

## ANTECEDENTES

- Mujer de 44 años, con 1 parto eutócico y cribado de cáncer de cérvix negativo.
- Desde hace 2 meses presenta abdominalgia y sangrado genital persistente en cantidad abundante refractario a tratamiento con Dienogest/ Estradiol.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**E.Física: Especuloscopia:** 2 lesiones < 0,5 cm marrón-azuladas en cara posterior vaginal ( Fig 1). **TV:** Nódulo doloroso de 2 cm en pared vaginal posterior-Douglas.

**P. Complementarias:** Citología endocérvix, HPV, biopsia endometrial, cultivos vaginales, eco TV y colposcopia normales. **Citología vaginal:**ASC-H. **RMN pélvica:** Tejido fibroso de 12 mm en Douglas que genera adherencias en profundidad desde pared anterior rectal a reflexión peritoneal anterior y pared posterior uterina que sugiere implante endometriósico profundo. **Biopsia de lesiones vaginales:** Endometriosis vaginal

## RESULTADOS

<b>Diagnóstico</b>	Endometriosis vaginal
<b>Tratamiento</b>	Dienogest/ Etinilestradiol
<b>Evolución</b>	Favorable con mejoría parcial de la clínica

Fig 1: Implantes vaginales de endimetriosis

## CONCLUSIONES

- **Contexto:** Entidad multifactorial y crónica. Consiste en la presencia de tejido endometrial extrauterino y afecta al 1-7% de las mujeres.
- **Tipo de lesiones:** Superficiales, ováricas o profundas (invaden el espacio recto-vaginal y/o intestino , como este caso)
- **Clínica:** Dolor pélvico, esterilidad o masas ováricas. Puede diagnosticarse incidentalmente.
- **Hallazgos sugestivos:** Nódulos dolorosos a la palpación en Douglas, uterosacros o tabique recto-vaginal; aumento del tamaño anexial o cérvix lateralizado.
- **Diagnóstico de sospecha:** Ecografía y/o RMN. Puede elevar el Ca125.
- **Diagnóstico definitivo:** Histológico.
- **Tratamiento:** Médico (terapia hormonal combinada o progestágenos + AINES) y quirúrgico (idealmente laparoscópica). En casos concretos, análogos de la GnRH