

**Endometriosis  
extrapélvica.**

**Utilidad de la resonancia  
magnética para su  
detección.**

Sergio Rodríguez Muñoz

María Eugenia Rodríguez Cabillas

María José Romero Rivera

Carmen Sánchez de la Orden

**Hospital San Carlos, San Fernando, Cádiz, España.**



### Objetivo docente:

Familiarizar al radiólogo con el amplio espectro de manifestaciones y formas de presentación de la endometriosis, no solo la confinada a pelvis y ovarios.

Poner en valor la RM como técnica de imagen no invasiva de elección para la detección y diagnóstico de **tejido endometriósico** tanto pélvico como en localizaciones extrapélvicas y formas atípicas.



## Revisión del tema:

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial fuera del útero .

Suele manifestarse como dolor pélvico crónico y recurrente (95% casos), alteraciones menstruales (65%) e infertilidad (45%).

Se estima que afecta a 1 de cada 5 mujeres en edad fértil. Incidencia en aumento. Prevalencia de 5-10%.

Su etiología y patogenia son desconocidas.

\*Según su localización podemos encontrar dos tipos de endometriosis:

- **pélvica** o en peritoneo pelviano, comprometiendo órganos como ovarios, útero, trompas, ... Será la forma más frecuente.

- **extrapelviana**, pudiendo afectar a casi todos los órganos. En este apartado incluimos las formas atípicas.



La localización más frecuente sin duda como hemos comentado anteriormente, es el **ovario (endometrioma)** y se correspondería con la forma más común de la enfermedad conocida como endometriosis pélvica.

Pero también dentro de la endometriosis pélvica, se pueden afectar otros órganos de ésta localización como son el útero, las trompas, el peritoneo pelviano, el septo recto-vaginal, el fondo de saco de Douglas, etc...



En esta presentación queremos hacer hincapié en el tejido endometriósico ectópico que aparece en otras **localizaciones menos frecuentes** y que el radiólogo debe conocer su existencia y tenerlo en cuenta para sus diagnósticos diferenciales.

Localizaciones menos frecuentes y otras apariencias más atípicas como:

- cicatrices de cirugía abomino-pélvica (tanto en tejido subcutáneo como en pared muscular),
- en el interior de saco herniario (hernia inguinal sobre todo),
- en la piel,
- en el aparato urinario (vejiga, uréter, riñones, uretra)
- y en asas intestinales (recto-sigma, apéndice cecal, ciego, íleon distal).

La endometriosis cutánea umbilical es rara y constituye la forma más frecuente de localización extrapélvica.



La **Resonancia Magnética (RM)** es la técnica de imagen no invasiva de elección para su detección y localización, sobre todo utilizando secuencias T1, T1 con saturación de la grasa y T2 (“shading sign”) que son altamente sensibles para detectar productos de degradación de la fibrina (material hemático).

No se suele administrar contraste intravenoso en la mayoría de los protocolos que se usan habitualmente en la mayor parte de los centros. Su uso queda reservado cuando quedan dudas diagnósticas.

Es importante un correcto diagnóstico diferencial, sobre todo en sus formas extrapélvicas que en ocasiones pueden simular patología neoplásica infiltrativa.



Apariencia radiológica de los **focos de endometriosis en RM** tanto de localización pélvica como extrapélvica:

- **Hiperintensidad en T1:** acúmulo de material hemático.

- **Hiperintensidad en T1 con saturación de la grasa:** confirma la hiperintensidad en la secuencia T1 convencional, diferenciándola de la grasa y resulta muy útil asimismo para los focos endometriósicos de pequeño tamaño en localizaciones atípicas.

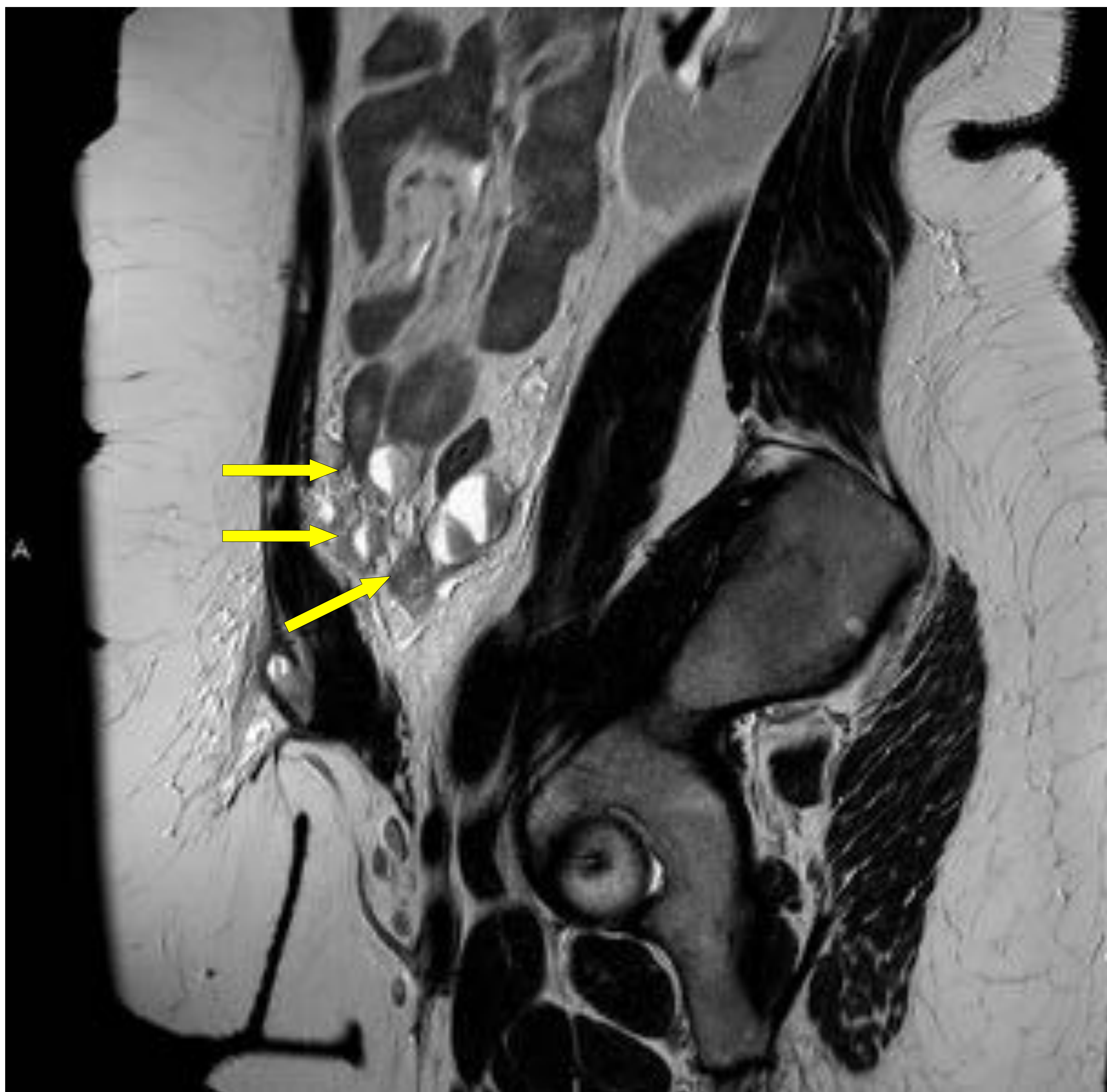
- **Hipointensidad en secuencias T2 “*shading sign*”:** refleja la naturaleza crónica del foco endometriósico resultante de los episodios repetidos de hemorragia a lo largo de meses o incluso años, con altas concentraciones de hierro, proteínas y metahemoglobina.

- *Contraste intravenoso:* podría resultar útil cuando al foco endometriósico se asocian cambios inflamatorios o sospechamos etiología neoplásica o de otro tipo.



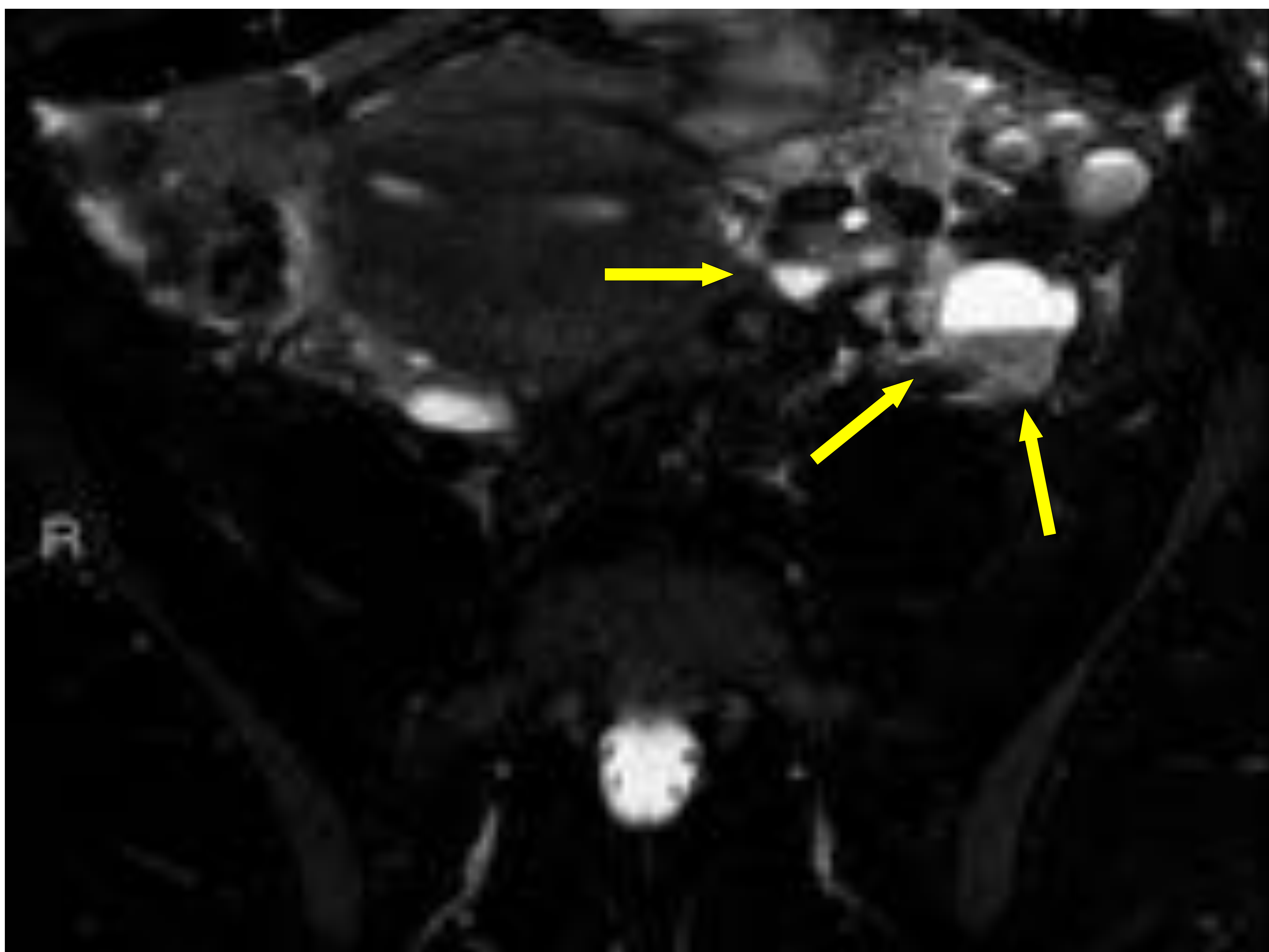
Es por ello que queremos destacar y poner en valor en esta presentación el importante y relevante papel de la RM, utilizando secuencias sensibles a los productos de degradación de la fibrina (T1, T1 con saturación de la grasa, T2, T2 eco de gradiente, ...) **para la detección de focos de endometriosis extrapélvicos** que pueden llevarnos a diagnósticos erróneos si no lo tenemos siempre en cuenta en nuestro diagnóstico diferencial.





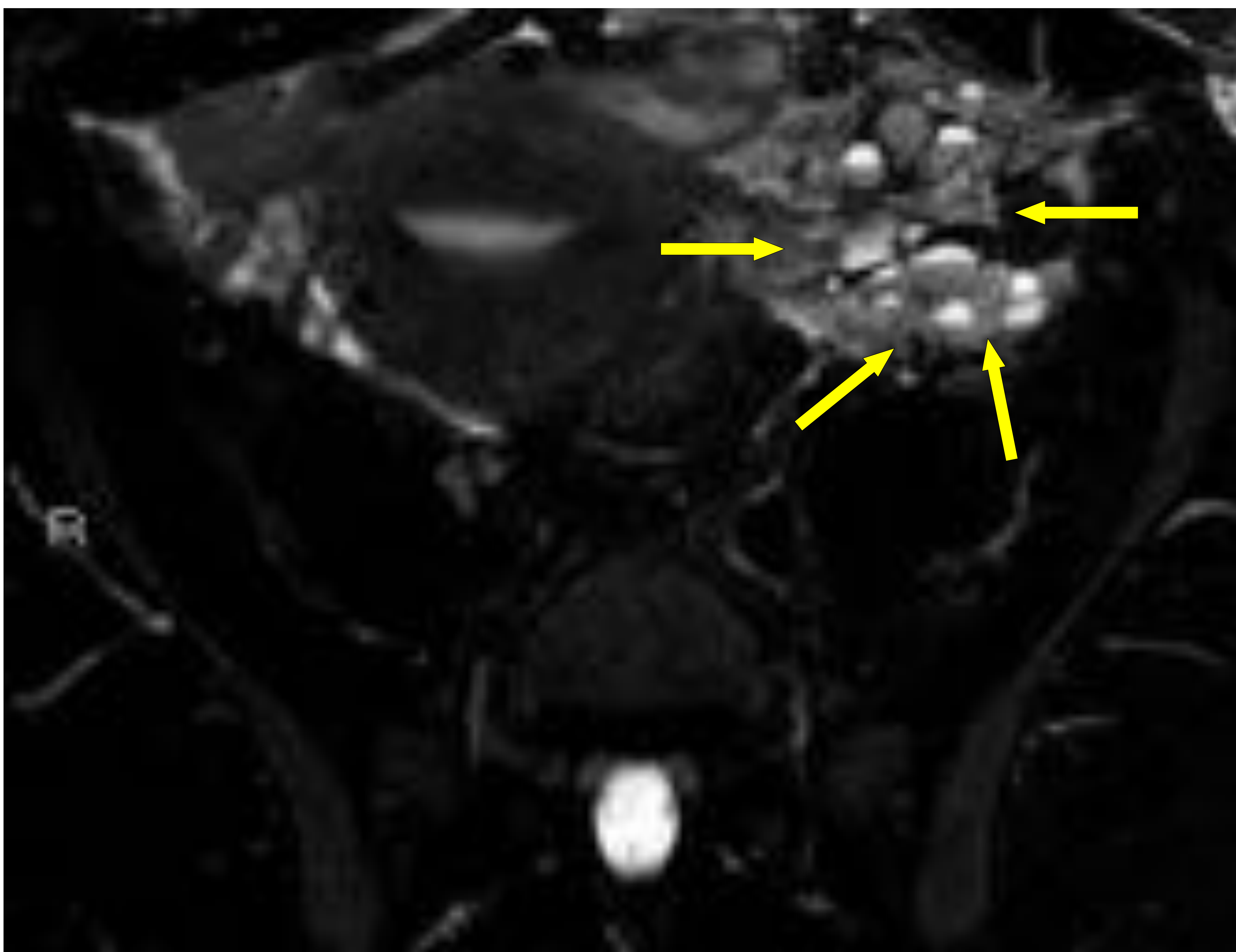
**Fig. 1.** Imagen en incidencia sagital potenciada en T2 donde se identifican varias lesiones nodulares con nivel líquido-sangre en la grasa peritoneal de la fosa ilíaca derecha en relación con focos de endometriosis.





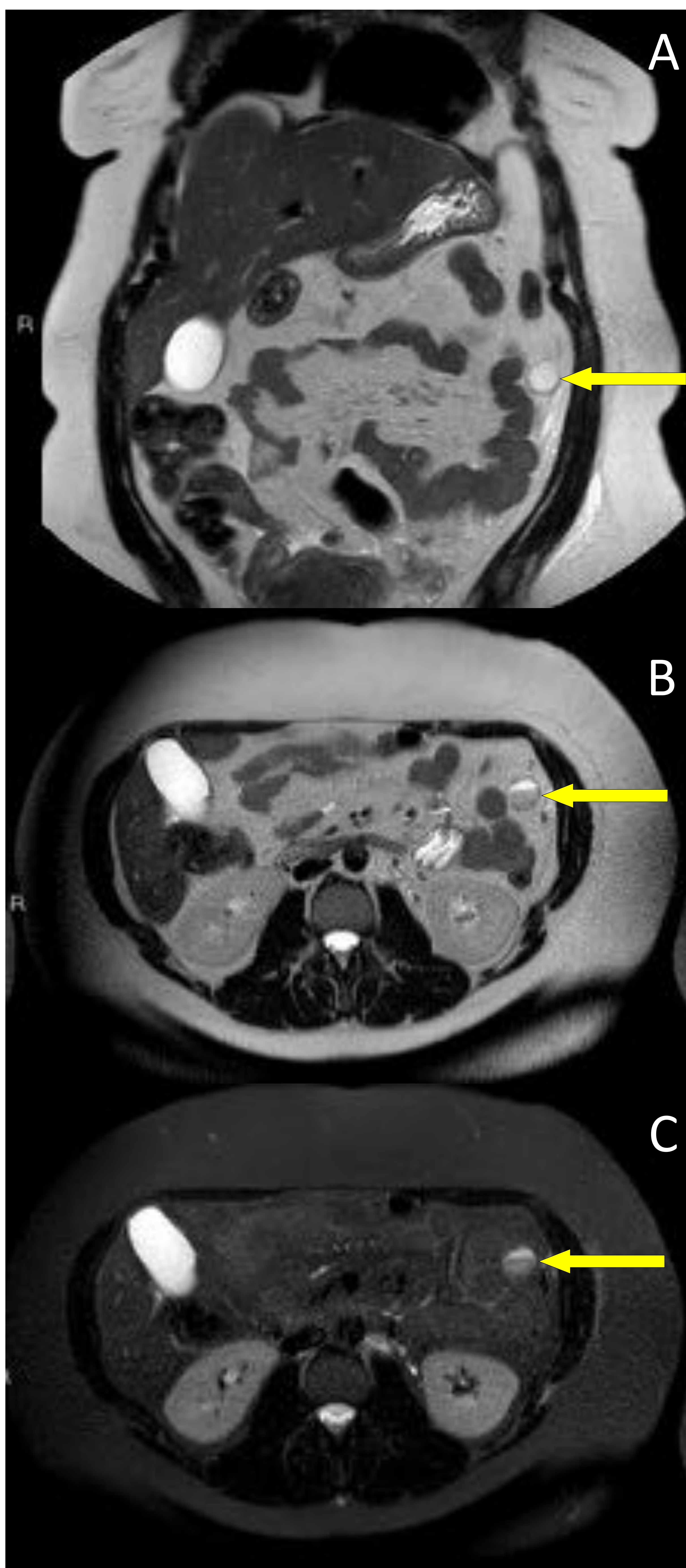
**Fig. 2.** Imagen en incidencia axial potenciada en T2 SPAIR donde se identifican varias lesiones nodulares con nivel líquido-sangre en la grasa peritoneal de la fosa ilíaca izquierda en relación con focos de endometriosis. La paciente presentaba dolor en fosa ilíaca izquierda y la sospecha inicial era de una probable diverticulitis.





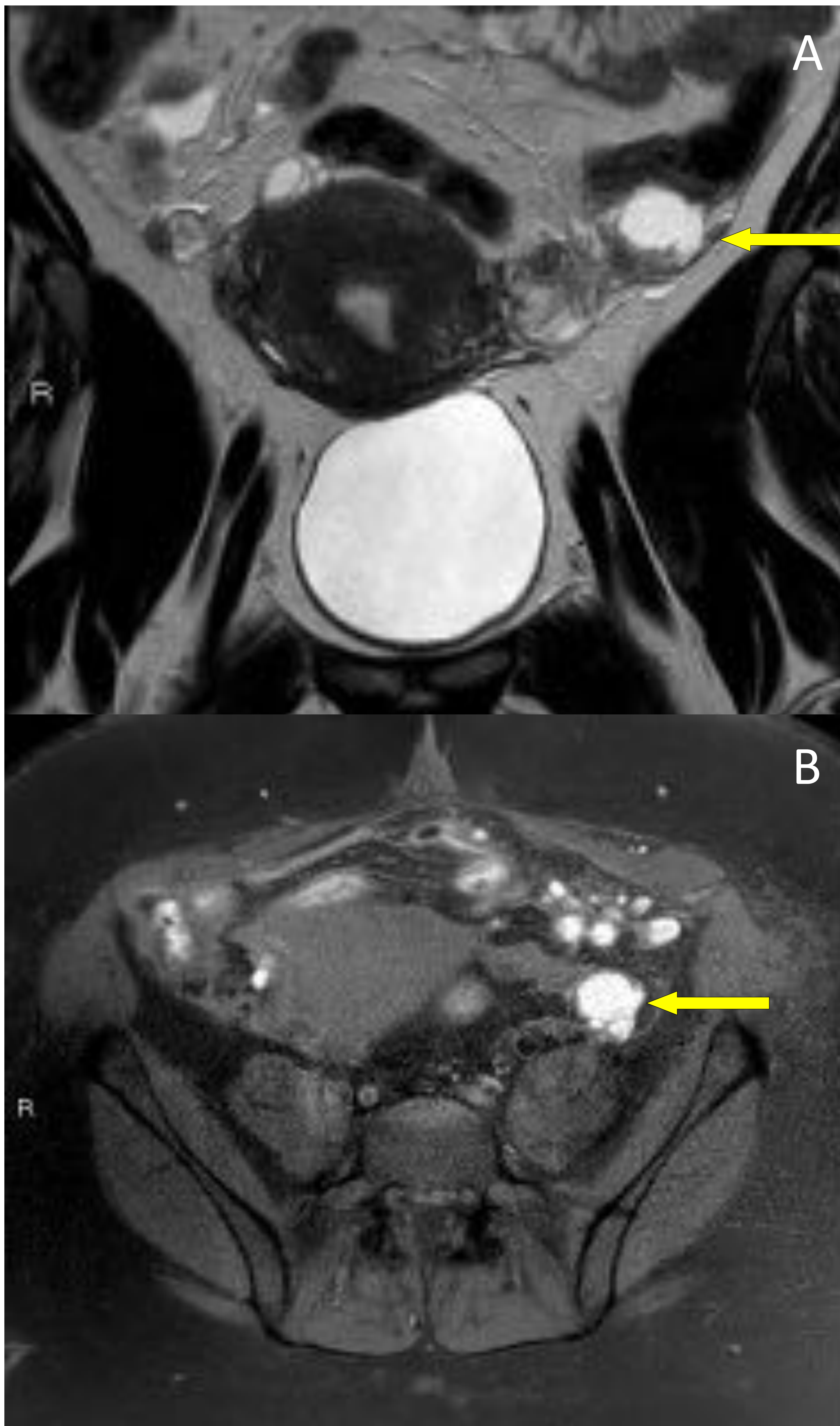
**Fig. 3.** Imagen en incidencia axial potenciada en T2 SPAIR donde se identifican varias múltiples lesiones nodulares con nivel líquido-sangre en la grasa peritoneal de la fosa ilíaca izquierda en relación con focos de endometriosis.





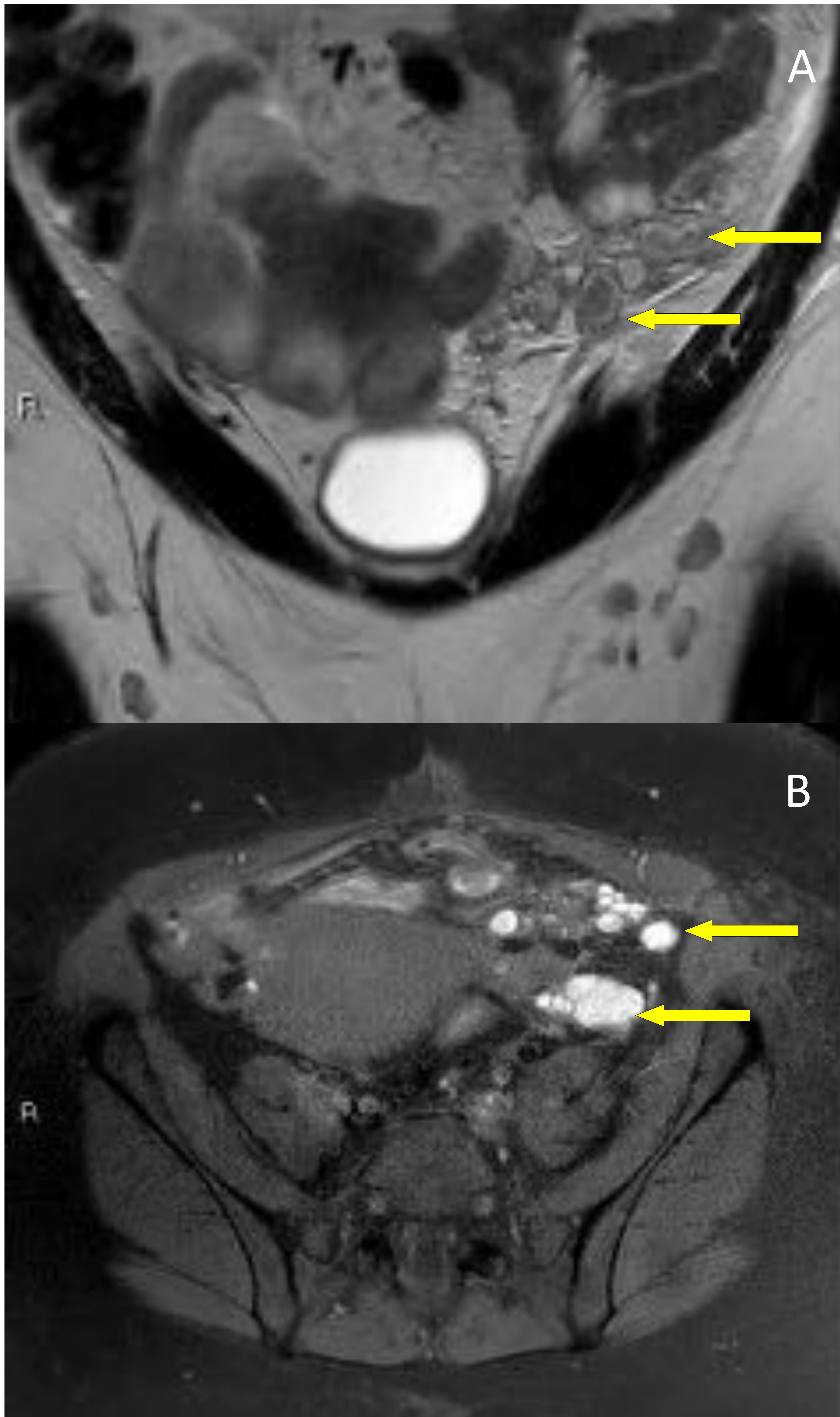
**Fig. 4.** En la secuencia coronal T2 (imagen A) se aprecia formación nodular hiperintensa en el espacio parietocólico izquierdo. En la secuencia axial T2 (imagen B) se aprecia un nivel líquido. En la secuencia axial T1 SPIR, con saturación de la grasa (imagen C), se observa que el nivel líquido es de contenido hemático, estableciéndose con esta secuencia fundamentalmente que pudiera tratarse de un foco de endometriosis, como finalmente se confirmó.





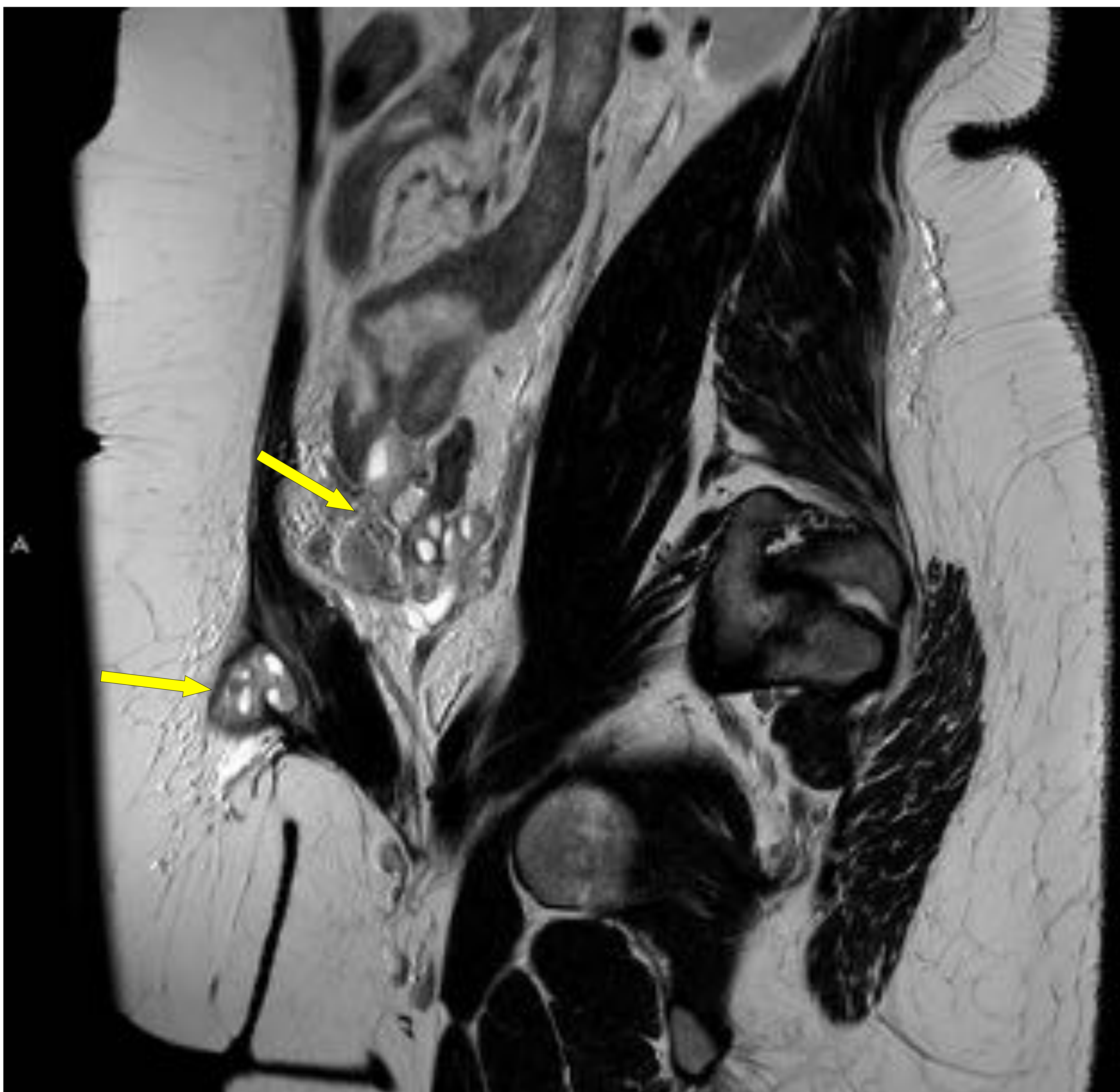
**Fig. 5.** En la secuencia coronal T2 (imagen A) se aprecia una lesión nodular hiperintensa en la región pélvica izquierda, anterior al músculo psoas, que en la secuencia axial T1 con saturación de la grasa (imagen B) se confirma su naturaleza hemática (sangre) que sugiere se trate foco de endometriosis como se confirmó a posteriori.





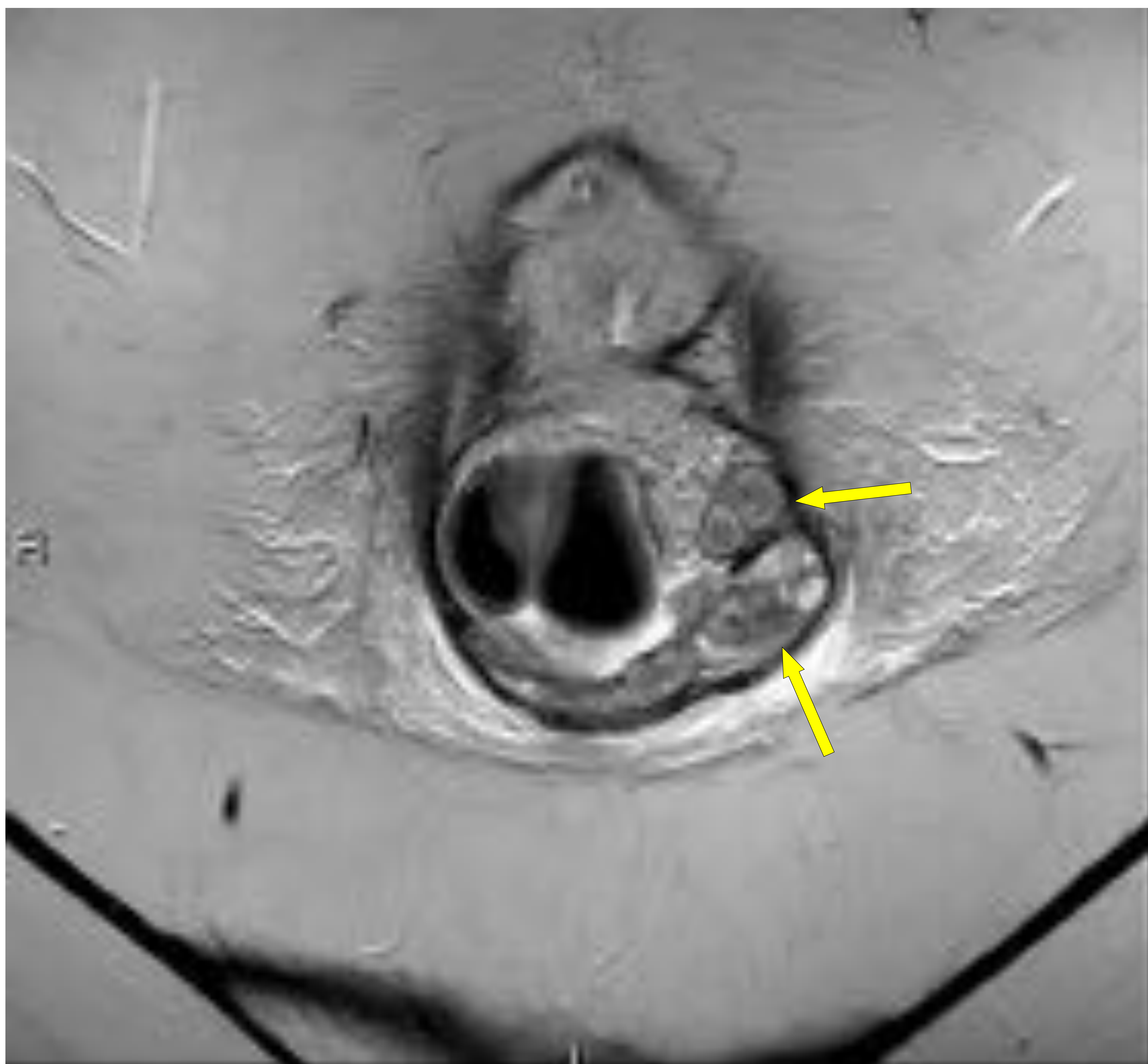
**Fig. 6.** En la secuencia coronal T2 (imagen A) se aprecian varias formaciones nodulares con señal intermedia en región de fosa ilíaca izquierda. En la secuencia axial T1 con saturación de la grasa (imagen B) se aprecia como hiperseñal en relación con material hemático (productos de degradación de la hemoglobina), sugestivo de focos de endometriosis.





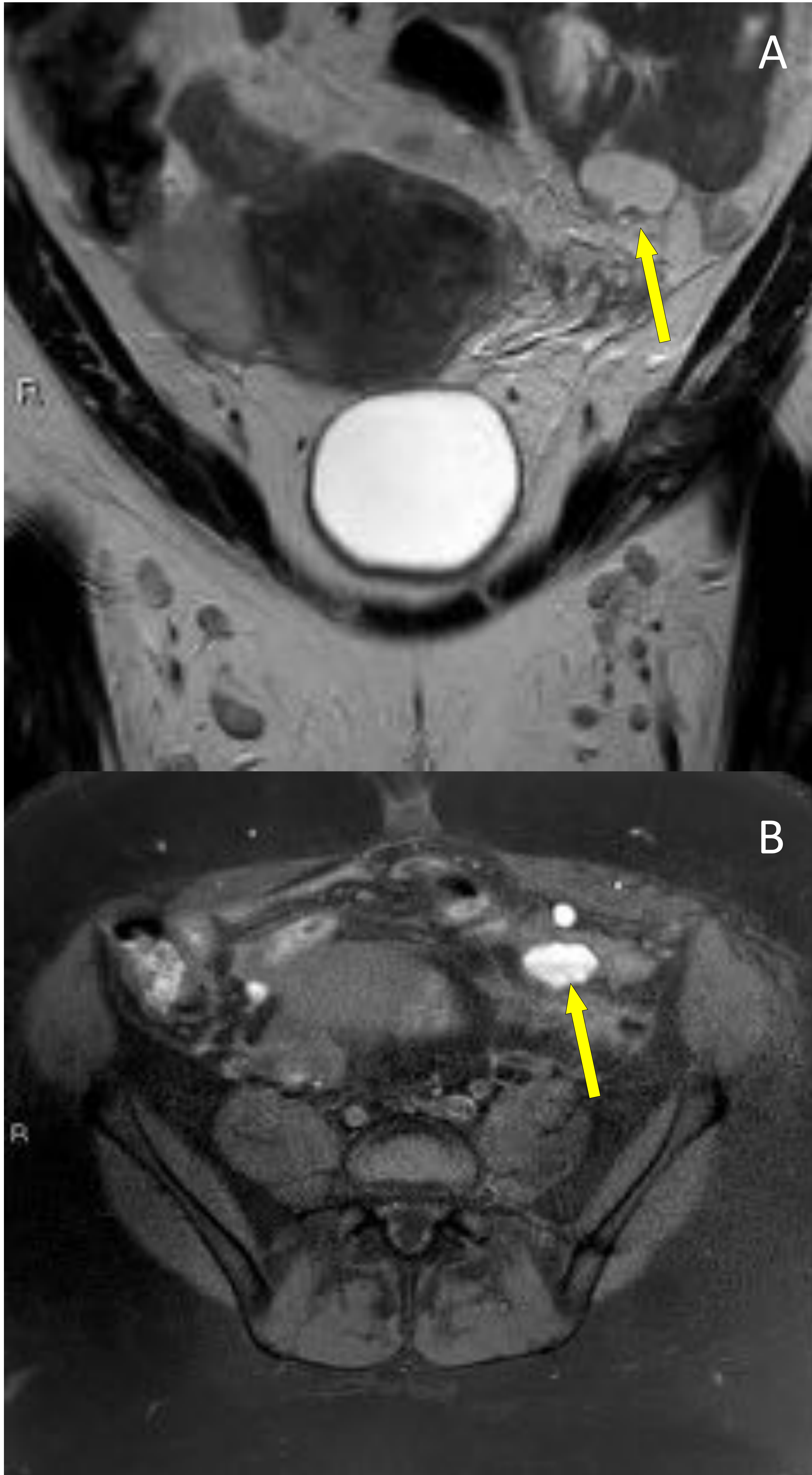
**Fig. 7.** En la secuencia sagital T2 se aprecian varias formaciones nodulares con nivel líquido que se localizan en el peritoneo pélvico y en el interior de saco herniario inguinal, con las mismas características radiológicas, que resultaron tratarse de sendos focos de endometriosis.





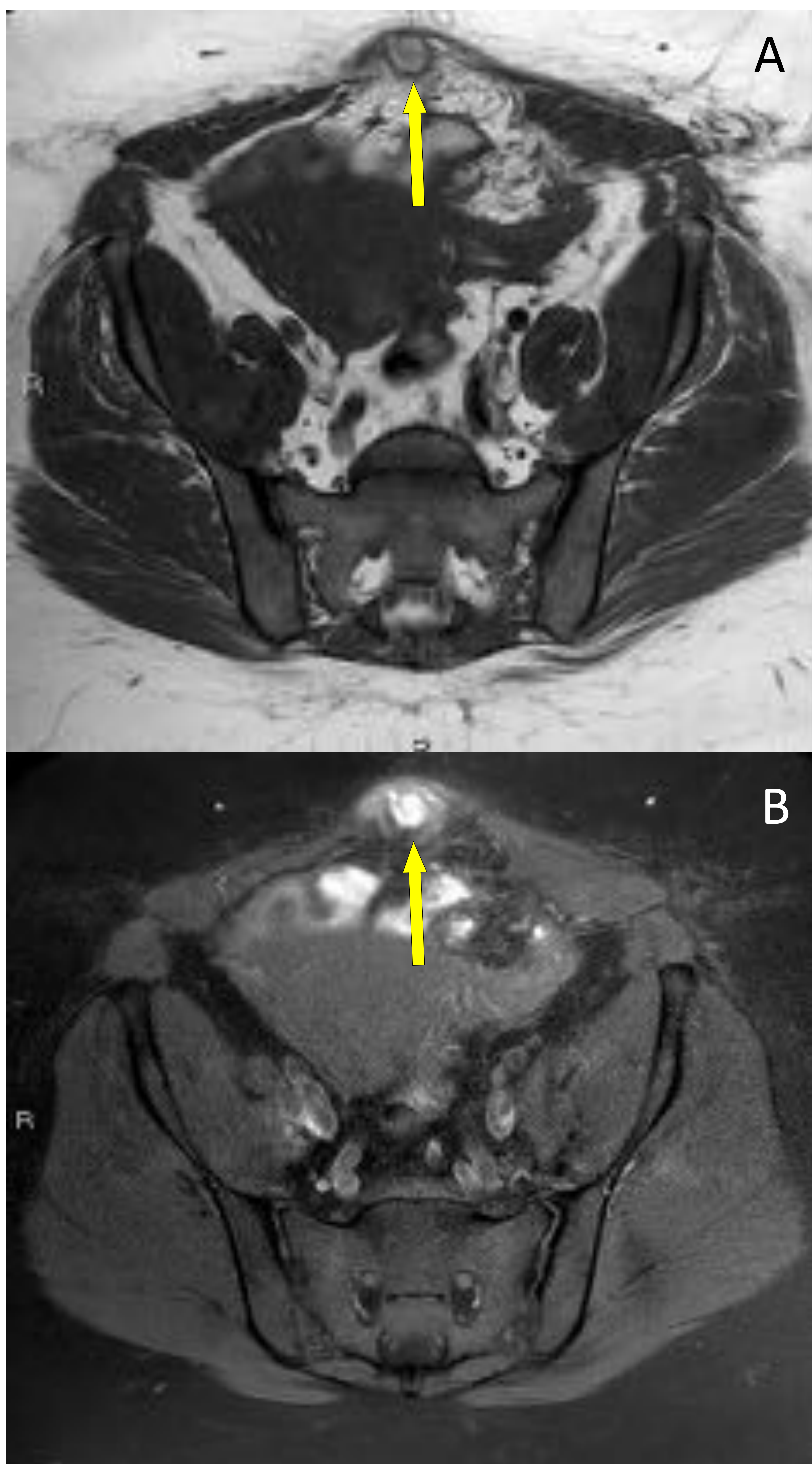
**Fig. 8.** En la secuencia coronal T2 se aprecian varias formaciones nodulares en el interior de saco herniario infraumbilical en relación con focos de endometriosis.





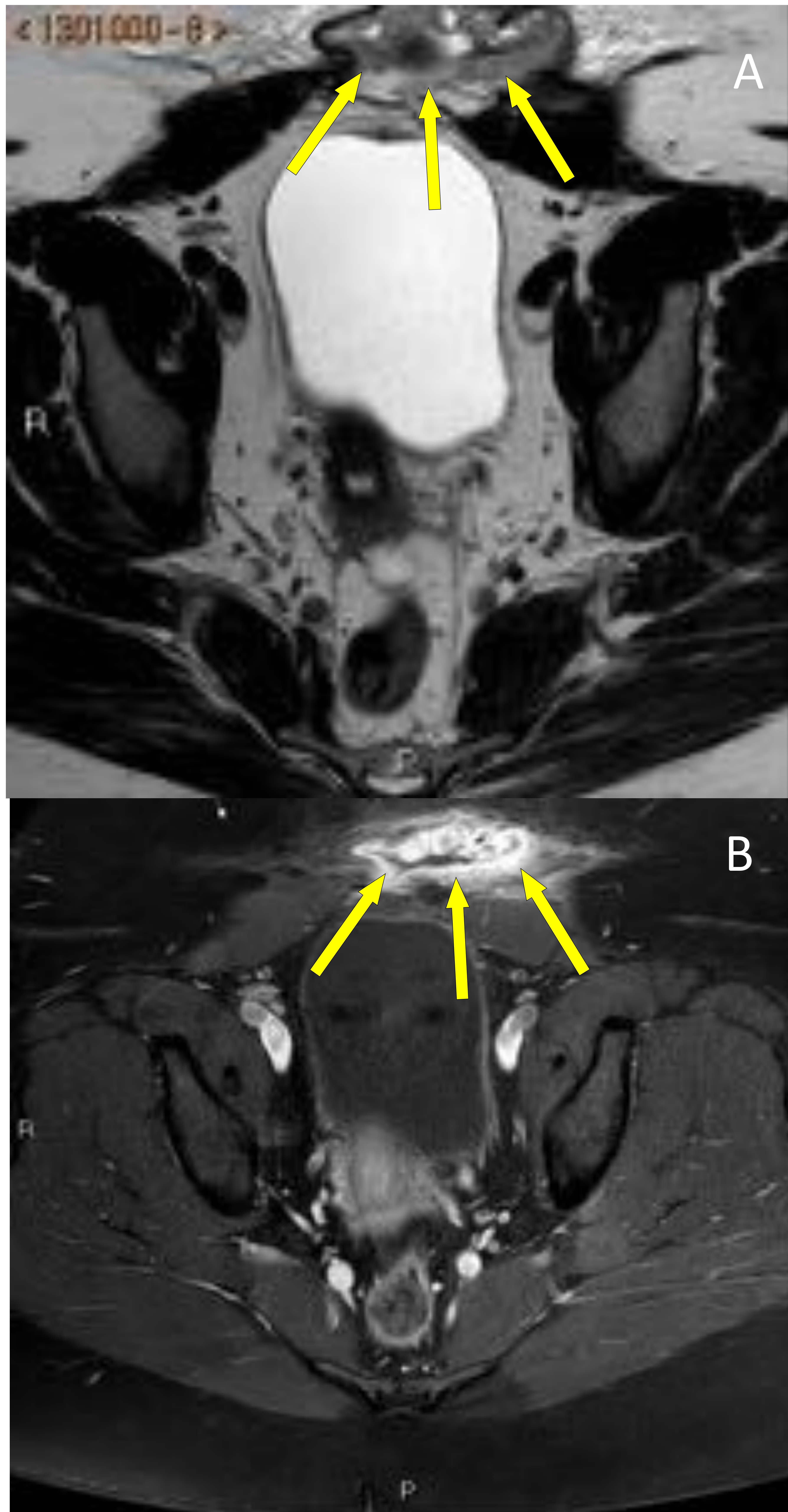
**Fig. 9.** En la secuencia coronal T2 (imagen A) se aprecian imágenes nodulares de alta señal en el espacio graso de la fosa ilíaca izquierda, que en la secuencia axial T1 con saturación de la grasa (imagen B) se aprecian como lesiones de alta señal en relación con material hemático compatibles con focos de endometriosis.





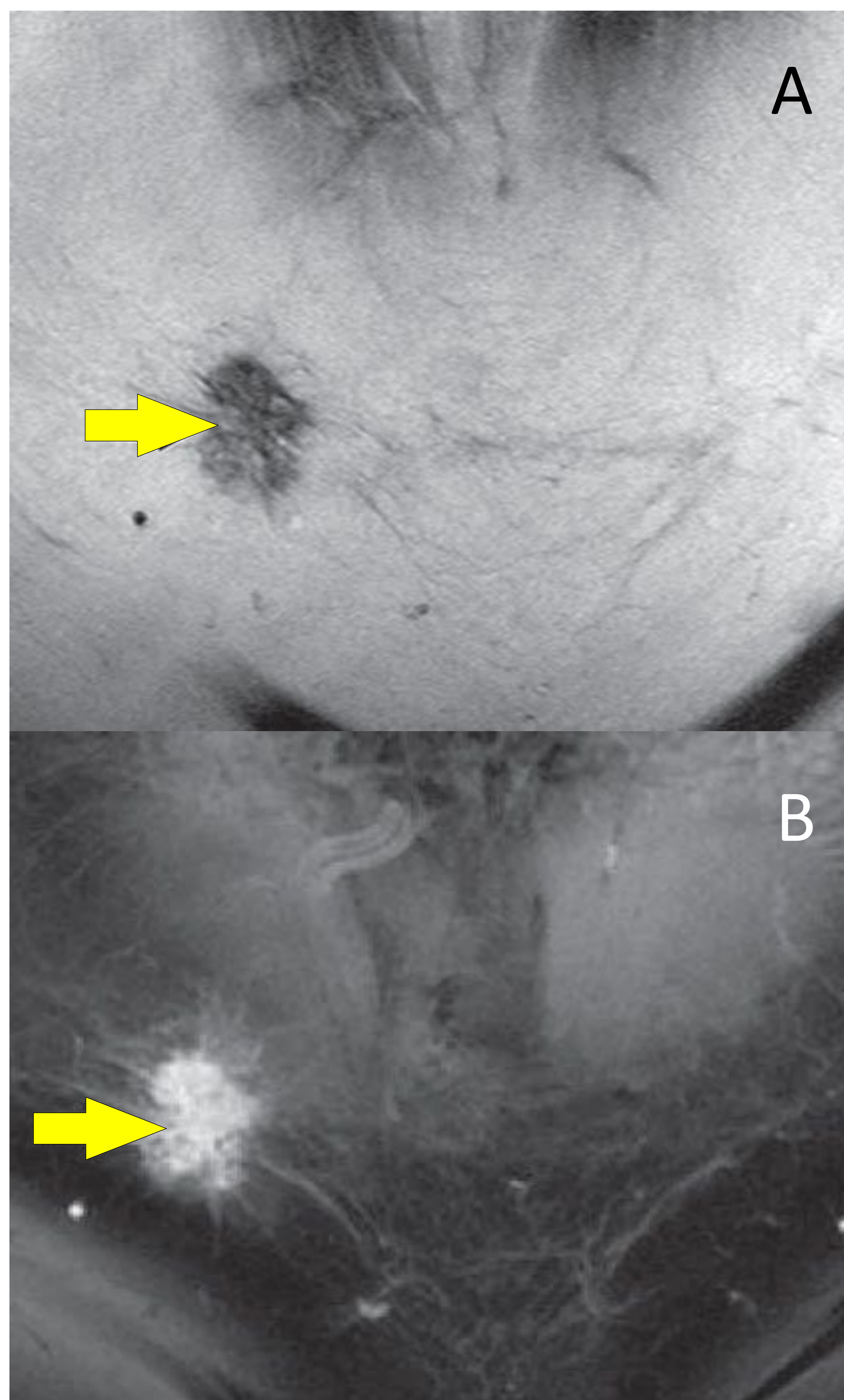
**Fig. 10.** En la secuencia axial T2 (imagen A) se aprecia una imagen nodular de alta señal en línea media infraumbilical en el interior de saco herniario que en la secuencia axial T1 con saturación de la grasa (imagen B) se aprecia como hiperseñal en relación con material hemático sugestiva de foco de endometriosis.





**Fig. 11.** En la secuencia axial T2 (imagen A) se aprecia contenido de señal intermedia en el interior de saco herniario en pelvis, que en la secuencia axial T1 con saturación de la grasa (imagen B) se aprecia como hiperseñal en relación con material hemático / productos de degradación de la hemoglobina, sugestiva de focos de endometriosis.





**Fig. 12.** En la imagen A se aprecia lesión nodular espiculada en la vertiente derecha de la pared abdominal anterior que se aprecia como hiperintensidad en secuencia coronal T1 con saturación de la grasa (imagen B) en relación con foco de endometriosis como se confirmó tras su extirpación quirúrgica.



## Conclusiones:

La **RM** es la técnica de imagen no invasiva de elección para detectar e identificar el tejido endometriósico que puede asentar en múltiples localizaciones, tanto pélvicas como fuera de la pelvis.

No asociar endometriosis solo con útero y ovarios.

Hacer uso cuando tengamos la sospecha diagnóstica de las secuencias sensibles a los productos de degradación de la fibrina, que nos darán la pista sobre ésta entidad.

El radiólogo debe conocer y tener en cuenta en sus diagnósticos diferenciales las formas extrapélvicas y atípicas de endometriosis.