

Endometriosis peritoneal con presentación ascítica recidivante en mujer joven: correlación anatomopatológica, fisiopatológica y terapéutica

Paula Hernández Vecino*, Blanca Grande Rubio*, María Calvo Albarrán*, Ana Álvarez Blanco.**

*MIR. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

**LES. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: Paula Hernández Vecino. phernandezve@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción y objetivos: La endometriosis es una enfermedad ginecológica benigna caracterizada por la presencia de tejido endometrial funcional fuera del útero. Su presentación clínica habitual incluye dolor pélvico y dismenorrea, siendo excepcional su manifestación como ascitis. El objetivo de este trabajo es presentar un caso infrecuente de endometriosis peritoneal con debut como ascitis recidivante en una mujer joven.

Exposición del caso: Mujer de 25 años que consulta por aumento progresivo del perímetro abdominal sin dolor, fiebre ni síntomas digestivos o urinarios. La ecografía abdominal mostró ascitis masiva sin lesiones hepáticas o anexiales aparentes. Los estudios analíticos y microbiológicos fueron normales. La paracentesis reveló líquido achocolatado con citología negativa para malignidad. Ante la recurrencia, se realizó laparoscopia diagnóstica que evidenció implantes peritoneales, confirmándose endometriosis por anatomía patológica.

Diagnóstico y discusión: La endometriosis con ascitis constituye una entidad poco frecuente que puede simular procesos malignos abdominales. El diagnóstico requiere alta sospecha clínica y confirmación histológica. El tratamiento médico con análogos de progestágenos o análogos de GnRH suele ser efectivo.

PALABRAS CLAVE

Endometriosis peritoneal; Ascitis recidivante; Laparoscopia diagnóstica; Mujer en edad reproductiva

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La endometriosis es una patología ginecológica benigna, dependiente de estrógenos, que afecta aproximadamente al 10 % de las mujeres en edad reproductiva. Esta cifra concuerda con estimaciones actuales: que calculan su prevalencia entre el 6 y el 10 % [1,2].

Se define por la presencia de tejido endometrial (glándulas y estroma) fuera de la cavidad uterina, principalmente en pelvis, ovarios y peritoneo [3].

Su manifestación clínica habitual incluye dismenorrea, dolor pélvico crónico, dispareunia e infertilidad, aunque el espectro es amplio y puede variar mucho entre mujeres.

Por otro lado, la aparición de ascitis como forma de presentación de la endometriosis es excepcional: se han descrito menos de 50-60 casos en la literatura hasta fechas recientes [1,4,5].

Dado que la ascitis en mujeres en edad reproductiva se asocia habitualmente con procesos malignos o enfermedades hepáticas, esta presentación atípica de la endometriosis exige un alto grado de sospecha y una estrategia diagnóstica cuidadosa.

El objetivo de este trabajo es describir un caso de endometriosis peritoneal que se manifestó como

ascitis recidivante en una paciente joven, destacando la importancia de incluir la endometriosis esta patología en el diagnóstico diferencial frente a ascitis de etiología desconocida, en particular frente a procesos malignos abdominales y, por otra parte, las diferentes manifestaciones clínicas y la conducta terapéutica que facilitan el reconocimiento de esta presentación inusual.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 25 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por aumento progresivo del perímetro abdominal de un mes de evolución. La paciente estaba afebril, sin dolor abdominal, vómitos, alteraciones miccionales ni pérdida ponderal significativa (-1 kg).

Exploración física: abdomen distendido, blando, sin dolor a la palpación.

Ecografía abdominal: gran cantidad de líquido libre perihepático, periesplénico y entre asas intestinales, compatible con ascitis a tensión. Órganos sólidos intraabdominales normales.

Ecografía transvaginal (Imágenes 1,2 y 3): útero en anteversoflexión de morfología y tamaño normales con anejos que impresionan de ecoestructura normal. Importante cantidad de líquido libre pélvico.

Radiografía de tórax: elevación de hemidiafragma derecho.

TAC abdominopélvico: presencia de lesión anexial izquierda y líquido libre.

Se realizó paracentesis diagnóstica, obteniéndose líquido serohemático de aspecto achocolatado. El estudio citológico y microbiológico fue negativo para células malignas o infección.

Ante la persistencia del cuadro, se practicó biopsia aspirativa guiada por ecografía de un nódulo omental, con resultado histológico compatible con endometriosis.

Posteriormente, la paciente presentó nuevo episodio de ascitis, por lo que se realizó laparoscopia diagnóstica. Se evidenciaron múltiples implantes de aspecto endometriósico peritoneales (imagen 4) y adherencias pélvicas (imagen 5), confirmándose por biopsia endometriosis peritoneal. El postoperatorio cursó sin incidencias.

Se inició tratamiento médico con dienogest (Endovelle® 2 mg/día), manteniéndose en amenorrea y sin recurrencia de ascitis hasta la fecha.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

La presentación de ascitis en una paciente joven sin antecedente evidente de patología hepática, infecciosa o neoplásica debe generar una estrategia diagnóstica sistemática. En el caso que presentamos, la imagen ecográfica y de TC evidenció gran cantidad de líquido libre abdominal y una lesión anexial sospechosa, lo que inicialmente orientó hacia etiologías malignas como la carcinomatosis peritoneal o neoplasias ováricas; también se sospechó tuberculosis peritoneal e incluso hepatopatía crónica con hipertensión portal. Sin embargo, la citología de líquido ascítico y el estudio microbiológico resultaron negativos, lo que obligó a ampliar la hipótesis diagnóstica.

Una vez descartadas las causas más frecuentes de ascitis (cirrosis, insuficiencia cardíaca, neoplasia abdominal, infección tuberculosa), es fundamental considerar entidades poco comunes como la endometriosis peritoneal. Aunque rara, la literatura reconoce que la endometriosis puede presentarse con ascitis hemorrágica o serohemática y, en algunos casos, con pleuritis o derrame pleural concomitante ("síndrome de Meigs falso") [1]. Un análisis sistemático realizado hasta 2016 identificó 42 pacientes con ascitis significativa por endometriosis, la mayoría con líquido de aspecto hemorrágico, recidivante, y sin elevación consistente del marcador CA 125 [5].

En la fisiopatología de este proceso se han propuesto varios mecanismos:

- sangrado cíclico de implantes endometriósicos peritoneales que liberan eritrocitos y factores inflamatorios al espacio peritoneal, generando exudado ascítico.
- irritación e inflamación peritoneal crónica con aumento de permeabilidad capilar e ingreso de líquido al espacio peritoneal.
- formación de implantes o quistes endometriósicos que, al romperse o exudar, pueden inducir reacción peritoneal y producción de líquido, ya que la endometriosis es una enfermedad de carácter inflamatorio-fibrosante, en la que el componente de fibrosis (mediado por transición epitelio-mesénquima, miofibroblastos, etc.) juega un papel central. Este marco fisiopatológico refuerza que determinados focos peritoneales extensos pueden tener impacto hemodinámico local y favorecer la formación de ascitis [1,6].

El diagnóstico diferencial, por tanto, debe contemplar: carcinoma de ovario o peritoneal (incluyendo carcinoma epitelial o de bajo grado), peritonitis tuberculosa, síndrome de Budd-Chiari, enfermedad inflamatoria de origen ginecológico, linfoma

peritoneal, y en último término la endometriosis. Algunos rasgos orientadores en favor de la endometriosis frente a malignidad serían: paciente joven en edad reproductiva sin marcadores tumorales elevados (o con elevación moderada exclusivamente de CA-125), líquido de aspecto achocolatado o hemorrágico, biopsia negativa para malignidad y respuesta al tratamiento hormonal. En nuestro caso, el líquido achocolatado obtenido mediante punción ecoguiada y la biopsia laparoscópica de implantes peritoneales permitieron confirmar la endometriosis [7].

La utilidad diagnóstica del marcador CA-125 en estos casos es limitada: aunque se han documentado elevaciones (hasta > 5 000 U/mL) [5], la presencia de un nivel normal no descarta la entidad. En nuestra paciente el valor fue de 11,8 U/mL, lo cual refuerza la variabilidad de este marcador.

En cuanto al tratamiento, la evidencia sugiere que la supresión ovárica — mediante análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), progestágenos o tratamiento combinado — reduce la recurrencia de la ascitis [8]. Un reciente artículo publicado en 2025 describió una serie de casos de ascitis hemorrágica en endometriosis y señaló que la tasa de recurrencia tras supresión ovárica es del orden del 8 % [9]. Esto indica un pronóstico relativamente favorable siempre que se realice tratamiento adecuado. En nuestro caso, se optó por tratamiento con dienogest (un progestágeno sintético derivado de la nortestosterona) a dosis de 2 mg/día, con buena respuesta hasta la actualidad.

Con respecto a la decisión quirúrgica, la laparoscopia diagnóstica y terapéutica cobra relevancia al permitir la visualización directa de implantes, su biopsia y su resección o ablación. En casos de ascitis masiva, la cirugía debe plantearse con cautela, optimizando la preservación de la fertilidad. La revisión sistemática más reciente sugiere preferencia por técnicas mínimamente invasivas frente a laparotomía tradicional [10].

Finalmente, desde el punto de vista pronóstico resulta relevante destacar que, aunque la ascitis en endometriosis es poco frecuente, su identificación temprana puede evitar procedimientos invasivos innecesarios derivados por una sospecha de patología maligna, así como reducir la morbilidad, preservar la fertilidad y orientar a un tratamiento hormonal eficaz. Además, los avances recientes en la comprensión molecular de la endometriosis, como se describe en revisiones de 2024 que abordan su carácter crónico inflamatorio y fibrosante [11] y de perfiles inflamatorios del endometrio en afecciones peritoneales [5,1], permiten vislumbrar en un futuro la

individualización del tratamiento y de la vigilancia en estos casos atípicos.

En resumen, nuestro caso se integra en la pequeña colección de pacientes con endometriosis que debutan con ascitis: destaca por la ausencia de dolor abdominal, la negatividad inicial de citologías, los hallazgos en técnicas de imagen de la presencia de líquido ascítico con carácter recidivante y la excelente respuesta al tratamiento hormonal.

La endometriosis debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de la ascitis en mujeres en edad fértil con estudios negativos para malignidad. El reconocimiento de esta forma infrecuente de presentación permite evitar retrasos diagnósticos y orientar un tratamiento conservador eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pandrakis A, Prodromidou A, Haidopoulos D, et al. Clinicopathological characteristics and outcomes of patients with endometriosis-related hemorrhagic ascites: an updated systematic review of the literature. *Cureus*. 2022;14(6):e26222.
2. Giudice L.C., et al. Endometriosis — where are we and where are we going? (review article) *Human Reprod Update*. 2013;19(5):558-574.
3. Young VJ, Brown JK, Saunders PTK, Horne AW. The role of the peritoneum in the pathogenesis of endometriosis. *Hum Reprod Update*. 2013; 19(5):558-569.
4. Bahall V, De Barry L, Harry SS, Bobb M. Gross ascites secondary to endometriosis: a rare presentation in pre-menopausal women. *Cureus*. 2021 Aug;13(8):e17048.
5. Magalhães TF, Augusto KL, Mota LP, da Costa AR, Puster RA, Bezerra LRPS. Ascites and encapsulating peritonitis in endometriosis: a systematic review with a case report. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018 Mar;40(3):147-155.
6. Gawron I, Derbis K, Jach R, et al. Pelvic peritoneal endometriosis is linked to the endometrial inflammatory profile: a prospective cohort study. *BMC Women's Health*. 2025 Mar;25:94.
7. Pandrakis A, Prodromidou A, Haidopoulos D, et al. Clinicopathological characteristics and outcomes of patients with endometriosis-related hemorrhagic ascites: an updated systematic review of

the literature. Cureus. 2022 Jun;14(6):e26222. doi:10.7759/cureus.26222. PMID:35911338.

8. Kim MR, Chapron C, Römer T, Aguilar A, Chalermchockcharoenkit A, Chatterjee S, Dao LTA, Fong YF, Hendarto H, Hidayat ST, Khong SY, Ma L, Kumar P, Primariawan RY, Siow A, Sophonsritsuk A, Thirunavukarasu RD, Thuong BC, Yen CF. Clinical diagnosis and early medical management for endometriosis: consensus from Asian expert group. Healthcare (Basel). 2022;10(12):2515.

9. Askary E, Zakariya NA, Parsaiyan Z, et al. Hemorrhagic ascites in endometriosis: a case series and clinical implications. BMC Women's Health. 2025;25:315.

10. Cho A, Park C-M. Minimally invasive surgery for deep endometriosis. Obstet Gynecol Sci. 2024;67(1):

11. Nap A, et al. Role of fibrosis in endometriosis: a systematic review. Hum Reprod Update. 2024;30(6):706-750..

TABLAS Y FIGURAS

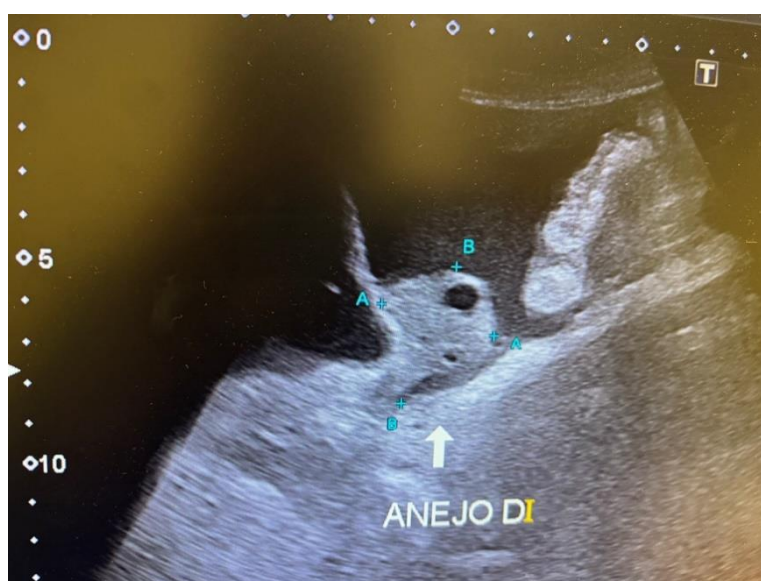


Imagen 1: Anejo derecho con líquido libre paraanexial



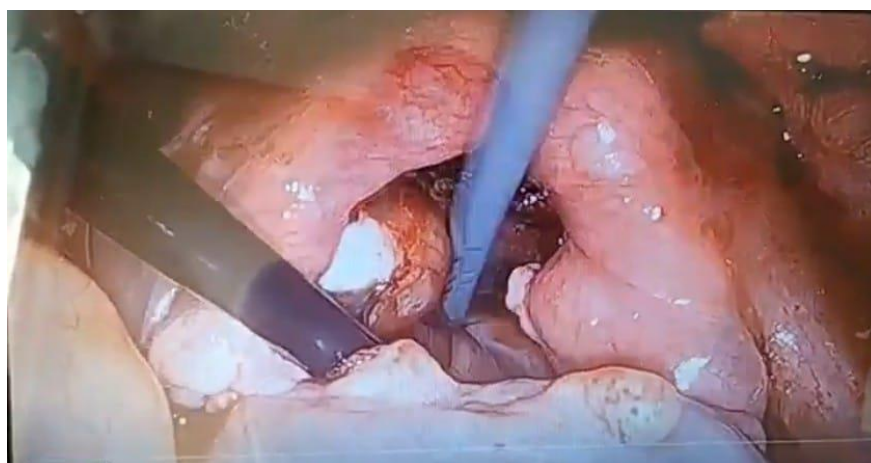
Imagen 2: anejo izquierdo con líquido libre paraanexial



Imagén 3: corte transversal de útero



Imagén 4: quiste endometriósico de contenido achocolatado.



Imagén 5: laparoscopia diagnóstica tras aspiración de líquido libre donde se objetivan importantes adherencias de ambos anejos y útero entre sí.