

RECIBIDO:

11 noviembre 2025

APROBADO:

13 abril 2026

Adenomiosis pulmonar en mujer postmenopáusica. Una variante rara de endometriosis pulmonar. Presentación de caso

Pulmonary Adenomyosis in a Post-Menopausal Woman: a Rare Variant of Pulmonary Endometriosis.

Servio T. Torres-Rodríguez , Luis A. López-Yepes , Leonidas D. Herrera-Cruz ,
Sergio A. Villeda-Castañeda , Elka M. Lainfiesta-Moncada ,
Orlando Rodas-Pernillo 

Hospital de Referencia Nacional de Enfermedades Respiratorias y Patología Médica (Patmed),
Guatemala, Guatemala

Autor corresponsal:

Servio Tulio Torres Rodríguez
6 avenida 7-66 zona 10. Edificio Condominio Médico.
Oficina C-2. Guatemala. Guatemala.
stuliotr@gmail.com

Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 48 años con hallazgo incidental de nódulos pulmonares en evaluación preoperatoria. Reporta antecedentes de histerectomía por miomatosis uterina sin ooforectomía a la edad de 30 años y resección de nódulos mamarios por fibroadenomas. La tomografía computarizada de tórax confirmó múltiples nódulos en ambos pulmones. La biopsia pulmonar reveló glándulas endometriales rodeadas por estroma y músculo liso sin atipia, con inmunohistoquímica positiva para actina de músculo liso, calponina, CD10, receptores estrogénicos y citoqueratinas AE1/AE3. El diagnóstico histopatológico fue consistente con adenomiosis pulmonar, una forma infrecuente del Síndrome de Endometriosis Torácica (TES).

Dado el carácter asintomático de la paciente y la presentación nodular de las lesiones sin evidencia de complicaciones adyacentes, se decidió un manejo expectante que incluye seguimiento clínico y radiológico periódico, priorizando una vigilancia estrecha ante cualquier cambio morfológico o sintomático que pudiera justificar una intervención más activa. Este caso resalta la importancia de considerar entidades benignas como la adenomiosis pulmonar en el diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares.

Palabras clave: adenomiosis; adenomiomatosis; endometriosis torácica; nódulos

Abstract

We present the case of a 48-year-old woman with the incidental finding of pulmonary nodules during preoperative evaluation. She reported a history of hysterectomy for uterine fibroids without oophorectomy at age 30 and resection of breast nodules for fibroadenomas. A chest computed tomography scan confirmed multiple nodules in both lungs. Lung biopsy revealed endometrial glands surrounded by stroma and smooth muscle without atypia, with immunohistochemistry positive for smooth muscle actin, calponin, CD10, estrogen receptors, and cytokeratins AE1/AE3. The histopathological diagnosis was consistent with pulmonary adenomyosis, an uncommon form of Thoracic Endometriosis Syndrome (TES).

Given the patient's asymptomatic nature and the nodular presentation of the lesions without evidence of adjacent complications, a conservative management approach was chosen, including periodic clinical and radiological follow-up, prioritizing close monitoring for any morphological or symptomatic changes that might warrant more active intervention. This case highlights the importance of considering benign entities such as pulmonary adenomyosis in the differential diagnosis of pulmonary nodules.

Keywords: adenomyosis; adenomyomatosis; thoracic endometriosis; nodules

Introducción

La literatura médica emplea términos como endometriosis pulmonar, síndrome de endometriosis pulmonar, adeniosis pulmonar, adeniomatosis pulmonar o hamartomas adeniomatosos¹ para representar una forma rara de endometriosis torácica. Esta forma parte del espectro de la enfermedad endometrial ectópica, cuya patogénesis incluye mecanismos como diseminación linfática o hematógena, metaplasia celómica o migración transdiafragmática. La prominencia del componente muscular liso maduro junto a glándulas y estroma sugiere una evolución hacia un patrón análogo a la adeniosis uterina. Esta condición a nivel torácico es infrecuente, especialmente en el período posmenopáusico. En contraste, se estima que la incidencia de la endometriosis entre mujeres en edad reproductiva es alrededor del 15%.^{2,3}

Suele ser descubierta de manera incidental o a través de síntomas cíclicos como hemoptisis o neumotórax catamenial. La entidad clínica reportada como nódulos pulmonares representa el 6% de los casos. Por otro lado, los adeniomias uterinos metastásicos benignos, constituidos por los mismos componentes estromales y musculares previamente descritos, son una entidad excepcional, con solo 35 casos publicados en la literatura.⁴

Presentamos un caso de adeniosis pulmonar en una mujer posmenopáusica, sin exposición hormonal reciente, con manifestación exclusivamente clínico radiológica.

Presentación de caso

Paciente femenina de 48 años, asintomática, sin disnea, hemoptisis ni dolor torácico, no utilizaba terapia de reemplazo hormonal ni presentaba otros signos de actividad estrogénica. Antecedentes de histerectomía, sin ooforectomía, practicada a los 30 años por miomatosis uterina sintomática. Dos embarazos previos de alto riesgo resueltos por cesárea. Lipomectomía

en deltoides derecho y exéresis de fibroadenoma mamario izquierdo considerado BI-RADS III por mamografía. Entre comorbilidades destacaban obesidad grado I e hipertensión arterial.

En el transcurso de evaluación preoperatoria para tratar lesión provocada por arma blanca del tendón flexor largo del quinto dedo derecho, la radiografía de tórax reveló nódulos pulmonares. El estudio de tomografía reportó múltiples nódulos sólidos, no cálcicos, en ambos pulmones. El mayor mide 5 x 6 mm y puede corresponder a lesiones metastásicas, por lo que se recomendó investigar tiroides, paratiroides o proceso granulomatoso. (Figuras 1a, 1b)



Figura 1. A. Radiografía de tórax muestra múltiples nódulos en ambos pulmones. B. En proyección axial de tomografía de tórax, se observan los nódulos con distribución aleatoria. C. Parénquima pulmonar producto de biopsia pulmonar conteniendo nódulo bien delimitado, periférico de consistencia firme.

La videobroncoscopia flexible efectuada no demostró lesiones endobronquiales. En sala de operaciones, bajo anestesia general e intubación endotraqueal selectiva, se realizó biopsia pulmonar en lóbulo inferior izquierdo por vía videotoracoscópica, VATS Uniportal. (Figura 1C) El análisis histológico evidenció estructuras glandulares revestidas por epitelio cilíndrico sin atipia, rodeadas por estroma endometrial y fascículos de músculo liso. (Figuras 2A, 2B)

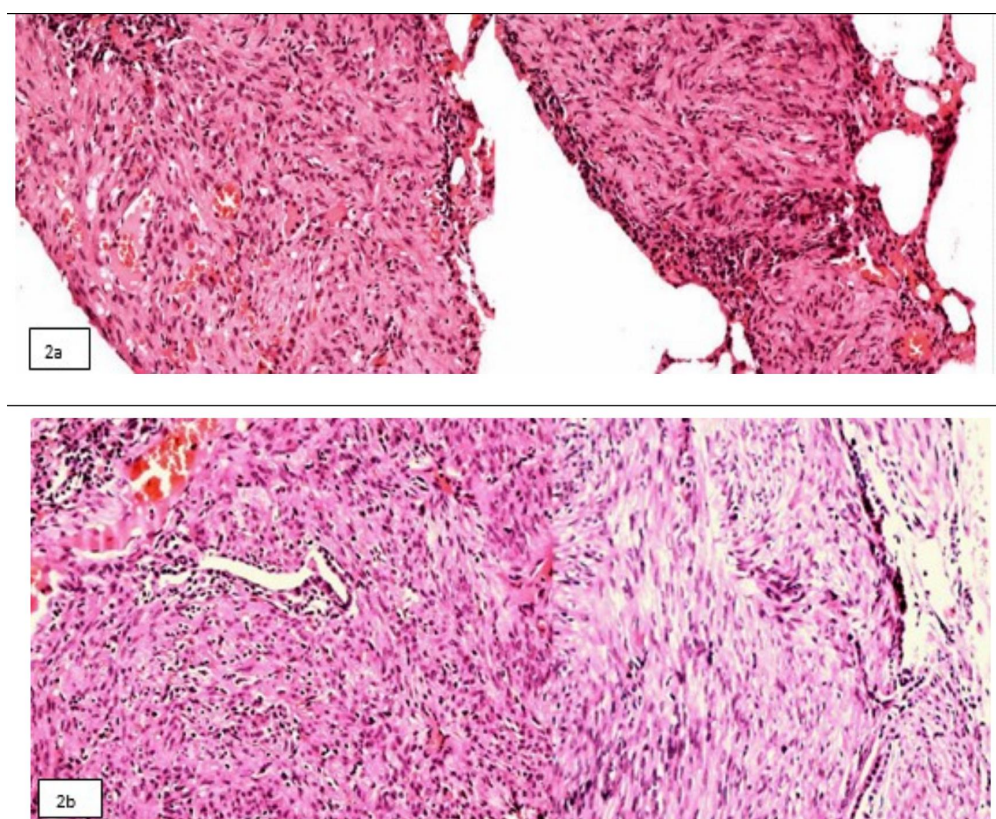


Figura 2. A y B. Se identifica la presencia de múltiples neoplasias mesenquimales benignas. Estas neoplasias están bien delimitadas con ausencia de necrosis, atipia o figuras de mitosis. Están constituidas por células fusocelulares que se disponen en haces que se entrelazan entre sí y se entremezclan con glándulas de aspecto endometrial.

El estudio de inmunohistoquímica fue positivo para CD10 (marcador de estroma endometrial), receptores estrogénicos (ER), actina de músculo liso, calponina y citoqueratinas AE1/AE3, hallazgos compatibles con adeniosis pulmonar. Los resultados del perfil hormonal para evaluar actividad estrogénica residual, FSH 36 mUI/mL, LH 23 mUI/mL, estradiol 27 pg/ml, progesterona <0,5 ng/mL y testosterona total 15,5ng/dl, corresponden a un estado postmenopáusico.

La paciente ha mostrado evolución favorable y estable, por lo que se decidió mantener una vigilancia clínica en conjunto con ginecología y estudio tomográfico anual.

Discusión

La endometriosis afecta entre el 5 y el 15% de las mujeres en edad reproductiva. El Síndrome de Endometriosis Torácica (TES) se considera una entidad infrecuente, sustentada principalmente en cifras limitadas provenientes de reportes de casos y pequeñas series retrospectivas; la mayor de ellas incluyó 110 pacientes y reveló que la edad media de presentación es de $35 \pm 0,6$ años, con rango de 15 a 54 años.^{2,5} Se diferencia de la endometriosis pulmonar típica por la prominencia del componente muscular liso similar a la adeniosis uterina y los implantes endometriales ectópicos en el tórax, que pueden deberse a migración tisular por fenestraciones o porositos que permiten que el gas y los fluidos atraviesen este límite anatómico.⁶

En este caso particular, la presentación nodular fue clínicamente asintomática y descubierta incidentalmente. Su revelación suele ser silente y pasar inadvertida durante años. La tomografía de tórax solicitada, considerada como la modalidad de diagnóstico de primera línea, expuso los múltiples nódulos en ambos pulmones sin predilección lobar o segmentaria, de diferentes tamaños, sólidos y no cálcicos; pero además, es útil para descubrir otras lesiones como opacidades, masas, cavidades de paredes delgadas, quistes o bullas y consolidaciones.^{7,8}

El diagnóstico se estableció mediante estudio histopatológico del tejido pulmonar obtenido por biopsia quirúrgica. La inmunohistoquímica, conforme a lo publicado, confirmó positividad intensa y difusa para marcadores de músculo liso como la actina o la desmina, junto con la presencia de glándulas endometriales dentro del tejido muscular, condición característica de la adeniosis o adeniomias.⁹

El TES agrupa cuatro entidades clínicas bien reconocidas: neumotórax, hemotórax, hemoptisis y nódulos pulmonares, 73%, 14%, 7% y 6%, respectivamente.^{3,7} El hemotórax, una manifestación tardía, indica la presencia de alta carga de implantes pleurales parietales y viscerales proliferantes.¹⁰ Los nódulos pulmonares parecen ocurrir con mayor frecuencia en mujeres mayores, con edad media de 38 a 39 años,¹¹ pueden ser únicos o múltiples y pueden modificar su tamaño durante el ciclo menstrual.³ En raras ocasiones son la única manifestación de la endometriosis torácica y no son responsables de los síntomas catameniales, a excepción de que el implante endometrial pueda estar en proximidad a un bronquio, en tal caso puede presentar hemoptisis.¹¹ Además, se ha observado una asociación significativa entre la endometriosis pélvica y TES, sobre todo cuando se relaciona con el hemotórax y la presencia de nódulos;¹² sin embargo, en nuestro caso, esta relación no pudo ser establecida.

El diagnóstico diferencial incluye metástasis pulmonares, tuberculosis, sarcoidosis, granulomatosis con poliangeítis, adeniofibroma pulmonar benigno metastásico,⁴ y el hamartoma pulmonar adeniofibromatoso.⁹ Solo el análisis histológico con inmunohistoquímica permite diferenciar con certeza estas lesiones. La broncoscopia realizada no evidenció ninguna anomalía macroscópica, confirmando su papel limitado en el diagnóstico debido que la mayoría de las lesiones son de localización periférica y el rendimiento de los cepillados o lavados bronquiales es muy bajo.¹¹

El perfil hormonal realizado a la paciente, con el objetivo de evaluar la actividad estrogénica residual, reportó resultados dentro de los parámetros correspondientes a un estado postmenopáusico con valores de hormona foliculoestimulante (FSH: 36 mUI/mL), hormona luteinizante (LH: 23 mUI/mL), estradiol (27 pg/mL), progesterona (<0,5 ng/mL) y testosterona total normal para la edad (15,5 ng/dL).

En relación con el tratamiento de la endometriosis pulmonar, no se han establecido pautas definitivas.^{1,7,13} La indicación quirúrgica con resección de lesiones, pleurectomía o pleurodesis se reserva para pacientes con recurrencias frecuentes o complicaciones graves, habitualmente asociado a terapia hormonal para prevenir recidivas. Los procedimientos incluyen la obliteración del espacio pleural en casos de complicaciones secundarias a neumotórax, hemotórax,¹⁴ así como, la resección en presencia de nódulos únicos. Dada la posibilidad de crecimiento, se considera que una actitud terapéutica más agresiva podría justificarse. La cirugía video toracoscópica asistida VATS o toracotomía estándar debe estimarse según criterios establecidos.⁷

En mujeres premenopáusicas, el manejo inicial suele ser farmacológico con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) como leuprolide o triptorelina; progestágenos dienogest o acetato de medroxiprogesterona. En el estado posmenopáusico, la persistencia de tejido endometrial ectópico activo es poco frecuente y en ausencia de terapia estrogénica, la actividad hormonal es mínima, por lo que el tejido suele permanecer quiescente.¹¹ Por ello, en pacientes asintomáticas, se recomienda un manejo conservador, con seguimiento clínico y radiológico. El tratamiento hormonal se reserva en pacientes con manifestaciones clínicas importantes o en fase de progresión, así como en ausencia de terapia hormonal sustitutiva. Con base en los criterios expuestos, no consideramos indicada la supresión hormonal activa para esta paciente y, por su evolución clínica estable, se optó por un manejo observacional periódico en conjunto con el servicio de ginecología y seguimiento radiológico anual con tomografía de tórax.

Conclusión

La adeniosis pulmonar debe ser considerada como diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares, especialmente en mujeres con antecedentes ginecológicos relevantes. Aunque es una forma inusual de endometriosis torácica, su reconocimiento evita procedimientos innecesarios y sobre tratamientos. En mujeres posmenopáusicas asintomáticas, el seguimiento clínico-radiológico puede considerarse una actitud terapéutica generalmente suficiente.

Financiamiento: los autores declaran que el trabajo no tuvo financiamiento.

Conflictos de interés: los autores declaran que no tienen conflictos de intereses relacionados con el tema de esta publicación.

Declaración de cumplimiento ético: se obtuvo consentimiento informado por escrito de la paciente para la publicación del caso clínico y sus imágenes. Este reporte fue revisado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Referencia Nacional de Enfermedades Respiratorias, bajo el registro CEHSV-031-2025, de acuerdo con las normas de la Declaración de Helsinki.

Contribuciones de los autores: STTR: dirección y liderazgo en la planeación y ejecución, creación y diseño de ideas y metas generales, verificación de la replicabilidad general de los resultados, creación inicial del texto del artículo, corrección, pulido final del documento. LALY: creación y diseño de ideas y metas generales, verificación de la

replicabilidad general de los resultados, creación inicial del texto del artículo, corrección y pulido final del documento. LDHC: creación y diseño de ideas y metas generales, verificación de la replicabilidad general de los resultados, creación inicial del texto del artículo, corrección y pulido final del documento. SAVC: creación y diseño de ideas y metas generales, verificación de la replicabilidad general de los resultados, corrección y pulido final del documento. EMLM: creación y diseño de ideas y metas generales, verificación de la replicabilidad general de los resultados, corrección y pulido final del documento. ORP: creación y diseño de ideas y metas generales, verificación de la replicabilidad general de los resultados, corrección y pulido final del documento.

Los Editores en Jefe, Dres. Carlos Luna y Francisco Arancibia, realizaron el seguimiento del proceso de revisión y aprobaron este artículo.

Referencias

1. Zixuan L, Deng X, Du Y, Sun D. Pulmonary endometriosis presenting as multiple nodules and pseudocavities. *Respirol Case Rep* 2024;2-4. <https://doi.org/10.1002/rcr2.1402>
2. Tong S, Yin X, Hu S, Cui Y, Li H. Case report of pulmonary endometriosis and review of the literature. *J Int Med Res* 2019;47(4):1766-1770. <https://doi.org/10.1177/0300060518800868>
3. Nunes H, Bagan P, Kambouchner M, Martinod E. Endométriose Thoracique. *Rev Mal Respir* 2007;24:1329-1340.
4. Zhang X, Jiang H, Huang B, Wei H. Case Report: Benign Uterine Adenomyoma Metastasis in the Right. *Front Surg* 2022;9:10-13. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.851147>
5. Alifano M, Trisolini R, Cancellieri A, Regnard JF. Thoracic Endometriosis: Current Knowledge. *Ann Thorac Surg* 2006;81:761-9. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2005.07.044>
6. Korom S, Canyurt H, Missbach A, Schneider D, Odo Kurrer M, Haller U et al. Catamenial pneumothorax revisited: Clinical approach and systematic review of the literature. *Gen Thorac Surg* 2004;502-508. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2004.04.039>
7. Suwatanapongched T, Boonsarngsuk V, Amornputtisathaporn N. Thoracic endometriosis with catamenial haemoptysis and pneumothorax: computed tomograph y findings and long-term follow-up after danazol treatment. *Singapore Med J* 2015;56(7):120-123. <https://doi.org/10.11622/smedj.2015115>
8. Bagan P, Le F, Barthes P, Assouad J, Souilamas R, Riquet M. Catamenial pneumothorax: retrospective study of surgical treatment. *Ann Thorac Surg* 2003;75(2):378-381. [https://doi.org/10.1016/s0003-4975\(02\)04320-5](https://doi.org/10.1016/s0003-4975(02)04320-5)
9. Iyalomhe O, Sadigh S, Deshpande C, Litzky L, Moran A. Pulmonary adenomyoma presenting as a right cardiophrenic angle mass Case report. *Radiol Case Reports* 2020;15(5):502-506. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2019.12.025>
10. Channabasavaiah AD, Joseph JV. Thoracic Endometriosis. Revisiting the Association Between Clinical Presentation and Thoracic. *Medicine (Baltimore)* 2010;89(3):183-188. <https://doi.org/10.1097/MD.0b013e3181df67d5>
11. Azizad-Pinto P, Clarke D. Thoracic Endometriosis Syndrome: Case Report and Review of the Literature. *Permanence J* 2014;18(3):61-65.
12. Joseph J, Sahn SA. Thoracic Endometriosis Syndrome: New Observations from an Analysis of 110 Cases. *Am J Med* 1996;100.
13. Aboujaoude N, Iskandar M, Tannouri F. Catamenial hemoptysis: A case report of pulmonary endometriosis. *Eur J Radiol Open* 2021;8:100302. <https://doi.org/10.1016/j.ejro.2020.100302>
14. Ramphal PS, Blidgen J, Coye A, Irvine R. Thoracic endometriosis syndrome in Jamaica. *Int Surg* 2003;88(2):2003.