
Endometrioma subcutáneo en la pared abdominal. A propósito de un caso

Subcutaneous endometrioma in abdominal wall. Case report

Dra. Mayra Viviana Villena Galarza¹, Dr. Jhonny Paul Silvers Godoy², Dr. Juan Enrique Silvers Espinosa³.

*Médica Residente, Centro Quirúrgico Da Vinci¹; Médico Cirujano Plástico y Reconstructivo, Tratante del Hospital Metropolitano²; Quito-Ecuador;
Médico Cirujano Plástico y Reconstructivo, Tratante del Hospital Metropolitano³; Quito-Ecuador.*

Recibido: 20/01/2017 Aceptado: 06/03/2017

Resumen:

La endometriosis se define como un tejido endometrial ectópico que responde a estímulos hormonales ováricos. En 1899 se describió por primera vez la presencia de tejido endometrial en un ovario; desde entonces se ha identificado diversos sitios de localización; v.gr.: órganos urogenitales, epiplón, intestino, ganglios linfáticos, pulmones, pleura, ombligo, episiotomías y cicatrices quirúrgicas. Cuando el tejido endometrial ectópico se presenta como un tumor circunscrito se denomina endometrioma o granuloma endometriósico. La endometriosis en la cicatriz quirúrgica ocurre con mayor frecuencia después de una cirugía uterina o de las trompas de Falopio; también se ha presentado después de apendicectomías y plastias inguinales. La anamnesis y los exámenes complementarios son recursos necesarios para una impresión diagnóstica de endometrioma.

Presentamos un caso debido a que el diagnóstico aún es un verdadero reto, como se describe a continuación.

Palabras claves: endometriosis, endometrioma de pared abdominal.

Abstract:

Endometriosis was defined as an ectopic endometrial tissue that responds to ovarian hormonal stimuli. In 1899 the presence of endometrial tissue was first described in an ovary. Since then various, localization sites have been identified, such as urogenital organs, omentum, intestine, lymph nodes, lungs, pleura, navel, episiotomies and surgical scars, among others. When ectopic endometrial tissue presents as a circumscribed tumor it is called endometrioma or endometriotic granuloma. Endometriosis in the surgical scar occurs more frequently after uterine or fallopian tube surgery, it has also occurred after appendectomies and inguinal plasties. Anamnesis and complementary examinations are necessary tools for a diagnostic impression of endometrioma.

A case is presented because the diagnosis is still a real challenge, as described below.

Key words: endometriosis, abdominal wall endometrioma.

Correspondencia: Dr. Mayra Villena
Teléfono: (593) 987 459 416
email: mayvi87@live.com

INTRODUCCIÓN

Endometriosis es la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Es una enfermedad estrógeno-dependiente que afecta a 5-20% de las mujeres en edad reproductiva; se manifiesta por dispareunia, dismenorrea e infertilidad, aunque puede ser asintomática¹.

El tejido endometrial ectópico puede localizarse en los ovarios como endometriomas y/o a nivel subperitoneal como implantes en el tabique recto-vaginal, en el ligamento útero-sacro, ligamento ancho, tracto gastrointestinal, sistema urinario y otros sitios extraperitoneales como la pared abdominal².

La primera descripción de esta enfermedad la presentó Russell (1888); publicó un caso de "endometrioides" de ovario con invasión extraovárica. Martin (1891) explicó la presencia de un adenoma del ligamento redondo sobre la base de una inclusión de restos de conductos Wolffianos. Pick (1896) publicó un caso en el que encontró tejido endometrial normal, desarrollado en el ovario. En el mismo año von Recklinghausen emitió una teoría "wolfiana" para explicar el desarrollo de tejido endometrial en la pared uterina. A principios del siglo XX Ivanoff propuso la teoría de la metaplasia para explicar la endometriosis extrauterina por transformación del epitelio peritoneal. Esta teoría fue defendida posteriormente por Robert Meyer; Waldeyer pensó, en 1870, que la endometriosis ovárica tenía su origen en la invasión del estroma ovárico por su epitelio superficial y Whtridge Williams apoyó esta hipótesis al comprobar la existencia de epitelio cilíndrico en la superficie del ovario de adultos. En su trabajo original, Russell atribuyó la presencia de tejido endometrial en el ovario a inclusiones de restos müllerianos; esta hipótesis encontró decidido apoyo en los trabajos de Janney en 1922, y de Blair en 1923. En 1921 Sampson emitió su teoría de la implantación y en 1925 este mismo autor demostró la posibilidad de la invasión por embolia y contigüidad³.

Su etiología es multifactorial. La menstruación retrógrada es la más aceptada, con transporte de tejido endometrial desde la cavidad uterina hacia el peritoneo a través de las trompas¹.

Una segunda teoría sugiere que las células mesenquimales presentes en la superficie serosa (epitelio celómico) o tejido mülleriano remanente pueden diferenciarse hacia células endometriales¹.

Una tercera teoría es la de inducción, que asocia las 2 teorías anteriores; sugiere que el endometrio secreta sustancias que inducen al mesénquima indiferenciado a formar tejido endometrial².

Epidemiológicamente afecta a 5-10% de las mujeres en edad reproductiva, aunque si se considera de forma aislada la población de pacientes con dolor pélvico, las cifras oscilan del 40 al 60%, mientras que entre las pacientes que presentan subfertilidad el porcentaje de endometriosis alcanza el 20-40%. La incidencia máxima se observa entre los 30 y 45 años de edad.

Endometrioma se refiere a una masa bien circunscrita de tejido endometrial localizado fuera de la pelvis⁴. Los endometriomas de la pared abdominal (EPA) usualmente son procesos secundarios a cicatrices quirúrgicas ginecobstétricas, v.gr.: la cicatriz de una cesárea.

Algunos reportes indican que la endometriosis puede estar presente entre 0.03% y 0.47% de las cicatrices de cesárea, aunque también puede encontrarse alejada de ellas (como episiotomías, hernioplastias e histerectomías vaginales)⁵.

Cuando se plantea el diagnóstico, frecuentemente se confunde con otras masas que se localizan en la pared abdominal: lipomas, granulomas de suturas, hernias incisionales, abscesos, quistes sebáceos, hematomas, teratomas, sarcomas o metástasis.^{6,7,8}

Usualmente presentan la clásica triada de masa, dolor cíclico y cicatriz de laparotomía previa (pero no siempre) que se exacerba durante la menstruación. Las masas generalmente son sólidas, densas y bien circunscritas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de sexo femenino, 34 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia; menarquia a los 14 años, ciclos menstruales regulares sin dismenorrea, 3 gestas, 1 aborto espontáneo, 1 parto, 1 cesárea (hace 6 años), sin otros procedimientos quirúrgicos.

La paciente presenta, varios meses después del procedimiento quirúrgico, crecimiento de tumoración hipogástrica a 0.5 cm de incisión quirúrgica, incrementando de tamaño de forma progresiva hasta llegar a sobrepasar los bordes de incisión; al inicio sin relación con la menstruación, pero conforme crece, aparece dolor que se intensifica en cada ciclo, incluso causa incomodidad con la ropa ajustada, y se irradia hacia el hipogastrio.

Examen físico en la consulta médica: tumoración a nivel de incisión quirúrgica, de aproximadamente 2.5 cm x 3 cm, indolora, poco móvil, no depresible y de bordes regulares.

Con diagnóstico de tumoración en estudio, previo el análisis de posibles diagnósticos diferenciales, se realiza exéresis completa y amplia de la masa localizada en el tejido subcutáneo, sin compromiso de la fascia muscular.

Estudio histopatológico con técnica de tinción con hematoxilina-eosina: glándulas endometriales y epitelio cilíndrico rodeado de estroma endometrial.

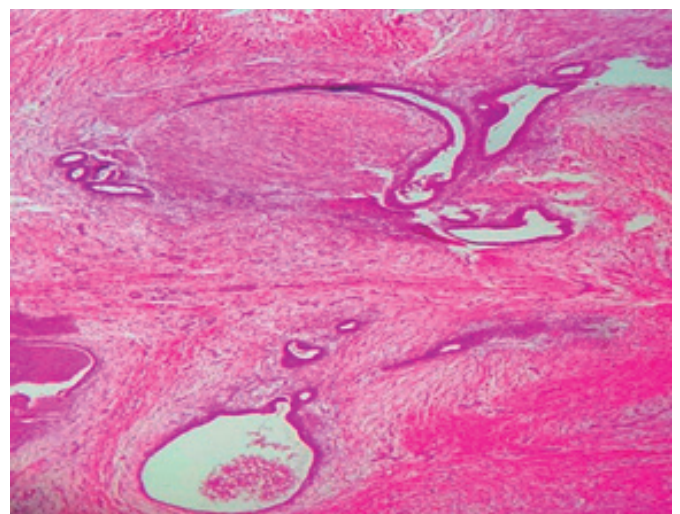


Figura 1: Tejido endometrial, presencia de glándulas endometriales

DISCUSIÓN

La endometriosis extrapélvica es una forma poco frecuente de presentación y se clasifica, según su localización, en 4 tipos: gastrointestinal, del tracto urinario, torácica y de “otros sitios”.⁹

En “otros sitios” se incluye la endometriosis de la pared abdominal, que se caracteriza por la presencia de implantes, generalmente sobre cicatrices de cirugías gineco-obstétricas, que pueden comprometer los músculos rectos anteriores del abdomen¹⁰.

La incidencia en cicatriz de cesárea (mediana o Pfannenstiel) es del 0.03 al 1.7%. Estas se denominan secundarias; en cambio, las primarias aparecen sin antecedente quirúrgico y son de amplia prevalencia en la región umbilical.

Se han desarrollado hipótesis que tratan de explicar el origen de esta patología:

- Tumor endometriósico en la pared: podría deberse a la implantación de tejido endometrial, con desarrollo tumoral posterior; explican los casos que ocurren después de una cirugía ginecológica.
- Teoría de la transformación metaplásica: se debe a algún factor externo irritativo.
- Migración por los vasos sanguíneos o linfáticos: sería la explicación de las localizaciones extrapelvianas alejadas y también de las localizadas en la pared abdominal de origen primario.
- Otras teorías: la mutacional o genética trata de determinar el origen de esta oscura enfermedad.

El endometrioma de la pared abdominal es una enfermedad que el cirujano enfrenta pocas veces; es un reto diagnóstico debido a la similitud de síntomas y signos con otras tumoraciones.

Aparece en mujeres fértiles entre los 20 y 40 años y suele producirse de 2 a 5 años después de procedimientos quirúrgicos gineco-obstétricos. Se debe pensar en esta enfermedad cuando hay un nódulo cíclicamente doloroso, situado en el espesor de una cicatriz laparotómica en una mujer fértil, después de excluir otras complicaciones postquirúrgicas comunes; v.gr.: eventraciones, abscesos tardíos o granulomas por suturas¹¹. Según las revisiones bibliográficas nuestra paciente encaja en la descripción de presentación en edad y tiempo de progresión.

Sintomatología: se manifiesta por tumor en la pared abdominal, con aumentos cíclicos de tamaño que coinciden con el período menstrual. Dolor localizado, cíclico o no cíclico, también coincidente con los ciclos menstruales. En caso de endometriosis secundaria de pared, estas manifestaciones se encuentran a nivel de una cicatriz operatoria o próximas a ella. Nuestra paciente no presentaba la triada clásica o estas manifestaciones, lo que impidió llegar a un diagnóstico semiológico en el preoperatorio, pero sí se estableció la duda diagnóstica con posibles entidades clínicas.

Los estudios que pudieran orientar la sospecha clínica son el ultrasonido preoperatorio y la biopsia por aspiración con aguja fina. Se ha reportado el uso de biopsia de aspiración con aguja fina para confirmar el diagnóstico y excluir malignidad^{12,13}, pero otros trabajos publicados han mostrado utilidad escasa e incluso aumento de la recurrencia^{12,14}. Por tanto, el citodiagnóstico de endometriosis, en general, no es recomendable, sobre todo si el cuadro clínico es claro y más aún si posee altos falsos negativos en lesiones pequeñas¹². Cabe recalcar que varios estudios y revisiones contradicen lo descrito y refieren que es recomendable realizar PAF por lo cual su uso se ha puesto en duda por parte de ciertos cirujanos.

La combinación con ultrasonido Doppler puede ser muy útil y el uso de un transductor de alta frecuencia incluso necesario, ya que estas lesiones son fácilmente inadvertidas con los transductores comunes empleados en abdomen.

Adicionalmente, la ecografía y tomografía computarizada (TC) pueden determinar la extensión del proceso y orientan en el diagnóstico diferencial de otros procesos patológicos de la pared, reforzando una adecuada planificación para la cirugía, que es el único tratamiento efectivo conocido.

Los hallazgos macroscópicos son: una lesión con nódulos quísticos en su interior rodeada por fibrosis o poliploide, que simula un proceso neoplásico. Microscópicamente se observa tejido glandular y estroma endometrial mezclado con áreas fibrosas densas con signos de hemorragia fresca (eritrocitos) o antigua (macrófagos con hemosiderina)¹⁴. En nuestro estudio histopatológico se observó glándulas endometriales y epitelio cilíndrico rodeado de estroma endometrial.

El tratamiento adecuado del endometrioma de pared es la prevención. Se recomienda que el ginecólogo proteja los bordes de las heridas quirúrgicas durante el procedimiento. El tratamiento medicamentoso se lo realiza con anticonceptivos orales, progestinas y análogos de GnRH, pero sólo se ha reportado alivio transitorio de los síntomas, y la recurrencia aparece al suspender la terapia.^{14,15}

Aunque el índice de recurrencia de estas lesiones es bajo, debe hacerse un seguimiento estrecho de las pacientes debido al riesgo de malignidad. Se sabe que entre el 0.3 y 0.8% de las endometriosis ováricas pueden desarrollar procesos malignos¹⁶ y, aunque es más infrecuente, las localizaciones extrapélvicas también pueden malignizarse. Actualmente se estima que el 21.3% de los casos de transformación maligna de endometriosis ocurre en sitios pélvicos extraováricos y hasta un 4% podría ocurrir en cicatrices de laparotomía¹⁷. Se reportan casos de carcinoma de células claras y adenocarcinoma^{18,19}.

La recurrencia se ha relacionado con el tamaño de la lesión y la existencia de endometriosis en los músculos o el peritoneo; pueden ocurrir en el mismo sitio o en algún otro lugar cercano a la cicatriz²⁰.

Para disminuir la probabilidad de implantes de tejido endometrial en la cicatriz de laparotomía, debemos ser cuidadosos y prolijos en la intervención quirúrgica ginecológica u obstétrica con el fin de evitar tejido endometrial residual en zonas extrauterinas.

El lavado con suero fisiológico podría disminuir la probabilidad de desarrollar endometriomas, al arrastrar las células endometriales que, teóricamente, pueden haber quedado en los planos de sutura de la pared abdominal o las zonas cercanas.

Por otro lado, cuando extirpamos nódulos endometriósicos de la pared abdominal, debemos resecaarlos completamente por medio de una incisión de límites amplios, respecto al tumor, para evitar la presencia de tejido que llevaría a una recidiva. Se estima que la recurrencia de endometriomas, después de resección quirúrgica de pared abdominal, puede llegar a un 1.04%²¹. El pronóstico es favorable y la curación es la regla, aunque existe la posibilidad de malignización, por lo que el estudio anatomopatológico de la pieza es necesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

1. **Jan-Hein J, Hensen and Julien BCM, Puylaert.** Endometriosis of the Posterior Cul-De-Sac: Clinical Presentation and Findings at Transvaginal Ultrasound. *Am J Roentgenol* 2009;192:1618-1624.
2. **Coutinho A Jr, Bittencourt LK, Pires CE, et al.** MR imaging in deep pelvic endometriosis: a pictorial essay. *RadioGraphics* 2011;31(2):549-567.
3. **Álvarez A.** Endometriosis. *Ginecol Obstet Mex* 1948;4:190-198.
4. **Storment J, Brumsted J.** Endometriosis. In: Curtis MG, Hopkins MP (eds): *Glass's Office Gynecology*, 5th ed. Baltimore, Williams & Wilkins. 1998;335-354.
5. **Singh K., Lessells A., Adam D., et al.,** Presentation of Endometriosis to general surgeons: a 10 years experience. *Br J Surg* 1995;82:1349-1351.
6. **Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, et al.** Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg* 2003;185:596-598.
7. **Singh K., Lessells A., Adam D., et al.,** Presentation of Endometriosis to general surgeons: a 10 years experience. *Br J Surg* 1995;82:1349-1351.
8. **Zhao X, Lang J, Leng J, Liu Z, Sun D, Zhu L.** Abdominal wall endometriomas. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;90:218-222.
9. **Markham SM, Carpenter SE, Rock JA.** Extrapelvic endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989;16:193-219.
10. **Troncoso J, Ricci P, Díaz L.** Endometrioma de músculo recto abdominal en paciente con cicatriz de cesárea. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008;73:119-123.
11. **Chon Ávila CF, Rodríguez-Wong U, Ávila Martín Ch, Mercado V, Rovelio Lima E, Vargas Contreras M.** Endometrioma de pared abdominal. ¿Diagnóstico poco frecuente? Reporte de dos casos. *Rev Hosp Jua Mex* 2007;74(3):198-200.
12. **Singh K., Lessells A., Adam D., et al.,** Presentation of Endometriosis to general surgeons: a 10 years experience. *Br J Surg* 1995;82:1349-1351.
13. **Zhao X, Lang J, Leng J, Liu Z, Sun D, Zhu L.** Abdominal wall endometriomas. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 90:218-222.
14. **Singh K., Lessells A., Adam D., et al.,** Presentation of Endometriosis to general surgeons: a 10 years' experience. *Br J Surg* 1995;82:1349-1351.
15. **Chon Ávila CF, Rodríguez-Wong U, Ávila Martín Ch, Mercado V, Rovelio Lima E, Vargas Contreras M.** Endometrioma de pared abdominal. ¿Diagnóstico poco frecuente? Reporte de dos casos. *Rev Hosp Jua Mex* 2007;74(3):198-200.
16. **Ostric SA, Martín WJ, Kouris GJ.** Abdominal wall endometrioma found during abdominoplasty. *Aesthetic Plast Surg* 2006;30(2):249-250.
17. **Olejek A, Bichalski W, Rembielak-Stawecka B, Ziólkowski A.** Adenocarcinoma arising from endometriosis in scar from a cesarean section treated with the use of plastic mesh. *Ginekol Pol* 2004;75(10):797-801.
18. **Leng JH, Lang JH, Guo LN, Liu ZF.** Sarcoma transformation of endometriosis of abdominal wall -a case report with literature review. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2004;39(8):551-552.
19. **Alberto VO, Lynch M, Labbei FN, Jeffers M.** Primary abdominal wall clear cell carcinoma arising in a caesarean section scar endometriosis. *Ir J Med Sci* 2006;175(1):69-71.
20. **Garteiz Martínez D, Carbo Romano R, Weber Sánchez A, Molinar Horcasitas L.** Dificultad diagnóstica del endometrioma de pared abdominal: caso clínico y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(2):125-129.
21. **Zhao XY, Lang JH, Leng JH, Liu ZF, Li HJ, Sun DW, Zhu L.** Clinical characteristics of abdominal wall endometrioma and its recurrence-related factors. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2004;39(2):97-100.