

Endometriosis de la pared abdominal. Presentación de dos casos

López-Marcano A.J., Kühnhardt-Barrante A.W., Gonzales-Aguilar J.D., Valenzuela-Torres J.C., García-Amador C., Labalde M, García Parreño J.

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara, España.
Facultad de Medicina, Universidad Alcalá de Henares.*

Resumen

La endometriosis en pared abdominal es infrecuente y generalmente se asocia a cicatrices tras cirugía ginecológica. Presentándose típicamente como una masa dolorosa en la cicatriz de una cesárea. Los casos sin antecedentes quirúrgicos se localizan a nivel umbilical e inguinal. Caso 1: mujer 37 años con antecedente de cesárea, presenta 2 años después una tumoración en la cicatriz acompañándose de dolor coincidiendo con ciclos menstruales. Ecográficamente observamos una lesión nodular hipocogénica realizándose una PAAF, encontrándose células endometriales. Se indica exéresis quirúrgica, cuyo estudio fue de endometriosis. Caso 2: mujer 33 años, que presenta una tumoración dolorosa cíclicamente en FID, en la exploración física palpamos nódulo inguinal derecho sin aumentar con Valsalva. En la ecografía observamos imagen hipocogénica. Encontrándose en la cirugía una hernia inguinal y un quiste en el ligamento redondo realizándose una hernioplastia y exéresis del nódulo, cuyo análisis histológico informa tejido endometrial. Esta patología requiere una anamnesis dirigida y cuando hay dudas recurrir a pruebas de imagen y citología por PAAF. El tratamiento definitivo es la resección quirúrgica.

PALABRAS CLAVES: endometriosis, pared abdominal, endometrioma, extrapelvica.

Introducción

La endometriosis (E) es una enfermedad que se caracteriza por la localización de tejido endometrial normal, glándulas y estroma, fuera de la cavidad uterina. La frecuenciavaría del 3 al 15% en mujeres de edad fértil. La ubicación extrapelvica es poco común, pudiendo encontrarse en el tracto urinario y el tracto gastrointestinal, otras localizaciones son aún menos frecuentes como la pared abdominal. La endometriosis de pared abdominal (EPA) típicamente se presenta en mujeres en edad fértil (20-40 años), con antecedente de cesárea, como una masa/tumoración dolorosa a nivel de la cicatriz Pfannestiel, acompañada de dolor que puede o no estar en relación con

el ciclo menstrual. Muchas veces el diagnóstico es difícil por la falta de sospecha, requiriendo pruebas para su diagnóstico que incluyen Eco doppler, TAC, RNM y se confirma mediante el estudio de anatomía patológica.

Se presenta dos casos de EPA, uno en relación con la cicatriz de una cesárea anterior y otro caso sin relación con cirugía previa localizado en el ligamento redondo, debido a la poca prevalencia de E en estas localizaciones y a la dificultad en el diagnóstico que a veces puede presentarse.

Caso clínico 1

Mujer de 37 años de edad, con antecedente de cesárea por embarazo gemelar e hipermenorrea. Presenta dos años después de la cesárea una masa dolorosa cíclicamente, coincidiendo con la menstruación en el extremo izquierdo de la cicatriz de Pfannestiel. En la ecografía se evidencia en el plano subcutáneo, en el margen izquierdo de la cicatriz de la cesárea, una lesión nodular hipocogénica de 5,5x4mm proponiendo como

Correspondencia: Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara, España. López-Marcano A.J. Calle donante de sangre S/N. 19002. Planta 7, Cirugía general.España. Móvil:

0034609169259. Email: aylhino@gmail.com

diagnostico seroma vs granuloma vs absceso de pared. La paciente es seguida en consulta ginecología durante tres años, consultando en varias ocasiones a la urgencia por dolor a nivel de la tumoración de pared abdominal. Ante la persistencia de la sintomatología y tumoración se realiza una nueva ecografía en donde evidencian una masa heterogénea 27x12mm con señal Doppler en tejido celular subcutáneo (TCS) en fosa iliaca izquierda (FII) (figura 1). Se indica una PAAF cuya anatomía patológica es informada como endometriosis. Se realiza una tomografía axial computarizada (TAC) que descarta otros posibles focos de endometriosis (figura 2). Se realiza exéresis de tumoración de aproximadamente 3cms en TCS con infiltración al plano muscular (Figura 3). En el estudio de la anatomía patológica (AP) de la lesión se encuentran glándulas endometriales acompañadas de estroma propio.

Caso clínico 2

Mujer de 33 años con antecedente de dos partos normales que presenta un año después dismenorrea y dolor cíclico en fosa iliaca derecha (FID) asociado a la aparición de una tumoración inguinal derecha que no protruye con maniobras de Valsalva. Se realiza una ecografía en donde se observa una imagen hipocóica de 25x21mm con ecos difusos en su interior, planteándose el diagnóstico diferencial entre endometrioma y hernia inguinal, se indica cirugía hallándose una tumoración quística en canal inguinal dependiente del ligamento redondo y la presencia de hernia inguinal indirecta, realizándose resección del quiste y hernioplastia de Rutkow Robins. El estudio histológico informa como tejido endometrial

Discusión

La EPA se define como la existencia de tejido endometrial superficial al peritoneo. Es una localización infrecuente y generalmente se encuentra en pacientes con antecedentes quirúrgicos, a nivel de la cicatriz de cesáreas o de puertos de laparoscopia, por lo común secundario a cirugías ginecológicas, aunque puede presentarse sin asociación a un procedimiento quirúrgico previo. La incidencia de la EPA en la incisión de una cesárea, como en el caso 1, es de 0,2% a 0,45% (1). Estudios publicados demuestran que la cesárea es un factor de riesgo de endometriosis (2), otros factores de riesgo son la histerectomía temprana en el embarazo, el aumento del flujo menstrual y el consumo de alcohol. Por otro lado la alta paridad se presenta como un factor protector. El intervalo entre la intervención y las manifestaciones clínicas varían desde tres meses a 10 años (3), en el caso 1 se presentó dos años después de una cesárea.

Existen varias teorías para explicar la patogénesis de la E. La teoría del transporte mecánico que explica la EPA secundaria a intervenciones quirúrgicas ginecológicas, como en el caso 1, en donde se atribuye la presencia de tejido endometrial a la siembra del mismo durante las cirugías con manipulación uterina. También se describe la siembra linfática o hemática a modo de metástasis. En la teoría de la metaplasia celómica las células derivadas del epitelio celómico se transforman en células en-

dometriales, posiblemente por estimulación estrogénica. La reactivación de restos embrionarios por estimulaciones hormonales cíclicas, podrían explicar el caso 2 de endometriosis en el ligamento redondo. Finalmente la teoría de la menstruación retrógrada por reflujo desde las trompas a la pelvis, explica los casos de endometriosis pélvica. Típicamente los síntomas de esta entidad son el dolor abdominal cíclico, coincidiendo con la menstruación o con el periodo premenstrual, asociado a masa palpable. También se ha descrito sangrado superficial y cambios de coloración debido al depósito de hemosiderina.

Sólo 20% de los pacientes presentan cambios cíclicos en la intensidad del dolor en relación con la menstruación (3), como en los casos descritos. La mayoría de estas pacientes son mal, como en el caso 1 que inicialmente se diagnosticó de granuloma, antes de sospechar EPA, constituyendo junto a hematomas, neuromas, hernias o neoplasia los diagnósticos diferenciales (4,5). La endometriosis del canal inguinal es sumamente rara, aparece tan sólo en el 0,3-0,6% de los casos de EPA (6), se relaciona con implantes de tejido endometrial en el ligamento redondo siendo su principal diagnóstico diferencial la hernia inguinal (7). El 37% de las endometriosis de ligamento redondo se asocian a una hernia inguinal (6), como en el caso 2.

La TAC y la resonancia magnética (RM) tienen sensibilidades (90-92%) y especificidades (91-98%) muy altas para el diagnóstico de esta enfermedad (4,5). Sin embargo la ecografía tiende a ser la primera prueba de imagen que se realiza. En el caso 1 se realizaron dos ecografías cuyas imágenes corresponden con la descripción típica de la EPA y una TAC para descartar la presencia de otros focos de endometriosis, ya que hay estudios publicados que han descrito hasta en un 50% de los casos endometriosis pélvica asociada. En el caso 2 se realizó una ecografía en la que se describió una imagen típica de endometrioma sin evidenciarse la presencia de la hernia inguinal que luego se objetivó en la cirugía.

El diagnóstico definitivo de la E es histopatológico. En nuestro caso 1 se realizó un PAAF cuya AP informa hallazgos sugestivos de endometriosis. Y en ambos casos las AP de las piezas quirúrgicas confirman el diagnóstico definitivo de endometriosis. La exéresis quirúrgica con un margen de 1 cm que evite la recidiva locales el tratamiento definitivo (4). Nosotros realizamos la exéresis con unos márgenes mayores a 1cms. El manejo posterior a la exéresis es labor del ginecólogo y existen diferentes posturas en cuanto a dar o no tratamiento farmacológico aunque recomienda individualizar según cada caso.

Conclusión

Aunque la EPA es una entidad rara, los cirujanos generales debemos sospechar en pacientes con una masa dolorosa sobre todo si están en relación con los sitios de las cicatrices de cirugías ginecológicas y cuya sintomatología se asocia con el ciclo menstrual, por lo tanto una buena anamnesis es clave en el diagnóstico diferencial. Se puede recurrir a pruebas de imagen y/o PAAF en caso de dudas, el tratamiento más adecuado y definitivo es la resección quirúrgica.



Figura 1. EcoDoppler Caso 1. Masa heterogénea con señal doppler en TCS.

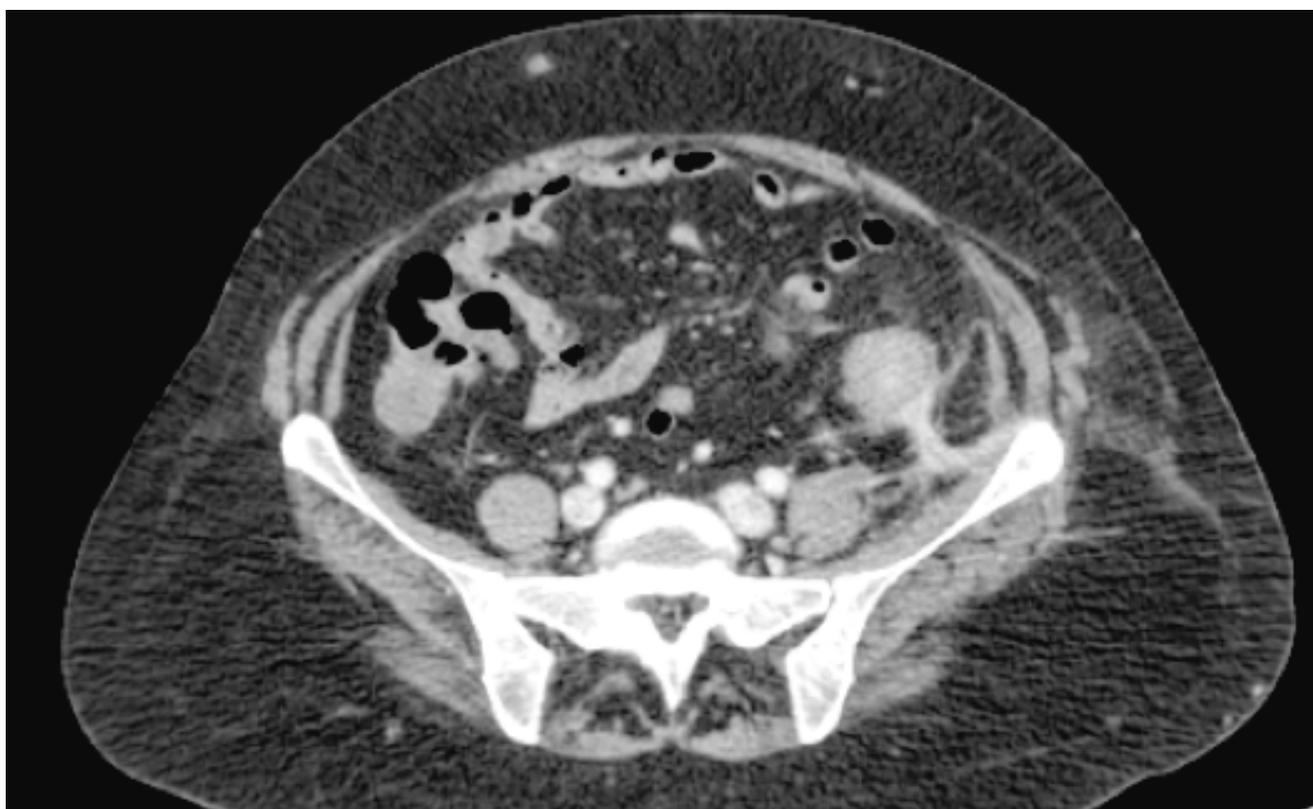


Figura 2. TAC Caso 1, nódulo en TCS que contacta con plano muscular.

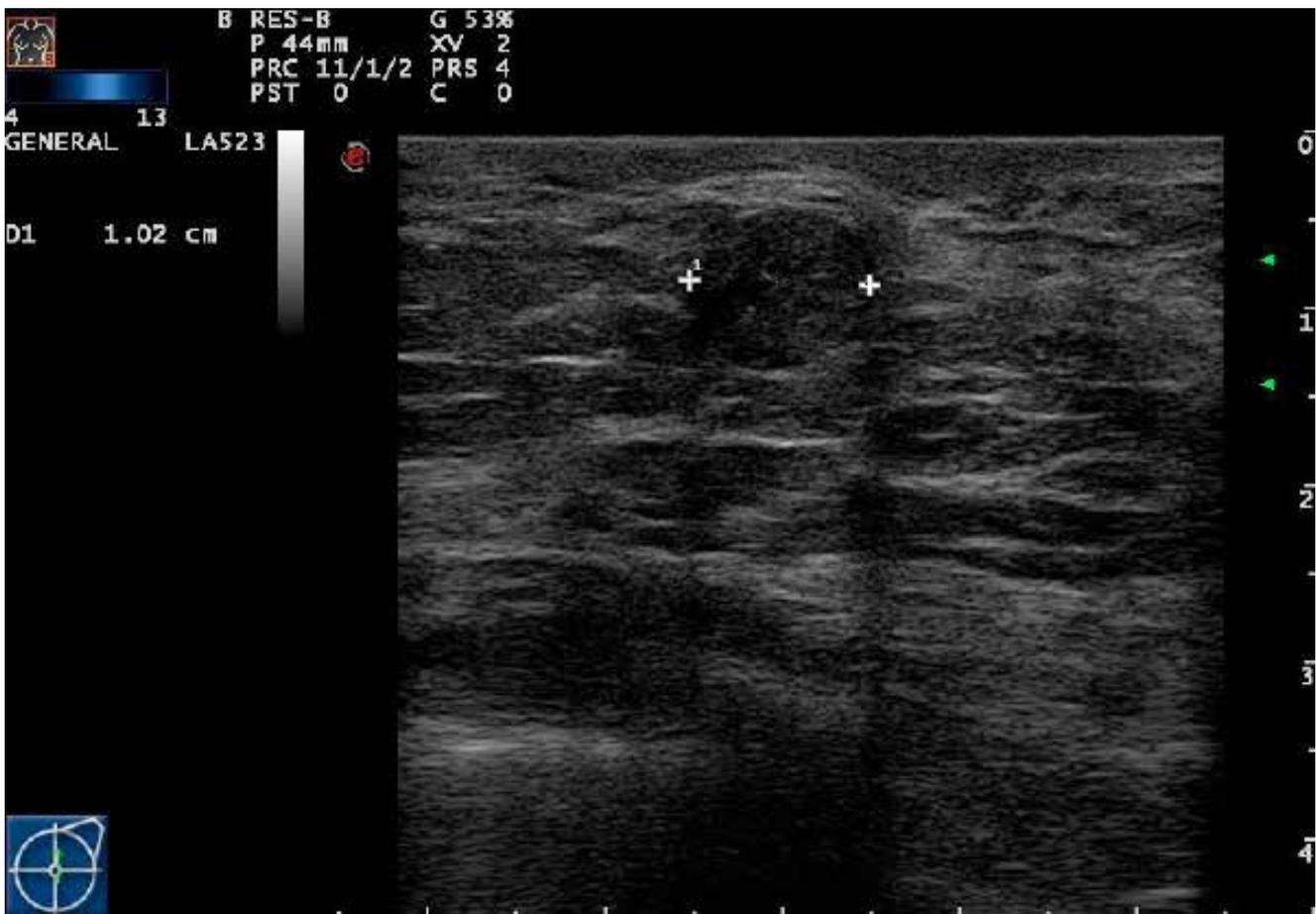


Figura 3. Exéresis de tumoración caso 1

Bibliografía

- Oh, E. M., Lee, W.-S., Kang, J. M., Choi, S. T., Kim, K. K., & Lee, W. K.. A Surgeon's Perspective of Abdominal Wall Endometriosis at a Caesarean Section Incision: Nine Cases in a Single Institution. *Surgery Research and Practice*, 2014, 765372.
- Nominato NS, Prates LFVS, Lauer I, Morais J, Maia L, Geber S. Caesarean section greatly increases risk of scar endometriosis. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*. 2010;152(1):83–85.
- rean Section. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR* 2014;8(4):FD09-FD10.
- Uzunçakmak, C., Gültaş, A., Özçam, H., & Dinç, K. Scar Endometriosis: A Case Report of This Uncommon Entity and Review of the Literature. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*, 2013, 386783.
- Lahiri A.K, Sharma K., BusiriN.. Endometriosis of the uterine cesarean section scar: A case report. *Indian J Radiol Imaging*. 2008:66–68.
- Bruna M., Martin G., Davila D., Rayon J.M., Roig J.V. Falsa hernia inguinal por endometriosis en el ligamento redondo. *ProgObstetGinecol*. 2010;53(8) 320-323.
- Hidalgo L.A., Heredia A., Fantova M.J., Badia J.M, Suñol X. Endometriomas de pared abdominal: aspectos diagnósticos. *Cir Esp* 2001.70: 34-37
- Ortega Herrera R. yCol. Endometriosis de la pared abdominal. *ProgObstetGinecol*. 2012;55(8):367—372.