

Reporte de caso de Endometrioma Adherido: Paciente del Sexo Femenino con Dolor Crónico y Dispareunia

Case report of adhered endometrioma: female patient with pain in the lower abdomen.

Cabral, Cesar Ramón^{1,2}

csr.cabral@gmail.com

ID: 0009-0007-8901-9849

Silveira da Silva, Poliana²

Polyana.sms@gmail.com

ORCID: 0009-0000-9775-9660

Coimbra Rodrigues, Thaysi²

tcr886@gmail.com

ORCID: 0009-0001-3583-0261

Fontes, Hércules Bernardo²

Herculesfontes@yahoo.com.br

ORCID: 0009-0005-6767-9770

Araújo Lima, Yanca²

yanca.araujo.lima2@gmail.com

ORCID: 0009-0002-5830-9636

Pedra da Silva, HeluaneGislayne²

heluanepedrasilva@gmail.com

ORCID: 0009-0003-3368-2570

Martins Pereira, Igor Gabriel²

Igorgabrielmartins7@gmail.com

ORCID: 0009-0008-3793-8584

Fabián Franco²

francoinvpy@gmail.com

ORCID: 0000-0001-6680-8131

1. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.

2. Universidad Internacional Tres Fronteras, Ciudad del Este, Paraguay.

Resumen

T.C.R., una mujer de 35 años, estudiante y residente en Palmas, Tocantins, Brasil, acudió al servicio de urgencias del Hospital Regional del Municipio de Miracema (HRMM) en febrero en busca de una cita con un profesional de ginecología y obstetricia. La paciente presentaba quejas de dolor abdominal crónico, dolor menstrual intenso, dispareunia y calambres menstruales severos. En la evaluación inicial, se observó sensibilidad en la región pélvica durante el examen físico, lo que llevó a la sospecha de un quiste uterino. Se realizaron exámenes, incluyendo ecografía transvaginal, análisis de sangre y orina. El diagnóstico reveló la presencia de una masa quística en el ovario izquierdo, sugiriendo la posibilidad de un endometrioma. La paciente fue tratada con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) para controlar el dolor y se programó una cita de seguimiento para analizar los resultados de los estudios solicitados. La paciente, al residir fuera de la ciudad, regresó a Foz do Iguaçu, Paraná, donde estudiaba, y completó los análisis en abril. Los resultados confirmaron la presencia de una masa anexial en el ovario izquierdo, y posteriormente, una resonancia magnética reveló una lesión sólida expansiva con áreas de hemorragia interna. La paciente regresó a Miracema, Tocantins, para una laparoscopia que identificó múltiples lesiones endometriósicas, incluido el endometrioma en el ovario derecho. La Anatomía Patológica identificó un tumor de células granulosa, y se llegó al diagnóstico final de endometrioma. T.C.R. optó por un tratamiento multidisciplinario, que incluyó cirugía laparoscópica para extirpar las lesiones endometriósicas y terapia hormonal para prevenir la recurrencia de los síntomas. Aunque no tenía intenciones de quedar embarazada, la cirugía se llevó a cabo para aliviar los síntomas incapacitantes y mejorar su calidad de vida.

Palabras-clave: endometrioma, dolor pélvico, cirugía laparoscópica

ABSTRACT

T.C.R., a 35-year-old woman, student, and resident in Palmas, Tocantins, Brazil, sought emergency care at the Regional Hospital of the Municipality of Miracema (HRMM) in February for an appointment with a gynecology and obstetrics professional. The patient complained of chronic abdominal pain, intense menstrual pain, dyspareunia, and severe menstrual cramps. During the initial evaluation, sensitivity in the pelvic region was observed during the physical examination, leading to suspicion of a uterine cyst. Examinations, including transvaginal

ultrasound, blood, and urine analysis, were conducted. The diagnosis revealed the presence of a cystic mass in the left ovary, suggesting the possibility of an endometrioma. The patient was treated with non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) to control the pain, and a follow-up appointment was scheduled to analyze the results of the requested studies. As the patient resided outside the city, she returned to Foz do Iguaçu, Paraná, where she studied, and completed the analyses in April. The results confirmed the presence of an adnexal mass in the left ovary, and subsequently, a magnetic resonance imaging revealed a solid expansive lesion with areas of internal bleeding. The patient returned to Miracema, Tocantins, for a laparoscopy that identified multiple endometriotic lesions, including an endometrioma in the right ovary. Pathological Anatomy identified a granulosa cell tumor, and the final diagnosis was endometrioma. T.C.R. opted for a multidisciplinary treatment, including laparoscopic surgery to remove the endometriotic lesions and hormonal therapy to prevent symptom recurrence. Despite not intending to become pregnant, the surgery was performed to alleviate incapacitating symptoms and improve her quality of life.

Keywords: endometrioma, pelvic pain, laparoscopic surgery

INTRODUCCIÓN

La presencia de quistes en los ovarios es una condición común que puede afectar a mujeres en edad fértil, siendo motivo frecuente de consulta médica entre este grupo de pacientes. Algunos expertos denominan como "quistes gigantes de ovario" al crecimiento quístico que supera los 2 centímetros de diámetro (1).

Sin embargo, existen diversas opiniones respecto a la definición del tamaño de los tumores ováricos de gran tamaño, aunque estas definiciones suelen carecer de fundamentación sólida. De acuerdo con médicos especializados en laparoscopia, se consideran "tumores grandes" aquellos que tienen un diámetro de 10 cm o más, mientras que, en el caso de quistes identificados en la etapa neonatal, se clasifican como "grandes" si superan los 3 centímetros. (1).

La endometriosis es una enfermedad ginecológica inflamatoria prevalente, vinculada a la actividad de los estrógenos, en la que el tejido endometrial típicamente presente solo en la cavidad uterina se localiza de manera anormal fuera de esta. Los endometriomas son formaciones quísticas que se originan como resultado de la endometriosis, siendo más

comunes en los ovarios. Aproximadamente el 10% de las mujeres en edad reproductiva experimentan endometriosis, y esta condición es una causa habitual de dolor crónico, dispareunia, dismenorrea e infertilidad. Es frecuente hallar la endometriosis en la pelvis, con mayor especificidad en los ovarios. (2).

Los endometriomas son la expresión más prevalente de la endometriosis en el ovario. A pesar de ello, los implantes endometriósicos pueden localizarse en diversas áreas del abdomen, como el intestino, cicatrices de intervenciones quirúrgicas previas, e incluso, en casos poco comunes, en ubicaciones distantes del cuerpo, como el cerebelo. (3).

Un endometrioma se configura como la presencia de un quiste en el ovario que está recubierto con tejido endometrial que ha migrado fuera de su ubicación normal (4).

Estos endometriomas se encuentran en una proporción que oscila entre el 17% y el 44% en pacientes diagnosticadas con endometriosis. La patogénesis de un endometrioma es un proceso complejo que difiere de la formación de otros quistes ováricos benignos. La concepción predominante sostiene que la mayoría de los endometriomas son pseudoquistes, según la descripción de Hughesdon, en lugar de ser considerados como quistes intraováricos convencionales. (4).

Con base en la información disponible, se estima que entre el 30% y el 50% de las mujeres con endometriosis enfrentan dificultades para concebir y, con frecuencia, se detectan endometriomas cuando se investiga la infertilidad (5).

Aunque aún no se comprende completamente el mecanismo preciso mediante el cual los endometriomas causan infertilidad, investigadores sugieren que puede haber una disminución en la reserva ovárica en mujeres con endometrioma, posiblemente vinculada a la formación de quistes endometriales y las alteraciones estructurales asociadas (5).

Dado que los endometriomas a menudo no responden de manera efectiva al tratamiento médico, se ha enfatizado la intervención quirúrgica para mejorar la fertilidad. Sin embargo, se ha observado que la extirpación quirúrgica de estos quistes puede reducir la reserva ovárica. (5).

El endometrioma es un quiste en el ovario que se desarrolla como resultado de la endometriosis, una condición que afecta aproximadamente al 10% de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo. Según datos de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), Brasil sigue la tendencia global, con alrededor del 10% de la población

femenina afectada por esta patología. Además, se observa una alta incidencia de esta condición, especialmente en mujeres blancas, en el rango de edades de 30 a 39 años. (6).

El endometrioma ovárico constituye una forma común de lesión endometriósica, afectando a aproximadamente el 55% de las pacientes diagnosticadas con endometriosis. Su diagnóstico es frecuente en mujeres en edad reproductiva, y estudios recientes han revelado su posible desarrollo en adolescentes e incluso antes de la menarquía (7).

Este tipo de lesión representa entre el 21% y el 33% de todas las lesiones benignas del ovario. Aunque el ovario izquierdo es el más susceptible, se han observado endometriomas bilaterales en un rango del 30% al 50% de los casos. Cuando se presentan endometriomas bilaterales, ambos ovarios tienden a adherirse a la parte posterior del útero y al fondo de saco de Douglas, generando una imagen distintiva conocida como "kissing ovaries". Este fenómeno es sugestivo de una enfermedad endometriósica severa con afectación intestinal y tubárica. (7).

La génesis del endometrioma (quiste ovárico) está vinculada a la enfermedad previa llamada endometriosis, lo que nos lleva a considerar su origen. Aunque la etiología de la endometriosis aún no está completamente definida, existen diversas teorías que buscan explicar el origen y desarrollo de esta afección; no obstante, hasta el momento, ninguna de estas teorías ha logrado ofrecer conclusiones definitivas (8).

La teoría más ampliamente aceptada sobre la patogénesis de la endometriosis es la teoría de la implantación de Sampson, formulada por John Sampson en 1927. Esta teoría, conocida como menstruación retrógrada, postula que fragmentos de tejido endometrial menstrual, que contienen glándulas y estroma endometriales, logran ingresar a la cavidad peritoneal mediante expulsión retrógrada, transitando por las trompas de Falopio, donde se adhieren al mesotelio subyacente, invadiéndolo y anclándose en el peritoneo o en los órganos pélvicos adyacentes. (8).

A pesar de que esta patología puede manifestarse en cuatro modalidades clínicas distintas, las cuales podrían proporcionar indicios significativos sobre su origen: endometriomas (quistes ováricos), endometriosis peritoneal, endometriosis torácica, endometriosis profunda o del tabique rectovaginal, y adenomiosis (endometriosis que afecta el miometrio). (9). La etiología del endometrioma está ligada a este proceso anormal.

Se postula que los quistes de endometriosis se originan en la superficie, siendo los implantes ováricos superficiales los más comúnmente identificados durante la

laparoscopia. Motivados por adherencias entre el ovario y la pared lateral, los implantes de glándulas endometriales y estroma se invaginan o quedan atrapados en la corteza, dando lugar gradualmente a lesiones quísticas (10).

Otra teoría sobre la formación de endometriomas sugiere que el revestimiento mesotelial peritoneal del ovario podría diferenciarse en epitelio endometrioide, formando así quistes por invaginación (teoría de la metaplasia). Una hipótesis adicional plantea que el epitelio de Müller de la trompa o del endometrio puede implantarse en la superficie del ovario, contribuyendo a la formación de quistes (10).

Este último concepto guarda similitud con la mayoría de los tumores epiteliales superficiales y se respalda mediante la reciente asociación del cáncer de ovario con el tejido de la trompa. El proceso de formación del endometrioma está estrechamente vinculado con la ovulación, ya que se ha observado que la supresión de la ovulación mediante anticonceptivos orales cíclicos reduce el riesgo de recurrencia del endometrioma. Además, se ha documentado la posibilidad de que tejido de endometriosis se implante en un cuerpo lúteo hemorrágico, transformándolo de tal manera que pase de ser un cuerpo lúteo hemorrágico a convertirse en un endometrioma. (10).

La mayoría de las mujeres con endometriosis presentarán un conjunto de síntomas, que incluyen dismenorrea, dispareunia profunda, disquecia y dolor abdominopélvico crónico, así como subfertilidad. Cada uno de estos síntomas puede afectar significativamente el bienestar físico, mental y socioemocional de una mujer. Los niveles de dolor deben documentarse usando una escala visual análoga (generalmente 0– 10) (10).

Aunque existe una correlación deficiente entre el nivel de dolor y la severidad de la enfermedad, la endometriosis profundamente infiltrante se asocia con una mayor intensidad del dolor. Los implantes no se localizan bien en sitios de dolor subjetivo, a excepción de la endometriosis profundamente infiltrante. En pacientes con endometriomas, el dolor severo a menudo se asocia con la presencia de enfermedad infiltrante profunda más que con el tamaño del quiste. (10).

Para un buen diagnóstico del endometrioma los médicos deben estar atentos a los informes de pacientes sobre dolor pélvico crónico, dismenorrea y dispareunia. Los historiales menstruales y los exámenes físicos detallados son cruciales para identificar los signos que pueden indicar la presencia de endometriomas (10).

La resonancia magnética y la ecografía transvaginal son herramientas valiosas para el diagnóstico de endometriomas. A menudo se prefiere la ecografía por su accesibilidad y eficacia para identificar masas quísticas características en los ovarios. Sin embargo, la resonancia magnética puede ofrecer una visión más detallada en casos complejos (10).

La laparoscopia sigue siendo el estándar de oro para el diagnóstico definitivo de los endometriomas. La revisión destaca que este procedimiento no sólo confirma la presencia de lesiones endometriósicas, sino que también permite intervenciones terapéuticas inmediatas, como la extirpación del tejido afectado (10).

El tratamiento de un endometrioma, una manifestación de la endometriosis, requiere un enfoque médico integrado y personalizado. Inicialmente, se puede considerar la terapia hormonal, como los anticonceptivos orales o las progestinas, para suprimir la actividad hormonal responsable del crecimiento del tejido endometrial fuera del útero. En casos más graves o cuando los síntomas son persistentes, suele recomendarse una intervención quirúrgica, como la laparoscopia (10).

Durante este procedimiento, el cirujano extirpa las lesiones endometriósicas, incluido el endometrioma, aliviando el dolor y mejorando la calidad de vida de la paciente. El tratamiento debe ir acompañado de un cuidadoso manejo del dolor, apoyo emocional y, cuando sea relevante, conversaciones sobre cuestiones de fertilidad. La estrecha colaboración entre ginecólogos, cirujanos y profesionales sanitarios multidisciplinarios es crucial para optimizar los resultados del tratamiento y satisfacer las necesidades individuales de cada paciente (10).

El endometrioma ovárico es un quiste recubierto internamente con tejido histológico y funcionalmente similar al endometrio. El contenido se produce por acumulación de los desechos menstruales generados por los implantes activos dentro del quiste. (11).

Los ovarios son parte del sistema reproductor femenino y son responsables de almacenar óvulos y liberar las hormonas progesterona y estrógeno. Pueden verse afectadas por quistes ováricos, que son sacos llenos de líquido. Los quistes ováricos pueden ocurrir en cualquier etapa de la vida, desde la primera infancia hasta la senilidad, y son más comunes diagnosticados durante la menacme, durante la infancia y la adolescencia, que son periodos hormonalmente activos y los quistes suelen presentarse por desequilibrio hormonal. (12).

Los quistes ováricos más frecuentes son los funcionales, que se originan durante el ciclo menstrual. Son benignos y, en su mayoría, no presentan síntomas, por lo que generalmente

no requieren tratamiento, ya que no representan un riesgo. No obstante, existen diversos tipos de quistes ováricos, como el quiste folicular, que se forma cuando el folículo no se abre para liberar el óvulo; el quiste del cuerpo lúteo, generado en un saco que no se contrae durante la fase folicular de la liberación del óvulo; el quiste dermoide, caracterizado por un crecimiento en forma de saco sobre los ovarios que puede contener cabello, grasa y otros tejidos; el cistadenoma, que implica un extenso crecimiento de tejido en la superficie externa de los ovarios; y finalmente, el endometrioma, que resulta de un aumento del revestimiento del tejido uterino alrededor de los ovarios, desarrollándose de manera que forma un quiste ovárico. (12).

CASO CLÍNICO

T.C.R, 35 años, mujer, estudiante, raza blanca, reside en la ciudad de, Palmas, Tocantins, Brasil, acude al servicio de urgencias del Hospital Regional del Municipio de Miracema (HRMM), en el mes de febrero, en busca para una cita con un profesional de ginecología y obstetricia, la paciente llega con quejas de dolor abdominal crónico, sin irregularidades menstruales y dispareunia. Ella informa que los cólicos menstruales son intensos y a menudo van acompañados de un dolor pélvico intenso, posee un dolor abdominal crónico, más intenso durante el período menstrual, calambres menstruales severos y junto a dispareunia a repetición. En un primer momento se fue realizado los exámenes en cita, al examen físico la paciente presentó sensibilidad a la palpación del abdomen inferior, especialmente en la región pélvica, y no se observan otras anomalías en el examen. Debido a la sospecha de un quiste uterino, aún sin etiología definida, el profesional médico hice pedido de una ecografía transvaginal y, análisis de sangre y orina. Luego el médico responsable por el acompañamiento del caso recepto AINES para el control de los dolores relatados por la paciente y luego marcó una cita de retorno para analizar los resultados de los estudios solicitados.

Diagnóstico

T.C.R, una paciente de 35 años buscó atención médica por quejas de dolor pélvico crónico, y dolores menstruales. T.C.R, acudió a la urgencia del HRMM con quejas de dolor pélvico intermitente que había comenzado hace aproximadamente 6 meses. Describió el dolor como agudo y localizado en el cuadrante inferior, hipogastrio (10 – 10). La paciente

también refirió mucho dolor en las menstruaciones, y dispareunia a repetición. No había antecedentes de enfermedades ginecológicas previas, ya tuvo un hijo hace 12 años, por cesárea y con paridad satisfecha. Inicialmente se le realizaron exámenes físicos y de laboratorio (hemograma, CA – 125 y parcial de orina), incluyendo una ecografía pélvica y de abdomen, que reveló la presencia de una masa quística en el ovario izquierdo, sugiriendo la posibilidad de un endometrioma.

El CA 125, un marcador tumoral, estaba dentro del rango normal. La analítica reveló un hemograma con rangos normales (Tabla 1) y a lo mismo le marcó el análisis parcial de orina (Imagen 1). Debido a la paciente no residir actualmente en la ciudad de origen de sus problemas ginecológicos, la paciente volvió a Foz do Iguazu, Paraná, Brasil, local donde pasa mayor parte del año estudiando, y solamente en abril realizó los análisis.

Tabla 1 – Resultados del hemograma

Hemograma	Resultados 2022	Valores de referencia
Hematíes	5,04/mm ³	3,80 a 5,80 /mm ³
Hematocrito	42,0%	35,00 a 50,00%
Hemoglobina	16,50 g/dL	11,0 a 16,50 g/dL
VGM	69,9 fL	80,00 a 97,00 fL
HGM	29,78 pg	26,50 a 33,50 pg
CHGM	33,8 g/dL	32,20 a 36,50 g/dL
RDW	12,8%	10,00 a 15,00%
Leucocitos	7,750 /mm ³	3,500 a 10,000/mm ³
Bastonetes	0%	0 a 5%
Segmentados	56%	40 a 70%
Eosinófilos	2%	1 a 5%
Basófilos	0%	0 a 1%
Linfocitos	26%	20 a 40%
Linfocitos atípicos	0%	0 a 5%
Monocitos	6%	2 a 12%
Plaquetas	269.000 /mm ³	150,000 a 450,000mm ³

Fuente: elaboración propia de los autores a partir de los datos de los análisis clínicos solicitado al paciente por médico especialista en el año de 2022.

Imagen I. Resultados laboratoriales de la paciente

PARCIAL DE URINA		
Material: Urina Coletado em: 27/04/2022 08:52 Método: Automatizado - Iris iChem Velocity + IQ200 (Fotometria de Reflectância)		
		Valores de Referência
EXAME FÍSICO-QUÍMICO		
Cor.....:	Amarelo	
Densidade.....:	1.015	1.010 a 1.030
pH.....:	7,0	
Nitritos.....:	Negativo	Negativo
Proteínas.....:	Negativo	Negativo
Glicose.....:	Negativo	Negativo
Corpos cetônicos.....:	Negativo	Negativo
Urobilinogenio.....:	Negativo	Negativo
Bilirrubina.....:	Negativo	Negativo
Hemoglobina.....:	Negativo	Negativo
EXAME MICROSCÓPICO		
Celulas epiteliais.....:	14.000 /mL	Até 15.000/mL
Hemácias.....:	Inferior a 500 /mL	Até 10.000/mL
Leucócitos.....:	Inferior a 500 /mL	Até 10.000/mL
Cilindros hialinos.....:	Ausentes	Ausentes
Cilindros granulosos.....:	Ausentes	Ausentes
Cilindros eritrocitários.....:	Ausentes	Ausentes
Cilindros leucocitários.....:	Ausentes	Ausentes
Muco.....:	Ausentes	Ausentes
Trichomonas.....:	Ausentes	Ausentes
Leveduras.....:	Ausentes	Ausentes
Bacterioscopia de Gram.: Não foram visualizados micro-organismos patogênicos		
Resultados Anteriores: Hemácias		
17/04/2021		
7.000 /mL		
Resultados Anteriores: Leucócitos		
17/04/2021		
10.000 /mL		
Liberado eletronicamente em:28/04/2022 12:41 por DRA. MARCIA DE OLIVEIRA - CRM/6: 1993		

Fuente: copia de análisis clínicos solicitado al paciente por médico especialista en el año de 2022.

Seguimiento

La paciente fue remitida a un ginecólogo para una evaluación adicional. La ecografía transvaginal confirmó la presencia de una masa anexial de aproximadamente 11,3 x 5,3 x 7,1 cm en el ovario izquierdo. (Imagen 2). Ya la ecografía del abdomen completo confirmó la presencia de una masa en la región pélvica, heterogénea, de contornos regulares, que mide 10,2 x 6,9 x 8,2 cm, con un volumen aproximado de 321 cm³.

Imagen 2. Ultrasonografía pélvica

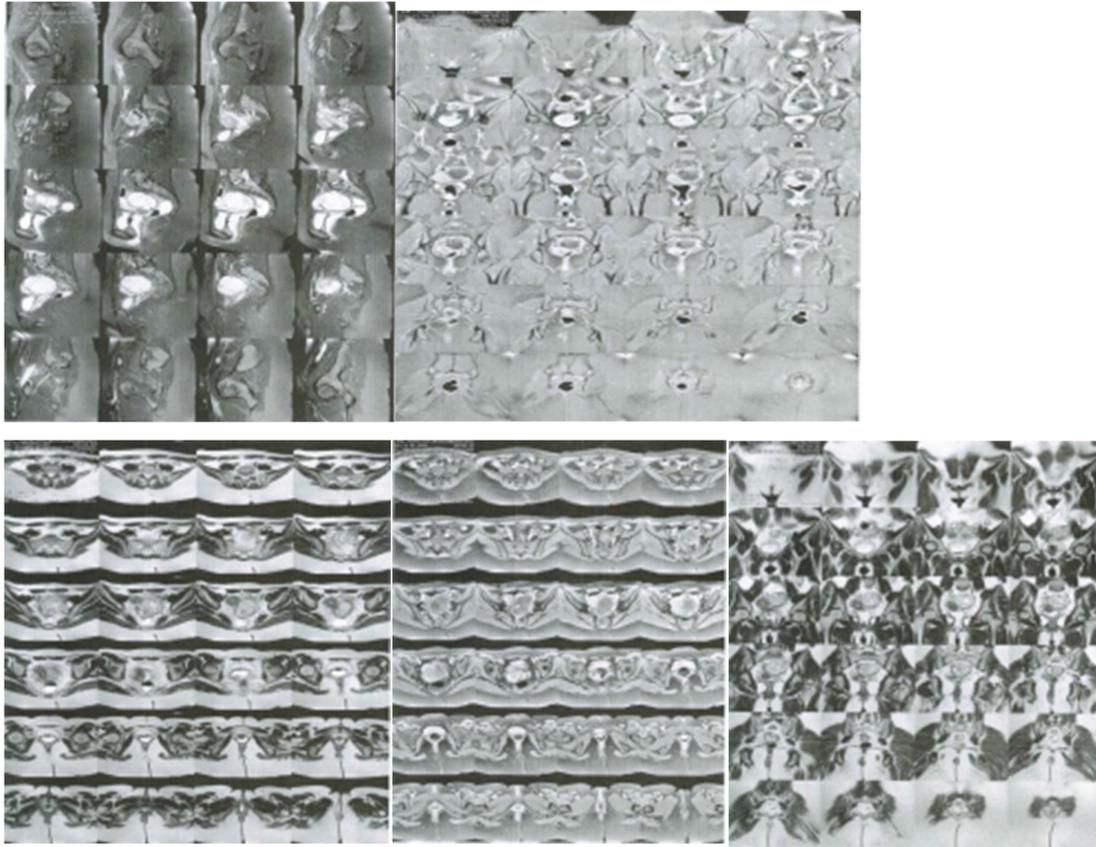
Fuente: estudio solicitado a la paciente por médico especialista en el año de 2022.

Evolución clínica típica

Luego de identificar las masas en las ecografías, el médico responsable decidió pedir un estudio complementario de resonancia magnética para mejor aclarar el caso y hacer una toma de decisión cuanto al tratamiento. Durante este período persistieron e intensificaron los dolores menstruales y la dispareunia, afectando negativamente su calidad de vida. En los resultados, la resonancia magnética confirmó la presencia de una lesión sólida expansiva, de señal heterogénea, con algunas áreas de hemorragia interna, localizada en la región anexial izquierda,

Desplazamiento del útero hacia la derecha, con desviación del eje uterino. Mide aproximadamente 8,9 x 5,6 x 6,4 cm, con un volumen estimado de 179,2 cm. Parece presentar contacto/continuidad con el ligamento redondo, hallazgo que favorece la posibilidad de que se trate de un mioma uterino, con degeneración interna. (Imagen 3). El examen fue realizado, nuevamente en el municipio de Miracema do Tocantins, ya que la paciente regresó a su casa a las vacaciones. Nuevamente fue remitida al ginecólogo que le consultó primeramente y este optó por operar la paciente para quitar al quiste de ovario aún de origen indefinida.

Imagen 3. Imágenes de resonancia magnética ponderadas en T2 con eco de espín axial, coronal y sagital e imágenes de resonancia magnética ponderadas en T1 con saturación grasa y realce con gadolinio con eco de espín axial. (Léase de izquierda a derecha, de arriba a abajo)



Fuente: estudio de resonancia magnética de la paciente de lo año de 2022.

Tratamiento

T. C. R, fue sometida a una laparoscopia. Durante el procedimiento se encontraron múltiples lesiones endometriósicas, incluido el endometrioma en el ovario derecho. Aunque la paciente no tenía deseos de quedar embarazada, la cirugía se realizó para aliviar los síntomas incapacitantes y mejorar su calidad de vida. Después de extirpar las lesiones y el quiste, los materiales fueron llevados a la Anatomía Patológica que identificó un tumor de células granulosas con tres patrones histológicos, predominando el patrón folicular, bien diferenciado, de bajo grado, con un índice mitótico mayor de 10 x 10 campos de alto

realzamiento. (Imagen 4). Con este el médico ginecólogo llegó al diagnóstico final de endometrioma y pasó el seguimiento a la paciente. La paciente T.C.R fue diagnosticada con endometrioma de ovario después de 6 meses de dolor menstrual recurrente y dispareunia frecuente. Aunque no deseaba quedar embarazada, se le realizó una cirugía laparoscópica para mejorar su calidad de vida mediante la extirpación de las lesiones endometriósicas, incluido el endometrioma. El tratamiento multidisciplinario enfatizó la importancia de un enfoque personalizado en el manejo de la endometriosis, incluso en pacientes sin interés en el embarazo.

Imagen 5. Examen anatomopatológico

EXAME ANATOMOPATOLÓGICO	
Material:	1-PRODUTO DE SALPINGECTOMIA E OOFORECTOMIA TOTAL À DIREITO 2-PRODUTO DE SALPINGECTOMIA E OOFORECTOMIA TOTAL À ESQUERDA 3-PRODUTO DE LÍQUIDO ASCÍTICO.
Macroscopia	Material recebido e fixado em formalina tamponada, descrito a seguir: 1-Anexo esquerdo: espécime cirúrgico de salpingooforectomia esquerda medindo o ovário 9,5 x 7,0 x 3,3 cm, se mostrando aumentada de tamanho, exibindo coloração parda acinzentada com consistência fibroelástica. Aos cortes, apresenta áreas de conteúdo hemorrágico e áreas de aspecto macio. Tuba esquerda medindo 4,8 cm. 2-Anexo direito: espécime cirúrgico de salpingooforectomia direita medindo o ovário 2,3 x 2,0 x 1,7 cm, exibindo coloração parda com consistência fibroelástica. Aos cortes, apresenta pequenas formações císticas de conteúdo citrino. Tuba direita medindo 4,0 cm. 3-Líquido ascítico: 30 ml de líquido pardo purulento, e foram confeccionadas duas lâminas com esfregaço citológico. Material representativo é submetido a exame histológico. (6F / 6B)
Microscopia	Explicitada em conjunto com a conclusão.
Conclusão	1-Produto de salpingectomia e ooforectomia total à esquerda: -TUMOR DE CÉLULAS DA GRANULOSA COM OS TRÊS PADRÕES HISTOLÓGICOS, PREDOMINANDO O PADRÃO FOLIOLAR, BEM DIFERENCIADO, DE BAIXO GRAU, COM ÍNDICE MITÓTICO MAIOR DE 10 x 10 CAMPOS DE GRANDE AUMENTO. *MAIOR EIXO TUMORAL MICROSCÓPICO: 85 MM *MENOR EIXO TUMORAL MICROSCÓPICO: 55 MM. *INVASÃO DA CÁPSULA: NÃO DETECTADA. *TUMOR CIRCUNSCRITO DO OVÁRIO ESQUERDO. *SEM INVASÃO DA TROMPAS BILATERAIS NEM DO ANEXO DIREITO. *INVASÃO ANGIOLINFÁTICA: NÃO DETECTADA. *ÁREAS DE NECROSE.

Fuente: anatomía Patológica de la paciente del año de 2022.

Seguimiento

Luego de ser diagnosticada con endometrioma de ovario, T.C.R, optó por un tratamiento multidisciplinario, que incluyó:

1. Cirugía Laparoscópica: Se realizó una laparoscopia terapéutica para extirpar lesiones endometriósicas, incluido el endometrioma, con el objetivo de aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida.

2. Terapia hormonal: Después de la cirugía, T.C.R analizó las opciones de terapia hormonal con su médico para prevenir la recurrencia de los síntomas.

Discusión

Este caso presente a una mujer en edad fértil, con una historia de 6 meses aproximadamente de dolores continuos con un patrón específico de comportamiento, asociado a periodos menstruales.

Cuffaro y colaboradores, en una reciente publicación de junio de 2024, también describen también los dolores como parte de los síntomas más prevalentes en mujeres, además de coincidir en aproximadamente 6 meses el tiempo de evolución de las manifestaciones antes de la consulta (13).

En relación a los nuevos avances acerca del conocimiento de los factores que influyen en la aparición del endometrioma, Perricos y Wenzl en 2024 identifican que factores de desregulación de la función inmune, explicarían la aparición de esta patología, aunque en el caso no se nota en el hemograma variaciones que llamen la atención. Dado el caso se debería incorporar datos como la profesión, historia de enfermedades autoinmunes en la familia y estudios más orientados a disfunciones autoinmunes (14).

Las imágenes, son un método de diagnóstico muy importante como lo expone Sharifipour et.al. en un estudio de caso publicado en 2024, donde la paciente había ya sido intervenida 11 años atrás por endometriosis y estaba en un tratamiento de fertilidad, que tuvo un desenlace bastante negativo, lo que hace importante valorar la gravedad que esta enfermedad podría presentar (15).

Bougie y Tulandi en 2024, coinciden con la terapéutica quirúrgica en casos de endometriosis y sugieren que para esos casos de debe establecer un equipo de cirujanos multidisciplinarios y abordar el tratamiento desde varios puntos de vista, por la complejidad de la patología (16).

En una revisión sistemática y meta análisis, Sarria-Santamera et. al. en 2021, encuentran que

existen diferencias socio demográficas relacionadas a perfiles epidemiológicos de la aparición de endometriosis en mujeres, por lo que refuerza la idea de otros autores en describir mejor las características sociodemográficas de los pacientes con endometriosis (17).

Dixon et. al. también coincide en evaluar las historias y los perfiles sociodemográficos, incluida la etnia en los pacientes con dismenorrea y asociados a endometriosis, dado que estos podrían guiar a la terapéutica en cada caso (18).

La terapia a ser abordada, dependerá del estudio del paciente y de las recomendaciones que existan en ese sentido. Es así que Younis y Taylor en 2024, han abordado esta cuestión en un metaanálisis es importante el método que se elige para la resección del tumor en función de preservar la capacidad reproductiva. En esta paciente, al no desear preservar esta capacidad, se torna más fácil la toma de decisión, siguiendo la línea de curación de problema, más allá de la función reproductiva (19).

Como recomendación final se puede concluir luego de las revisiones sistemáticas, sugerir el registro de las características sociodemográficas de las pacientes con presunción de endometriosis para su mejor diagnóstico y tratamiento.

CONCLUSIÓN

En conclusión, el presente estudio de caso proporciona información valiosa sobre el tratamiento eficaz de pacientes diagnosticadas con endometrioma que no expresan su deseo de quedar embarazadas. El enfoque integrado, que implica diagnóstico temprano, tratamiento multimodal y consideraciones cuidadosas sobre la calidad de vida, resultó fundamental para brindar alivio sintomático al paciente en cuestión. La decisión de emplear terapia hormonal e intervención quirúrgica, cuando fuera apropiada, estuvo guiada por la búsqueda de un equilibrio entre controlar el dolor crónico y minimizar los impactos potenciales en la salud reproductiva. La atención a la salud mental del paciente, incluido el apoyo psicológico, resultó igualmente crucial. Este estudio destaca la importancia de un enfoque personalizado, multidisciplinario y centrado en el paciente para el manejo exitoso de los casos de endometrioma en pacientes que no buscan concebir, proporcionando una base valiosa para futuras investigaciones y práctica clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quintero PPP. Quiste de ovario gigante y embarazo. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2021;37(3):1-10.
2. Hoyle AT, Puckett Y. Endometrioma. In: *Stat Pearls. Publicação Stat Pearls, Treasure Island (FL); 2022. PMID: 32644656.*
3. Meggyesy M, Friese M, Gottschalk J, Kehler U. Case Report of Cerebellar Endometriosis. *Journal of Neurological Surgery Part A, Central European Neurosurgery [Internet].* 2020 Jul 1 [cited 2021 Oct 11];81(4):372–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32221961/>
4. Nickkho-Amiry, M., Savant, R., Majumder, K. *et al.* O efeito do tratamento cirúrgico do endometrioma nos resultados de FIV/ICSI quando comparado com nenhum tratamento? Uma revisão sistemática e meta-análise. *Arch GynecolObstet* **297**, 1043–1057 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4640-1>
5. Jiang D e Jiang D: Efeito do endometrioma e sua excisão cirúrgica na fertilidade (Revisão). *Exp Ther Med* 20: 114, 2020
6. Santos KFA, Cunha ER, Mendes LEB, Ribeiro AA, Araújo SRM, Pereira TV, Pereira EFC, Pereira SJ, Fróes JML, Souza MTP de. Epidemiological study of endometriosis in the State of Maranhão. *RSD [Internet].* 2022Nov.12 [cited 2023Sep.25];11(15): e137111537163. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37163>
7. Negrón Ro José. Manejo del endometrioma ovárico. *Rev. Peru. ginecol. obstet. [Internet].* 2019 Jul [citado 2023 Sep 25]; 65(3): 317-330. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000300009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2189>.
8. Calderón Ramírez J. Endometrioma [Internet]. *dspace.esPOCH.edu.ec.* 2019 [cited2023Sep 25]. Available from: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/11866>
9. Guadamuz DJ, Miranda SM, Mora MN. Actualización sobre endometriosis. *Revista Médica Sinergia.* 2021;6(10)
10. Falcone T, Flyckt R. Clinical Management of Endometriosis. *ObstetGynecol.* 2018 Mar;131(3):557-571. doi: 10.1097/AOG.0000000000002469. PMID: 29420391.

11. Rojas-Ruiz Juan C., Salazar-Cuba Xanadu, Guzmán-Pérez Segundo B. Manejo conservador del endometrioma ovárico con escleroterapia usando etanol previo a fecundación in vitro. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2023 Ene [citado 2023 Sep 25]; 69(1): 00008. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230451322023000100008&lng=es. Epub 27-Mar 2023. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v69i2483>.
12. Oliveira HB de, Oliveira AB de, Toledo N das N. Conduta ginecológica em cisto de ovário: uma revisão da literatura. *REAS* [Internet]. 24mar.2022 [citado 27set.2023];15(3):e10003. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10003>
13. Cuffaro F, Russo E, Amedei A. Endometriosis, pain, and related psychological disorders: Unveiling the interplay among the microbiome, inflammation, and oxidative stress as a common thread. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024];25(12):6473. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38928175/>
14. Perricos A, Wenzl R. Recent advances in endometriosis pathophysiology and pharmacological treatment. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024];25(12):6575. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/25/12/6575>
15. Sharifipour F, Mohaghegh Z, Javanbakht Z, Siahkal SF, Azizi F. The relationship between hypertensive disorders in pregnancy and endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health* [Internet]. 2024;21(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-024-01833-x>
16. Bougie O, Tulandi T. A closer look at endometriosis. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024];46(6):102465. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38901896/>
17. Sarria-Santamera A, Orazumbekova B, Terzic M, Issanov A, Chaowen C, Asúnsolo-del-Barco A. Systematic review and meta-analysis of incidence and prevalence of endometriosis. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2020 [citado el 27 de junio de 2024];9(1):29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare9010029>
18. Dixon S, Vincent K, Hirst J, Hippisley-Cox J. Incidence of menstrual symptoms suggestive of possible endometriosis in adolescents: and variance in these by ethnicity and socio-economic status. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2024;74(suppl 1):bjgp24X737685. Disponible en: http://bjgp.org/content/74/suppl_1/bjgp24X737685.abstract

19. Younis JS, Taylor HS. The impact of ovarian endometrioma and endometriotic cystectomy on anti-Müllerian hormone, and antral follicle count: a contemporary critical appraisal of systematic reviews. *Front Endocrinol (Lausanne)* [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024];15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fendo.2024.1397279>