

---

## CASOS CLÍNICOS

---

150 **N. Medina<sup>a</sup>**  
**A. Martín<sup>a</sup>**  
**V. Guillén<sup>a</sup>**  
**M. Andújar<sup>b</sup>**  
**J.A. García<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. España. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. España.

**Correspondencia:**  
Dra. A. Martín Martínez.  
Servicio de Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias.  
Avda. Marítima del Sur.  
35016 Las Palmas de Gran Canaria. España.  
Correo electrónico: alicilla10@hotmail.com

Fecha de recepción: 12/2/04  
Aceptado para su publicación: 2/4/04

### RESUMEN

Paciente de 74 años, remitida a la consulta de ginecología de nuestro hospital por tumoración pélvica de unos 12 cm. La paciente refiere dolor crónico en fossa ilíaca izquierda que aumenta en los últimos meses. La ecografía abdominal muestra una formación quística de 116 × 96 mm, de contenido denso sin tabiques ni papillas. Los marcadores tumorales fueron negativos. Se practica histerectomía y doble anexectomía, y el estudio anatomo-patológico informó de endometrioma de ovario izquierdo.

### PALABRAS CLAVE

Endometriosis. Posmenopausia. Fosa ilíaca.

### ABSTRACT

We report the case of a 74-year-old patient who was referred to the gynecology department of our hospital because of a 12 cm pelvic tumor. The

## Endometrioma ovárico en posmenopásica no relacionado con neoplasia ni hormonoterapia exógena

*Ovarian endometrioma in a postmenopausal woman unrelated to neoplasia or exogenous hormone therapy*

patient reported chronic pain in the left iliac fossa that had increased in the previous few months. Abdominal ultrasound showed a cystic formation of 116 × 96 mm without septi or papillae. Tumor markers were negative. Hysterectomy and double annexectomy were performed. The histological diagnosis was endometrioma of the left ovary.

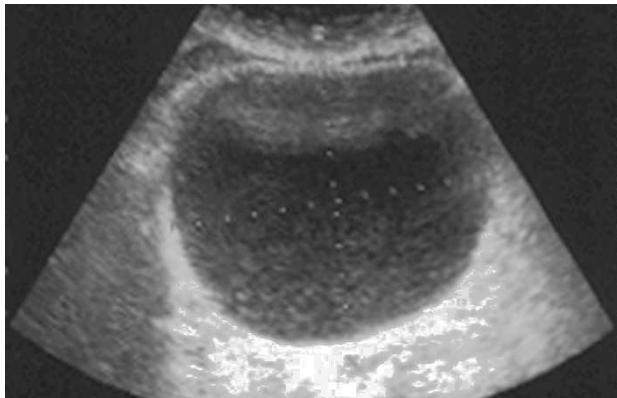
### KEY WORDS

Endometriosis. Postmenopause. Iliac fossa.

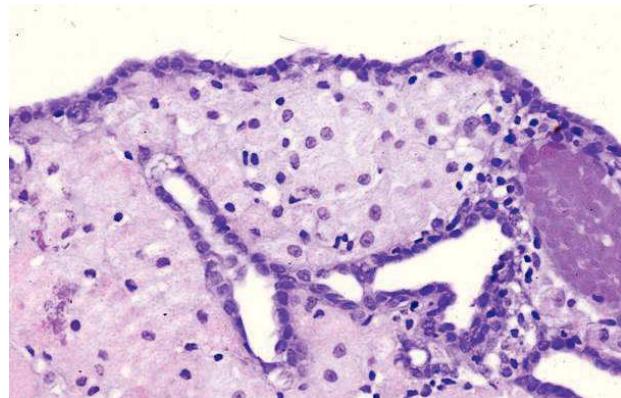
### INTRODUCCIÓN

La endometriosis, a pesar de tener una etiología no bien conocida, es una enfermedad dependiente de los estrógenos, por lo que se considera típica de mujeres en edad reproductiva.

Con el cese de la actividad hormonal ovárica, la endometriosis se convierte en una rara entidad en la menopausia<sup>1,2</sup>.



**Figura 1.** Ecografía transabdominal: formación quística de contenido denso con fino punteado, sin tabiques ni papilas, de 116 × 97 mm.



**Figura 2.** Endometrio como epitelio con espacios glandulares. Numerosos macrófagos con hemosiderina en la estroma (HE, x200).

Presentamos el caso de un endometrioma gigante de ovario, no relacionado con neoplasia ni terapia hormonal exógena, diagnosticado tras 20 años de menopausia.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 74 años, con antecedentes personales médicos de hipertensión arterial, hipotiroidismo y asmática, polimedicada con hipotensor (inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina [IECA]) y tiroxina, además de aerosoles a demanda. Antecedentes quirúrgicos de colecistectomía.

Menarquia a los 11 años, 2 gestaciones con 2 partos eutócicos, sin antecedentes de dismenorrea ni dispareunia, menopausia a los 54 años, y no recibió tratamiento hormonal sustitutivo con posterioridad.

La paciente refiere dolor crónico de unos 10 años de evolución en fossa iliaca izquierda (FII), con relativo aumento de intensidad en los últimos meses, por lo que acude a su ginecólogo, quien detecta tumoración pélvica izquierda.

En la exploración presenta una talla de 155 cm, peso de 70 kg con índice de masa corporal (IMC) de 29 kg/m<sup>2</sup>.

Abdomen globuloso, blando, depresible, algo doloroso a la palpación profunda en FII.

En la exploración ginecológica, al tacto bimanual se palpa por delante del útero una formación de

unos 12 cm, lisa, móvil y discretamente dolorosa, y el resto de la exploración fue normal.

En la ecografía abdominal se aprecia útero en anteversión, pequeño, de características normales. Por encima de él, tumoración quística de 116 × 97 mm, de bordes bien delimitados, con cápsula de 3 mm de contenido líquido denso, sin tabiques ni papillas (fig. 1). En la exploración con Doppler color, los índices de resistencia y pulsatilidad están dentro de los límites normales.

Los valores de hormona estimulante del tiroides y tiroxina libre se hallan dentro de la normalidad.

Los marcadores tumorales, CA 125, CA 19.9, CA 15.3, antígeno carcinoembrionario, antígeno CA de células escamosas,  $\alpha$ -fetoproteína y  $\beta$ -hCG fueron negativos.

Se practica laparotomía media infraumbilical, trayéndose de forma íntegra una tumoración quística dependiente del ovario izquierdo, además de hysterectomía total y anexectomía derecha. En el resto de la cavidad abdominal no se aprecian implantes tumorales, siendo la citología peritoneal negativa para malignidad.

El estudio anatomico patológico informa macroscópicamente de tumoración de 1.070 g de 14 × 12 × 9 cm, con superficie lisa, de coloración pardogrisácea, con contenido denso de color marrón (quiste de chocolate). Microscópicamente, la superficie del quiste estaba recubierta de epitelio simple cuboidal. Se observaban algunas áreas proliferativas focalmente. La estroma estaba ocupada por numerosos ma-

- 152** crófagos con pigmento de hemosiderina en su citoplasma (fig. 2).

El postoperatorio evolucionó favorablemente, y en posteriores revisiones la paciente se encuentra totalmente asintomática.

## DISCUSIÓN

La endometriosis se define como la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera del útero.

La prevalencia de la endometriosis se estima en torno a un 10%<sup>3</sup>, del que un 2% corresponde a mujeres posmenopáusicas<sup>1</sup>.

Desde que fue descrita por Von Rokitansky, en 1860<sup>4</sup>, hasta la actualidad continúa siendo una enfermedad enigmática cuya etiología permanece aún sin dilucidar a pesar de existir varias teorías que tratan de explicar su historia natural.

Actualmente, se acepta el papel que juegan los estrógenos en el desarrollo de la enfermedad, por lo que se considera una patología de mujeres en edad reproductiva y, por ende, una rara entidad en la menopausia.

Con el cese de la actividad ovárica, la transformación periférica en el tejido adiposo de androstendiona en estrona es una fuente importante de estrógenos endógenos, sobre todo en mujeres obesas<sup>5</sup>. Por otro lado, para las mujeres menopáusicas no obesas afectadas de endometriosis, Toky et al<sup>6</sup> proponen que un microambiente estrogénico en los ovarios podría estimular focos endometrióticos adyacentes o próximos a éste. Estos autores observan mayor número de receptores de progesterona en la estroma del tejido endometriótico de la mujer posmenopáusica que en el tejido endometrial eutópico de la posmenopausa, por lo que bastaría una pequeña cantidad estrogénica local para reactivar la enfermedad.

La administración exógena, tanto de tratamiento hormonal sustitutivo como de tamoxifeno, puede ser inductora de formación de endometriosis en la posmenopausia<sup>7,8</sup>, por lo que no es desde-

ñable pensar en esta patología ante una tumoralización pélvica en menopáusicas con estos antecedentes.

Clínicamente, se puede presentar como sangrado vaginal, dolor abdominal o masa pélvica oligosintomática que, por otro lado, puede ser muy difícil de diferenciar de un proceso maligno<sup>9</sup>, por lo que necesariamente el diagnóstico diferencial se alcanzará tras realizar exéresis quirúrgica.

Un aspecto verdaderamente importante de la endometriosis en esta etapa de la vida, es su asociación con tumores ováricos como el carcinoma endometrioide de células claras<sup>10,11</sup> o incluso, en raros casos, con tumores típicos de jóvenes como el tumor del saco embrionario, por lo que se afianza la actividad quirúrgica<sup>11</sup>.

Entendemos que en estos casos la doble anexectomía está justificada, pero ¿es necesario realizar hysterectomía, aumentando con ello la morbilidad quirúrgica? En los casos revisados, ningún autor, a pesar de practicarla, justifica claramente esta actitud.

Djursing et al<sup>12</sup> presentan un caso en el que realizan sólo anexectomía, practicando a los 2 meses hysterectomía por recidiva de endometriosis.

Por otro lado, Punnonen et al<sup>1</sup> encuentran un 45% de endometrio proliferativo en mujeres menopáusicas con endometriosis, además de 2 casos de carcinoma de endometrio.

Una fuente estrogénica, capaz de reactivar o desarrollar un endometrioma, es a su vez capaz de estimular el tejido endometrial uterino y, por consiguiente, desarrollar eventualmente un adenocarcinoma de endometrio.

Por todo lo anteriormente expuesto, pensamos que ante un diagnóstico intraoperatorio de endometrioma en posmenopáusica, la hysterectomía y la doble anexectomía se deben considerar seriamente, además de un cuidadoso estudio anatomo-patológico de las piezas extraídas.

En definitiva, la endometriosis en la menopausia es una rara entidad, que cuando se presenta se debe tratar de forma radical.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Punnonen R, Klemi PJ, Nikkanen V. Postmenopausal endometriosis. *Europ J Obstet Gynec Reprod Biol.* 1980;11:195-200.
2. Legros R, Fain-Giono J. Paramenopausal and postmenopausal endometriosis. A propos of 2 cases in a serie of 351 with endometriosis. *Rev Fr Gynecol Obstet.* 1973;1:25-33.
3. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N Engl J Med.* 1993; 328:1759-69.
4. Olive DL, Silverberg KM. Endometriosis. En: Cöpeland Gynecología. Médica Panamericana S.A. 1994;25:473.
5. McDonald PC, Edman CD, Hemsell DL, Porter JC, Siiteri PK. Effect of obesity on conversion of plasma androstenedione to estrone in postmenopausal women with endometrial cancer. *Amer J Obstet Gynecol.* 1978;130:448-55.
6. Toki T, Horiuchi A, Li S, Nakayama K, Silverberg SG, Fujii S. Proliferative activity of postmenopausal endometriosis: a histopathologic and immunocystchemical study. *Int J Gynecol Pathol.* 1996;15:45-53.
7. Goodman H, Kredentser D, Deligdisch L. Postmenopausal endometriosis associated with hormone replacement therapy. A case report. *J Reprod Med.* 1989;34:231-3.
8. Le Bouëdec G, Kauffmann JM, Pingeon M, De Latour M, Lemesle J, Dauplat J. Endométriose post-ménopausique développée sous tamoxifène. *Rev Fr Gynécol Obstét.* 1997;86:407-10.
9. Pellicano M, Magri G, Lacchin G. A case of ovarian endometriosis in late post-menopause. *Clin Exp Obst Gyn.* 1994;21:57-8.
10. De Priest PD, Banks ER, Powell DE, Van Nagell JR, Gallion HH, Puls LE, et al. Endometrioid carcinoma of the ovary and endometriosis: the association in postmenopausal women. *Gynecol Oncology.* 1992;47:71-5.
11. Horiuchi A, Osada R, Nakayama K, Toki T, Nikaido T, Fujii S. Ovarian yolk sac tumor with endometrioid carcinoma arising from endometriosis in a postmenopausal women, with special reference to expression of  $\alpha$ -fetoprotein, sex steroid receptors, and p53. *Gynecol Oncology.* 1998;70:295-9.
12. Djursing H, Petersen K, Weberg E. Syntomatic postmenopausal endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1981;60:529.