y peritoneal y en células de la superficie de los ovarios. Este hecho puede explicar las localizaciones inusuales de la endometriosis.
- Restos de células embrionarias: se basa en la identificación de restos del conducto Wolfiano en el ligamento ancho y porciones antero-laterales de la vagina y el cérvix, que podría dar lugar a la endometriosis. La presencia de estos restos embrionarios pueden explicar la existencia de endometrio ectópico. Áreas adyacentes a los conductos müllerianos y duplicaciones del sistema mülleriano, permitirían que células de origen mülleriano se conviertan en endometrio funcional.
- Diseminación linfática y vascular: se origina en el hecho de encontrarse tejido endometrial en venas de pacientes con adenomiosis. Se demostró la viabilidad de las células endometriales que entran a través de la membrana basal de los vasos sanguíneos y linfáticos. Estas células endometriales mediante la formación de microémbolos provocarían el desarrollo de la enfermedad a distancia.
- Trasplante de tejido endometrial: esta teoría se basa en tres suposiciones. La primera que existe menstruación retrógrada a través de las trompas, la segunda que las células endometriales contenidas en el material de reflujo son viables en la cavidad uterina y tercera que dichas células pueden adherirse al peritoneo y favorecer los procesos de invasión, implantación y proliferación subsiguientes.

Su localización en de pared abdominal es una entidad originada, en la mayoría de los casos, por el arrastre mecánico de tejido endometrial hacia la pared abdominal en pacientes con antecedentes de intervenciones ginecológicas. Sin embargo debe

considerarse la existencia de una predisposición hereditaria y de características biológica en el endometrio de las pacientes que faciliten el desarrollo de esta patología.

OBJETIVO

Presentar un caso en el que la ubicación ectópica de tejido endometrial normal representa un reto diagnóstico

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente del sexo femenino de 24 años de edad que consulta por una tumoración dolorosa en uno de los extremos de la cicatriz de cesaria. Se decide la extirpación de la misma con un diagnóstico presuntivo de granuloma de pared abdominal.

RESULTADOS

Se recibe un fragmento de 6 x 6 cm. Al microscopio los cortes muestran proliferación de estructuras glandulares, alguna de ellas dilatadas con material amorfo, leucocitos mono y polimorfonucleares en sus luces. Se identifican vasos sanguíneos congestivos, focos de infiltrado de leucocitos polimorfonucleares y presencia de células con pigmento.

CONCLUSIONES

El tejido endometrial no presenta alteraciones estructurales y responde a la influencia hormonal pero su ubicación ectópica lo convierte en una entidad benigna difícil de diagnosticar por su baja frecuencia de presentación y la gran variedad de diagnósticos diferenciales con los que puede confundirse.

El diagnóstico clínico de adenomiosis es difícil porque los síntomas y signos son inespecíficos y frecuentemente coexisten con otras enfermedades pélvicas. Es una patología benigna que representa un reto tanto para ginecólogos como para anatomopatólogos por lo que el estudio microscópico de la pieza es fundamental para la confirmación diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zaloudek C, Norres HJ. Mesenchymal tumors of the uterus. En: Kurmann RJ, editor. Blaunstein's pathology of the female genital tract. 3 rd ed. New York, NY: Springer-Verlag; 1987. p. 374.
2. Ferenczy A. Pathophysiology of adenomyosis. Hum Reprod Update. 1998;4: 312-22.
3. Siegler AM, Camilien L. Adenomyosis. J Reprod Med 1994;39:841-53.
4. Chung YP, Lin HH, Sep BC, Mao TL. Adenomyosis in the
5. broad ligament and tamoxifen;report of a case. J Obstet Gynaecol Res. 1997;23(1):69-73.
6. Siegler A, Camilien L. adenomiosis. Jour. de Reprod. Medicina 1994; 39:841-853.
7. Outwater E, E Siegelman, Van Deerlin V. La adenomiosis: conceptos actuales y consideraciones de imagen. AJR 1998; 170:437-441.

ANEXOS

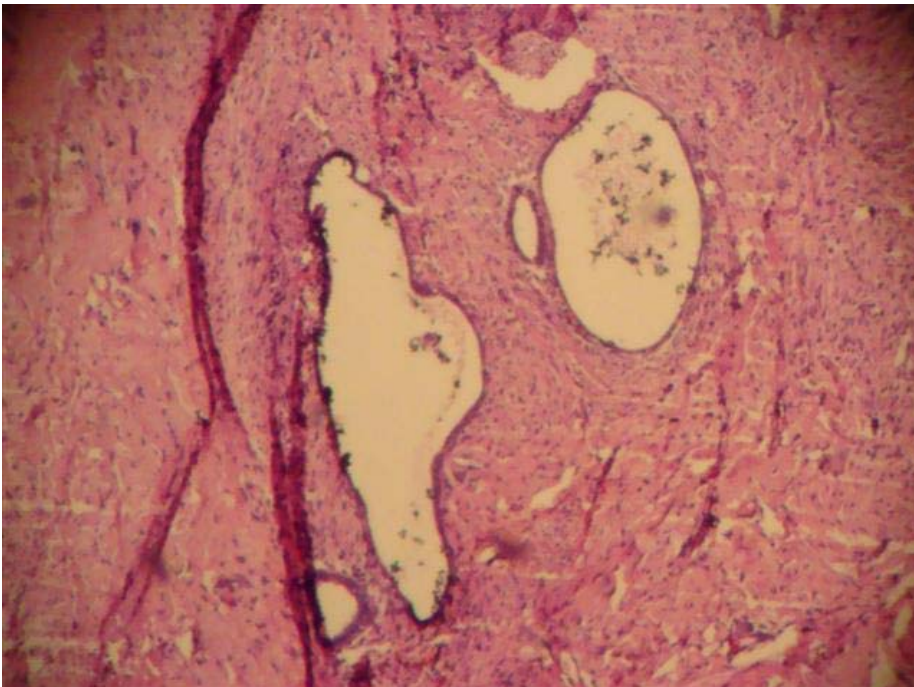


Fig. 1. Implantación ectópica de tejido endometrial.

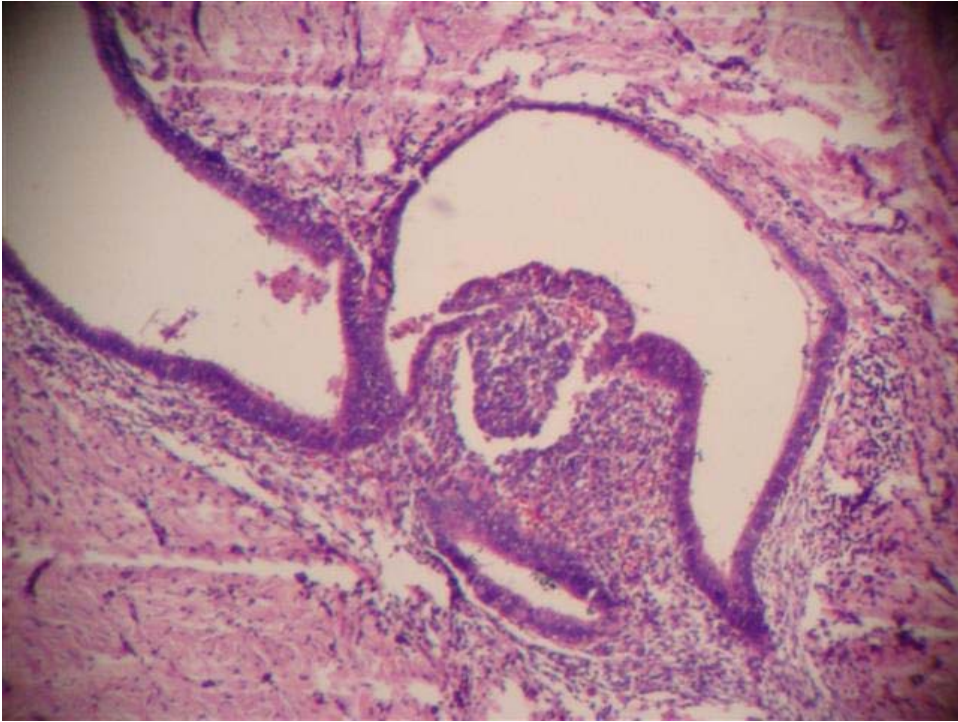


Fig. 2 Implantación ectópica de tejido endometrial.