



Nota clínica

Endometriosis pulmonar torácica: presentación de 2 casos de una enfermedad muy poco frecuente



Ahmet Ucvet, Esra Yamansavci Sirzai, Funda Cansun Yakut, Banu Yoldas* y Soner Gursoy

Department of Thoracic Surgery, Izmir Dr. Suat Seren Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and Research Hospital, Izmir, Turquía

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de junio de 2013

Aceptado el 5 de noviembre de 2013

On-line el 7 de enero de 2014

Palabras clave:

Pulmonar
Endometriosis
Hemoptisis
Cirugía

R E S U M E N

La endometriosis se caracteriza por el crecimiento del endometrio fuera de la cavidad uterina o el miometrio. No hay signos radiológicos específicos que indiquen una endometriosis. En la literatura se describen lesiones parenquimatosas, nódulos o bullas. El diagnóstico de certeza y el tratamiento son posibles a menudo con la cirugía. A una mujer de 42 años de edad con hemoptisis intermitente (asociada al ciclo menstrual) desde hacía 2 años se le diagnosticó una endometriosis y fue tratada mediante una toracotomía. Otra mujer de 30 años fue remitida a nuestro departamento a causa de un neumotórax recurrente causado por una endometriosis subyacente, y se le aplicó un tratamiento quirúrgico que puso de manifiesto la presencia de focos de endometrio en el diafragma.

© 2013 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Thoracic Pulmonary Endometriosis: Two Reports of a Rare Disease

A B S T R A C T

Endometriosis is characterized by the growth of endometrium outside the uterine cavity or myometrium. There is no specific radiologic finding that defines endometriosis. Parenchymal lesions, nodules or blebs are reported in the literature, although this clinical entity is rare. Definitive diagnosis and treatment are often possible with surgery. We report here two cases: a forty-two-year-old female patient with a 2-year history of intermittent hemoptysis associated with her menstrual cycle was diagnosed as having endometriosis and treated via thoracotomy; another 30-year-old female referred to our department due to recurrent pneumothorax caused by underlying endometriosis underwent surgical treatment which revealed endometrial foci on the diaphragm.

© 2013 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Pulmonary
Endometriosis
Hemoptysis
Surgery

Introducción

La endometriosis extrauterina fue descrita por primera vez por Maurer et al. en 1958¹. Se define como el crecimiento de endometrio fuera de la cavidad uterina o del miometrio². La endometriosis torácica podría producir síntomas diferentes según afecte al parénquima o a la pleura. La endometriosis parenquimatosa no produce manifestaciones clínicas en cada ciclo menstrual, sino que puede causar una hemoptisis intermitente.

Presentamos aquí 2 casos diagnosticados de endometriosis y tratados quirúrgicamente.

Observación clínica

Caso 1

Una mujer de 42 años, con 3 hijos, acudió a nuestra clínica por una hemoptisis intermitente desde hacía 2 años. La tomografía computarizada (TC) torácica mostró una lesión cavitada, de 16 × 11 mm, con paredes gruesas y de forma irregular en el lóbulo inferior del pulmón derecho. Con objeto de determinar la asociación de los periodos de hemoptisis con el ciclo menstrual se repitió la TC de tórax durante el periodo menstrual. Se observó que la lesión definida continuaba existiendo y, además, se identificó una opacidad en vidrio esmerilado en el tejido parenquimatoso situado alrededor de la lesión. La broncoscopia mostró secreciones hemorrágicas en los segmentos pulmonares basales, sin ninguna lesión endobronquial. Con los datos disponibles se optó por una toracotomía exploratoria. Se observó un área de forma prismática

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: banuaktin@yahoo.com (B. Yoldas).

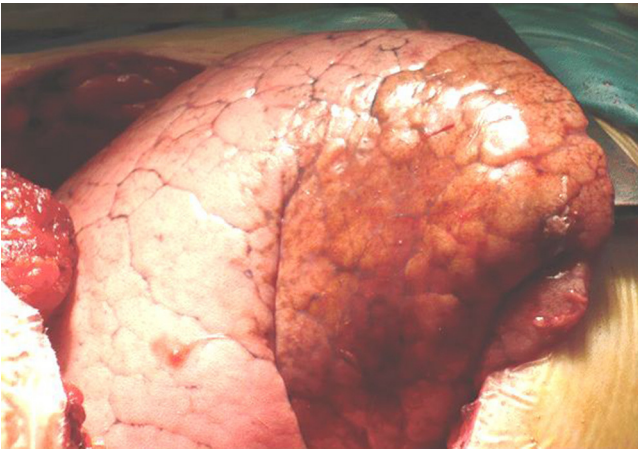


Figura 1. Imagen operatoria de la lesión situada en el lóbulo inferior del pulmón derecho.

en la pleura visceral con una lesión de color marrón Burdeos, con una superficie irregular y una consistencia de caucho en los segmentos basales del lóbulo inferior derecho (fig. 1). Se llevó a cabo una segmentectomía basal. El diagnóstico definitivo de anatomía patológica fue de «tejido endometrial en el parénquima pulmonar, compatible con endometriosis pulmonar». En el tercer año de seguimiento la paciente no presenta síntomas ni ha sufrido ninguna recaída.

Caso 2

Una paciente de 30 años, sin hijos, acudió a nuestra clínica por un dolor torácico localizado en el lado derecho. En la anamnesis la paciente refería 2 episodios de neumotórax en un año. En un interrogatorio detallado se observó que estos episodios estaban relacionados con los ciclos menstruales de la paciente. La TC torácica mostró un neumotórax derecho. Se observó una irregularidad en el diafragma derecho que se consideró sospechosa de una endometriosis, teniendo en cuenta la clínica de la paciente. Se le practicó una toracotomía axilar a causa del neumotórax recurrente, y en la exploración se observaron algunos focos sobre el diafragma. Se resecó por completo esa zona y los cortes congelados mostraron que era compatible con una endometriosis (fig. 2). El informe diagnóstico definitivo fue también de «tejido endometrial compatible con endometriosis».

Discusión

Se cree que la endometriosis afecta a un 5-15% de las mujeres en edad reproductiva. La endometriosis pélvica y extraperitoneal es muy poco frecuente². Los síntomas dependen generalmente de la localización. Es posible que consistan principalmente en neumotórax, y con menor probabilidad en hemotórax, hemoptisis y nódulos pulmonares³. En la primera paciente los síntomas aparecían de forma periódica (aunque no se observaron en cada ciclo) y ello indicaba con mayor probabilidad una endometriosis parenquimatosa.

La etiología de la endometriosis pulmonar no se conoce con certeza. Las hipótesis aceptadas son las de una metaplasia del epitelio del celoma en la vida fetal, una embolización hematológica y linfogénica de los órganos pélvicos tras la cirugía uterina o el parto y la regurgitación transdiafragmática de tejido endometrial.

Radiológicamente se han descrito nódulos, cavidades de paredes gruesas, opacidades en vidrio esmerilado o bullas en el pulmón⁴.



Figura 2. Focos de endometrio detectados en la superficie del diafragma e imagen macroscópica de la pieza.

Para el diagnóstico de certeza es importante la evaluación histopatológica. Los focos de endometrio tienen diferentes proporciones de estroma y de estructura glandular normal o ectásica, en su mayor parte cubiertos por una estructura de epitelio cilíndrico multiestratificado. Se ha demostrado que el epitelio glandular está cubierto por anticuerpos contra la citoqueratina 7 y anticuerpos Ber-EP4⁵. En ambos casos el CD10 que se utiliza para marcar el tejido endometrial ectópico fijaba las lesiones con sus bordes.

En ocasiones pueden observarse macrófagos cargados de hemoderivados en el material de aspiración broncoscópica. El diagnóstico se confirma principalmente en la cirugía. Cuando es posible un diagnóstico clínico y radiológico puede ensayarse un tratamiento hormonal (danazol y análogos de GnRH), pero debido a las recaídas³ se ofrece combinarlo con una intervención quirúrgica⁴.

En la cirugía es importante realizar una resección preservando el máximo de parénquima, al tiempo que se extirpa en la mayor medida posible el tejido patológico observado macroscópicamente. Sin embargo, en la mayoría de los casos se describe una lobectomía³. En la primera paciente optamos por proteger el segmento superior del lóbulo inferior que no estaba afectado por la lesión.

En conclusión, aunque es muy poco frecuente, la endometriosis pulmonar es una de las entidades patológicas que es preciso considerar en las mujeres en edad fértil con hemoptisis intermitente y neumotórax. Para obtener un diagnóstico de certeza histopatológico deben utilizarse métodos de exploración, incluida la intervención quirúrgica.

Bibliografía

1. Maurer ER, Schaal JA, Mendez FL. Chronic recurring spontaneous pneumothorax due to endometriosis of the diaphragm. *JAMA*. 1958;168:2013-4.
2. Brosens I, Puttemans P, Campo R, Gordts S, Brosens J. Non-invasive methods of diagnosis of endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2003;15:519-22.
3. Joseph J, Sahn SA. Thoracic endometriosis syndrome: New observations from an analysis of 110 cases. *Am J Med*. 1996;100:164-70.
4. Alifano M, Trisolini R, Cancellieri A, Regnard JF. Thoracic endometriosis: Current knowledge. *Ann Thorac Surg*. 2006;81:761-9.
5. Flieder DB, Moran CA, Travis WD, Koss MN, Mark EJ. Pleuro-pulmonary endometriosis and pulmonary ectopic decidualis: A clinicopathologic and immunohistochemical study of 10 cases with emphasis on diagnostic pitfalls. *Hum Pathol*. 1998;29:1495-503.