

U N A M
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

11232
6
2ej.

ENDOMETRIOSIS ESPINAL: PRESENTACION DE UN CASO Y
REVISION DE LA LITERATURA

TRABAJO QUE COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA
OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE
NEUROCIROGIA PRESENTA EL

DR. COSME D. MARTINEZ VAZQUEZ

MEXICO D.F.

ABRIL DE 1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

Generalidades	I
Introducción	4
Etiología	4
Frecuencia	4
Localización	4
Historia clínica	5
Exploración neurológica	6
Laboratorio y Gabinete	7
Cirugía	7
Reporte Histopatológico	8
Evolución	8
Seguimiento	8
Discusión	9
Conclusiones	II
Bibliografía	I2

ENDOMETRIOSIS ESPINAL

PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA

Generalidades:

El estudio de la endometriosis espinal debe realizarse en el contexto de los tumores espinales por lo que antes de entrar de lleno al tema es conveniente revisar en forma somera el capitulo de los tumores que afectan a la medula espinal: El estudio de los tumores raquimedulares se inició con Morgagni quien intento su descripción y clasificación sin embargo los primeros datos fidedignos son de Sir William Macewen quien entre 1883-86 realizo 5 laminectomias a pacientes paraplejicos encontrando "tumores granulomatosos" (12 pag 8); sin embargo es a Sir Victor Horsley a quien se adjudica la primera extirpación exitosa de un tumor espinal a un capitán Ingles de nombre Gilbey quien padeció de dolor intenso toraxico durante 3 años previos a la cirugía, la que se realizo el día 9 de junio de 1887, habiendo hecho el diagnostico clinico los doctores William Gowers y sir William Jenner (13, pag 309). Posteriormente en 1911 Elsberg publico la extirpación parcial y total de algunos tumores medulares y en 1941 Greenwood mediante coagulación bipolar logra extirpar un tumor medular sin dañar la medula, (14, pag 305). Los tumores raquimedulares causan lesion a la medula y raices debido a compresión directa causando colapso de venas y arterias con la consiguiente isquemia, dependiendo esto del tamaño que logren dichos tumores y la velocidad con que lo hagan (los tumores de mas rapido crecimiento

causan daño medular precoz por edema e isquemia). Estos tumores pueden presentarse extra o intradurales. Estos últimos se dividen a su vez en extra e intramedulares. Mereciendo especial mención los de localización lumbar intradurales. El medico puede guiarse segun la localización pero el diagnostico exacto solo se logra bajo el microscopio.

Tumores extradurales: Habitualmente son metástasis vertebrales que involucran el espacio epidural. Cualquier neoplasia puede metastatizar la columna pero los que mas frecuentemente lo hacen son los de próstata, pulmón y mama. Dichas siembras llegan a las vertebra por via arterial o a traves del plexo venoso de Batson y en ocasiones por contiguidad de un tumor pulmonar. Pueden presentarse además tumores oseos primarios como: el sarcoma osteogénico, tumor de celulas gigantes, el hemangioma quistico benigno etc.. En la mayoria de los casos el síntoma inicial es el dolor y progresivamente apareceran eventualmente sintomas de compresion radiculomedular. El diagnostico puede realizarse mediante la historia clinica y apoyados en estudios radiologicos simples pero precozmente es de mayor utilidad el gamagrama oseo ó en casos necesarios la mielografia-tomografia o resonancia magnetica nuclear (RMN). Debe evitarse en lo posible el desarrollo de compresión medular severa operando oportunamente a estos enfermos, administrando corticoesteroides ó mediante radioterapia.

Tumores intradurales: Se dividen en extramedulares e intramedulares; los extramedulares pueden ser meningeomas, neuromas y neurofibromas. El dolor de tipo radicular puede ser el sintoma inicial, aqui también el compromiso medular puede ser gradual y no diagnosticarse a tiempo de evitar daño neurologico permanente (sección medular fisiológica).

Para realizar el diagnóstico en estos casos es útil la mielografía, la tomografía computada (TAC), o la RMN; pero son poco útiles las rx simples a no ser que se presente un tumor en reloj de arena a través de los agujeros de conjunción. El pronóstico puede ser bueno de lograrse la exéresis radical.

Tumores intramedulares: Estas neoplasias se clasifican dentro de los tumores intradurales; estos son los de mayor dificultad diagnóstica y pueden afectar una porción corta de la medula u ocupar una gran extensión de la misma. Su tratamiento es también difícil ya que son infiltrantes. Las rx (radiografías simples) pueden mostrar ensanchamientos pediculares y en la TAC y mielografía se observará la medula ensanchada. Las neoplasias intramedulares más frecuentes son los astrocitomas y los ependimomas; en ocasiones los ependimomas si muestran un plano de clivaje que permite resecarlos totalmente mediante el uso de microscopio y coagulación bipolar; de no lograrse lo anterior debe efectuarse radioterapia.

Tumores intradurales lumbares: Estos merecen trato especial ya que pueden afectar el cono medular o el filum y la cola de caballo y en esta región pueden situarse astrocitomas, ependimomas mixopapilares. Pueden provocar déficit precoz de esfínteres y de la función sexual y su extirpación es difícil sin ocasionar mayor lesión. Así mismo podemos encontrar meningeomas, neurilemomas, cordomas y lipomas, teratomas etc..

Como hemos visto en esta revisión somera no se menciona la presencia de la endometriosis en la medula espinal.

Por lo anterior creo importante el presentar éste caso para el conocimiento de su existencia, frecuencia, definición, localización, diagnóstico, pronóstico y tratamiento y en un momento dado su profilaxis.

Introducción:

Se define a la endometriosis como la presencia de tejido endometrial fuera de cavidad uterina (I, pag I).

Etiología: Según diversos autores la endometriosis puede ser secundaria a I- MENSTRUACION RETROGRADA a través de las trompas y de ahí a la cavidad pelvica ó por "METASTASIS" por venas y linfáticos a partir de tejido endometrial de cavidad uterina ó por DEGENERACION METAPLASICA de restos embrionarios (4, pag 2).

Frecuencia: Llega a afectar al 15% de mujeres en edad gestacional (2, pag I).

Localización:

Se localiza preferentemente en los órganos intrapélvicos, sobretodo en ovarios y trompas (3), pero también en otros sitios como: Tubo digestivo, epiplón, hígado, páncreas, riñones, cicatriz umbilical, pared abdominal y en regiones tan distantes como pulmones, pleuras, brazos y piernas (4, pag I87). Su localización en sistema nervioso es rara solo se ha reportado un caso de

localización en encéfalo(5), dos en conducto vertebral(7,8) y dieciseis en nervio ciático(6); se puede decir que excepto el bazo no existe órgano de la economía humana que no haya sido afectado por dicho tejido(4 pag188).

Debido a la escasa frecuencia con que afecta al sistema nervioso decidí presentar el siguiente caso de una mujer (C.L.T) de 36 años, casada, originaria y residente del edo. de Oaxaca quién ingresó al HEP del IMSS el día 22-VIII-89, con los antecedentes de: Madre fallecida por CACU

toxicomanías negadas

Inmunizaciones completas

Sin enfermedades en la infancia

AGO: Menarca a los 13 años

ciclos 30X3 al inicio regulares

IVSA: A los 20 años , con un solo compañero desde entonces

Usó anticonceptivos orales durante 7 años y

DIU por 2 años.

Dismenorrea y dispareunia al iniciar anticonceptivos

G V, P III, Cesárea 0, Abortos II (sec. a trauma)

F.U.R. dic/84

A. Quirúrgicos:

Dos legrados uterinos en 1977 y 79

Salpingoclasia en 1984

Apendicectomía en 1987

Biopsia endometrial en 1987 con diagnóstico histopatológico de adenomiosis uterina y endometrio con hiperplasia focal.

Histerectomía y ooforectomía bilateral en 1987

con mismo diagnóstico (por sangrado abundante).

PADECIMIENTO ACTUAL:

1. Le Inició 12 años antes del ingreso posterior a la realización de legrado uterino por aborto secundario a trauma en pelvis,
 - . Con dolor lumbar izquierdo irradiado a glúteo, cara posterior de muslo y pierna y dedos del mismo lado, de caracter
 - . lentamente progresivo y que en ocasiones
 - . Coincidía con menstruaciones (en el 50% de ellas aproximadamente) (al inicio)(posteriormente no)
2. Dos años antes del ingreso se agregó:
 - . Hipoestesia al dolor y temperatura en planta y dedos pie izq.
 - . Además de "Entumecimiento" y rigidez en dedos del pie izq.
3. Siete meses antes del internamiento
 - . Se exacerbaban los síntomas previos y aparece
 - . Paraparesia de predominio izq. al grado de
 - . Dificultar la marcha además de
 - . Constipación rectal.

EXPLORACION FISICA:

- . Excepto lo neurologico, sin datos patológicos

EXPLORACION NEUROLOGICA:

- . Funciones mentales superiores normales
- . Pares craneales normales

SENSIBILIDAD:

- . Con hipoestesia al dolor y temperatura desde dermatoma L4 a S1 bilateral de predominio izq.
- . Con hipoestesia al reconocimiento de la vibración y posición en dedos del MPD y AUSENTE EN MPI
- . Con hipoestesia táctil bilateral de predominio izq. desde L3 hasta S2
- . Con Signo de Lasague izquierdo y
- . Romberg (signo)

SISTEMA MOTOR

- . Hipertonía en dedos del MPI y clonus plantar izq.
- . Hipotrófia en músculos de muslo y pierna izq.
- . Marcha parética espástica a expensas del MPI
- . Reflejos patelares exaltados y aquileo izq abolido
- . Paresia del MPI de un 80% de predominio distal
- . Paresia del MPD de un 40%
- . Esfinteres normales
- . Babinski izquierdo

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

- . BH, QS, T.de P., E.S. E.G.O. Normales
- . Rx de Torax Normal
- . EMG: Compatible con radiculopatía L5 SI bilateral
- . RX de Columna: Espina bífida L5 SI
Sacralización de L5
Aumento de distancia interpedicular de L3-5
- . Mielografía: Tumor intradural L3-4

CIRUGIA :

- . Se efectuó Laminectomía total de L3-4 y parcial de L2-5 el día 28-VIII-89
- . Resección total de un tumor epidural rojo grisáceo en lado izq de L3 de 2x1 cm muy adherido a la duramadre
- . Resección parcial (40%) de un tumor intradural Independiente del anterior
Que erosionó la duramadre
Infiltrante a raices de cola de caballo
Infiltrante a cono medular
Porción quística (con líquido achocolatado) el cuál se puncionó y se obtuvieron 3 cm que se mandaron a patología.



Fig. 1 Mielografía que muestra imagen sugestiva de tumor intradural en L3-5; espina bífida L5-S1; aumento de la distancia interpedicular L3-5.

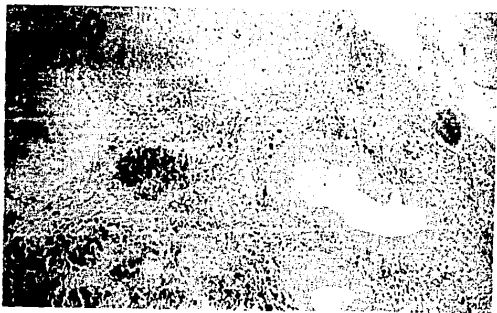


Fig. 2 Se observan múltiples glándulas endometriales con estroma densamente fusocelular, con microhemorragias infiltrando el tejido neuroglial de médula espinal.

ESTA TEXAS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

REPORTE HISTOPATOLOGICO: ENDOMETRIOSIS INTRA/EXTRADURAL.

- I. Se observan múltiples glándulas endometriales con estroma densamente fusocelular, con microhemorragias, infiltrando tejido neuroglial (de médula espinal).
- 2- Frotis de liquido negativo a malignidad

EVOLUCION: Satisfactoria aunque cursó inicialmente con

- . Vejiga neurogénica y constipacion rectal por 3 meses
- . Pero la marcha fue independiente al 3 dia y hubo
- . mejoría progresiva de la paraparesia
- . " " " " lumbociática
- . " " " " Sensibilidad (dolor y temp).

SEGUIMIENTO:

- Cursa actualmente 10 meses de postoperatorie con tratamiento medico con DANAZOL (etiniltestosterona 400 mgr/dia y fisioterapia y persiste
- . Reflejo izquierdo abolido (aquileo)
 - . La marcha es normal
 - . Controla esfinteres adéduadamente y solo
 - . Presenta discreta lumbalgia al permanecer mucho tiempo sentada

La TAC Y MIELOGRAFIA POSTOPERATORIAS MUESTRAN TUMOR RESIDUAL

DISCUSION:

El motivo por el que se presenta éste caso es el de recordar a la comunidad médica la existencia de un padecimiento que incluso para los ginecólogos y mas aún para los dedicados a las ciencias neurológicas resulta totalmente enigmático ya que se ignora demasiado respecto a su etiología, patogénia y tratamiento. Siendo una enfermedad relativamente frecuente puesto que afecta al 15% de las mujeres en edad reproductiva, en raras ocasiones se localiza en el sistema nervioso central o periferico(4). El primer caso de endometriosis intraraquídea fué reportado por los doctores Luis Lombardo y Humberto Mateos en 1968 (7) en una mujer de 26 años con antecedentes de haber sufrido dos legrados uterinos, con cuadros repetidos de hemorragia subaracnoidea durante las menstruaciones; se le realizó el diagnóstico mediante mielografía y exéresis del tumor localizado en el espacio subaracnoideo de LI-2, habiendo sido necesaria la utilización de progestagenos por reactivación tumoral a los 3 meses; con evolución finalmente satisfactoria.

El segundo caso lo reportó Richter en 1977 (8) en Alemania refiriéndose a una mujer que cursaba con cefaleas y dolor vertebral durante sus menstruaciones, quien a los 40 años presentó paraplegia aguda y en la cirugía se encontró un tumor que fué diagnosticado como endometriosis espinal; después de 12 años de permanecer asintomática desarrolló nuevamente paraplegia y el reporte histopatológico fué de carcinoma endometriode con infiltración a cuerpos vertebrales, siendo éste un caso excepcional de degeneración a malignidad del tejido endometrial.

Un tercer caso afectando al SNC y el primero en encéfalo fué publicado por Thibodeau(5) en 1987 en una mujer de 20 años con cefalea focal intermitente y crisis convulsivas generalizadas de 3 años de evolución a quien mediante TAC se demostró una lesión hipodensa con reforzamiento periférico en lobulo parietal derecho y en la cirugía se resecó una lesión quística achocolada.

El trabajo presentado el día de hoy es el cuarto afectando el SNC y el tercero con localización intraraquídea y ofrece cierta similitud con los anteriores ya que en los 3 el sitio de afección es más o menos el mismo (lumbar), con antecedentes de legrados uterinos en el caso del Dr. Lombardo y en el del Dr. Thibodeau y en los 2 intraraquídeos ha habido residiva o tumor residual.

Se considera que los legrados uterinos son un factor importantante para poder explicar la presencia de tejido endometrial fuera de cavidad uterina y en éste caso intraraquídea a través de diseminación hematógena via el sistema venoso vertebral que es continuación directa del drenaje venoso de los órganos intrapélvicos(7,5) lo cual ha sido demostrado por Batson (9) desde 1940.

Así mismo pienso que la coincidencia inicial de la sintomatología con las menstruaciones es debida a la proliferación del tejido endometrial y su ulterior despiece y posteriormente los síntomas se vuelven constantes debido a la formación de cicatrices fibrosas secundarias a los sangrados frecuentes en el sitio de implante.

II

CONCLUSIONES:

- 1.- La endometriosis intrarraqúidea es un padecimiento poco frecuente, de difícil diagnóstico sino se piensa en él.
- 2.- Es de curso progresivo e incapacitante, pero potencialmente curable.
- 3.- El diagnóstico de certeza se realiza sólo mediante examen histopatológico, donde se demuestren glándulas y estroma endometrial. (4, pág. II9)
- 4.- Es necesario biopsiar o extirpar toda lesión sospechosa. (10
- 5.- Debe sospecharse en toda mujer en edad gestacional con cuadro neurológico ciclico con o sin hemorragia que coincida con las menstruaciones y remita o disminuya durante periodos aciclicos como en el embarazo o menopausea. (4).
- 6.- Frecuentemente existe antecedente de cirugía uterina. (5,7)
- 7.- El tratamiento debe ser habitualmente mixto, (medico-quirúrgico), con medicamentos hormonosupresores o anticonceptivos a base de medroxiprogesterona o antiestrógenos como el danazol. (4, pag. I63) y resección tumoral.
- 8.- El danazol es el medicamento que brinda mejores resultados y menores recidivas (4).
- 9.- En casos rebeldes se recomienda histerectomía y salpingo- oforectomía bilateral (6,10).
- 10.-La vía de diseminación es hematógena a través del plexo de Batson y secundaria a cirugías en cavidad uterina.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Clement PB: Endometriosis, lesions of the secondary müllerian system and pelvic mesothelial proliferations. In Kurman RJ (ed): Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract, ed 3. New York, Springer-Verlag, 1987, p 517.
- 2.- Hassan HM: Incidence of endometriosis in diagnostic laparoscopy. J. Reprod Med 16: 135, 1976.
- 3.- Jenkins S. Olive DL, Haney AF: Endometriosis: pathogenic laparoscopy implications of the anatomic distribution. Obstet Gynecol 67:335, 1989.
- 4.- Sanfor M. Markham y cols. Endometriosis Extrapélvica In Ginecol y Obstet temas actuales Ed. Interamericana México 1988 v 16 N I Marzo. p 187.
- 5.- Thibodeau LL, Prioleau GR, Manuelidis EE et al: Cerebral endometriosis. Case report. J. Neurosurg 66:609, 1987.
- 6.- Torkelson SJ, Raymond A.L. et al: Endometriosis of the sciatic nerve: A report of two cases and review of the literature. Obstet & Gynecol Vol 71, N 3 part 2 march 1988.
- 7.- Lombardo L. Mateos JH, Barroaeta FF: Subarachnoid hemorrhage due to endometriosis of the spinal canal. Neurology 18:423-426, 1968.
- 8.- Richter K: Endometrioides Karzinom des wirbelkanals (Endometrioid carcinoma of the spinal canal). Geburtshilfe Frauenheilkd sep 1977 37 (9) p 771-5.
- 9.- Batson OV: The function of the vertebral veins and their role in the spread of metastases. Ann Surg 112:138- 149 1940.
- 10.-Salazar GE: Roos R. Sciatic endometriosis: A treatable sensorimotor mononeuropathy Neurology 1986;36:1360-1363.
- 11.-Rothman RH In La columnaVertebral Ed. Medica Panamericana SA Argentina 1985 p. 798.
- 12.-Robert H. Wilkins, Setti S. Rengachary Neurosurgery Update I Mc Graw-Hill, Inc. 1990 U. S. A. pag. 8.
- 13.-Daniel Ruge M.D. Leon L. Wiltse M.D. Spinal Disorders. LEA & Febiger 1977 Washington D.C. pag. 309.
- 14.-Ernesto Bustamante. J. Pablo Recagno, M. Velasco Suarez Neurología El Ateneo 1983 pag. 305.