



## clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



### CASO CLÍNICO

## Endometriosis cervical. Presentación de un caso

M. Gutiérrez-Machado<sup>a</sup>, J.A. Suárez-González<sup>a,\*</sup>,  
I. Rodríguez-Santos<sup>b</sup> y M. Hurtado-Veitía<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Ginecoobstétrico Mariana Grajales, Santa Clara, Villa Clara, Cuba*

<sup>b</sup> *Anatomía Patológica, Hospital Universitario Ginecoobstétrico Mariana Grajales, Santa Clara, Villa Clara, Cuba*

Recibido el 25 de mayo de 2011; aceptado el 26 de septiembre de 2011

Disponible en Internet el 23 de enero de 2012

#### PALABRAS CLAVE

Endometriosis cérvix;  
Biopsia por  
ponchamiento de  
cuello uterino;  
Diagnóstico

#### KEYWORDS

Endometriosis cervix;  
Directed biopsy of  
the uterine neck;  
Diagnostic

**Resumen** Se presenta el caso de una endometriosis cervical en una paciente de 33 años de edad, cuyo diagnóstico se realiza mediante la colposcopia y el estudio anatomopatológico de la biopsia de cuello dirigida, atendida en la consulta de patología del tracto genital inferior del Hospital Materno Provincial Mariana Grajales de Santa Clara, Villa Clara. La paciente fue tributaria de conización de cuello por asa diatérmica donde se arribó a esta conclusión diagnóstica con una evolución satisfactoria.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### Cervical Endometriosis. A case report

**Abstract** We report a case of cervical endometriosis in a 33-year-old patient who was diagnosed by means of colposcopy and histopathological study of directed neck biopsy and who was attended in the lower genital tract clinic of the Mariana Grajales de Santa Clara Provincial Maternity Hospital, in Villa Clara. The patient underwent diathermy loop conization of the uterine neck, which gave the diagnosis of cervical endometriosis. Outcome was satisfactory.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

### Introducción

En la endometriosis cervical aparecen lesiones que presentan glándulas y estroma endometriales ectópicos, que responden a las hormonas ováricas, igual que el endometrio. Los extendidos muestran sangre fresca y vieja, macrófagos con hemosiderina y células endometriales, glandulares y del estroma<sup>1,2</sup>

En los últimos años se ha producido un incremento diagnóstico, que llega al 2,5% en algunas series<sup>3</sup>, debido al aumento de las tomas de endocérnix y a las nuevas tomas de cepillado endocervical. Es importante conocer que en estos cepillados, sobre todo con Cytobrush<sup>3</sup>, se observan fragmentos con pseudoestratificación y protusión de los núcleos, pleomorfismo, hiper cromasia y amontonamiento y cromatina en sal y pimienta, que recuerdan al adenocarcinoma de endocérnix.

La definición de endometriosis es histológica y consiste en identificar el crecimiento y evolución de glándulas y estroma endometrial fuera de su sitio habitual. Suele acompañarse de hemorragia, inflamación y fibrosis dependientes del grado

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [jasuarez@hmmg.vcl.sld.cu](mailto:jasuarez@hmmg.vcl.sld.cu)  
(J.A. Suárez-González), [chmb@hped.vcl.sld.cu](mailto:chmb@hped.vcl.sld.cu) (M. Hurtado-Veitía).

de actividad. Tiene tres modalidades anatomopatológicas extrauterinas: peritoneal, ovárica y profunda<sup>1,2</sup>.

Para el clínico actual, se trata de una enfermedad inflamatoria crónica, estrógeno-dependiente, con manifestaciones cíclicas dolorosas, que dependen del sitio donde se localice<sup>3</sup>.

Hace poco se reportó que el estroma endometriótico tiene numerosas terminaciones nerviosas, la mayor parte amielínicas, adyacentes al epitelio endometrial, que cíclicamente son estimuladas por la gran cantidad de prostaglandina E2 liberada por las células inflamatorias. Ambos elementos son los responsables del dolor nociceptivo crónico y agudo que suele caracterizar a esta enfermedad<sup>3,4</sup>.

La Sociedad Internacional de Patología Ginecológica clasifica la endometriosis cervical en superficial y profunda<sup>5,6</sup>. Debido al desarrollo y expansión de las clínicas de colposcopia, la incidencia de endometriosis cervical superficial es de 0,1 a 2,4%<sup>7</sup>.

Los rasgos citológicos se confirman con depósitos en el estroma bajo la zona de transición.

Se presenta un caso clínico de endometriosis cervical y se insiste que sus manifestaciones clínico-patológicas y de colposcopia permitieron arribar al diagnóstico positivo de esta entidad.

## Cuadro clínico

Paciente MHM, de 33 años, con historia clínica 1132, color de la piel blanca, y una historia ginecológica de la menarquia a los 14 años con las primeras relaciones sexuales a los 16 años, refiriendo 7 parejas sexuales, no hábitos tóxicos, acude a consulta refiriendo sangramiento poscoital, dolor en bajo vientre y prurito en ocasiones.

Tiene antecedentes obstétricos de 10 gestaciones con un parto anterior eutócico y nueve abortos provocados.

Niega leucorrea.

En el examen físico se constata un cuello enrojecido con algunas áreas que sangran espontáneamente, por lo que se decide realizar examen colposcópico, donde al aplicar solución salina no se observaron imágenes de anomalías vasculares importantes a señalar, al aplicar ácido acético al 5% sobre el cérvix se observó la aparición en pocos segundos de dos imágenes en la periferia de la zona de transformación acetoblancoas densas sobreelevadas sobre la base de la mucosa de bordes irregulares, localizadas en labio anterior y posterior (fig. 1), al aplicar solución de lugol para realizar el test de Schiller (fig. 2) observamos una reacción negativa al yodo con bordes cortantes como en golpe de hacha, muy bien delimitados, siendo esta colposcopia por las características descritas sugestiva de una lesión de alto grado. Se decide realizar biopsia por ponchamiento para corroborar posible diagnóstico colposcópico.

El resultado de la biopsia de cuello 11/B- 771 describe macroscópicamente tres fragmentos de tejido de 1 mm y microscópicamente una displasia leve del epitelio cervical (NIC I) y una endocervicitis crónica.

Citología orgánica y estudio de canal endocervical negativos y una colposcopia de alto grado, por lo que se plantea una disociación cito-colpo-histológica decidiéndose realizar tratamiento escisional conservador (conización de cuello por radiocirugía).

El informe anatomopatológico de la conización por ASA describe una endometriosis cervical B(11-B-1179).

## Conclusiones

Endometriosis cervical.

## Discusión

La impresión diagnóstica de endometriosis cervical se sospechó por los hallazgos clínicos referidos, que fueron similares a los recientemente publicados por Iwase et al y Yokota et al; estos últimos investigadores solo encontraron seis casos reportados en la bibliografía, con un perfil epidemiológico e histopatológico como los aquí descritos<sup>8,9</sup>.

Estas manifestaciones clínico-patológicas fueron totalmente diferentes de las reportadas en las publicaciones de endometriosis cervical superficial<sup>6,7,10,11</sup>, que son lesiones o implantes mucosos inofensivos y generalmente asintomáticos, secundarios a traumatismo cervical: partos, biopsias o electro fulguraciones<sup>10</sup>.

Respecto al tratamiento hemostático de la endometriosis cervical, se describe la embolización de las arterias uterinas y, según las dimensiones de la lesión endometriótica y la paridad, se reseca la lesión con el asa de diatermia tal y como se refiere en dos de los siete casos reportados en la bibliografía<sup>9,12,13</sup>.

En este caso se realizó conización con asa diatérmica y la paciente evolucionó de forma satisfactoria, observándose a las doce semanas de postoperatorio un cuello completamente repitelizado, con una ZT normal y desaparición de los síntomas que motivaron la consulta inicial.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Drey M, et al. The 2001 Bethesda System. Terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*. 2002;287:2114-9.
- Benagiano G. History of adenomiosis. *Best Practice and Research. Clin Obstet Gynecol*. 2006;20:449-63.
- Fritel X. Endometriosis anatomoclinical entities. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2007;36:113-8.
- Bulun ES. Mechanisms of disease endometriosis. *N England J Med*. 2009;360:268-70.
- Wang G, Tokushige N, Markham R, Fraser IS. Rich innervations of deep infiltrating endometriosis. *Hum Reprod*. 2009;24:827-34.
- Ata B, Ates U, Taner U, Attar E. Cervical endometriosis, a case presenting with intractable spotting. *Med Gen Med*. 2005;7:64.
- Baker PM, Clement PB, Bell DA. Superficial endometriosis of the uterine cervix: a report of 20 cases of a process that may be confused with endocervical glandular dysplasia or adenocarcinoma in situ. *Int J Gynecol Pathol*. 1999;18:198-205.
- Clement BP. The Pathology of endometriosis. A survey of the many faces of a common disease emphasizing diagnostic pitfalls and unusual and newly appreciated aspects. *Adv Anat Pathol*. 2007;14:241-60.
- Iwase A, Goto M, Kurotsuchi SH, Harata T. Successful management of massive hemorrhage due to rupture of cystic cervical

- endometriosis by a loop electrosurgical excision procedure. *Fertil Steril*. 2008;89.
10. Yokota N, Yoshida H, Sakakibara H, Inayama Y, Hirahara F. A severe vaginal hemorrhage caused by cervical endometriosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2008.
  11. Ismail SM. Cone biopsy causes cervical endometriosis and tuboendometrioid metaplasia. *Histopathology*. 1991;18: 107-14.
  12. Asher MS. Nabothian cysts. In: Hricak H, editor. *Diagnostic imaging: Gynecology*. Secc. 3. New York: Elsevier Science; 1984. p. 60.
  13. Olivas Mendoza G, Miranda Castañón FJ, Hernández M, Olivas Maguregui SC, Mata Orozco VM. Endometriosis cervical profunda causante de sangrado transvaginal profuso. Presentación de un caso clínico y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex*. 2009;77:518-22.