Casos Clínicos

Endometriosis con infiltración aislada del nervio ciático, una forma de presentación atípica. Reporte de un caso clínico

Isolated infiltrative endometriosis of the sciatic nerve, an atypical presentation. Clinical case report

Sofía Palacios¹, Edison Krause², Giancarlo Schiappacasse³.

¹ Residente de Radiología Universidad de Santiago de Chile.

² Servicio de Ginecología, Clínica Alemana de Temuco, Temuco, Chile.

³ Servicio de Imagenología Hospital Militar y Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

Correspondencia: Dr. Giancarlo Schiappacasse, gschiappacasse@gmail.com.

RESUMEN

Introducción: La endometriosis afecta hasta un 10-15% de las mujeres jóvenes. Se define como tejido endometrial funcional fuera de la cavidad uterina y su presentación clásica es la dismenorrea. La variedad profunda afecta a un 1-2% y las localizaciones más frecuentes son el peritoneo pélvico, ovarios, ligamentos útero-sacros y septum recto-vaginal; sin embargo, puede presentarse de forma muy infrecuente como implantes aislados localizados en relación al nervio ciático.

El diagnóstico habitualmente es complejo y tardío, dado que los síntomas son inespecíficos y el examen físico puede ser indistinguible de otras etiologías. El estudio imagenológico de elección para la endometriosis profunda es la resonancia magnética (RM) de pelvis ya que una adecuada localización pre-quirúrgica de las lesiones es fundamental.

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino de 46 años, con tres años de dolor pélvico, dismenorrea y dispareunia. El síntoma cardinal fue dolor ciático progresivo, con déficit motor y alteraciones sensitivas, los cuales se exacerbaban durante la menstruación y no presentaban respuesta al tratamiento farmacológico. En la RM se identifica nódulo sólido sospechoso de endometriosis en relación al nervio ciático derecho.

El caso es evaluado por un comité multidisciplinario y se realiza cirugía laparoscópica. El diagnóstico de sospecha es confirmado histológicamente. La paciente presenta buena recuperación post-quirúrgica y cese completo de los síntomas descritos.

Discusión: La endometriosis profunda presenta un reto diagnóstico y habitualmente es tardío. Este caso presenta el resultado exitoso de una buena sospecha clínica, un estudio imagenológico completo y la resolución con una técnica quirúrgica compleja.

Palabras claves: Endometriosis profunda, nervio ciático, dolor pélvico crónico, laparoscopia.

ABSTRACT

Introduction: Endometriosis is a disease that affects 10-15% of young women. It is characterized as functional endometrial tissue outside the uterine cavity. The most common form of presentation is dysmenorrhea. Deep endometriosis affects 1-2% of the patients, and is frequently located in the pelvic peritoneum, ovaries, utero-sacral ligaments and recto-vaginal septum. The isolated endometriosis of the sciatic nerve is a very uncommon presentation of this disease.

Late diagnosis is frequent, mainly because the symptoms are non-specific, and the physical examination may be indistinguishable from other etiologies. The imaging study of choice is the pelvic magnetic resonance imaging (MRI) and an accurate pre-surgical location of the lesions is critical for a successful surgical outcome.

Clinical case: 46-year-old female patient with 3 years of pelvic pain, dysmenorrhea and dyspareunia. The cardinal symptom was progressive sciatic pain, with motor deficit and sensory alterations. The pain was persistent despite pharmacological treatment and exacerbated during menstruation. MRI identifies a nodule located in the pelvic portion of the right sciatic nerve, suggestive of an endometriosis implant.

The case was discussed by a multidisciplinary committee and laparoscopic surgery was performed. The diagnosis was confirmed with histology. The patient recovered well from surgery with significant improvement of the previously described symptoms.

Discussion: The diagnosis of deep endometriosis is challenging and usually delayed. This rare disease had a successful outcome, due to an early clinical suspicion, a thorough imaging study and an effective resolution with a complex surgical technique.

Keywords: Deep pelvic endometriosis, sciatic nerve, chronic pelvic pain, laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcional, localizado fuera de la cavidad uterina^{1,2}. Esta entidad afecta aproximadamente a un 10-20% de las mujeres en edad reproductiva. En pacientes con dolor pélvico e infertilidad, puede representar hasta un 50% de los casos^{3,4}.

La endometriosis puede clasificarse según tres formas principales de presentación: (1) lesiones peritoneales superficiales; (2) endometrioma ovárico; (3) endometriosis profunda o infiltrativa⁵; esta última, definida como una lesión que se extiende >5 mm en el espacio subperitoneal y/o que afecta la pared de órganos y ligamentos pélvicos^{1,6}.

La endometriosis profunda afecta habitualmente estructuras pélvicas como el septum recto-vaginal y los ligamentos útero-sacros (69%), vagina (15%) y otros sitios menos frecuentes como el tracto digestivo y urinario^{6,7}. Como forma de presentación atípica, se ha descrito que la endometriosis profunda puede infiltrar el nervio ciático y causar neuropatía lumbosacra.^{8,9} La infiltración de este último, comúnmente

ocurre por extensión directa a través de la pared pélvica lateral desde el septum recto-vaginal profundo. De manera aún más infrecuente, el compromiso del nervio ciático puede ser aislado, sin otros focos de endometriosis en la cavidad pélvica^{10,11}.

La afección del nervio ciático puede producir irritación en los tres dermatomas que conforman el tronco lumbo-sacro (raíces de L5, S1 y S2)^{12,13}. Clínicamente se manifiesta como dolor lumbo-ciático y/o glúteo con alteración de la marcha y signos como “el pie caído”, los cuales suelen exacerbarse durante la menstruación.^{11,12, 14}

La ecografía trans-vaginal extendida realizada por un especialista entrenado en el diagnóstico de endometriosis y la resonancia magnética (RM) son los métodos de diagnóstico de endometriosis profunda en mujeres sintomáticas. La ecografía trans-vaginal extendida es la primera línea y el estándar para el estudio de endometriosis, dado que es un procedimiento bien tolerado y más barata que la RM, que además presenta la ventaja de ser un examen dinámico. La RM por su parte, habitualmente es

utilizada para una evaluación secundaria; presenta la ventaja de la objetividad en el proceso de evaluación y análisis, permite la identificación de implantes subperitoneales con una mejor visualización de implantes de localización muy lateral en la pelvis e implantes ocultos por adherencias^{15,16,17,18}.

Las lesiones endometriósicas pueden presentarse como nódulos, masas o adherencias; cuando el nervio ciático está comprometido, las lesiones suelen localizarse en la porción suprapiriforme del nervio y presentar márgenes mal definidos. En RM, las características de señal en cada fase, están determinadas por la composición de la lesión y cantidad que presente de tejido glandular, tejido estromal, fibrosis, inflamación y etapa de degradación de la hemoglobina en caso de que exista hemorragia¹⁹. Lesiones con predominio de tejido fibrótico, presentan baja señal en secuencias T1 y T2 y lesiones con tejido predominantemente glandular presentan alta señal en T1 y variable en T2. Sin embargo, las lesiones más habituales presentan una combinación entre varios de los componentes mencionados y tienen señal heterogénea en RM^{1,5,6,7,20}.

La patogénesis de la endometriosis persiste siendo desconocida. La exploración laparoscópica del nervio ciático se indica de forma precoz, idealmente previo a la aparición de déficit neurológico. La endometriosis ciática puede ser tratada de la misma forma que la endometriosis profunda infiltrativa, por resección quirúrgica, siendo la exploración laparoscópica y excisión completa el gold standard, procedimiento que debe ser realizado por un cirujano pélvico con experiencia en cirugía mínimamente invasiva y amplia experiencia en casos de alta complejidad de endometriosis y cirugía neurológica¹².

En este artículo se presenta el caso de una mujer de edad media con endometriosis aislada del nervio ciático, el enfrentamiento hasta lograr el diagnóstico, la decisión de manejo quirúrgico mínimamente invasivo y los resultados de este procedimiento.

Se cuenta con consentimiento de la paciente y comité de ética para la publicación del siguiente caso clínico.

CASO CLINICO

Paciente de 46 años con antecedente de 1 parto vaginal, apendicectomizada, y múltiples leiomiomas diagnosticados por ecografía. Consulta con historia de dolor pélvico crónico, dismenorrea y dispareunia, además de tres años de dolor ciático, glúteo y de cadera derecha, asociado a parestesias en dermatomas L5 y S1 y paresia subjetiva en tobillo derecho. Todos estos síntomas se exacerbaban significativamente durante la menstruación y persisten a pesar del tratamiento farmacológico con anticonceptivos y analgésicos durante un período de 8 meses.

Al examen físico, el cual fue realizado en el período premenstrual, se objetiva uteromegalia, dolor en territorio ciático derecho con signo de Lasegue positivo, sin paresia evidente. Fue evaluada por traumatología y neurología, descartándose neuropatía de origen extrapélvico.

Respecto a las imágenes, se realiza una RM de pelvis con contraste intravenoso, en la que se observa un nódulo espiculado de 34 mm de diámetro mayor el cual compromete de manera parcial la porción suprapiriforme del nervio ciático derecho, previo al foramen obturador. La lesión presenta un comportamiento isointenso en secuencia T1 con saturación grasa (Figura 1), hipointenso en T2 (Figura 2) y un realce moderado con el medio de contraste (Figura 3). Estos hallazgos, en conjunto a un contexto clínico compatible, es altamente sugerente de un implante endometriósico en relación al nervio ciático en el territorio descrito.

Se realiza evaluación multidisciplinaria y se decide la resección quirúrgica del foco de endometriosis a través de cirugía laparoscópica.

La evaluación exhaustiva laparoscópica de la cavidad abdominal y pélvica no evidencia otros focos de endometriosis. La cirugía inicia con una histerectomía total vía laparoscópica, ya que el útero ocupaba gran parte de la cavidad pélvica. Se realiza un abordaje combinado de la lesión, según la técnica descrita por Possover^{12,13,21}, accediendo a la fosa lumbo-sacra desde cefálico y medializando los vasos ilíacos externos. Se realiza un segundo abordaje a nivel del espacio pararectal lateral para una mejor delimitación de la lesión. En relación al nervio ciático se observa un nódulo endometriósico mal delimitado, asociado a área de fibrosis (Figura 4), los que fueron

removidos utilizando tijera “fría” (Figura 5) para minimizar el daño al nervio subyacente, lo que se logra de manera satisfactoria (Figuras 6 y 7). La duración de la cirugía fue de 2 horas y 20 minutos, la cual fue realizada sin complicaciones ni requerimiento de transfusiones. La paciente permaneció hospitalizada por 3 días para observación y fue dada de alta. En el período post-quirúrgico inmediato presenta leve exacerbación de los síntomas neurológicos, especialmente de parestesia de extremidades inferiores. Luego de 7 días posteriores a la cirugía, experimenta mejoría significativa del dolor. Durante un mes realiza tratamiento kinesiológico recuperando completa funcionalidad y cese del dolor lumbar y de extremidades inferior derecha, especialmente la paciente hace énfasis en la recuperación de su calidad de vida posterior a la cirugía. La paciente ha continuado con controles habituales en los que se ha mantenido con adecuada recuperación y al control luego de un año no presenta síntomas.

DISCUSION

El diagnóstico de la endometriosis profunda en cualquiera de sus localizaciones persiste siendo un desafío, a pesar de que es una patología cada vez más conocida. El diagnóstico de la endometriosis profunda en sus localizaciones menos habituales aumenta esta dificultad y retrasa aún más el diagnóstico de esta entidad. La dificultad diagnóstica particular de la endometriosis del nervio ciático se puede explicar dado que es un diagnóstico muy infrecuente que se debe considerar en pacientes jóvenes que consultan con síntomas lumbo-ciáticos, sin otras causas evidentes, y que debe ser enfrentado como un diagnóstico de descarte. Su exacerbación en el período menstrual puede orientar la sospecha diagnóstica. Las imágenes pre-operatorias, en especial con RM, tienen un rol fundamental en la planificación quirúrgica. Respecto a la cirugía, la técnica descrita por Possover^{12,13,21} ha reportado excelentes resultados en la literatura, con una disminución significativa del dolor y recuperación normal de la marcha a los 5 años de seguimiento¹², este caso la paciente reportó mejora significativa con normalización de dolor y marcha.

El enfrentamiento laparoscópico presenta la ventaja de ser menos invasivo, menos doloroso para el paciente permite además la evaluación y/o tratamiento de otras patologías concomitantes, por ejemplo, adherencias pélvicas^{12,13}. Tratándose de una cirugía compleja y mínimamente invasiva, es fundamental recordar que esta debe ser realizada por un cirujano con entrenamiento, que conozca en detalle la anatomía de la zona y que presente las destrezas técnicas para una adecuada aproximación y menor riesgo operatorio. Es relevante destacar que la endometriosis puede afectar distintos órganos y es el ginecólogo especialista quien debe dirigir el tratamiento quirúrgico y controles de largo plazo.

Respecto a las limitaciones de esta publicación, podemos nombrar las inherentes a un reporte de caso clínico, tales como el bajo nivel de evidencia y la poca replicabilidad. Sin embargo, este tipo de trabajo cobra particular relevancia en patologías raras, como la previamente descrita.

Este caso demuestra un caso clínico infrecuente y sin reportes previos en la literatura nacional, permitiendo dar cuenta del resultado exitoso de una sospecha clínica precoz, un detallado estudio imagenológico y una adecuada resolución quirúrgica mediante una técnica compleja.

REFERENCIAS

1. Novellas S, Chassang M, Bouaziz J, Delotte J, Toullalan O, Chevallier P. Anterior pelvic endometriosis: MRI features. *Abdom Imaging*. 2010;35(6):742-749.
2. Cornille FJ, Oosterlynck D, Lauweryns JM, Koninckx PR. Deeply infiltrating pelvic endometriosis: histology and clinical significance. *Fertil Steril*. Asante A, Taylor RN. Endometriosis: The Role of Neuroangiogenesis. *Annu Rev Physiol*. 1990; 53:978–83.
3. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: Pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol*. 2014;10(5):261-275.
4. Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertil Steril*. 2012;98(3):511-519.
5. Nisolle M, Donnez J. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. *Fertil Steril*. 1997;68(4):585-596.

6. Coutinho A, Bittencourt LK, Pires CE, et al. MR imaging in deep pelvic endometriosis: A pictorial essay. *Radiographics*. 2011;31(2):549-567.
7. Bazot M, Darai E, Hourani R, et al. Deep pelvic endometriosis: MR imaging for diagnosis and prediction of extension of disease. *Radiology*. 2004;232(2):379-389.
8. Gui B, Valentini AL, Ninivaggi V, Marino M, Iacobucci M, Bonomo L. Deep pelvic endometriosis: Don't forget round ligaments. Review of anatomy, clinical characteristics, and MR imaging features. *Abdom Imaging*. 2014;39(3):622-632.
9. Jiang H, Liang Y, Li L, Gu L, Yao S. Cyclic sciatica due to endometriosis of the sciatic nerve: Neurolysis with combined laparoscopic and transgluteal approaches: A case report. *JBJS Case Connect*. 2014;4(1):1-4.
10. Saar T, Pacquée S, Conrad D, et al. Endometriosis involving the sciatic nerve: A case report of isolated endometriosis of the sciatic nerve and review of the literature. *Gynecol Minim Invasive Ther*. 2018;7(2):81-85.
11. Capek S, Amrami KK, Howe BM, et al. Sequential imaging of intraneural sciatic nerve endometriosis provides insight into symptoms of cyclical sciatica. *Acta Neurochir (Wien)*. 2016;158(3):507-512.
12. Possover M. Five-Year Follow-Up After Laparoscopic Large Nerve Resection for Deep Infiltrating Sciatic Nerve Endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2017;24(5):822-826.
13. Possover M, Baekelandt J, Flaskamp C, Li D, Chiantera V. Laparoscopic neurolysis of the sacral plexus and the sciatic nerve for extensive endometriosis of the pelvic wall. *Minim Invasive Neurosurg*. 2007;50(1):33-36.
14. Niro J, Fournier M, Oberlin C, Le Tohic A, Panel P. Endometriotic lesions of the lower truncular nerves. *Gynecol Obstet Fertil*. 2014;42(10):702-705.
15. Saccardi C, Cosmi E, Borghero A, Tregnaghi A, Dessole S, Litta P. Comparison between transvaginal sonography, saline contrast sonovaginography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of posterior deep infiltrating endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2012;40(4):464-469.
16. Guerriero S, Saba L, Pascual MA, et al. Transvaginal ultrasound vs magnetic resonance imaging for diagnosing deep infiltrating endometriosis: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018;51(5):586-595.
17. Chamié LP, Pereira RMA, Zanatta A, Serafini PC. Transvaginal US after bowel preparation for deeply infiltrating endometriosis: Protocol, imaging appearances, and laparoscopic correlation. *Radiographics*. 2010;30(5):1235-1249.
18. Novellas S, Chassang M, Bouaziz J, Delotte J, Toullalan O, Chevallier P. Anterior pelvic endometriosis: MRI features. *Abdom Imaging*. 2010;35(6):742-749.
19. Foti PV, Farina R, Palmucci S, et al. Endometriosis: clinical features, MR imaging findings and pathologic correlation. *Insights Imaging*. 2018;9(2):149-172.
20. Cimsit C, Yoldemir T, Guclu M, Akpınar IN. Susceptibility-weighted magnetic resonance imaging for the evaluation of deep infiltrating endometriosis: Preliminary results. *Acta radiol*. 2016;57(7):878-885.
21. Possover M, Chiantera V. Isolated infiltrative endometriosis of the sciatic nerve: a report of three patients. *Fertil Steril*. 2007;87(2):417.e17-417.e19.

Figura 1. Resonancia magnética con secuencia ponderada en T1 con saturación grasa (fat-sat) no contrastada, en que se observa un nódulo sólido isointenso y de contornos espiculados (flecha roja) que contacta parcialmente la porción supra-piriforme del nervio ciático derecho.

Figura 2 (A).

Figura 2 (B).

Figura 2 (C).

Figuras 2 (A), (B) y (C). Resonancia magnética de pelvis, adquisiciones coronal, axial y sagital respectivamente, ponderadas en T2 en las que se observa un nódulo sólido espiculado de 34 mm de diámetro mayor, de muy baja señal que contacta parcialmente la porción supra-piriforme del nervio ciático derecho.

Figuras 3 (A) y (B). RM de Pelvis con contraste, ponderada en T1, con supresión grasa (fat-sat) que demuestra moderada impregnación de la lesión nodular previamente descrita (flecha roja) que contacta parcialmente al nervio ciático.

Figura 4. Imagen intraoperatoria de la pared pélvica derecha en la que se observa foco nodular compatible con endometriosis y tejido fibrótico en relación al nervio ciático en su porción suprapiriforme, previo al agujero obturador.

Figura 5. Pared pélvica derecha en la que se observa foco nodular compatible con endometriosis y tejido fibrótico en relación al nervio ciático, el cual se reseca con tijera fría para proteger la indemnidad del nervio subyacente.

Figura 6. Nervio ciático posterior a la salida del agujero obturador, bajo el musculo piramidal desde el abordaje lateral, luego de resección de foco endometriósico.

Figura 7. Visualización de la fosa lumbosacra luego de la resección del implante endometriósico en que se identifica además el nervio sacro y su rama pudenda indemnes.