



¡No caigas en la trampa! No todo es endometriosis

Instituto Oulton, Córdoba

Cohen Canals Maria Ayelen, Garcia Barale Dolores, Lopez Echezarreta Macarena,
Yermir Maria Victoria, Diaz Chain M. Lourdes, Peralta Laura

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés



Instituto
OULTON
Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio



FAARDIT
Federación Argentina
de Radiología

Objetivos

Reconocer las estructuras y/o lesiones que simulan focos de endometriosis, fundamentalmente mediante ecografía transvaginal, según el compartimento pelviano afectado

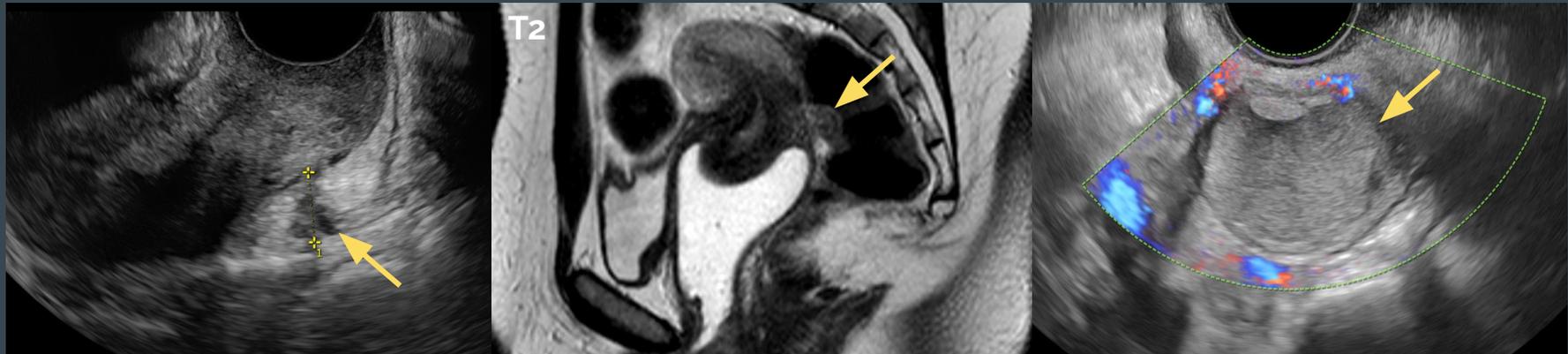
Identificar las “trampas” imagenológicas de la endometriosis para evitar realizar un diagnóstico erróneo

Revisión del tema

La endometriosis es una enfermedad crónica y benigna que afecta del 1% al 10% de mujeres en edad reproductiva y se caracteriza por **tejido endometrial ectópico funcional fuera de la cavidad uterina** y se asocia con **inflamación crónica incapacitante**

Los focos de endometriosis afectan generalmente a órganos pelvianos y el tratamiento estándar consiste en su escisión quirúrgica, por lo que es fundamental localizarlas correctamente mediante la ecografía transvaginal con Doppler y/o RM de pelvis

Dado a la heterogeneidad de las lesiones y a la mano inexperta del radiólogo, se ha detectado un **aumento de falsos positivos**, ya que se tiende a definir como endometriosis a toda lesión nodular o pseudonodular pélvica en mujeres de edad fértil



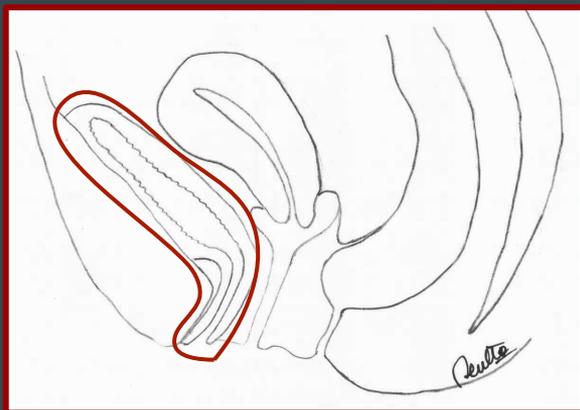
Foco de endometriosis profunda en compartimento posterior

Endometrioma ovárico

Revisión del tema

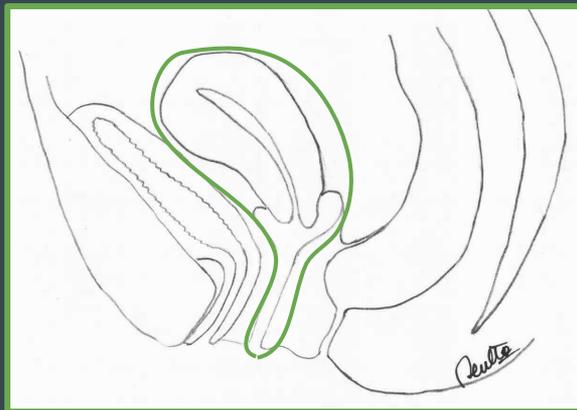
Dependiendo del **compartimiento pelviano** afectado, se debe pensar en diferentes diagnósticos diferenciales

Compartimiento **anterior**



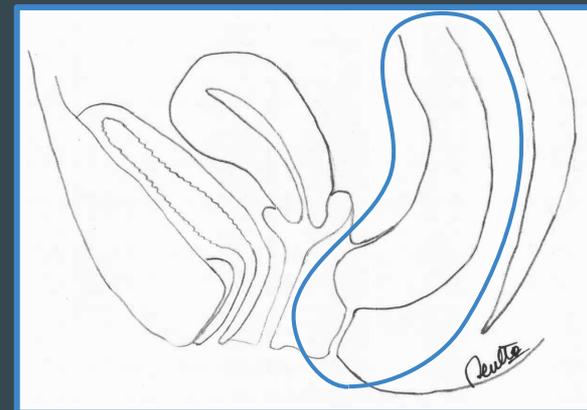
Considerar remanente del uraco, lesiones vesicales, cicatrices de cesáreas, miomas y lesiones del canal inguinal

Compartimiento **medio**



Sospechar neoplasias y quistes ováricos, congestión pélvica, adenomiosis y patología apendicular

Compartimiento **posterior**



Pensar en lesiones de trompas uterinas, fibrosis cicatrizal, diverticulitis, colecciones rectales y metástasis peritoneales entre otras

Compartimento anterior

Endometriosis profunda en espacio vesicouterino

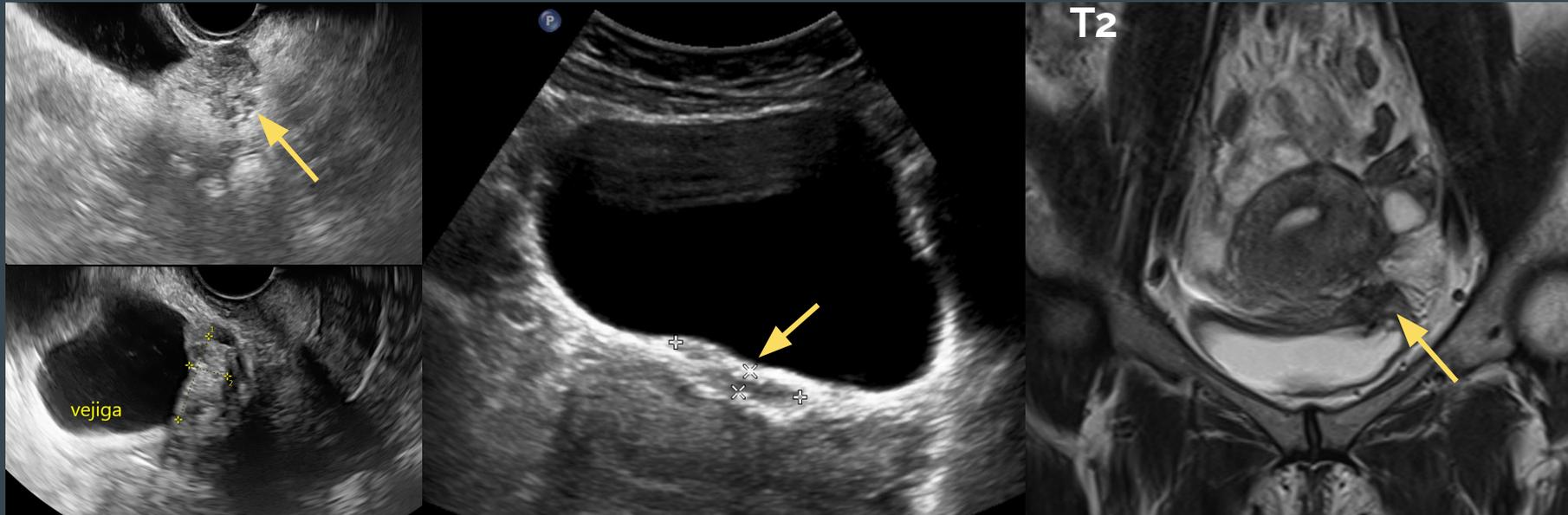
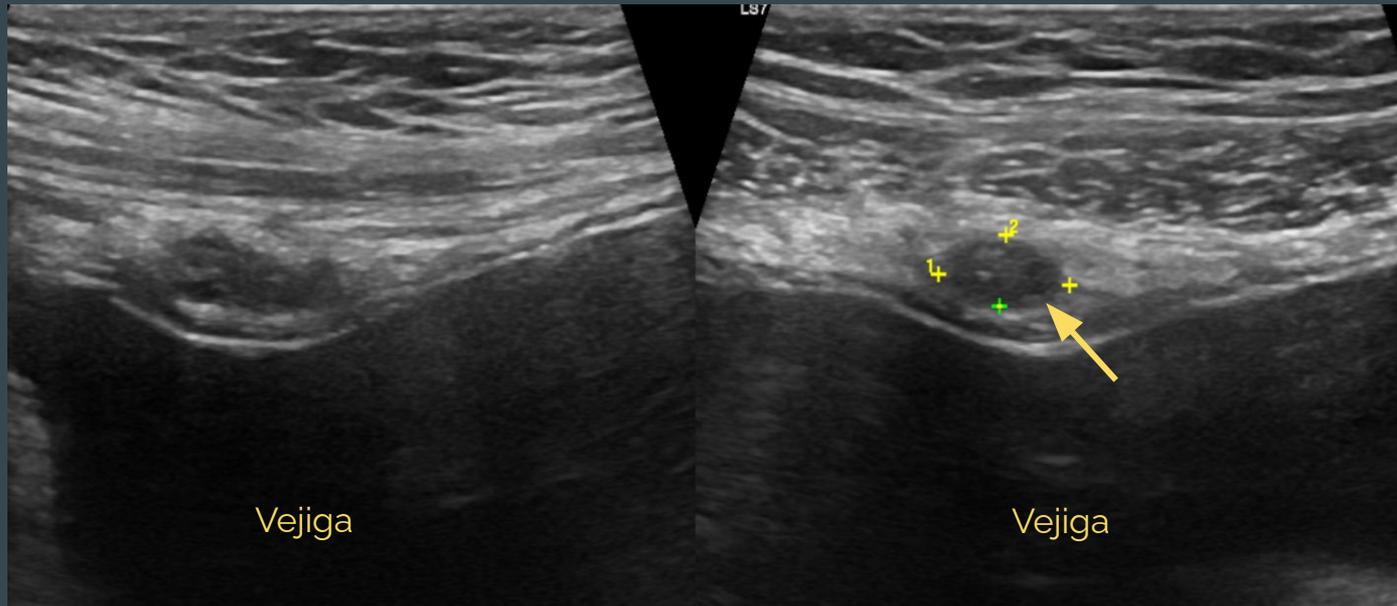


Imagen nodular heterogénea, hipo-hiper ecogenico (→), de contornos irregulares, espiculados, que contiene pequeñas áreas quísticas, que se localiza en pared posterior de la vejiga

Compartimento anterior

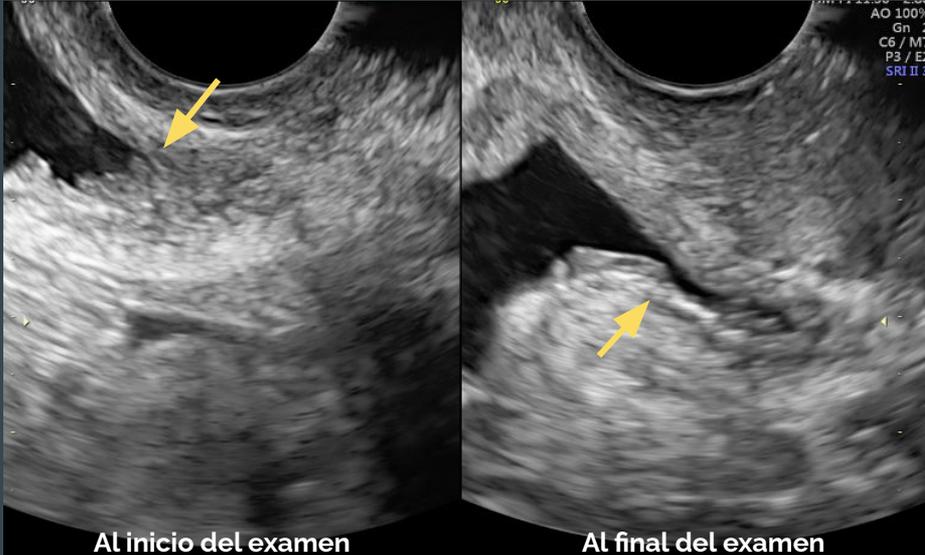
Remanente del uraco



Engrosamiento parietal hipoeoico, de aspecto nodular, que se localiza en pared anterosuperior de la vejiga (extraperitoneal), sin infiltración o borramiento de sus márgenes. En cambio, la endometriosis suele distorsionar la pared vesical con mayor frecuencia

Compartimento anterior

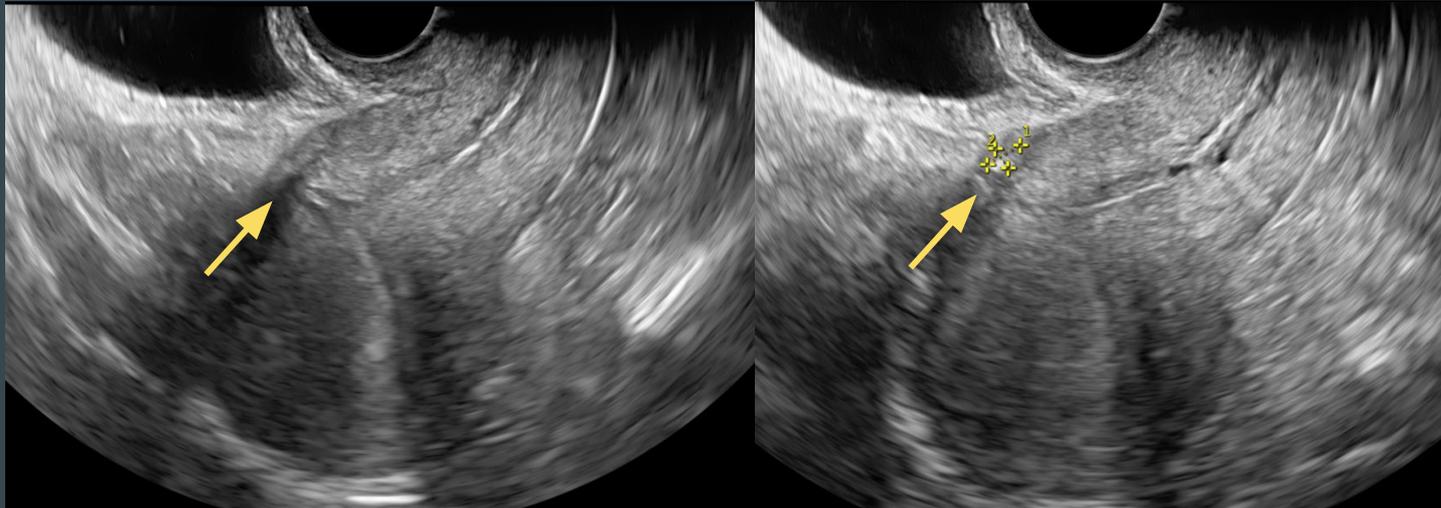
Pliegues en vejiga por falta de repleción



Se prefiere una vejiga media llena antes de una vejiga completamente vacía, previo a realizar una ecografía tv de rutina para no cometer errores de percepción. Es de buena práctica buscar jets ureterales y realizar sliding anterior siempre que sea posible

Compartimento anterior

Cicatriz de cesárea/adherencias postquirúrgicas

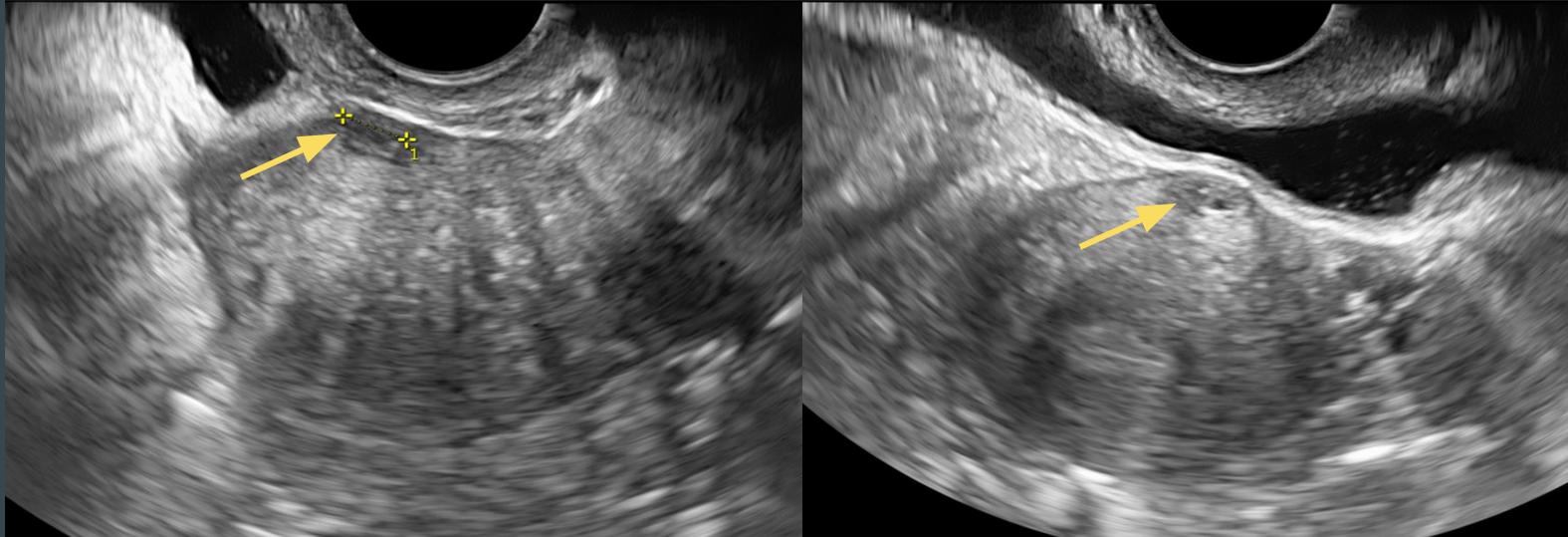


Las adherencias suelen ser lineales, puede o no generar retracción de estructuras adyacentes **sin** marcada distorsión anatómica. En maniobras dinámicas, las cicatrices y adherencias disminuyen su espesor. En la endometriosis se suelen observar focos hipoeoicos con retracción y fundamentalmente alteración anatomía.

Se debe correlacionar siempre con antecedentes quirúrgicos

Compartimento anterior

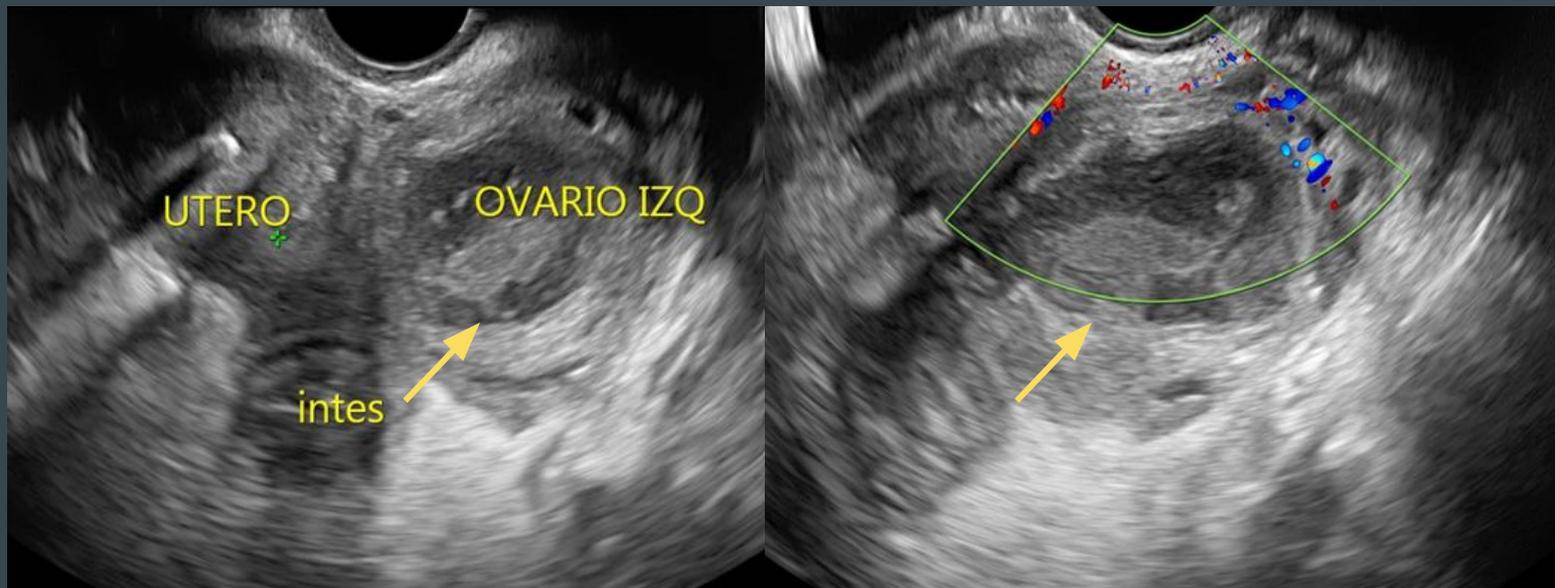
Miomas subserosos



Los miomas subserosos son típicamente redondeados de márgenes regulares e hipointensos, y al examen Doppler presentan vascularización similar al miometrio. En cambio, los nódulos de endometriosis suelen contactar con la superficie serosa uterina, pueden presentar quistes y ecos focales internos.

Compartimento medio

Neoplasias ováricas

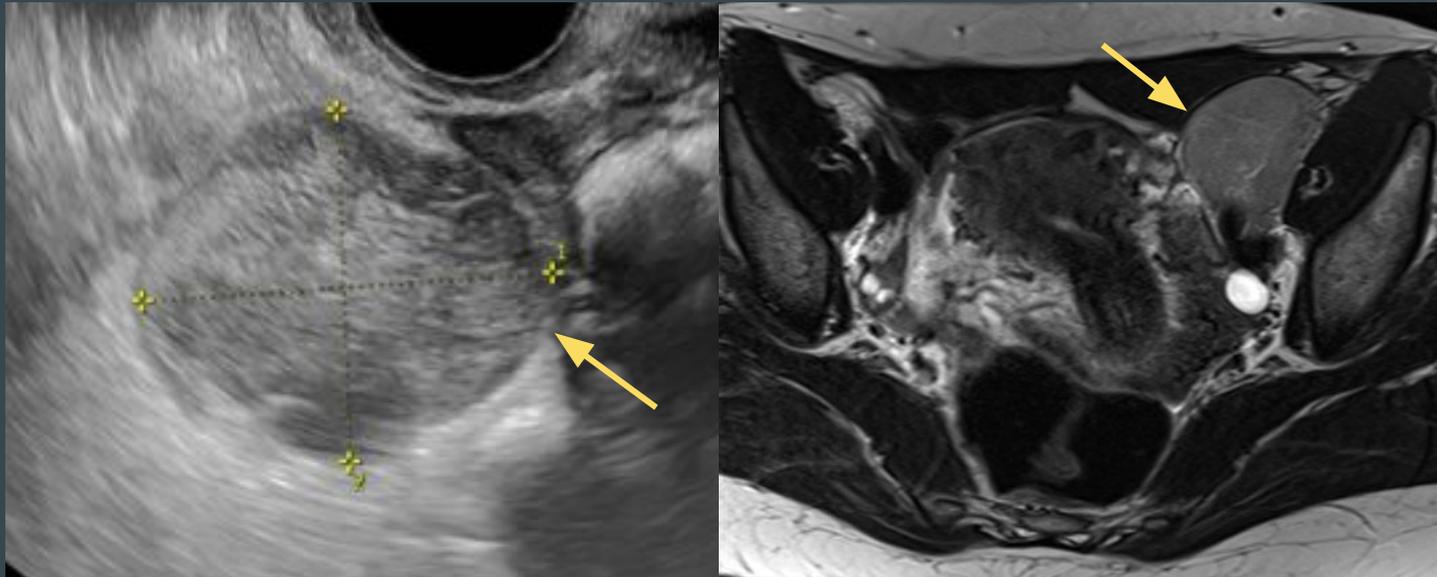


En este caso se visualiza un cistoadenocarcinoma ovárico izquierdo, con adherencias a útero e intestino. Los tumores de ovario son más heterogéneos, suelen asociarse a adenomegalias y líquido libre. En maniobras dinámicas, es raro que los ovarios se encuentran adheridos a pared uterina

Siempre buscar signos en favor de carcinomatosis peritoneal

Compartimento medio

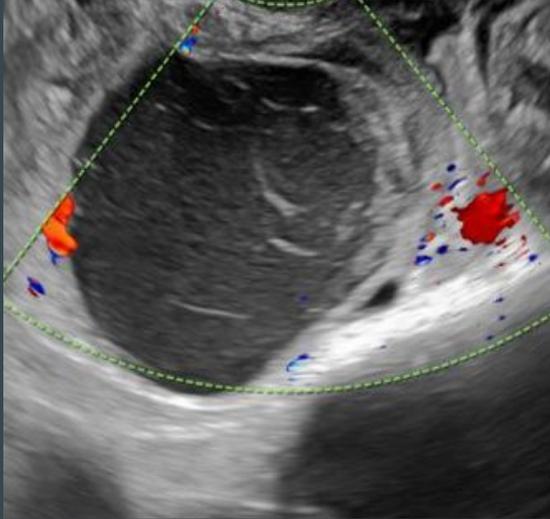
Implantes secundarios



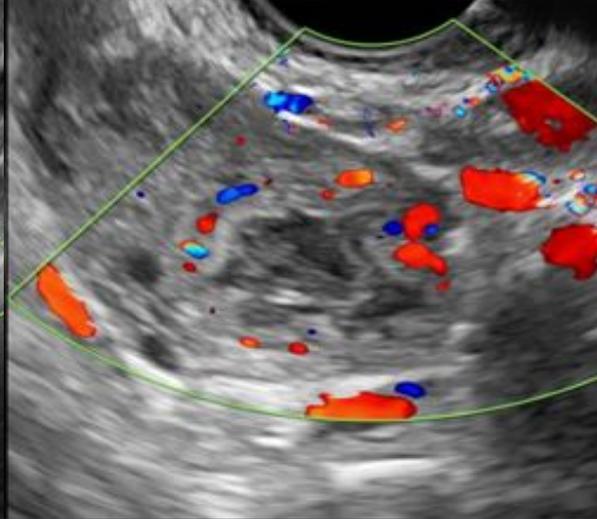
En la ecografía tv se visualiza masa sólida , heterogénea, fundamentalmente hiperecogénica para-ovárica izquierda. Se realiza RM de pelvis que confirma lesión nodular en topografía de cadena iliaca izquierda, interpretada como adenomegalia

Compartimento medio

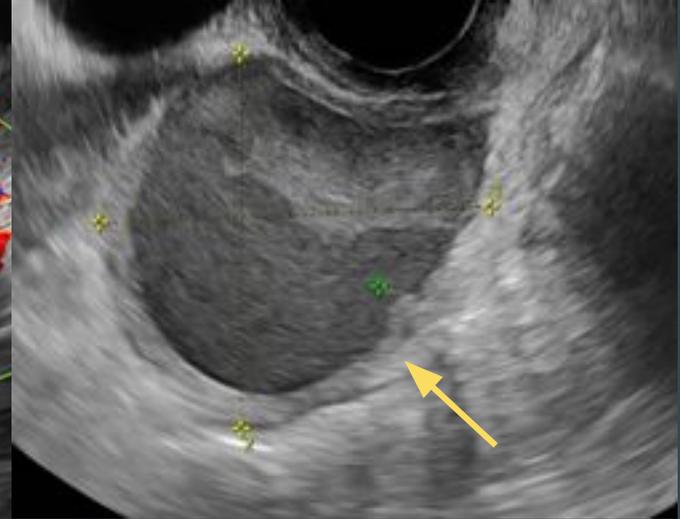
Quistes anexiales



Quiste hemorrágico



Cuerpo luteo hemorrágico



Endometrioma

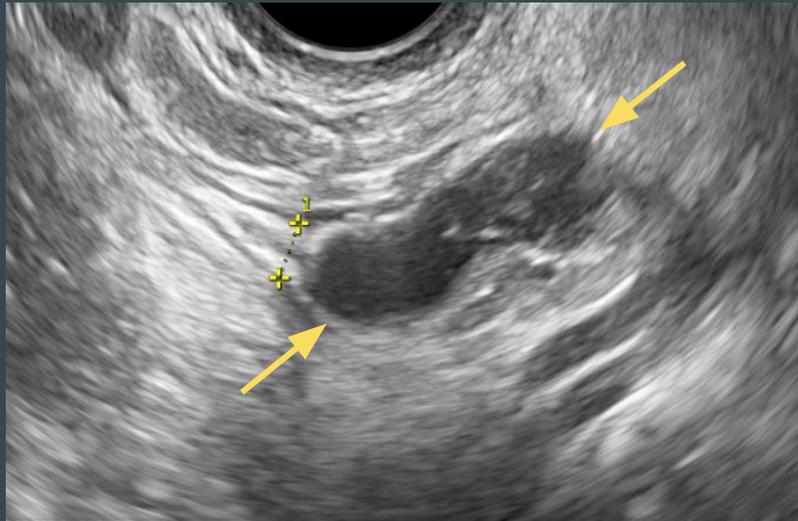
Los quistes hemorrágicos y cuerpo lúteo hemorrágicos son más heterogéneos y se resuelven en pocas semanas.

Se recomienda un control en dos ciclos para valorar persistencia de los mismos.

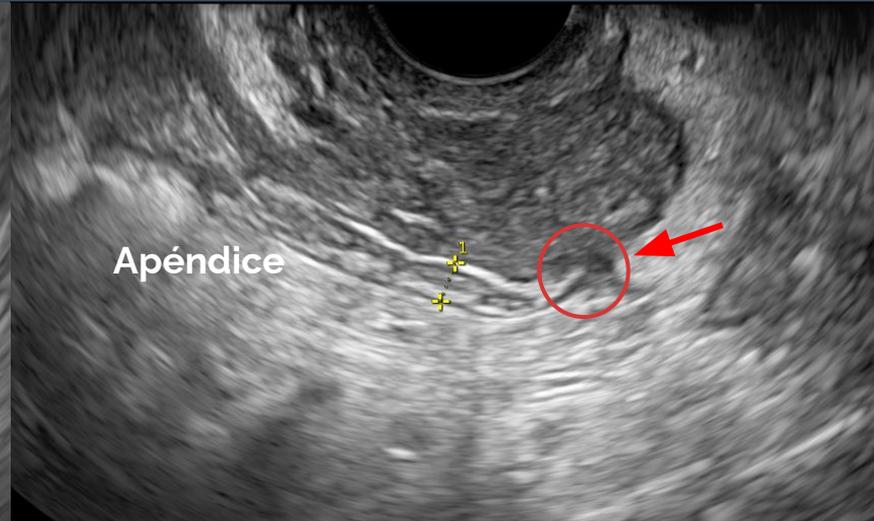
Los endometriomas presentan característicamente aspecto "en vidrio esmerilado" (→) y persisten en el tiempo

Compartimento medio

Patología apendicular



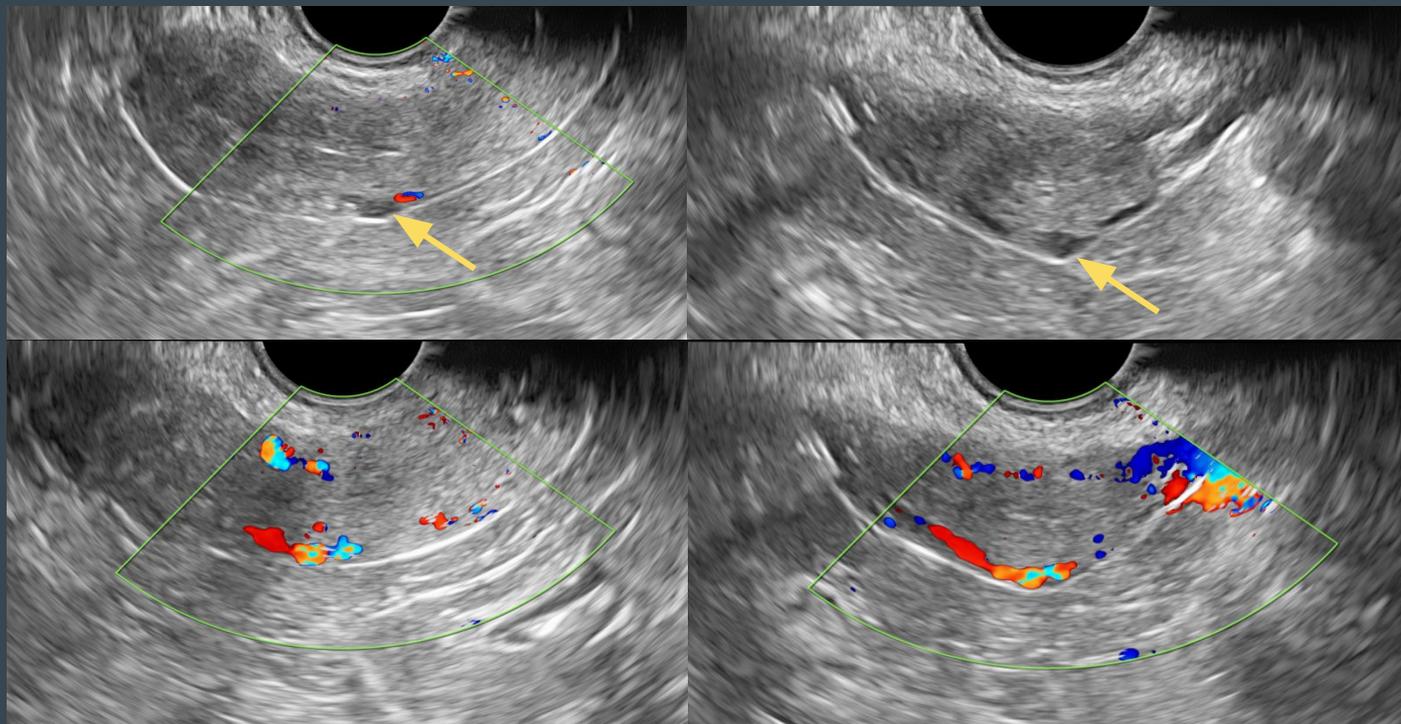
Apéndice cecal con **mucocele distal** adherido al ovario



Apéndice cecal adherido al ovario por
foco de endometriosis

Compartimento posterior

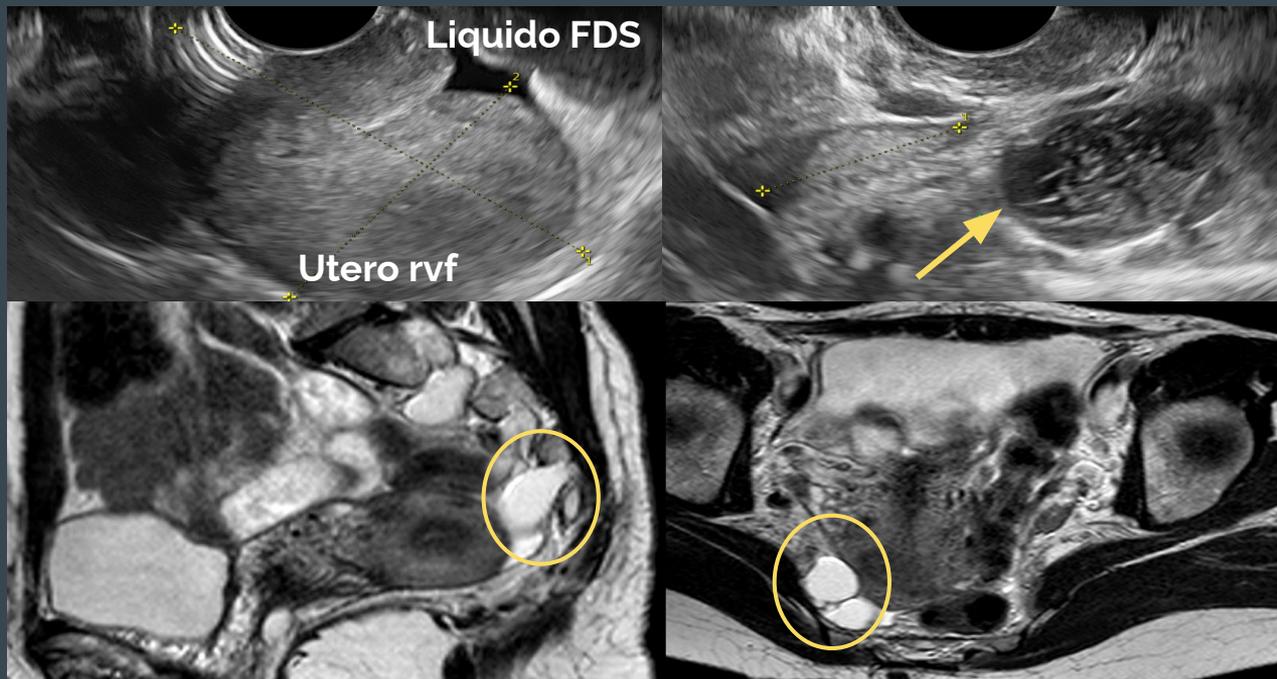
Congestión pélvica



Venas varicosa que colapsan parcial o completamente frente a la compresión manifestado con el examen Doppler.
Se asocia a dolor pélvico crónico que puede ser secundario a compresión de la vena renal izquierda en el compás aortomesentérico)

Compartimento posterior

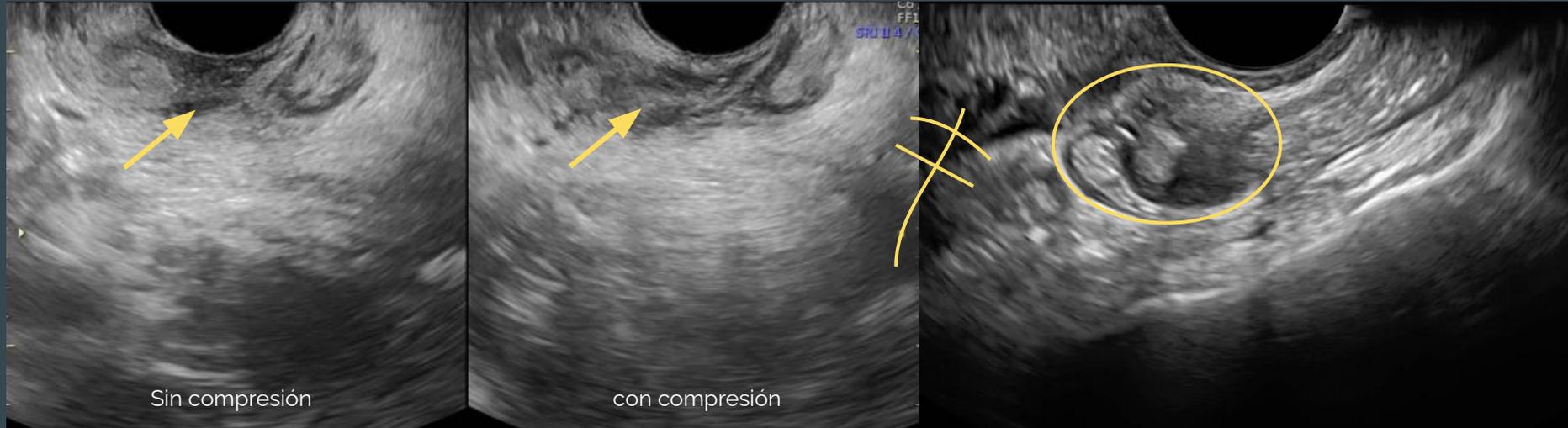
Quistes aracnoideos intrapelvicos



En ecografía se visualiza imagen quística con contenido heterogéneo para anexial derecha/retrouterina
En RM se pone en manifiesto que dichas imágenes quísticas corresponden a **quistes aracnoideos** intrapelvicos

Compartimento posterior

Pliegues intestinales



Sin compresión

con compresión

Pliegues del colon sigmoides

Engrosamientos de la pared del sigmoides que desaparece con la presión y maniobra de sliding

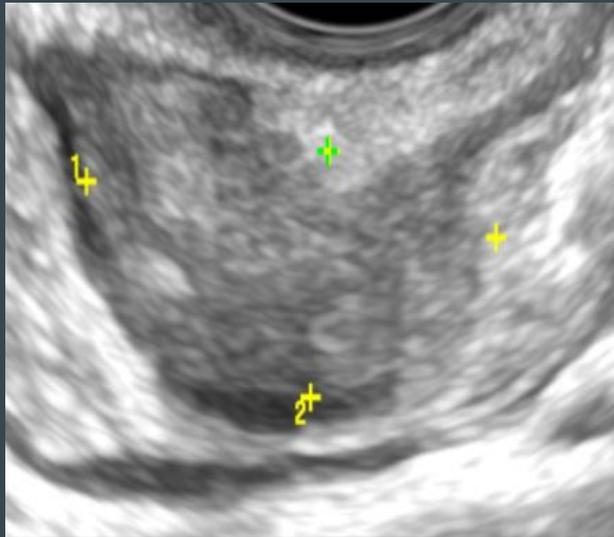
Foco de endometriosis profunda en sigmoides

Engrosamiento de la pared intestinal con adherencias que no desaparece con maniobras dinámicas de compresión

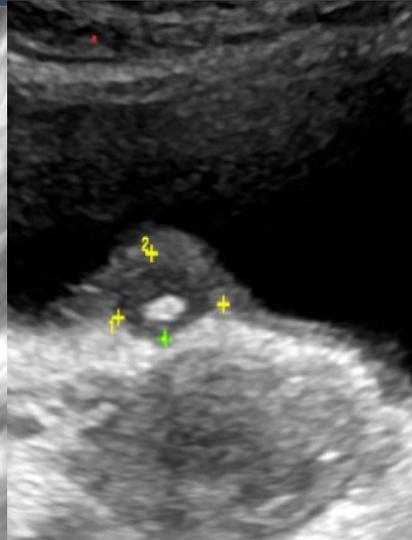
Compartimento posterior

Metástasis peritoneales

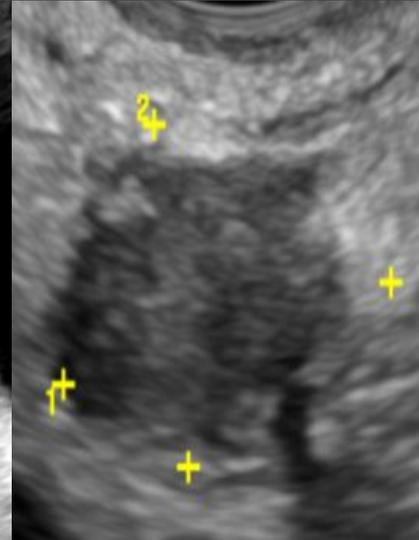
Paciente con app de cáncer de colon y tumor de Krukenberg (colectomía derecha y ooforectomía bilateral)



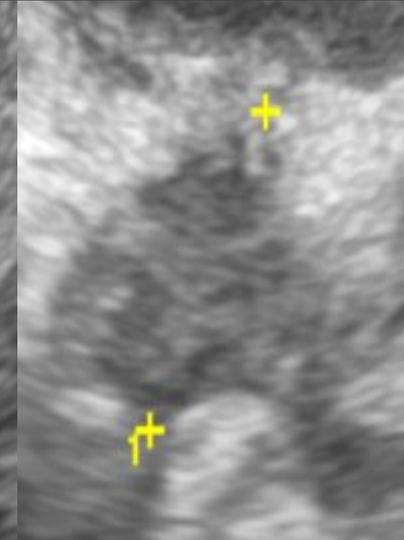
Lesión nodular en pared anterior del recto, que compromete serosa y muscular, reduciendo la luz a dicho nivel



Engrosamiento focal en pared vesical adherido a cara anterior del segmento istmico uterino

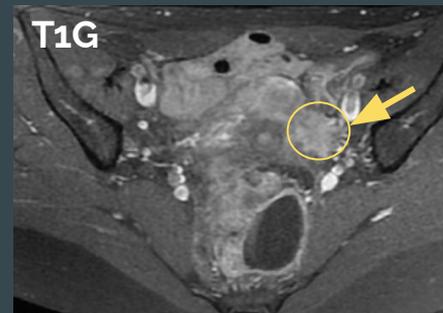
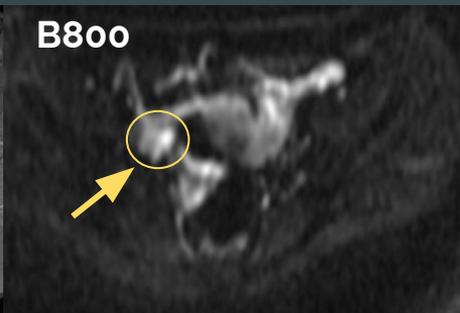


Lesiones nodulares en topografía anexial bilateral



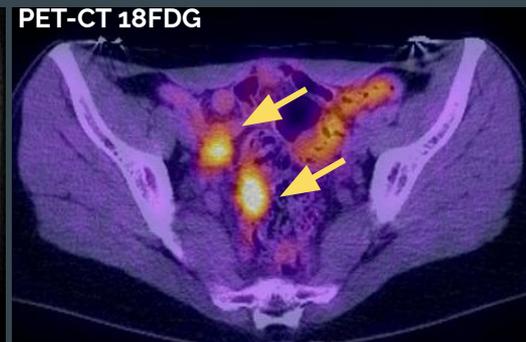
Compartimento posterior

Metástasis peritoneales



Nódulos anexiales bilaterales que contactan con el *íleon distal* a derecha y con el torus uterino + ligamento uterosacro a izquierda con realce y restricción a la difusión

Engrosamiento focal, semicircular, e hipointenso en pared anterior del recto medio, con compromiso de capa serosa, muscular y submucosa

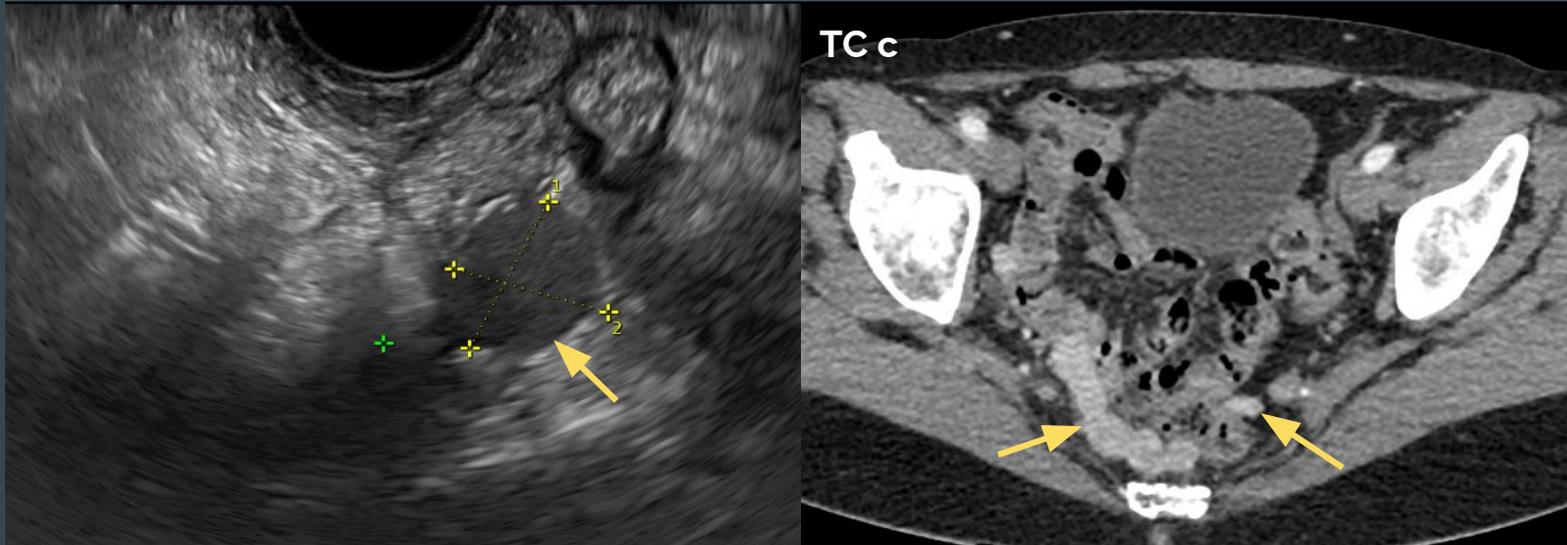


Lesiones sólidas, hipermetabólicas (SUV máx 9) retrovesicales en contacto con el colon sigmoideas en ambas cadenas ilíacas externas

Compartimento posterior

Poliesplenía

Antecedentes de trauma esplénico



En ecografía tv control se visualizan múltiples imágenes nodulares hipoecoicas, redondeadas, homogéneas y avasculares en pelvis. Se confirma diagnóstico de poliesplenía por antecedente y hallazgos imagenológicos tomográficos, visualizándose múltiples nódulos abdominopelvianos de densidad y realce similar al bazo

Conclusión

La capacidad del ultrasonido de detectar endometriosis recae en la experticidad del médico imagenólogo, por este motivo es fundamental conocer la anatomía pelviana, los diagnósticos diferenciales de endometriosis, realizar maniobras dinámicas ecográficas, utilizar Doppler, consultar antecedentes tanto clínicos como quirúrgicos y sugerir controles en tiempo prudencial para disminuir la tasa de diagnósticos falsos positivos

Bibliografía

- Timmerman, S., Stubbe, L., Van den Bosch, T., Van Schoubroeck, D., Tellum, T., & Froyman, W. (2024). Accessory cavitated uterine malformation (ACUM): A scoping review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*
 - Gupta, S., Manchanda, S., Vyas, S., Malhotra, N., Mathur, S. R., & Kulshrestha, V. (2023). Imaging features of accessory cavitated uterine mass (ACUM): a peculiar yet correctable cause of dysmenorrhea. *Abdominal Radiology*, 48(3), 1100-1106
 - Zajaczkowska, W., & Kapczuk, K. (2023). Accessory cavitated uterine mass (ACUM) as a miniature uterine anomaly causing severe lateralized dysmenorrhea: case series. *Ginekologia polska*, 10.5603/GP.a2023.0060. Advance online publication. <https://doi.org/10.5603/GP.a2023.0060>
-