

Notas cortas

Salpingitis granulomatosa asociada a endometriosis ovárica

M. Medina-Pérez y R. Barrientos Naz

Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla.

La causa más común de salpingitis granulomatosa es la infección tuberculosa, y en la práctica totalidad de las mujeres con tuberculosis genital existe afectación tubárica (1). Con menor frecuencia puede originarse por actinomicosis, infecciones fúngicas, parasitarias, cuerpo extraño, enfermedad de Crohn, sarcoidosis, irradiación, diatermia y arteritis (2).

El caso que presentamos corresponde a una paciente de 26 años con historia de dismenorrea y diagnóstico clínico-ecográfico de endometriosis ovárica. En la intervención se encontró un ovario derecho quístico con adherencias, practicándose anexectomía. El ovario medía 7 x 5 x 4 cm, de contenido hemorrágico, con oviducto de 8 cm, engrosado y de serosa deslustrada. En el estudio histológico se encontró endometriosis ovárica y salpingitis granulomatosa transmural. Los granulomas eran mayoritariamente epitelioides, y se disponían desde el endosálpinx hasta la serosa (Fig. 1). Algunos mostraban células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño (Fig. 2), y en algunas luces del epitelio tubárico se encontraron acúmulos de macrófagos (Fig. 3). No se hallaron bacilos ácido-resistentes (Ziehl-Neelsen), hongos (PAS, Grocott), parásitos ni material refráctil con luz polarizada.

El estudio clínico fue negativo para las enfermedades más probables, incluyendo una prueba de Mantoux negativa. Se instauró tratamiento con análogos de la LHRH (hormona liberadora de gonadotropina), comprobándose a los dos años mediante laparoscopia una trompa contralateral normal. A los cinco años la paciente no ha presentado otros síntomas, y se encuentra en avanzado estado de gestación.

La coexistencia de inflamación granulomatosa y endometriosis no debe ser muy frecuente ya que existen pocas publicaciones al respecto. McCluggage y Allen (3) encontraron 1 de 32 casos de granulomas ováricos. Están bien descritos los llamados nódulos pseudoxantomatosos (4) y los granulomas ceroides (5). En nuestro caso, todas las técni-



Figura 1. Inflamación granulomatosa transmural (HE, original $\times 40$).

cas especiales y el estudio clínico fueron negativos para las infecciones habituales, y el único dato positivo era la endometriosis ovárica. Además, la otra trompa volvió a su estado normal con tratamiento hormonal, y la paciente no ha desarrollado otra enfermedad ni ha quedado estéril, lo que nos hace pensar que los granulomas son reactivos a la endometriosis de ovario. Es probable que el contenido hemorrágico pase al oviducto y desencadene la respuesta granulomatosa. Por tanto, aunque fuese una relación meramente casual, debe tenerse en cuenta.

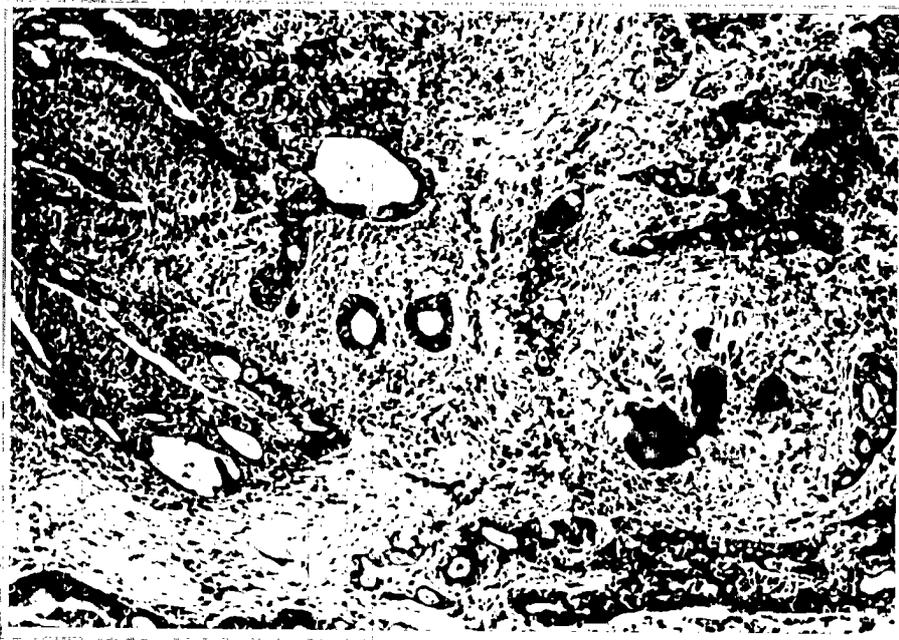


Figura 2. Células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño (HE, original $\times 40$).



Figura 3. Granuloma epitelioido (derecha) y macrófagos intraluminales (izquierda) (HE, original $\times 100$).

BIBLIOGRAFÍA

1. Nogales-Ortiz F, Tarancón I, Nogales FF, Jr. *The pathology of female genital tuberculosis. A 31-year study of 1436 cases.* *Obstet Gynecol* 1979; 53(4): 422-428.
2. Young RH, Clement PB, Scully RE. *The fallopian tube and broad ligament.* En: Sternberg SS (Ed.). *Diagnostic surgical pathology.* 2ª ed. Raven Press, Ltd., New York 1994; cap. 54.
3. McCluggage WG, Allen DC. *Ovarian granulomas: A report of 32 cases.* *J Clin Pathol* 1997; 50: 324-327.
4. Clement PB, Young RH, Scully RE. *Necrotic pseudoxanthomatous nodules of ovary; and peritoneum in endometriosis.* *Am J Surg Pathol* 1988; 12: 390-397.
5. Ooi K, Riley C, Billson V, Ostor AG. *Ceroid granulomas in the female genital system.* *J Clin Pathol* 1995; 48: 1057-1059.

