

Objetivos

Correlacionar los hallazgos mediante RM de pelvis de alta resolución en pacientes con sospecha de endometriosis y los resultados obtenidos en el acto quirúrgico.

Revisión del tema

La endometriosis es la presencia de tejido endometrial por fuera de la cavidad uterina, afecta a mujeres en edad fértil y es de etiología multifactorial. Es la causa más frecuente de esterilidad en mayores de 25 años.

Si bien la localización más frecuente es la ovárica. Se detectan otras ubicaciones incluyendo: peritoneo, fondos de saco posterior y anterior, ligamentos úterosacros. En menor medida pueden verse afectados los órganos abdominales y pulmones. Dada la capacidad de la RM en la diferenciación tisular, es recomendada como herramienta de primera línea, junto a la ecografía, en la evaluación de pacientes con sospecha de endometriosis.

Detalles de procedimiento

Se estudiaron 50 mujeres entre 15 y 51 años con sospecha de endometriosis, mediante RM de pelvis de alta resolución en equipo GE Signa HDXT 1.5T entre los años 2012-2016. Preparación: enema la noche anterior, Buscapina oral (N-butilbromuro de hioscina) una gragea una hora previa al estudio y ayuno de cuatro horas previas.

Protocolo: secuencias T1 con saturación grasa en axial y sagital, T2 en axial, sagital y coronal y T1 con saturación grasa post contraste ev. (gadolinio) en axial y sagital. Se efectuó un mapeo detallado de las lesiones.

Hallazgos con imágenes

Se realizó una evaluación de la resonancia magnética comparativamente con los hallazgos intraoperatorios sobre las 50 pacientes.

22 de ellas presentaron imágenes compatibles con endometriosis profunda en las imágenes y se constataron en el acto intraoperatorio. 14 de éstas presentaban infiltración del colon y en 5 pacientes se describieron implantes vesicales, 1 presentó un foco inguinal, 1 en tabique rectovaginal y 1 con foco retroperitoneal comprometiendo el uréter en su tercio inferior.

Las 28 pacientes restantes presentaron endometriosis superficial. En 4 de ellas se hallaron pequeños implantes a nivel del receso vesicouterino y peritoneales mayores a 5 mm. y el resto presentaron endometriomas de diversos tamaños. Todos los hallazgos descritos en las RM fueron confirmados en el acto intraoperatorio.

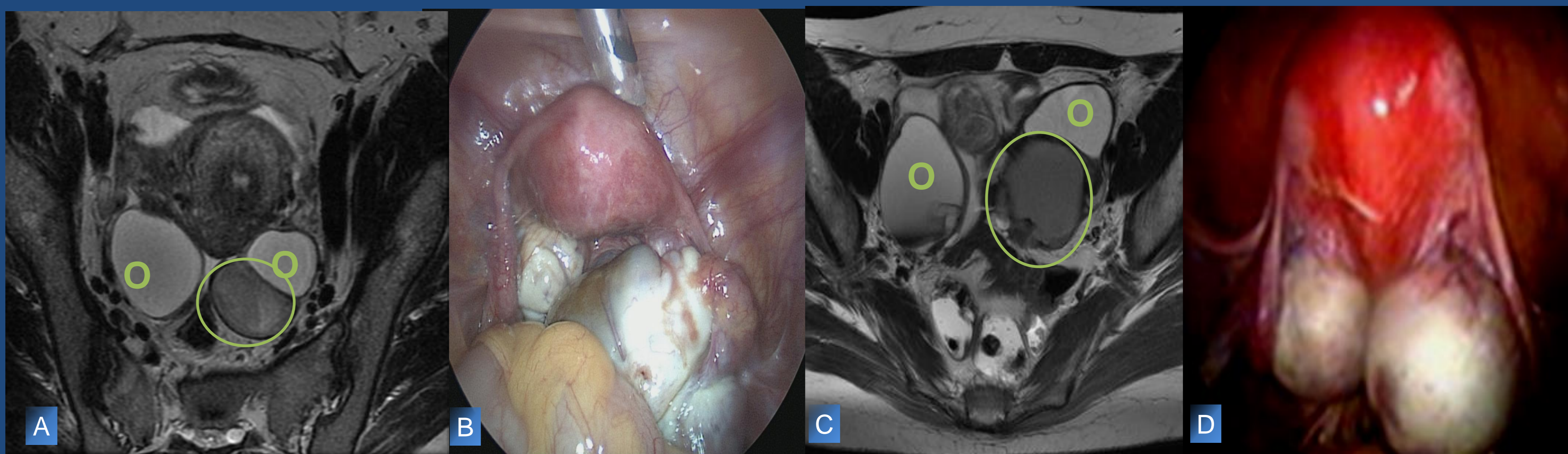
N=22	LOCALIZACIÓN
14	INFILTRACIÓN COLÓNICA
5	IMPLANTES VESICALES
16	ADHERENCIAS FIBRÓTICAS

Tabla 1 – Localizaciones de endometriosis profunda.

N=28	LOCALIZACIÓN
4	RECESO VESICOUTERINO Y PERITONEALES
24	ENDOMETRIOMAS

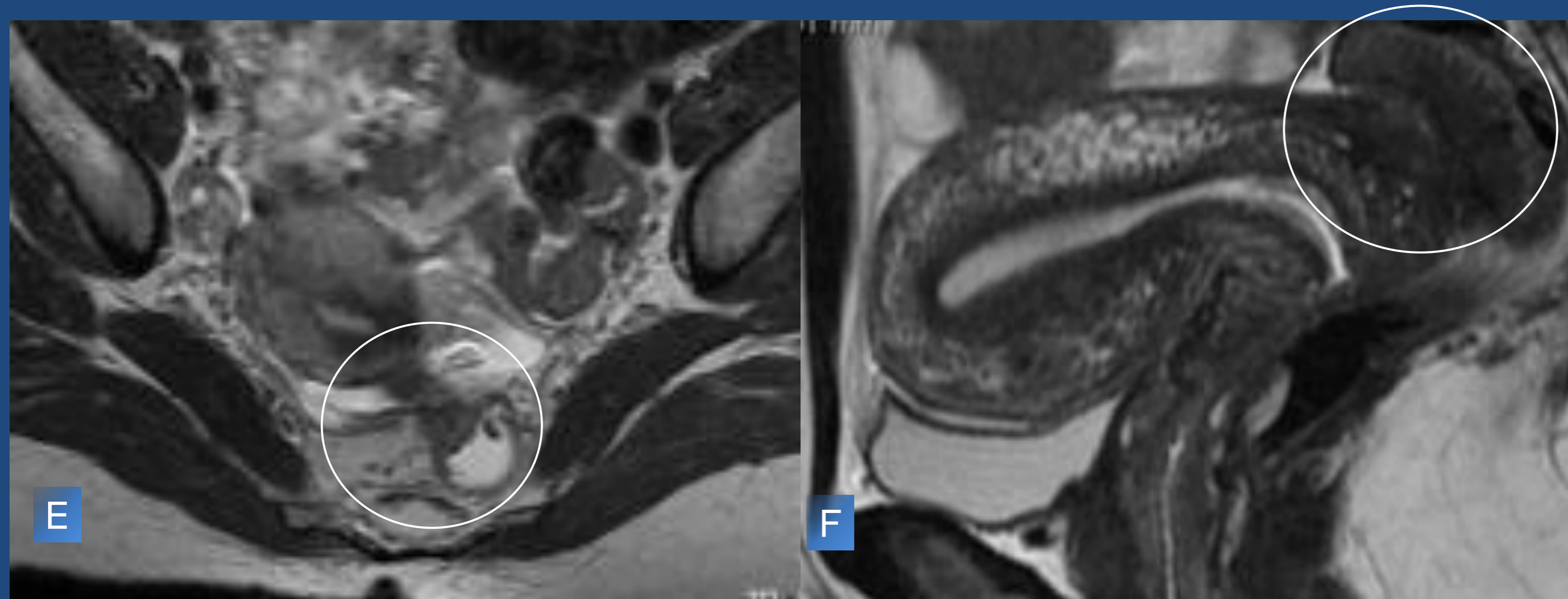
Tabla 2 – Localizaciones de endometriosis superficial.

Endometriomas



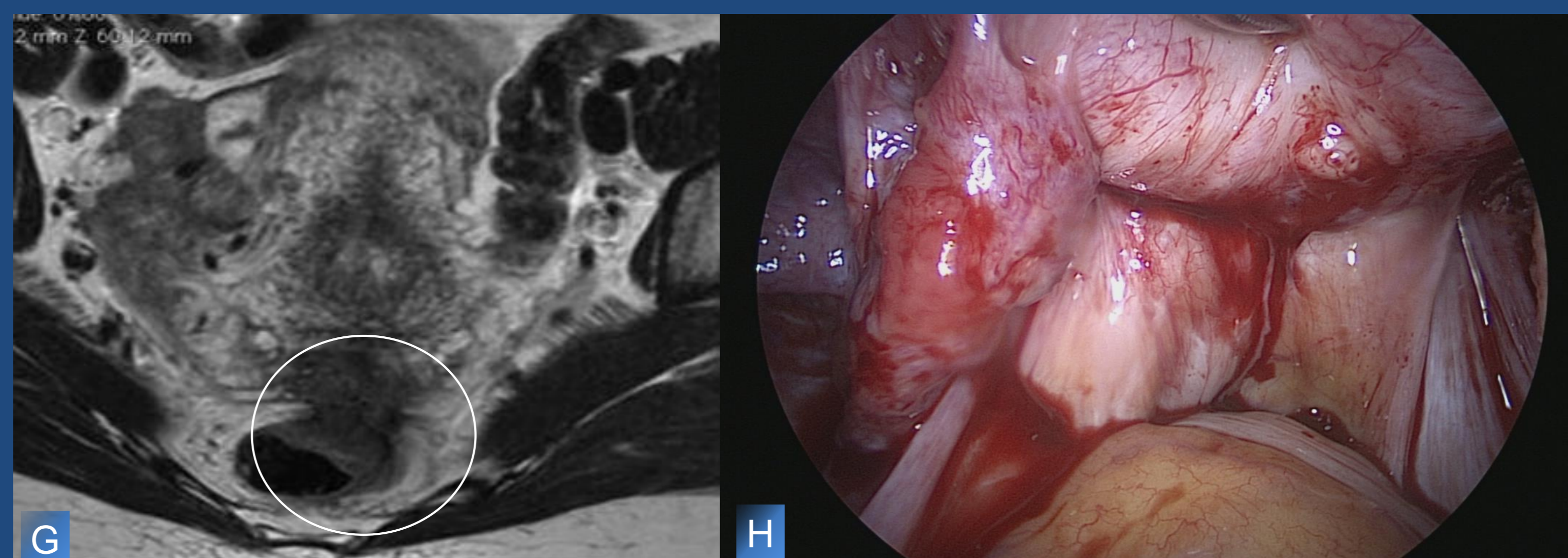
Figuras A, B, C y D – Cortes axiales T2 (A y C) se observa medialización de ovarios con endometriomas del lado izquierdo. (B y D) imágenes macroscópicas donde se visualizan ambos ovarios medializados ubicados por detrás del cuerpo uterino con endometriomas a izquierda. ovarios (O), endometrioma (círculo).

Infiltración colónica



Figuras E y F – Cortes axial (E) y sagital (F) donde se observan adherencias fibróticas retrouterinas que traccionan el colon con invasión del mismo

Adherencias



Figuras G y H – (G) Corte axial T2. Foco endometriósico retrouterino con múltiples tractos adherenciales asociado a invasión del colon (H) obliteración completa del fondo de saco de douglas

Conclusión

Dada la resolución multiplanar de la RM, se recomienda su uso para el diagnóstico de endometriosis, principalmente ante la sospecha de compromiso profundo. Debe ser tenida en cuenta como herramienta para la planificación quirúrgica, para establecer la distribución y localización precisa de las lesiones, permitiendo al cirujano confeccionar un plan adecuado para lograr la extirpación completa y así lograr la mejoría sintomática de las pacientes