

Endometriosis del peritoneo parietal

Parietal peritoneum endometriosis

Mijaíl Pérez Pupo¹ <https://orcid.org/0000-0002-7247-6601>

Jorge Carlos Palomino del Llano² <https://orcid.org/0000-0002-9357-1309>

Virginia Isel Rodríguez Salazar³ <https://orcid.org/0009-0002-0803-6000>

Yannary González Escobar¹ <https://orcid.org/0000-0003-0065-6803>

Edilberto Escobar Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0002-0925-298X>

Litzán Fidel Escalona Velázquez¹ <https://orcid.org/0009-0003-2199-8201>

Arley Fajardo Ochoa^{4*} <https://orcid.org/0000-0002-0415-0925>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Hospital Pediátrico Docente “Mártires de Las Tunas”. Las Tunas. Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Juan Bruno Zayas Alfonso”. Santiago de Cuba, Cuba

³Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Hospital Pediátrico Docente “Borrás – Marfán”. La Habana, Cuba.

⁴Universidad de Ciencias médicas de La Habana. Facultad Miguel Enriquez. Hospital Pediátrico de San Miguel del Padrón. La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia: arleyfajardo720825@gmail.com

RESUMEN

Se presenta un caso clínico de una paciente femenina de 15 años de edad, de procedencia urbana, raza mestiza. En la cual se refiere el antecedente de ser portadora de sicklemia. La paciente había sido ingresada en la sala de gastroenterología por presentar dolor abdominal muy intenso en fosa ilíaca derecha durante los últimos 3 años, que se aliviaba con el reposo y con analgésicos potentes, lo cual en varias ocasiones le llevo a acudir a los servicios

de urgencia de la ciudad. Los estudios fueron realizados, incluyendo una laparoscopia diagnóstica y confirmaron el diagnóstico de endometriosis del peritoneo parietal. Fue intervenida laparoscópicamente mediante cauterización. En seguimiento por consultas posteriores solo refirió ligero dolor en hipogastrio que coincidía con los ciclos menstruales que no le permitían llevar una vida normal, sin interferir en sus actividades diarias.

Palabras clave: peritoneo parietal; endometriosis

ABSTRACT

A clinical case of a 15 years old, female patient, coming from urban areas, with a previous history of being a sickle cell gene carrier, who was admitted in the gastroenterology ward presenting a very intense abdominal pain over the right lower quadrant for the last 3 years, motivating several visits to the emergency services of the city. The pain used to improve with rest and strong pain killers. Investigations were made and an abdominal laparoscopy was performed, a parietal peritoneum endometriosis was diagnosed and laparoscopically treated, using cauterization. In the follow up clinics, only a mild pain over the hypogastrium was referred, coinciding with her regular periods, which allowed her to have a normal life with no interference on her daily activities.

Keywords: Parietal peritoneum; endometriosis

Recibido: 05/09/2024

Aceptado: 15/10/2024

Introducción

El peritoneo es la membrana que recubre las paredes de la cavidad abdominal (peritoneo parietal) y la superficie de las vísceras (peritoneo visceral). El peritoneo parietal es un tejido pluripotencial que puede sufrir la implantación de focos de tejido endometrial ya que cubre a la mayor parte de los órganos de la cavidad. Así ocurre en la endometriosis peritoneal, enfermedad en la que aparecen implantes

de endometrio en el peritoneo parietal, que se caracteriza por la presencia de dolor abdominal recurrente, que tiene una relación temporal con el ciclo menstrual.⁽¹⁾

Se trata de una enfermedad inflamatoria benigna, de curso crónico, que afecta fundamentalmente a mujeres jóvenes en edad reproductiva. Se caracteriza por la presencia de glándulas y estroma endometrial ectópico, usualmente acompañados de fibrosis. Es una afección relativamente común y potencialmente debilitante, y uno de los trastornos ginecológicos de manejo más complejo, dada su asociación con dolor pélvico e infertilidad, su comienzo insidioso y su naturaleza progresiva.

La primera descripción de esta enfermedad fue dada por Russell en 1888, quien publicó un caso de “endometriode” del ovario con invasión extraovárica. En su trabajo original Russell atribuyó la presencia de tejido endometrial en el ovario a inclusiones de restos müllerianos y esta teoría encontró decidido apoyo en los trabajos de Janney en 1922, y de Blair en 1923. En 1921, Sampson emitió su teoría de la implantación y en 1925 este mismo autor demostró la posibilidad de la invasión por embolia y contigüidad.⁽⁴⁾ La gran mayoría de estudios mencionan que la edad promedio en pacientes adolescentes con endometriosis es de 15.9 años, y que sólo hay algunos casos raros donde se documenta endometriosis en mujeres premenarcas.⁽³⁾

Los sitios de implantación más frecuentes se encuentran dentro de la cavidad pélvica. Se considera que los ovarios son las estructuras donde más se encuentra dicha afección.⁽²⁾

La etiología de la endometriosis no está bien definida. Se notifica una predisposición genética alta entre hermanas, así como el posible efecto de toxinas del ambiente, factores hormonales y alteraciones inmunológicas en su patogenia.⁽⁴⁾ La presencia de dismenorrea se ha relacionado con la presencia de endometriosis, pero no existe evidencia consistente que fundamente el riesgo de endometriosis con la presencia de ciclos menstruales irregulares.

El estándar de oro para el diagnóstico de endometriosis es la visualización directa por laparoscopia o laparotomía, con toma de biopsia y confirmación por examen histológico, ya que el diagnóstico puede ser errado hasta en una de cada cinco

pacientes. Se recomienda la toma de biopsia en las lesiones atípicas para confirmar el diagnóstico.⁽¹⁰⁾

Según los estudios consultados, esta condición no es muy frecuente en la edad pediátrica.

Presentación del caso

Se recibió una paciente de 15 años de edad, de procedencia urbana, raza mestiza, nacida de un parto distócico por cesárea a las 32 semanas, con peso de 5 libras y Apgar 9/9. La paciente presentó durante tres años dolor abdominal en fosa ilíaca derecha que se aliviaba con el reposo o con analgésicos. Estos episodios dolorosos se presentaban con frecuencia, por lo que requirió en numerosas ocasiones tratamiento con analgésicos. Ante la persistencia y recurrencia del dolor, se ingresa para mejor estudio.

A la exploración física presentaba abdomen plano, blando, depresible que sigue los movimientos respiratorios, con ruidos hidroaéreos normales, sin visceromegalia ni masas tumorales palpables. Resultó positivo la presencia de dolor a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha e hipogastrio.

Los estudios de laboratorio mostraron un hematocrito del 0.42 %, leucocitos $9.6 \times 10^9/l$, conteo diferencial: polimorfonucleares 63 %, linfocitos 37 %, eosinófilos 0.2 %, eritosedimentación de 11 mm/h. En la lámina periférica se informó la presencia de normocromía, normocitosis, leucocitos normales y plaquetas adecuadas, neutrofilia ligera, gránulos tóxicos intracelulares e hipersegmentación nuclear. Coagulograma completo: coágulo retráctil, conteo de plaquetas en $265 \times 10^3/mm^3$, tiempo de protrombina normal (control 14'', paciente 16''). La cituria fue negativa. Se realizó ultrasonografía abdominal en el que todos los órganos de la cavidad abdominal tenían un aspecto sonográfico normal, con útero y anejos normales.

Ante la historia del dolor recurrente, una de las posibilidades diagnósticas consideradas fue la endometriosis, por lo que se decidió la realización de una videolaparoscopia. Este procedimiento mostró que los genitales internos tenían un aspecto normal y se detectó la presencia de moderada cantidad de líquido

serohemático en el fondo de saco de Douglas. En el peritoneo parietal, a nivel de la fosa ilíaca derecha se observaron varias manchas hiperocrómicas, de color rojo cereza intensa, midiendo la mayor 0.3 mm, sugestiva de ser tejido endometrial (**fig. 1**). Se tomó muestra para estudio histológico, que desafortunadamente no fue útil para diagnóstico y se realizó cauterización de las lesiones.



Fig. 1- Lesiones en el peritoneo parietal.

La paciente evolucionó de forma favorable después de la cauterización endoscópica y fue egresada al día siguiente. En el seguimiento en la consulta externa ha referido solo dolor ligero en hipogastrio durante los ciclos menstruales.

Discusión

En la endometriosis, las glándulas y el estroma endometrial que se encuentra fuera de la cavidad uterina tienen ciertas características que lo hacen funcionalmente similar al tejido endometrial presente dentro del útero. Según se ha estimado, es la entidad de diagnóstico más frecuentemente en ginecología y una de las condiciones quirúrgicas más comunes en mujeres jóvenes.^(1,2)

En esta paciente las lesiones estaban implantadas fuera de los ovarios, que se ha señalado como el sitio de mayor frecuencia. Tampoco se recogieron antecedentes de endometriosis en sus familiares femeninas cercanas.

El dolor como manifestación clínica predominante se ha descrito en otros casos. Estos pacientes suelen asistir a consulta con multiplicidad de síntomas, pues esta enfermedad se puede manifestar de diferentes e impredecibles maneras. No obstante, la sintomatología clásica la constituyen la dismenorrea y el dolor pélvico, con o sin presencia de dispareunia.⁽⁷⁾ Con una cuidadosa historia clínica y el examen físico pueden encontrarse algunos elementos que pueden hacer

sospechar este diagnóstico. En el estudio de Reese y otros⁽⁸⁾ se habla de los siguientes trastornos en las pacientes adolescentes: 95 % presentan dolor pélvico cíclico o acíclico; 43 % presentan dolor pélvico y náusea, 29 % dispareunia, otro 29 % ciclos menstruales irregulares; 25 % dismenorrea; y tan sólo el 3 % constipación o diarrea.

Siendo nuestra paciente un caso poco común de presentación en la edad infantojuvenil. No obstante, el dolor pelviano en las adolescentes puede diferir del patrón de la mujer adulta. Laufer y otros, hallaron que sólo el 9,4 % de las jóvenes presentaba dolor cíclico, mientras que el 65,5 % tenía dolor cíclico y acíclico, y un 28,1 % sólo dolor acíclico. Por lo tanto, dado el alto porcentaje de adolescentes que presentan dolor acíclico, lo que amplía el criterio diagnóstico en la evaluación previa de estas pacientes, sugerimos que la evaluación de una posible endometriosis debe extenderse a las adolescentes con dolor pélvico no cíclico.⁽⁹⁾

En la paciente presentada lo más significativo fue la presencia de dolor recurrente abdominal en fosa ilíaca derecha e hipogastrio, lo cual desde un inicio no permitió determinar una etiología precisa dado su localización y síntomas asociados.

En general el sangrado anormal sólo lo llegan a presentar entre el 15 % y el 20 % de las pacientes con endometriosis. Otra sintomatología asociada son alteraciones gastrointestinales y del tracto urinario. Con síntomas como diarrea, o constipación, dispepsia; ocasionalmente disuria y hematuria como posibles síntomas.⁽⁹⁾ Aspectos anteriores que no se presentaron en la paciente estudiada.

Lamentablemente el tejido en nuestra paciente no fue útil para el examen histológico.

La endometriosis exige un tratamiento debido a que frecuentemente está asociada al dolor pélvico y a la infertilidad, y además se trata de una enfermedad de carácter progresivo. El cuadro parece agravarse en el 30-60 % de las pacientes a lo largo del año siguiente, al momento del diagnóstico. Desafortunadamente, la eliminación quirúrgica o la supresión mediante medicamentos de los implantes endometriósicos con frecuencia sólo consiguen una remisión temporal de la enfermedad. De hecho, la endometriosis se puede considerar una enfermedad recurrente.⁽¹¹⁾ El riesgo conocido de recurrencia es del 5 % al 20 % anual con una tasa acumulada del 40 % al cabo de 5 años,⁽¹²⁾ dato que está en relación con el

caso abordado ya que a pesar de realizársele cauterización laparoscópica no se logró eliminar por completo el dolor, aunque sí se pudo disminuir la recurrencia del mismo. La laparoscopia diagnóstica fue en el caso presentado la técnica empleada para determinar el diagnóstico y posibilitó realizar el tratamiento mediante cauterización de las lesiones encontradas en el peritoneo debido a su tamaño y localización (**fig. 2**).

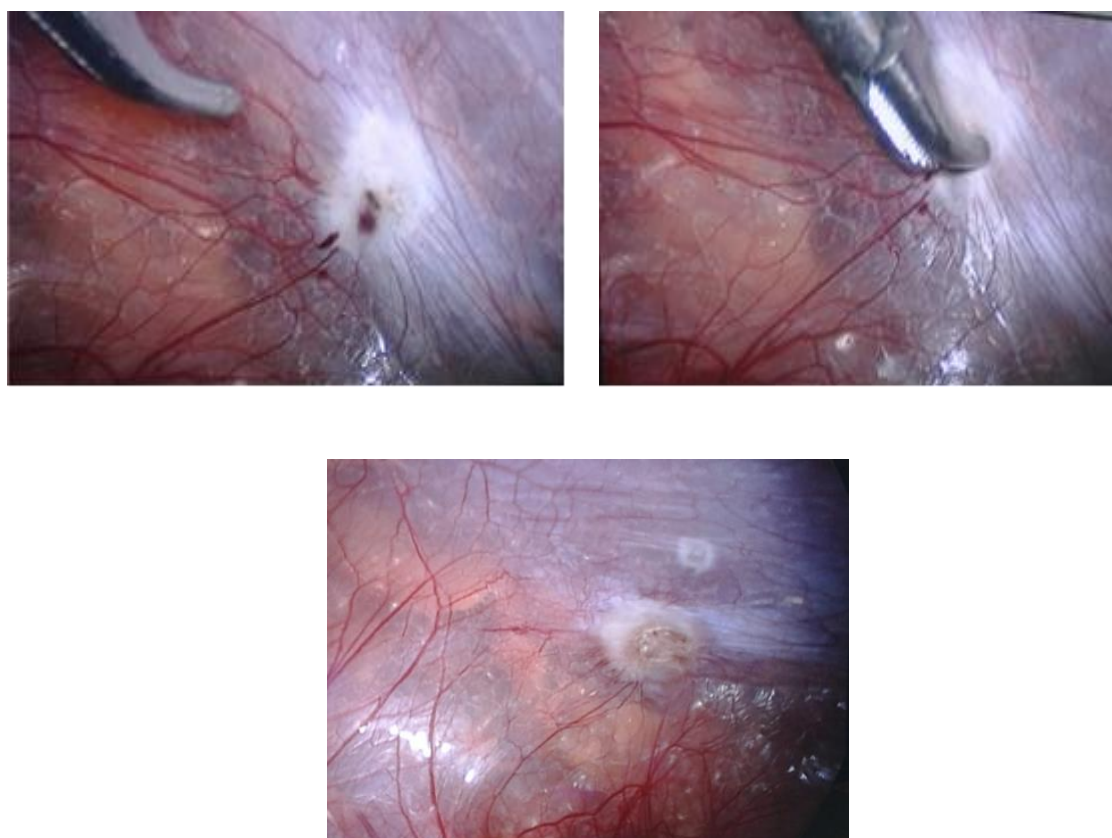


Fig. 2- Tratamiento mediante cauterización de las lesiones encontradas.

Es bien sabido que esto afecta de manera importante la calidad de vida. Se espera que en las investigaciones futuras sobre los mecanismos patológicos de la endometriosis pueda permitir llegar al medicamento ideal o la terapéutica quirúrgica más efectiva, que proporcione el alivio del dolor y a su vez permita la concepción; al mismo tiempo que disminuya la recurrencia a las cirugías para tratar estos casos.

Referencias bibliográficas

1. Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. Am J Obstet Gynecol. 1927;14:442-469. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(15\)30003-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(15)30003-X)
2. Dunselman G. Endometriosis. Patogenia de los implantes endometriósicos. En: Remohí J, Simón C, Pellicer A. Reproducción Humana. España: Mc GrawHill; 2018, 191-197.
3. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. Lancet. 2018;364:79-99. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17403-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17403-5).
4. Noriega J, Falcone T, Bedalwy M. Nuevos conceptos en la patogénesis y tratamiento de la endometriosis asociada a dolor. MEDUNAB 2016;6:39-45.
5. Seli E, Berkkanoglu M, Arici A. Pathogenesis of endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am. 2003;30:41-61. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0889-8545\(02\)00052-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0889-8545(02)00052-9).
6. ACOG Committee Opinion. Number 310, April 2005. Endometriosis in adolescents. Obstet Gynecol. 2017;105:921-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006250-200504000-00058>.
7. Lapp T. ACOG issues recommendations for the management of endometriosis. Am Fam Physician. 2000;62:1431-1434. PMID: 11011865
8. Klein JR, Litt IF. Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. Pediatrics. 1981;68:661-4. PMID: 7312467
9. Davis GD, Thillet E, Lindemann J. Clinical characteristics of adolescent endometriosis. J Adolesc Health. 1993;(5):362-8. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s1054-139x\(08\)80008-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1054-139x(08)80008-0).
10. Sutton C, Pooley AS, Ewen SP, Haines P. Prospective, randomized, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal to moderate endometriosis. Fertil Steril. 1997;68(6):1070-4. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0015-0282\(97\)00403-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0015-0282(97)00403-2).

11. Donnez J, Squifflet J. Laparoscopic excision of deep endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2004;31:567-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2004.06.006>.
12. Jacobson TZ, Barlow DH, Garry R, Koninckx P. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4):CD001300. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001300>.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.