

A. Fernández-Flores^a
M. Bouso Montero^b
J. Alonso Ortiz^c

Un caso de osificación endometrial

563

Servicios de ^aAnatomía Patológica y ^cGinecología y Obstetricia.
Clínica Ponferrada. León.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital El Bierzo. León.

A case of endometrial ossification

Correspondencia:

Dr. A. Fernández-Flores.

Servicio de Anatomía Patológica. Clínica Ponferrada.

Avda. Galicia, 1.

24400 Ponferrada. León.

Fecha de recepción: 7/2/02

Aceptado para su publicación: 18/6/02

A. Fernández-Flores, M. Bouso Montero, J. Alonso Ortiz. Un caso de osificación endometrial.

RESUMEN

La osificación endometrial es un proceso raro, principalmente asociado con dos situaciones: por un lado, un tumor maligno, fundamentalmente un tumor mülleriano mixto. Por otro, un aborto previo.

La patogenia del proceso de osificación no es del todo bien comprendida. Mientras que para algunos representa una mera inclusión de partes fetales en el estroma endometrial, para otros es el resultado de una metaplasia ósea completa.

Presentamos un caso de osificación endometrial en una mujer de 27 años, secundario a un legrado previo por aborto, ocurrido 7 meses antes.

PALABRAS CLAVE

Osificación endometrial. Metaplasia ósea endometrial.

ABSTRACT

Endometrial ossification is a rare condition mainly associated with two factors: First, a malignant tumor, especially a mixed müllerian tumor. Second, a previous miscarriage.

The pathogeny of the ossification is not totally understood. While, for some, it represents just a mere inclusion of fetal parts in endometrial stroma, it is, for others, the outcome of complete osseous metaplasia.

We present a case of endometrial ossification in a 27-year-old woman, secondary to previous curettage owing to miscarriage, seven months before.

KEY WORDS

Endometrial ossification. Endometrial osseous metaplasia.

564 INTRODUCCIÓN

La osificación endometrial es un proceso raro, asociado con dos tipos de situaciones: en el seno de un tumor maligno, generalmente un tumor mülleriano mixto, o más raramente un carcinoma, o con frecuencia ligada con un aborto previo¹⁻⁴.

Aunque los primeros casos informados se remontan a principios de los años sesenta del siglo pasado⁵, sólo se han publicado en torno a 135 casos, lo que da idea de lo inhabitual del proceso.

En la mayoría de las series sobre sangrado uterino, la metaplasia ósea no figura entre las causas observadas⁶⁻⁸. En las series en las que aparece, la frecuencia es baja; así, en un estudio histeroscópico de 84 pacientes con sangrado anormal uterino llevado a cabo por Neumann y Astudillo, tan sólo un caso correspondió a osificación endometrial confirmada histológicamente (1,3%)⁹.

El proceso por el cual aparece la ectopia ósea en el endometrio no es del todo conocido, y mientras que para algunos representaría una mera inclusión de partes fetales retenidas en el estroma endometrial, para otros es fruto de una auténtica metaplasia ósea. En cualquier caso, su presencia suele ir asociada con un cortejo variado de síntomas que obligan a tener presente el cuadro a la hora de realizar el diagnóstico diferencial.

Presentamos un caso de osificación endometrial en una mujer de 27 años, que comenzó con dolor hipogástrico y entre los antecedentes destacaba un legrado practicado hacía 7 meses por aborto de 8 semanas. Establecido el diagnóstico por ecografía, la paciente fue tratada con éxito mediante dilatación y curetaje.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 27 años de edad que acude al servicio de ginecología y obstetricia por dolor en el hipogastrio y la zona lumbar que se irradia a extremidades inferiores. Sin antecedentes familiares de interés, destaca, entre los personales, un legrado practicado fuera de la Unión Europea hace 7 meses, por aborto de 8 semanas. Se había realizado en dos días consecutivos, sin poder completarse por problemas anestésicos, aparentemente relacionados con hipotensión.

La exploración no reveló hallazgos, y en la ecografía se objetivaba una formación ecorrefringente

abigarrada de bordes irregulares mal definidos, en canal cervical y endometrio (fig. 1). Se interpretó como compatible con restos ovulares antiguos retenidos. Además, el ovario derecho demostraba una formación quística de 5,7 cm de diámetro mayor, compatible con quiste funcional. Tras el estudio preoperatorio se procedió a la dilatación y legrado endometrial, con estudio anatomopatológico del material obtenido. Se dejó sonda de Foley permeando canal cervical.

En la anatomía patológica se recibieron múltiples fragmentos irregulares, rojizos, el mayor de 1,2 cm de diámetro, que ocupaban en conjunto 4 ml y que se incluyeron en su totalidad. Alguno de los fragmentos evidenciaba consistencia ósea. El estudio histopatológico demuestra la presencia de restos endometriales con patrón arquitectural en descamación. En ellos destacan áreas de osificación del estroma, con hueso laminado esponjoso y médula ósea adiposa sin evidencia de hematopoyesis (fig. 2). El estroma adyacente a dichos focos aparece fibrosado, con zonas que recuerdan al tejido de granulación. No se observa respuesta gigantomielocelular de cuerpo extraño frente a las espículas óseas. La paciente evolucionó de forma favorable, con controles ecográficos normales un mes después de la intervención, sin evidencia de calcificaciones residuales. Cinco meses después de la intervención, acudió de nuevo a consulta, confirmándose una gestación intraútero de 5 semanas de amenorrea.

DISCUSIÓN

Este caso es útil para recordar que la osificación endometrial, a pesar de ser un proceso infrecuente, debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de los cuerpos extraños intrauterinos observados con ecografía, principalmente en mujeres de edad fértil, aunque también se han informado casos en pacientes posmenopáusicas¹⁰. La forma de presentación clínica puede ser inespecífica, con sangrado anormal vaginal, dismenorrea, infertilidad¹¹⁻¹⁴, dolor pélvico¹⁵ (como en nuestro caso), o en raras ocasiones, descarga espontánea de restos óseos¹⁶.

Dos son los mecanismos patogénicos principales propuestos en la aparición de osificación endometrial relacionada con abortos previos. Para algunos grupos, se trata de la mera retención de partes fetales que

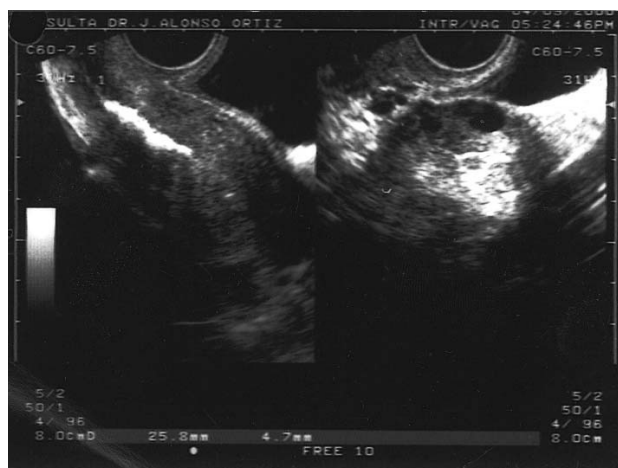


Figura 1. Imagen ecográfica de los restos abigarrados ocupando cavidad endometrial y endocérnix.

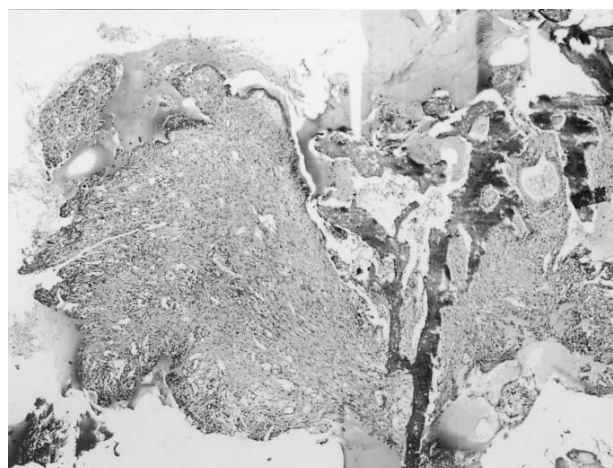


Figura 2. Transición entre el estroma endometrial fibrosado y áreas de osificación en el centro de la imagen (hematoxilina-eosina 40).

aparecerían englobadas por el estroma endometrial¹⁷. Para otros, se trataría de un verdadero mecanismo de metaplasia ósea, con neoformación de hueso¹⁵, en relación con el proceso reparativo posterior al legrado¹⁸, o bien con la endometritis crónica asociada al mismo¹⁹. Sea cual sea el modo de formación, el hueso evidenciado es siempre bien diferenciado, en oposición al osteoide, producido por los sarcomas o los tumores müllerianos mixtos malignos heterólogos. Ha de recordarse, no obstante, que algunos carcinomas endometriales, por lo demás comunes, pueden asociarse a focos de metaplasia ósea con buena diferenciación, debiéndose valorar en estos casos la malignidad del componente epitelial²⁰.

Por lo que respecta al tratamiento, el legrado tras dilatación suele ser exitoso en la extracción de los fragmentos óseos. En la última década se ha impuesto la resección controlada por histeroscopia^{11,12,21,22}, que evidencia diversas ventajas. Puede realizarse un diagnóstico endoscópico con un alto índice de precisión⁹, se logra la evacuación de partículas óseas que pudieran escapar al curetaje co-

mún²¹ y se reduce el riesgo de sinequias posquirúrgicas. En caso de osificación asociada a infertilidad, la histeroscopia puede complementarse con una exploración laparoscópica que descarte causas adyuvantes¹¹.

Aunque el tratamiento suele ser mayoritariamente exitoso, con el que se consiguen embarazos ulteriores sin dificultad^{15,16}, existen casos rebeldes, con persistencia de la osificación y la sintomatología, bien después de resección por histeroscopia⁶, bien tras legrado común. A tal respecto, la ecografía es un instrumento de gran utilidad en el seguimiento posquirúrgico de las pacientes, debiendo resaltar que la persistencia de mínimas calcificaciones en el examen ecográfico no parece ser impedimento para lograr gestaciones a término²³.

AGRADECIMIENTO

Queremos expresar nuestro agradecimiento a Paula Yau, por el mecanografiado del texto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silberberg SG, Kurman RJ. Tumors of the uterine corpus and gestational trophoblastic disease. In: Rosai J, editor. Atlas of tumor pathology. Third series. Fascicle 3. Bethesda: Armed Forces Institute of Pathology, 1992; p. 191-218.
2. Bolaji II, Saridogan E, Hasan N, Baithum S, Djahanbakhch O. Prolonged retention of fetal bones with osseous metaplasia of the endometrium. *Int J Gynaecol Obstet* 1995;50:65-6.
3. Melius FA, Julian TM, Nagel TC. Prolonged retention of intrauterine bones. *Obstet Gynecol* 1991;78:919-21.
4. Tyagi SP, Saxena K, Rizvi R, Langley FA. Foetal remnants in the uterus and their relation to other uterine heterotopia. *Histopathology* 1979;3:339-45.
5. Ganem KJ, Parsons L, Friedell GH. Endometrial ossification. *Am J Obstet Gynecol* 1962;83:1592-4.
6. Moghal N. Diagnostic value of endometrial curettage in abnormal uterine bleeding - A histopathological study. *J Pak Med Assoc* 1997;47:295-9.
7. Chittacharoen A, Theppisai U, Linasmita V, Manonai J. Sonohysterography in the diagnosis of abnormal uterine bleeding. *J Obstet Gynaecol Res* 2000;26:277-81.
8. Mencaglia L, Perino A, Hamou J. Hysteroscopy in perimenopausal and postmenopausal women with abnormal uterine bleeding. *J Reprod Med* 1987;32:577-82.
9. Neumann T, Astudillo J. Estudio histeroscópico en pacientes con sangrado uterino anormal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1994;59:349-53.
10. Shimizu M, Nakayama M. Endometrial ossification in a postmenopausal woman. *J Clin Pathol* 1997;50:171-2.
11. García León F, Kably Ambe A. Metaplasia ósea del endometrio como causa de infertilidad. Aproximación histeroscópica. *Ginecol Obstet Mex* 1999;67:37-41.
12. Marcus SF, Bhattacharya J, Williams G, Brinsden P, Hamon J. Endometrial ossification: a cause of secondary infertility. Report of two cases. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:1381-3.
13. Ombelet W. Endometrial ossification, an unusual finding in an infertility clinic. A case report. *J Reprod Med* 1989;34:303-6.
14. Dutt S. Endometrial ossification associated with secondary infertility. *Br J Obstet Gynaecol* 1978;85:787-9.
15. Torne A, Jou P, Pagano R, Sánchez I, Ordi J, Vanrell JA. Endometrial ossification successfully treated by hysteroscopic resection. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996;66:75-7.
16. Taylor PJ, Hamou J, Mencaglia L. Hysteroscopic detection of heterotopic intrauterine bone formation. *J Reprod Med* 1988;33:337-9.
17. Verstraete JP, Adnet JJ, Wahl P. Osteogenic metaplasia or residual embryonic endometrial ossification? *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1984;13:425-31.
18. Hsu C. Endometrial ossification. *Br J Obstet Gynaecol* 1975;82:836-9.
19. Ejeckam GC, Hasleb F, Ahamad R, Azadeh B. Endometrial ossification. *Trop Geogr Med* 1991;43:314-6.
20. Nogales FF, Gómez-Morales M, Raymundo C, Aguilar D. Benign heterologous tissue components associated with endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Pathol* 1982;1:286-91.
21. Acharya U, Pinion SB, Parkin DE, Hamilton MP. Osseous metaplasia of the endometrium treated by hysteroscopic resection. *Br J Obstet Gynaecol* 1993;100:391-2.
22. Pace S, Torcia F, Palazzetti PL, Piazze JJ, Cipriano L, Pachi A. Successful diagnostic and surgical hysteroscopy for endometrial ossification. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2001;28:24-5.
23. Rodríguez BD, Adamson GD. Hysteroscopic treatment of ectopic intrauterine bone. A case report. *J Reprod Med* 1993;38:515-20.