

# XXXIII REUNIÓN SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA R.MURCIA

## ENDOMETRIOSIS PULMONAR

Hamod Tammawi, F, Gutiérrez de Rubalcava Subiela, L; Sánchez-Tembleque Sánchez, P; Gil Sánchez, L; Díaz García, A; Martín Pérez, JA; Rigabert Martínez-Romero, AV; Lara Peñaranda, R.

### INTRODUCCIÓN

La endometriosis afecta de 5 % a 15 % de las mujeres durante su vida reproductiva. Se la define como aquel proceso no neoplásico caracterizado por la presencia de tejido endometrial fisiológicamente funcional fuera de la cavidad endometrial.

La endometriosis torácica se define como la presencia de tejido endometrial ectópico funcional dentro de la cavidad torácica, asociado a fibrosis y a reacción inflamatoria. El hallazgo de implantes endometriales en vía aérea, pleura, pericardio y parénquima pulmonar es una condición rara conocida como Síndrome de Endometriosis Torácica, y se caracteriza por la presencia de neumotórax, hemotórax y/o hemoptisis catamenial y nódulo pulmonar. El neumotórax es la manifestación más frecuente, y suele ser derecho.

### CASO CLÍNICO:

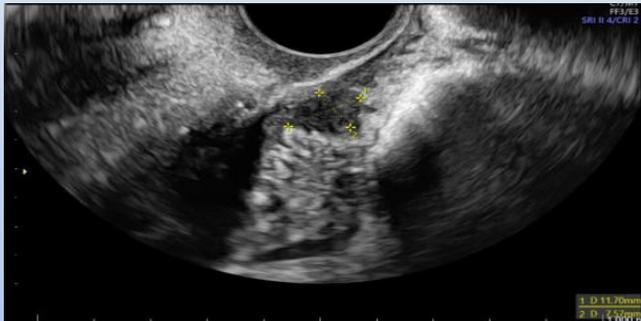
Paciente de 34 años, en seguimiento por Endometriosis pélvica profunda con dismenorrea 10/10 y disquecia como síntomas predominantes. Asocia episodios de hemoptisis repetida que no siempre tienen relación con la menstruación. Es sangre roja fresca en cantidad autolimitada y sin predominio horario.

- Ecografía ginecológica: útero en anteversión, sliding anterior y posterior negativos. Endometriomas bilaterales. Ambos ovarios adheridos entre sí y a cara posterior uterina (kissing ovaries). Se observa imagen hipoeocogénica a nivel de UTS izquierdo, de 10 x 4 mm, doloroso a la presión con el transductor, compatible con implante endometriósico. A ese nivel, imagen, a nivel intestinal, hipoeocogénica, de 11 x 8 mm compatible con implante intestinal.
- Colonoscopia: Normal
- RMN pélvica: endometriomas bilaterales de predominio derecho. Al menos dos focos de endometriosis profunda en torus uterino con retracción anexial y rectal.

Es valorada por Neumología por clínica compatible con endometriosis bronquial y solicitan TAC tórax y broncoscopia con los siguientes resultados:

- Broncoscopia: CUERDAS VOCALES: Centradas y móviles; TRÁQUEA: Sin hallazgos; CARINA PRINCIPAL: Afilada y móvil; ÁRBOL BRONQUIAL IZQ: Sin hallazgos endoscópicamente relevantes hasta límites explorados. ÁRBOL BRONQUIAL DCH: Hallazgos: se observa restos de sangre en LM, zona friable, sin sangrado activo ni lesiones evidentes. Resto de árbol bronquial sin alteraciones. No se realizan fotos por muy mala tolerancia del paciente a la prueba.
- TAC tórax: sin alteraciones evidentes

Neumología concluye: JUICIO CLÍNICO: RESTOS HEMÁTICOS EN PACIENTE EN RELACIÓN CON MENSTRUACIÓN SIN PODER DIAGNOSTICAR ENDOMETRIOSIS BRONQUIAL



Implante endometriósico intestinal



Implante endometriósico ligamento útero-sacro izquierdo

### CONCLUSIONES:

- La endometriosis pulmonar es muy difícil de diagnosticar, pues en muchos casos las pruebas complementarias no muestran las lesiones, siendo necesario estudio histológico.
- El tejido endometrial a nivel pulmonar responde de manera cíclica a los cambios hormonales de manera idéntica al tejido endometrial uterino.
- La hemoptisis se produce debido a la ruptura de los capilares o alvéolos por un incremento de fluido del tejido endometrial ectópico debido al estímulo hormonal durante la etapa menstrual, lo que causa incremento de la prostaglandina F2 (PGF2), con posterior vasoconstricción y broncoconstricción y subsecuente ruptura.

### Bibliografía:

1. Hong Y, Paik H, Kim H, Lee D, Kim S et al. A case of parenchymal pulmonary endometriosis. Yonsei Med J. 1999;40(5):514-515.
2. Weber F. Catamenial hemoptysis. Ann Thorac Surg. 2001;72:1750-1751.
3. Wang H, Kuo P, Kuo S, Luh K. Catamenial hemoptysis from tracheobronchial endometriosis: Reappraisal of diagnostic value of bronchoscopy and bronchial brush cytology. Chest. 2000;118:1205-1208.