

Endometriosis de pared abdominal: a propósito de un caso poco frecuente

 Ricardo Molina Rodríguez .¹

RESUMEN

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria benigna, estrógeno dependiente, caracterizada por la presencia de glándulas y estroma endometrial en un sitio distinto a la cavidad uterina. Varias teorías tratan de explicar su patogénesis y las principales de estas involucran la menstruación retrógrada, la metaplasia del epitelio germinal y la diseminación metastásica. Típicamente se localizan en la pelvis. El cuadro clínico que se presenta es variado, involucra dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico e infertilidad. Los endometriomas también pueden presentarse fuera de la cavidad pélvica, denominándose endometriosis extrapélvica, entre estas, la que se desarrollan en la pared abdominal, son aún menos frecuentes y según su origen puede ser primaria o secundaria a una intervención quirúrgica.

Palabras clave: Endometriosis extrapélvica, Endometrioma, Endometriosis pélvica.

Abdominal wall endometriosis: a rare case

SUMMARY

Endometriosis is a benign, estrogen-dependent inflammatory disease characterized by the presence of endometrial glands and stroma in a site other than the uterine cavity. Several theories attempt to explain its pathogenesis, the main ones involving retrograde menstruation, metaplasia of the germinal epithelium, and metastatic dissemination. They are typically located in the pelvis. The clinical picture presented is varied, involving dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and infertility. Endometriomas can also occur outside the pelvic cavity, called extrapelvic endometriosis. Among these, those that develop in the abdominal wall are even less frequent and, depending on their origin, can be primary or secondary to a surgical intervention.

Keywords: Extrapelvic endometriosis, Endometrioma, Pelvic endometriosis.

INTRODUCCIÓN

Se define la endometriosis como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, constituido por estroma y glándulas que se comportan en forma similar a este. En ginecología, la endometriosis es en la actualidad una de las enfermedades más desafiantes en su diagnóstico y tratamiento. Su presentación es muy variada y su verdadera prevalencia es desconocida, se reporta en el 15 % de las mujeres en edad reproductiva (1). Puede presentarse de dos maneras: endometriosis

pélvica y endometriosis extrapélvica. La localización pélvica es la más frecuente en un 75 %, principalmente en la zona genital, afectando ovario, útero, trompas uterinas y peritoneo pélvico en orden decreciente. La ubicación extrapélvica es inusual, puede aparecer en un 12 % de mujeres con diagnóstico de endometriosis y se presenta en lugares tales como, pulmones, pleura, riñones, vejiga, pared abdominal, ombligo y cicatrices, entre otros (2).

Los endometriomas de la pared abdominal y perineales suelen localizarse con mayor frecuencia tras intervenciones quirúrgicas ginecológicas u obstétricas en las cicatrices que ocurren luego de una laparotomía o laparoscopia e intervenciones quirúrgicas que involucren el periné con la cavidad uterina (2). El momento del diagnóstico de la

¹Adjunto II, jefe de servicio de Obstetricia norte - Coordinador de la consulta de endometriosis. Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde". Valencia. Estado Carabobo Correo para correspondencia: ricardoemolinar@gmail.com

Forma de citar este artículo: Molina Rodríguez R. Endometriosis de pared abdominal: a propósito de un caso poco frecuente. Rev Obstet Ginecol Venez. 2024;84(4):509-514 - DOI: 10.51288/00840420

endometriosis extrapélvica se realiza en un promedio de edad reportado en varios estudios de 34 a 40 años, en comparación con el rango comúnmente informado de 25 a 30 para la endometriosis pélvica (3). Aunque en oportunidades, algunas lesiones no son consecuencia de una cirugía previa, estas pueden aparecer de forma espontánea y así catalogarlas como primarias. La localización umbilical es una presentación aún menos frecuente, con una incidencia estimada del 0,5 % al 1 % de todas las pacientes con ectopia endometrial (4).

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 48 años de edad, quien refiere el inicio de su enfermedad actual 6 meses después de haberle realizado una cesárea, cuando presentó edema y dolor en la cicatriz de la intervención quirúrgica, tumoración que fue aumentado de tamaño en forma progresiva. Acudió a control médico en varias oportunidades y le diagnosticaron eventración. La paciente acudió diez años después del inicio de su cuadro clínico a la consulta de la clínica de endometriosis, por aumento de tamaño de la tumoración en cicatriz posoperatoria, que se extiende a la pared abdominal anterior, dolor de moderada intensidad que ha aumentado a grave y se exacerba durante la menstruación; desde hace aproximadamente 7 meses refiere que comenzó a presentar sangramiento y expulsión de líquido amarillento por la tumoración. Entre los antecedentes personales, refirió menarquia a los 15 años, ciclo menstrual de 7/30, eumenorreica, I gesta, I cesárea, dispareunia y dolor pélvico crónico leve. No refirió otro antecedente de importancia. Al examen físico se apreció tumoración en cicatriz quirúrgica por incisión de pfannenstiell que se extendía desde la cicatriz a hipogastrio, fosa iliaca izquierda y parte inferior de flanco izquierdo, de 15 x 20 cm, multilobulada, bordes irregulares, consistencia mixta, dolor leve a moderado a la palpación y puntos secretantes de líquido citrino y sanguinolento



Figura 1. Endometrioma de pared abdominal de la paciente, previo al inicio de la cirugía

(Figura 1). Se realizó ecografía transvaginal, donde se pudo apreciar miometrio homogéneo, imagen en pared anterior del útero, redondeada de aspecto sólido concéntrica hiperecogénica de 15,0 x 19,8 milímetros, que pudiese corresponder a un mioma intramural. En ovario derecho se observó una imagen quística unilocular, con contenido ecogénico homogéneo anecoico, sin proyecciones papilares, bordes delimitados y con dimensiones de 35,5 x 28,3 milímetros (Figura 2). Se tomó muestra para citología y biopsia de la tumoración; se pidió ecografía de partes

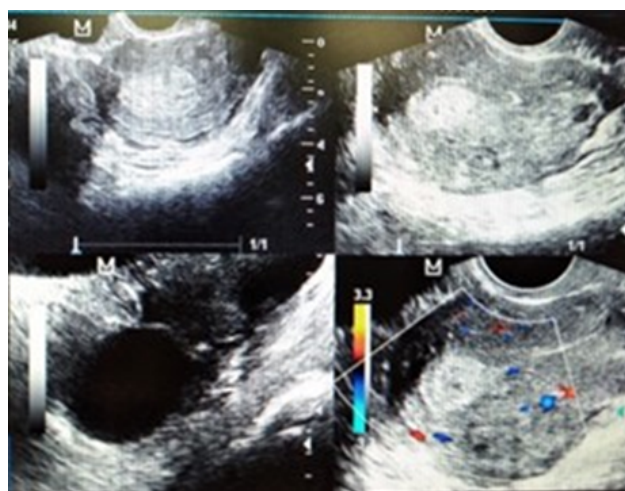


Figura 2. Ecosonografía transvaginal donde se aprecia quiste de ovario izquierdo y mioma en pared posterior del útero

blandas de pared abdominal, resonancia magnética y marcadores tumorales, por el cuadro de endometriosis y tumoración en ovario izquierdo.

La ecografía de pared abdominal reportó linfagioma de pared abdominal. La resonancia magnética reportó endometriosis de pared abdominal: lesión infiltrativa extensa, la cual se extendía desde la piel al vientre muscular del recto anterior y en tejido subcutáneo debajo de la sínfisis con focos de fibrosis, lesiones quísticas multiloculares con contenido heterogéneo y focos de sangrado.

En el reporte de anatomía patológica de las muestras tomadas se apreció presencia de tejido fibroconectivo y adiposo en organización fibrosa con proceso inflamatorio crónico compuesto por linfocitos, áreas hemorrágicas y presencia de glándulas y estroma endometrial, sin atipias. Marcadores tumorales: CA125: 45,5 U/ml (< 35), alfafetoproteína: 3,6 u/L (0-13,4), antígeno carcinoembrionario: 3 U/ml (< 40 U/ml), CA19,9: 3,5 ng/ml (< 4).

El diagnóstico preoperatorio fue endometrioma de pared abdominal, mioma uterino intramural, quiste de ovario izquierdo. Se indicó tratamiento médico con dienogest 2 mg + etinilestradiol 0,03 mg, en forma continua durante 84 días, descanso de 5 días y dieta. Un ciclo previo a la intervención y luego continuar el tratamiento.

Con relación al tratamiento quirúrgico, se realizó incisión en pared abdominal con una extensión 3 cm por fuera de la tumoración (Figura 3), disección de la lesión, separándola del tejido aponeurótico, percatándose de no dejar implantes de endometriomas visibles en la paciente (Figura 4), se extrajo el total del tumor, donde puede apreciarse el compromiso de piel y del tejido celular subcutáneo (Figura 5). Puede observarse la muestra enviada a estudio anatomopatológico (Figura 6). Se continuó con laparotomía realizando miomectomía, cistectomía de quiste de ovario izquierdo y salpingectomía del mismo lado por apreciar dilatación de esta trompa uterina (Figura 7). Se realizó revisión de cavidad y

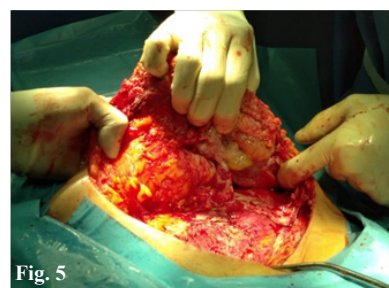


Figura 3: Incisión para retiro de la tumoración; Figura 4: Disección y separación de aponeurosis; Figura 5: Extracción de la lesión; Figura 6: Espécimen enviado a estudio anatomopatológico

órganos abdominopélvicos, no apreciando lesiones con características de endometriosis. Se procedió al cierre de la pared abdominal con colocación de malla de Prolene (Figura 8). La paciente evolucionó satisfactoriamente y se retiró la sutura en 7 días (Figura 9).

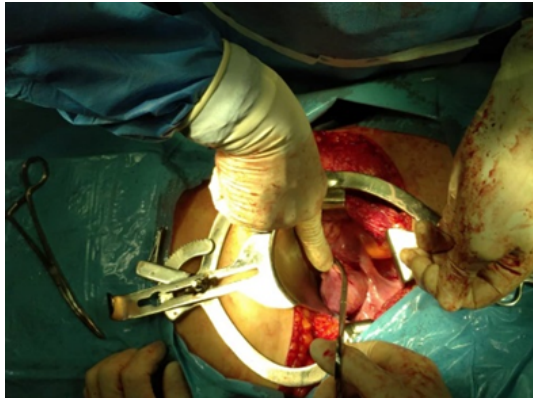


Figura 7: Laparotomía



Figura 8: Cierre de pared abdominal

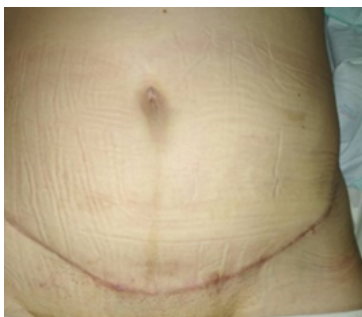


Figura 9: Pared abdominal 7 días después de la intervención quirúrgica

Reporte de anatomía patológica: Descripción macroscópica 1.- Elipse de piel y tejido celular subcutáneo que mide 18 x 11 x 8 cm. Al corte se observa lesión multiquistica, blanquecina, con focos de hemorragia, que mide 8,5 x 5 x 9 cm, la cual dista 0,2 cm de uno de los márgenes periféricos y 0,1 cm del margen profundo. Se dan cortes respectivos para estudio microscópico (tumor; tumor/margen profundo; tumor/margen periférico más cercano; resto de los márgenes. 2.- Ovario izquierdo que mide 3,5 x 3 x 3 cm de superficie externa irregular, grisáceo, al corte se aprecia cuerpo lúteo hemorrágico de 1,5 x 0,4 cm y cuerpos albicantes. Adherido al ovario se identifica trompa uterina izquierda de 1,3 x 0,5 cm. Al corte se aprecia luz difusamente dilatada. Se dan cortes representativos para estudio microscópico. 3.- Nódulo blanquecino, fasciculado y firme, que mide 1,5 x 1,8 x 0,7 cm. Se dan cortes representativos para estudio microscópico.

Hallazgos microscópicos y/o diagnóstico: 1.- Endometrioma de la pared abdominal. 2.- Cuerpo lúteo hemorrágico, cuerpos albicantes, hidrosálpinx. 3.- Leiomioma uterino con degeneración hialina.

La paciente ha sido revaluada cada 6 meses y, en un periodo de 4 años, su evolución ha sido satisfactoria, sin recidiva.

DISCUSIÓN

La endometriosis sigue siendo una enfermedad común, aunque enigmática, en las mujeres. Los síntomas que estas pacientes presentan pueden atribuirse a varias enfermedades conocidas. Afecta a un 6 % al 10 % de las mujeres en edad reproductiva y es a los 28 años la edad promedio en la cual se realiza el diagnóstico. Se calcula que hay un intervalo entre el momento de presentar los síntomas y el realizar el diagnóstico definitivo de endometriosis de 7 a 8 años (5). La endometriosis pélvica es la forma más frecuente de

presentarse, la extrapélvica es menos frecuente y se estima en un 12 % (2).

La endometriosis extrapélvica se puede referir como una masa bien circunscrita de tejido igual al endometrio que está localizado fuera de la pelvis y puede asentarse en diversas localizaciones, cuando se presenta en la pared abdominal suele confundirse y realizarse diagnósticos erróneos como eventración, quistes sebáceos, lipomas, granulomas, hematomas, linfagioma, sarcomas o metástasis (6).

La endometriosis de pared abdominal después de una operación de cesárea se presenta con una incidencia que puede variar según el reporte de algunos estudios entre el 0,03 % al 1 % y en algunas series llega hasta el 3,5 %; tras histerectomías por aborto del segundo trimestre se reportan incidencias del 1,08 % (7). En un estudio realizado por Horton y cols. (8), cita unas 445 pacientes, entre las que 96 % presentaron una masa, seguida de dolor en el 87 % y síntomas cíclicos en el 57 %. En ese estudio se encontró que el 57 % de la endometriosis posquirúrgica se asociaba con cicatriz de cesáreas.

En estas pacientes con endometriosis de pared abdominal al realizar su evaluación, la anamnesis es de suma importancia ya que lleva a sospechar y, en oportunidades, a confirmar el diagnóstico, como ya se ha citado, el síntoma característico de la endometriosis es el dolor que, en oportunidades, aparece y en otras persiste y se exacerba con la menstruación, aumento del tamaño de la masa tumoral en forma cíclica, además de otras manifestaciones, como cambios de coloración y, en oportunidades, secreción hemática. Al realizar el examen físico se debe hacer una evaluación detallada en la exploración de la tumoración para determinar la extensión de la misma, si es un tumor único o múltiples, la cantidad de tejido involucrado como piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis, músculo, peritoneo. Luego complementar con estudios paraclínicos para confirmar la enfermedad y así elegir la técnica quirúrgica más apropiada. Las pruebas diagnósticas utilizadas para la evaluación

preoperatoria incluyen ecografía, aspiración con aguja fina, resonancia magnética y marcadores tumorales (9). La toma de muestra para biopsia y citología en el cual se podrán obtener fragmentos que darán características histológicas de endometriosis. La ecosonografía puede revelar características como lesiones quísticas, poliquísticas, sólidas o mixtas en el tejido celular subcutáneo, aponeurosis y músculo. En el *doppler*, se pueden apreciar nódulos redondeados hipoeoicos, con cambios fibróticos, anillo periférico hipoeoico, márgenes espiculados y pedículo vascular único (10). En la resonancia magnética se pueden observar señales de alta intensidad en T1 y realce en T2 consistente con hemorragia subaguda que ayudarían a determinar la extensión. El diagnóstico definitivo se obtendrá por el estudio histopatológico de la muestra extraída.

CONCLUSIÓN

Las manifestaciones clínicas y los antecedentes de una paciente que presenta una tumoración de pared abdominal son de suma importancia para realizar el diagnóstico de endometriosis. Se debe siempre pensar en la enfermedad y estudiarla adecuadamente para tomar una conducta y no retardar tanto tiempo el diagnóstico certero y realizar el tratamiento apropiado. Los métodos de imagen y la punción aspiración con aguja fina pueden ayudar al diagnóstico y su tratamiento definitivo que es quirúrgico.

El autor declara que no tienen conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Chon C, Rodríguez U, Wong, Chon M, Mercado V, Roveló L, *et al.* Endometrioma de pared abdominal. ¿Diagnóstico poco frecuente? Reporte de dos casos. Rev Hosp Jua Mex [Internet]. 2007 [consultado 20 de septiembre de 2024]; 74(3):198-200. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=18683>

2. Garcia J, Botros R. Endometriosis: Tratamiento Actual y Futuras Tendencias. Ciudad de Panamá: Jaypee Highlights Medical Publishers, Inc.; 2011
3. Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2020;382(13):1244-1256. DOI: 10.1056/NEJMr1810764.
4. Parra PA, Caro J, Torres G, Malagón FJ, Tomás F. Endometriosis primaria de pared abdominal, una enfermedad que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones de la pared abdominal. *Cir Esp*. 2006;79(1):64-6. Spanish. DOI: 10.1016/s0009-739x(06)70816-8.
5. Falcone T, Flyckt R. Clinical Management of Endometriosis. *Obstet Gynecol*. 2018;131(3):557-571. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002469.
6. Carvajal A, Braghetto I, Carvajal R, Miranda C. Endometriosis de la pared abdominal. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2007;72(2):105-110. DOI: 10.4067/S0717-75262007000200007
7. Ramos-Mayo AE, Gil-Galindo G. Experience of the hernia and wall department in the management of abdominal wall endometriosis for 9 years. *Cir Cir*. 2019;87(4):385-389. English. DOI: 10.24875/CIRU.19000622.
8. Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg*. 2008 Aug;196(2):207-12. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2007.07.035.
9. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. *Am Surg*. 1999 Jan;65(1):36-9. DOI:10.1177/000313489906500109
10. Boui M, Zamani Q, Salheddine T, El Fenni J. Endometriosis de la pared abdominal: a propósito de un caso raro. *Rev Med Clin Condes*. 2023;34(4):298-301. DOI: 10.1016/j.rmclc.2023.07.005

Recibido 8 de octubre de 2024
Aprobado para publicación 25 de octubre de 2024