

N. Medina-Ramos
I. Eguiluz
W. Plasencia-Acevedo
A. Martín-Martínez
F. Cabrera-Morales
M.A. Barber-Marrero

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. Gran Canaria. España.

Correspondencia:

Dr. M.A. Barber Marrero.
Lope de Vega, 9, 1.º. 35005. Las Palmas de Gran Canaria.
Gran Canaria. España.
Correo electrónico: mabarber@telefonica.net

Fecha de recepción: 10/11/04

Aceptado para su publicación: 11/11/05

Dispareunia y coitorragia como manifestaciones de un foco de endometriosis vaginal

89

Dyspareunia and bleeding during intercourse as manifestations of vaginal endometriosis

RESUMEN

Dentro de los cuadros de endometriosis, la localización vaginal es poco frecuente. Las manifestaciones clínicas típicas son: dispareunia y dificultad para las relaciones sexuales, y pueden aparecer diferentes grados de dismenorrea. Es fundamental determinar el grado de extensión de las lesiones vaginales y su localización exacta para la exéresis.

PALABRAS CLAVE

Endometriosis. Endometriosis vaginal. Dispareunia. Coitorragia. Dismenorrea.

ABSTRACT

Vaginal localization of endometriosis is infrequent. Typical clinical manifestations are dyspareunia and difficulty with intercourse. Varying degrees of dysmenorrhea may also be present. The extension

of vaginal lesions and their precise localization are essential for their exeresis.

KEY WORDS

Endometriosis. Vaginal endometriosis. Dyspareunia. Bleeding intercourse. Dysmenorrhea.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad crónica que se produce por la localización de tejido endometrial funcionando fuera de la cavidad uterina¹. Su primera descripción histopatológica la realizó Rokitansky en 1860, aunque la denominación de endometriosis como tal la realizó posteriormente Sampson en 1921¹. La frecuencia se estima en aproximadamente el 2% de la población general. Sus localizaciones más típicas son: ovarios, ligamentos anchos, ligamentos uterosacros y tabique rectovaginal¹. Otras más infrecuentes son: vesícula, recto-sigma, vagina y ombligo, y otras localizaciones extrapelvianas más raras son:

90 pleura, pulmón, extremidades, cicatrices abdominales y región perianal, especialmente en la cicatriz de episiotomía.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 29 años de edad con historia de larga evolución de dispareunia no filiada que comienza con episodios de hemorragia genital vinculada con las relaciones sexuales. La paciente no presentaba antecedentes personales, familiares ni ginecológicos de interés. Asimismo no refería intervenciones quirúrgicas previas, transfusiones o alergias medicamentosas.

Había consultado diversas veces de forma urgente por dicho motivo. Acudió a la consulta refiriendo coitorragia de varios meses de evolución, así como dispareunia preexistente al inicio de la hemorragia. A la visión especular se objetivan diferentes implantes endometriósicos en el fondo del saco vaginal (figs. 1-3). La exploración es en extremo dolorosa, pero sin objetivarse masas pelvianas. Con un cérvix de nulípara, ausencia de dolor a la movilización cervical, útero en anteversoflexión (AVF) y unos anejos de tamaño normal. En el mismo acto se realizó un estudio ultrasonográfico por vía vaginal, y se visualiza un útero en AVF regular de tamaño y morfología normales. Ambos anejos, en cuanto a localización, ecoestructura y tamaño, se encuentran dentro de la normalidad. El fondo del saco de Douglas está libre. Posteriormente, se procedió a la punción de estas lesiones con la intención de conseguir la confirmación histopatológica de endometriosis vaginal, corroborada luego.

DISCUSIÓN

La localización vaginal de la endometriosis es excepcional; hay 2 formas distintas de presentación: una se encuentra en mujeres sin antecedentes de cirugía ginecológica previa (endometriosis vaginal primaria), y la otra se desarrolla después de cirugía vaginal, por implantes de la caduca^{1,2}. La gran mayoría de los casos de endometriosis vaginal aparecen tras cirugía ginecológica vaginal previa; se produce el implante endometriósico en la cicatriz anterior³. En publicaciones actuales hay casos des-

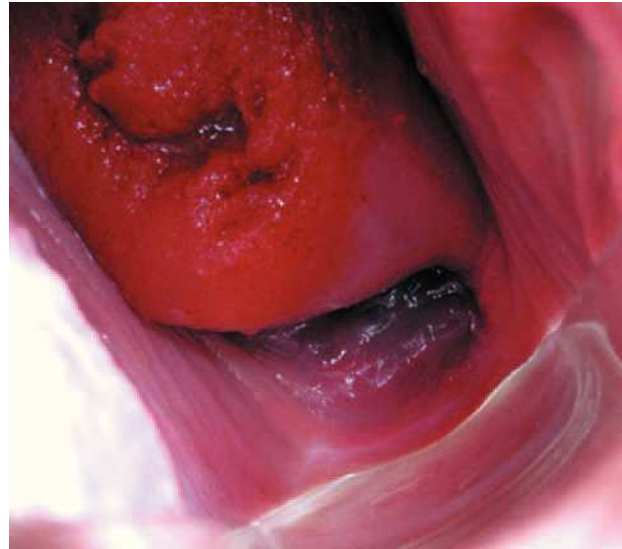


Figura 1. Foco de endometriosis vaginal. Visión especular.

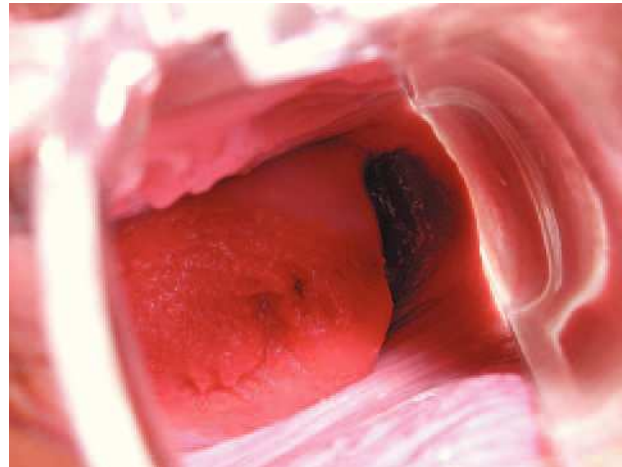


Figura 2. Foco de endometriosis vaginal. Visión especular.

critos de aparición de focos endometriósicos en la vagina y en la cicatriz de episiotomía de forma concomitante, tras varios años del parto⁴. La endometriosis perineal es otra forma infrecuente de endometriosis extrapelviana. El mecanismo patogénico estaría relacionado con el trasplante autólogo de células endometriales durante el parto (desgarro perineal, episiotomía o legrado posparto), durante intervenciones previas (perineorrafia, exéresis de la glándula de Bartolino) o por traumatismos. El comienzo de los síntomas puede ocurrir varios años



Figura 3. Foco de endometriosis vaginal. Visión especular.

después del parto y se presenta entonces como una tumefacción mal delimitada, indurada y sensible, que aumenta de volumen durante la menstruación⁵. En contados casos, la endometriosis vaginal aparece como una localización primaria, sin antecedentes quirúrgicos en la vagina, si bien representa menos del 5% del total de casos de endometriosis primaria^{6,7}. Clínicamente se manifiesta con cuadros de dispareunia y coitorragia⁸. En casos asociados a endometriosis pelviana, puede presentar síntomas característicos de la enfermedad, con dismenorrea y esterilidad. Un dato frecuente en las pacientes afectadas de endometriosis vaginal es la dificultad para mantener relaciones sexuales con normalidad, y es uno de los principales motivos de consulta en las pacientes con esta enfermedad⁹. La metrorragia en pacientes con histerectomía previa puede ser otra manifestación de endometriosis vaginal, al respecto hay casos descritos en las publicaciones actuales, aunque también es relativamente extraña¹⁰. El diagnóstico se simplifica mucho si la paciente ya está diagnosticada previamente de endometriosis en otras localizaciones; en la endometriosis vaginal primaria, el diagnóstico se realiza normalmente en la exploración clínica; normalmente son pacientes con historia de dispareunia y en algunos casos con coitorragia acompañante. La confirmación se realiza por el estudio histopatológico, que siempre es necesario¹¹. La evolución de la endometriosis vaginal es variable y normalmente impredecible; cursa frecuentemente de forma desfavorable, con aumento

de la clínica y con extensión de las lesiones. No obstante, el riesgo de degeneración maligna de estas lesiones es muy bajo; aparece aproximadamente en el 1% de la totalidad de los casos¹². Esta posibilidad de progresión, en que pueden aparecer lesiones más extensas con importante afectación vaginal que puedan comprometer la función sexual⁹, es lo que hace importante el diagnóstico precoz. Entre las técnicas diagnósticas utilizadas para la endometriosis se encuentran: la ecografía transvaginal, la resonancia magnética (RM) y la tomografía computarizada (TC); la ecografía transvaginal es la técnica de elección para la endometriosis pelviana, la RM se utiliza para las lesiones endometriósicas extrapelvianas y extragenitales¹³. En el caso de la endometriosis vaginal la sospecha es clínica y el diagnóstico se confirma en la exploración clínica¹⁴. La ecografía transvaginal es una técnica muy sensible para endometriosis genital, intestinal e incluso vesical, pero es menos sensible para endometriosis de los ligamentos útero-sacros, la vagina y el tabique rectovaginal¹⁴.

La exéresis quirúrgica es el tratamiento de elección, y entraña cierta dificultad por la proximidad del recto, así como por la necesidad de una exéresis completa, único medio de evitar las recidivas¹⁵. Es fundamental conocer bien la localización de las lesiones, así como su extensión dentro de la vagina¹⁶, para poder así planear con mayor precisión su abordaje quirúrgico¹⁵. El tratamiento médico de la endometriosis vaginal es de primera elección en pacientes jóvenes, aunque inicialmente es menos efectivo; el tratamiento quirúrgico en estas pacientes se reserva para casos que no sean susceptibles de tratamiento con análogos¹⁷. La histerectomía con ooforectomía se ha propuesto en pacientes con endometriosis que no desean gestación¹⁴. Como hemos comentado, se debe realizar una valoración minuciosa de las características de las lesiones vaginales, con el fin de mejorar el resultado de la cirugía y evitar las potenciales complicaciones de la cirugía de la endometriosis vaginal^{18,19}; se han descrito lesiones vesicales, rectales e incluso casos de rotura uterina al liberar endometriosis del tabique rectovaginal²⁰. La tasa de recidivas está en función de la infiltración y el tratamiento empleado, con la resección del tejido. Se ha descrito la asociación de esta entidad con adenocarcinoma de células claras y adenosarcoma endometriode, lo que apoya la escisión del tejido

92 frente al tratamiento médico. Se describe un caso de sarcoma estromal endometrial que se originó en el tabique rectovaginal¹².

CONCLUSIONES

La endometriosis extrapelviana, que afecta a cerviz uterino, vagina, vulva y periné, es un grupo de diferentes entidades muy poco frecuente, pero de-

bemos pensar en ellas, ya que se han descrito lesiones endometriósicas en casi todos los órganos de la economía. La ecografía, la tomografía computarizada, la resonancia magnética y la punción-aspiración con aguja fina permiten realizar el diagnóstico de sospecha, pero el diagnóstico de certeza se establece con el estudio histológico tras la exéresis de las lesiones. El tratamiento es básicamente quirúrgico. Se han descrito casos de progresión de la enfermedad, así como de degeneración maligna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calderay M, González JM, Sánchez C, Lázaro J, Cid MJ, Camarasa N, et al. Endometriosis extragenital y extrapelviana. *Prog Obstet Ginecol.* 2003;12(46):548-51.
2. Tran DK, Leroy JL, Dufarestel T, Nguyen BM. Endometriosis externa. *Encycl Med Chir (Paris-France) Gynecologie.* 1996;150(A-10):14.
3. Lefranc JP, Tranbaloc P, Barraso R, Terrier L. Tumores de la vagina y lesiones relacionadas. *Encycl Med Chir (Paris-France) Gynecologie.* 1991;530(A-10):8.
4. Diaz G, Nino A, Castillo M. Endometriosis in the episiotomy scar and vagina. Report of a case and review of the literature. *Ginecol Obstet Mex.* 2002;70:281-4.
5. Bacher H, Schweiger W, Cerwenka H, Mischinger HJ. Use of anal endosonography in diagnosis of endometriosis of the external anal sphincter. Report of a case. *Dis Colon Rectum.* 1999;42:680-2.
6. Martín A, Plasencia W, García R, Medina N, García JA. Tratamiento laparoscópico de la endometriosis vesical. *Prog Obstet Ginecol.* 2003;09(46):403-6.
7. García JI. Vesicle endometriosis after cesarean section: diagnostic and therapeutic aspects. *Actas Urol Esp.* 1997;21:785-8.
8. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, Vieirra M, Dousset B, Breat G. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril.* 2002;78:719.
9. Viscomi F, Aldrighi JM. Endometriosis of the recto-vaginal septum. *Rev Assoc Med Bras.* 2002;48(3):201.
10. Kuhlmann M, Schindler AE. Vaginal hemorrhage after hysterectomy. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1995;55(4):231-2.
11. Kavallaris A, Kohler C, Kuhne-Heid R, Schneider A. Histopathological extent of rectal invasion by rectovaginal endometriosis. *Hum Reprod.* 2003;18(6):1323-7.
12. Raffaelli R, Piazzola E, Zanconato G, Fedele L. A rare case of extrauterine adenocarcinoma arising in endometriosis of the rectovaginal septum. *Fertil Steril.* 2004;81(4):1142-4.
13. Umariya N, Olliff JF. MRI appearances of bladder endometriosis. *Br J Radiol.* 2000;73:733-6.
14. Abrao MS, Neme RM, Averbach M. Rectovaginal septum endometriosis: a disease with specific diagnosis and treatment. *Arq Gastroenterol.* 2003;40(3):192-7.
15. Viscomi F. Vaginal endometriosis. How to do a surgical approach. *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49(4):355-6.
16. Jakiel G, Przytula-Pilat M, Andrzejewski A, Mroczkowski A. Two years experience of laparoscopic management of the deep posterior vaginal endometriosis [abstract]. *Ginekol Pol.* 2001;72(5):341-6.
17. Koh CH, Janik GM. The surgical management of deep rectovaginal endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2002;14(4):357-64.
18. Nezhat C, Pennington E, Nezhat F, Silfen SL. Laparoscopically assisted anterior rectal wall resection and reanastomosis for deeply infiltrating endometriosis. *Surg Laparosc Endosc.* 1991;1(2):106-8.
19. Possover M, Diebolder H, Plaul K, Schneider A. Laparoscopically assisted vaginal resection of rectovaginal endometriosis. *Obstet Gynecol.* 2000;96(2):304-7.
20. Van De Putte I, Campo R, Gordts S, Brosens I. Uterine rupture following laparoscopic resection of rectovaginal endometriosis: a new risk factor? *Br J Obstet Gynaecol.* 1999;106(6):608-9.