

Fístula tubo ovárica secundaria a endometrioma reporte de caso

Tubo-ovarian fistula secondary to endometriosis: case report

German David Ospina¹, Iván Darío Montes¹, Johana Carolina Pérez², María Fernanda Toro Wills³, Natalia Archila⁴

¹Médico Especialista en Fertilidad y Reproducción Humana, Instituto de Fertilidad Humana, INSER, Bogotá, Colombia.

²Fellow en Fertilidad y Reproducción Humana, Instituto de Fertilidad Humana, INSER, Bogotá, Colombia

³Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

⁴Residente en Ginecología y Obstetricia. Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

RESUMEN

Reporte de caso de fístula tubo-ovárica que comunica endometrioma ovárico derecho con la trompa ipsilateral y la cavidad endometrial. Esta complicación poco frecuente de endometriosis genera sangrado escaso a moderado no cíclico e infertilidad. La primera impresión diagnóstica se realizó mediante histerosalpingografía y se confirmó por laparoscopia. No existe información disponible en la literatura acerca de esta condición particular, por lo que consideramos, debe ser incluida dentro de los diagnósticos asociados a endometriosis.

(Rev. Iberoam. Fert Rep Hum, 2021; 38; © Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana)

Palabras claves: *fístula, endometriosis, fertilidad, reporte de caso*

Correspondencia: María Fernanda Toro Wills
e mail: mariaf.toro@urosario.edu.co
SOLICITUD REIMPRESIÓN: Email: fertilidad@editorialmedica.com

SUMMARY

A case report of tube-ovarian fistula communicating right ovarian endometrioma with the ipsilateral tube and the endometrial cavity. This rare complication of endometriosis causes scanty to moderate non-cyclic bleeding and infertility. The first diagnostic impression was made by hysterosalpingography and confirmed by laparoscopy. There is no information available in the literature about this condition, so we consider that it should be included among the diagnoses associated with endometriosis.

(Rev. Iberoam. Fert Rep Hum, 2021; 38; © Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana)

Key words: *fistula, endometriosis, fertility, case report.*

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una patología inflamatoria que involucra interacciones endocrinas, inmunológicas, proinflamatorias y angiogénicas, caracterizada por la presencia de glándulas endometriales y estroma de distribución ectópica, fuera de la cavidad uterina, principalmente en el peritoneo pélvico, ovarios, septo recto vaginal y ocasionalmente en el diafragma, pleura y pericardio (1). Afecta cerca del 10 % de mujeres en edad reproductiva, aproximadamente 190 millones de mujeres a nivel mundial (2), generando en el 50 a 60 % de estas pacientes, dolor abdominopélvico de intensidad variada que, en algunos casos puede impactar la calidad de vida de estas pacientes (3-5).

La triada clásica de los síntomas que caracterizan esta patología es: dispareunia, dolor pélvico crónico y dismenorrea (3, 4), sin embargo, pueden presentarse otros síntomas como dolor lumbar, tenesmo vesical y rectal, hematuria, disuria y rectorragia asociado a los periodos menstruales, entre otros (3, 4). Algunos estudios sugieren que entre el 25 y el 50 % de las mujeres con endometriosis pueden padecer infertilidad, mientras que otros reportan que las pacientes infértiles tienen hasta 8 veces más posibilidad de tener endometriosis, comparado con la población fértil (6).

Los mecanismos a través de los cuales la endometriosis genera infertilidad son múltiples (7). Se destacan la distorsión de la anatomía pélvica que afecta el transporte de gametos, el estado proinflamatorio propio de la enfermedad y la alteración en la receptividad endometrial (7).

Una de las clasificaciones más aceptadas es la propuesta por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM), estratificando la enfermedad en estadios I-IV de acuerdo con su severidad. Otras propuestas como el sistema EN-ZIAN para la endometriosis profunda, el índice de infertilidad para endometriosis (EFI) y la Clasificación de la asociación americana de laparoscopia ginecológica, han sido publicadas durante los últimos años. Aún no existe consenso sobre el uso preferencial de un sistema sobre el otro, en este aspecto, la sociedad mundial de endometriosis re-

comienda, utilizar la clasificación que mejor se ajuste a la condición clínica, que describa el estado de la enfermedad, maximice la información disponible para la paciente durante el seguimiento post quirúrgico y de acuerdo con el criterio médico (4, 5).

En los estadios más avanzados, la endometriosis puede presentarse con compromiso ovárico, entre el 17 y 44 % de los casos. Este hallazgo corresponde a quistes ováricos, cuyo recubrimiento está compuesto por tejido endometrial ectópico que genera el material achocolatado característico de este tipo de lesiones (7).

El abordaje terapéutico puede ser médico y/o quirúrgico (1, 4). En este último, se pueden presentar diversas complicaciones como formaciones de adherencias, infecciones y fistulas (conexiones anómalas entre estructuras contiguas), entre otras (4, 8). Se han descrito casos de fistulas recto-vaginales y relacionadas con estructuras genitourinarias como las vesico-ováricas y uretero-tubáricas en pacientes con endometriosis (9, 10). Hasta la fecha, no se encontraron estudios que reporten fistulas que comuniquen endometriomas ováricos, con la trompa uterina y la cavidad endometrial.

Ante la ausencia de evidencia, se reporta el caso de una paciente con endometriosis grado IV y fistula tubo ovárica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 34 años, nulípara, con diagnóstico de infertilidad primaria, poliquistosis ovárica y endometriosis grado III diagnosticada durante laparoscopia en el 2014, recibió manejo con aGnRH durante seis meses posterior a la intervención quirúrgica. Se realizaron 3 ciclos de inducción de la ovulación, sin lograr el embarazo. Al finalizar este proceso, se observó endometrioma ovárico derecho; ante este hallazgo en 2017, se realizó cistectomía de ovario por laparoscopia (técnica combinada) con reporte de hormona Antimülleriana (AMH) en 3.44 post operatorio.

En 2018 ingresa a nuestra institución, se realizó primer ciclo de fertilización in vitro (FIV), con dos transferencias em-

brionarias y prueba de embarazo negativa. Durante los ciclos de FIV, la paciente presentó sangrado constante escaso que no cedió a pesar de manejo con progestinas y aGnRH durante 3 meses, razón por la cual se decidió llevar a histeroscopia y biopsia endometrial, con hallazgos intraoperatorios: cavidad regular con paredes infiltradas y tapizadas por material achocolatado, reporte de patología referido como normal. En ese mismo tiempo quirúrgico se realiza punción y drenaje de endometrioma ovárico guiado por ecografía.

Se inició nuevo ciclo de preparación endometrial, transferencia de dos embriones de buena calidad, prueba de embarazo negativa. La paciente persistía con sangrado vaginal escaso asociado a reaparición de endometrioma ovárico derecho. Por sospecha de comunicación tubo ovárica se solicitó histerosalpingografía que reportó fístula tubo-ovárica derecha concordante con cuadro clínico y hallazgos descritos (Imagen 1).

Basados en los hallazgos anteriores se decidió realizar ciclo de FIV con criopreservación total logrando vitrificación de 6 blastocistos de buena calidad.

Se realizó laparoscopia operatoria en el 2020 encontrando: síndrome adherencial severo con múltiples adherencias firmes de colon sigmoide a cara lateral de la pelvis, fosa ovárica izquierda completamente ocluida, fondo de saco posterior obliterado, ovario derecho con adherencias firmes a trompa uterina y colon sigmoides. Se realiza liberación parcial de adherencias y salpingooforectomía derecha.

Control postoperatorio con adecuado control de dolor y resolución de sangrado vaginal descrito.

DISCUSIÓN

Las fístulas en cirugía ginecológica tienen una incidencia del 0.05 al 30 % (9) y pueden presentarse tras intervenciones quirúrgicas (7). Los factores de riesgo asociados son: endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, radioterapia y neoplasias (9). Se ha descrito la aparición de fístulas recto-vaginales, ovárico-vesicales y uretero-tubáricas, en pacientes con endometriosis posterior al manejo quirúrgico (9, 10).

En el presente reporte de caso, basados en la sospecha clínica de una fístula tubo-ovárica, que comunicaba el endometrioma ovárico con la trompa uterina ipsilateral, drenando su contenido a la cavidad endometrial, se decidió solicitar una histerosalpingografía que confirmó este hallazgo, explicando así la sintomatología de la paciente. Una vez la paciente fue sometida a salpingooforectomía derecha, el sangrado desapareció.

No es posible establecer si la aparición de la fístula obedeció a un proceso inflamatorio secundario a la endometriosis, que favoreció la formación del trayecto fistuloso, o fue ocasionada como una complicación de la intervención quirúrgica realizada.

El acrónimo PALM-COEIN abarca las diferentes etiologías que pueden dar origen a la hemorragia uterina anormal, ayudando a su estudio y clasificación. Este incluye: pólipos, adenomiosis, miomatosis, patología maligna, coagulopatías, alteraciones de origen ovárico, endometrio, iatrogénicas y de origen sin establecer. En el presente caso, la etiología in-

IMAGEN 1

Secuencia de imágenes obtenidas durante histerosalpingografía donde se evidenció paso de material de contraste desde la cavidad endometrial hacia la trompa uterina y endometrioma ovárico derecho.



usual del sangrado ocasionó una dificultad importante para realizar el diagnóstico.

Al revisar la literatura, no se encontraron reportes de características similares al presente caso, motivo por el cual no existen protocolos o estándares para el manejo de esta complicación de la endometriosis.

En pacientes con diagnóstico de endometriosis, antecedentes quirúrgicos y hemorragia uterina anormal de etiología no clara, sugerimos considerar como una posibilidad diagnóstica, la fístula tubo ovárica que comunica el endometrioma con la trompa uterina, drenando su contenido hacia la cavidad endometrial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asanza-Llorente DA, Serrano-Egea A, López-López A, García-Aparicio M, Teresa C-D, Timón-Peralta and J. Enterovesical fistula and intestinal obstruction by ileal endometriosis. *Rev española enfermedades Dig.* 2013;105:504–6.
2. Krina T. Zondervan, D.Phil., Christian M. Becker, M.D., and Stacey A. Missmer, Sc.D. Endometriosis. March 26, 2020. *N Engl J Med* 2020; 382:1244–1256.
3. Nunes E, Lopes DS, Passos LS. Tubocutaneous Fistula due to Endometriosis – A Differential Diagnosis in Cutaneous Fistulas with Cyclic Secretion Fístula tubocutânea secundária à endometriose – diagnóstico diferenciado em fístulas cutâneas com secreção cíclica. 2017.
4. Durón R, Pamela G, Morera B, General M, Unimed C. Endometriosis Endometriosis. 2018;35(1).
5. Johnson NP, Hummelshoj L, Adamson GD, Keckstein J, Taylor HS, Abrao MS, et al. World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis. 2017;32(2):315–24.
6. American Society for Reproductive Medicine; Endometriosis and infertility: a committee opinion; Fertility and Sterility; 2012; Vol. 98, No. 3.
7. Matthew Latham Macer , Hugh S Taylor. Endometriosis and infertility: a review of the pathogenesis and treatment of endometriosis-associated infertility. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2012 Dec;39(4):535–49.
8. Abdel-karim A, Elmissiry M. Laparoscopic repair of female genitourinary fistulae : 10-year single-center experience. *International Urogynecology Journal*; 2019;1–6.
9. Aldbaum RSW. URETERO-FALLOPIAN TUBE FISTULA SECONDARY TO LAPAROSCOPIC FULGURATION OF PELVIC ENDOMETRIOSIS. 1993;149(May):1128–9.
10. Sofiane Bendifallah MD, PhD , Anne Puchar MD , Elie Vesale MD , Gaby Moawad MD , Emile Dara'i MD, PhD , Horace Roman MD, PhD , Surgical outcomes after colorectal surgery for endometriosis: Systematic Review and Meta-Analysis, *The Journal of Minimally Invasive Gynecology* (2020).

Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Aspectos éticos

Se obtuvo el consentimiento por escrito para la publicación.