

Endometriomas de pared abdominal: aspectos diagnósticos

L.A. Hidalgo, A. Heredia, M.J. Fantova*, J.M. Badia y X. Suñol
Servicios de Cirugía General y *Patología. Hospital de Mataró. Mataró. Barcelona.

Resumen

Introducción. Los endometriomas de pared abdominal suelen presentarse como masas dolorosas localizadas en las cicatrices de intervenciones ginecológicas u obstétricas, aunque se han descrito casos esporádicos de localización umbilical e inguinal. El objetivo del presente trabajo es determinar las características diagnósticas de una serie de endometriomas de pared abdominal.

Pacientes y método. En el período de tiempo comprendido entre los años 1990 a 1998 se diagnosticaron en nuestro servicio 12 casos de endometriomas de pared abdominal. Se consideran para el estudio la edad de las pacientes, los antecedentes ginecológicos, la localización del foco endometriótico, la sintomatología, el tiempo de evolución y el diagnóstico preoperatorio.

Resultados. La edad media de las pacientes fue de 31,3 años (rango 19-45). El endometrioma se localizó preferentemente en cicatrices de cesárea (10 casos) y en 5 casos se acompañaba de dolor relacionado con el ciclo menstrual. El tiempo de evolución de la sintomatología fue sumamente variable, oscilando entre 3 días y 3 años. El diagnóstico preoperatorio correcto se realizó en 5 pacientes, en tanto que en el resto se diagnosticaron 4 granulomas de herida, 2 hernias incarceradas y una onfalitis.

Conclusiones. La presencia de un nódulo cicatrizal en una mujer fértil con antecedente de intervención ginecológica u obstétrica obliga a considerar el diagnóstico de endometrioma. Una anamnesis convenientemente dirigida es de suma utilidad para realizar el diagnóstico diferencial (masa dolorosa en relación con el ciclo menstrual), y en casos de duda puede recurrirse al estudio citológico de material obtenido

por punción-aspiración. El tratamiento quirúrgico consistente en la resección completa de la lesión nos parece la opción más adecuada.

Palabras clave: *Endometriosis de pared abdominal. Diagnóstico diferencial.*

(*Cir Esp* 2001; 70: 34-37)

ABDOMINAL WALL ENDOMETRIOMAS: DIAGNOSTIC FEATURES

Introduction. Abdominal wall endometriomas usually present as painful masses localized in scars resulting from gynecological or obstetric surgery, although umbilical and inguinal localizations have occasionally been described. The aim of the present study was to determine the diagnostic features of a series of abdominal wall endometriomas.

Patients and methods. Between 1990 and 1998 12 cases of abdominal wall endometriomas were diagnosed in our department. Age, gynecological antecedents, localization of the endometriotic focus, symptomatology, time of evolution and preoperative diagnosis were analyzed.

Results. Mean age of the patients was 31.3 years (19-45). Endometrioma was most frequently localized in cesarian section scars (10 patients) and in five patients was associated with menstrual pain. Time of evolution of symptomatology was highly variable, ranging between 3 days and 3 years. The correct preoperative diagnosis was made in five patients. In the remaining patients four wound granulomas, two incarcerated hernias and one omphalitis were diagnosed.

Conclusions. A diagnosis of endometrioma must be considered when a scar nodule is present in fertile women with antecedents of gynecological or obstetric surgery. A thorough medical history is extremely useful in the differential diagnosis (painful mass associated with the menstrual cycle) and, in doubtful

Correspondencia: Dr. L. Hidalgo Grau
Servicio de Cirugía General. Hospital de Mataró.
Ctra. de Cirera, s/n. 08304 Mataró. Barcelona.

Aceptado para su publicación en abril de 2001.

cases, cytological study of samples obtained by puncture aspiration can be used. In our opinion, the most appropriate treatment is total resection of the lesion.

Key words: *Abdominal wall endometriosis. Differential diagnosis.*

Introducción

Entendemos por endometriosis la presencia de tejido endometrial en un lugar anatómico distinto de la cavidad uterina, circunstancia que afecta del 8 al 15% de las mujeres en edad fértil¹. Las localizaciones más frecuentes de dicho tejido endometrial se hallan en el interior de la cavidad peritoneal. Las formas extraperitoneales de endometriosis son infrecuentes y, entre ellas, las de la pared abdominal suelen localizarse en cicatrices laparotómicas y perineales tras intervenciones quirúrgicas ginecológicas u obstétricas (0,1% de las intervenciones cesáreas)², aunque se han descrito casos espontáneos en la región umbilical e inguinal³. La forma de presentación más común es la de una masa de situación cicatrizal (endometrioma), que puede ser dolorosa con relación al período secretor del ciclo menstrual cuando se trata de un endometrio funcionante, con un intervalo libre de clínica entre la cirugía previa y la sintomatología de incluso 10 años^{4,5}.

Debido a su escasa frecuencia de presentación, pensamos tal y como expresan González Sanz et al⁶, que el diagnóstico de endometrioma de la pared abdominal es un auténtico reto diagnóstico para el cirujano general, que debe tener en cuenta esta posibilidad en el diagnóstico diferencial de diversas lesiones de la pared abdominal y la zona perineal. El objetivo del presente trabajo es determinar las características diagnósticas de una serie de endometriomas de pared abdominal.

Pacientes y método

En el período de tiempo comprendido entre 1990 y 1998 (ambos inclusive) fueron intervenidas en el Servicio de Cirugía General del Hospital de Mataró 12 pacientes por diversas lesiones localizadas en la pa-

red abdominal, cuyo diagnóstico histopatológico postoperatorio fue de endometrioma.

Para el estudio de las características clínicas de estos endometriomas de pared abdominal se consideran la edad de las pacientes, los antecedentes ginecológicos u obstétricos posiblemente relacionados con la endometriosis, la localización del foco, la sintomatología, el tiempo de evolución y el diagnóstico preoperatorio realizado.

Resultados

En la tabla 1 se detallan los parámetros especificados en el apartado de pacientes y método para cada paciente.

De forma global, cabe destacar en esta serie la edad media de las pacientes (31,3 años; rango 19-45), la localización preferente en cicatrices de cesárea y el hecho de que sólo 5 pacientes (41,6%) relacionaran de forma clara la existencia de síntomas con la fase del ciclo menstrual. Precisamente en estos 5 casos se estableció de forma preoperatoria un diagnóstico correcto, en tanto que el resto fueron diagnosticados como hernias incarceradas (2), granulomas de herida (4) y onfalitis (1).

En las figuras 1 y 2 se exponen las características histológicas de dos casos de endometrioma.

En el estudio de coexistencia de enfermedad pélvica se detectaron focos de endometriosis concomitante en 2 pacientes (16,6% del total).

Discusión

La endometriosis suele ser una enfermedad intraperitoneal, predominando la afección pélvica, en concreto la ovárica. Las formas extraperitoneales son mucho menos frecuentes y pueden asentar en diversas localizaciones, como heridas de laparotomía, episiotomía y formas espontáneas de la pared abdominal, como ya se ha comentado⁷⁻⁹.

El diagnóstico diferencial del endometrioma de pared abdominal incluye la hernia inguinal, la eventración, el hematoma, el granuloma, el absceso y el tumor, según si existe herida quirúrgica o se trate de una forma espontánea^{2,6}. Desde el punto de vista clínico, las pacientes con endometriosis de herida quirúrgica suelen manifestar dolor en la misma, con presencia de una masa palpable de

TABLA 1. Características clínicas de las pacientes

Caso	Edad (años)	Cirugía previa	Localización	Clínica	Tiempo de evolución (meses)	Diagnóstico preoperatorio
1	45	Cesárea	Laparotomía	Tumoración asintomática	7	Granuloma
2	32	Cesárea	Laparotomía	Tumoración asintomática	5	Granuloma
3	25	Cesárea	Laparotomía	Tumoración asintomática	18	Granuloma
4	22	Cesárea	Laparotomía	Tumoración dolorosa	12	Endometrioma
5	19	Cesárea	Laparotomía	Tumoración asintomática	12	Granuloma
6	28	Cesárea	Laparotomía	Tumoración dolorosa	6	Hernia incarcerada
7	29	Cesárea	Laparotomía	Tumoración dolorosa	12	Endometrioma
8	44	Cesárea	Laparotomía	Tumoración dolorosa	3 días	Eventración incarcerada
9	40	No	Umbilical	Onfalitis	36	Onfalitis
10	27	Parto eutócico	Episiotomía	Tumoración dolorosa	72	Endometrioma
11	31	Cesárea	Laparotomía	Tumoración dolorosa	?	Endometrioma
12	34	Cesárea	Laparotomía	Tumoración dolorosa	?	Endometrioma

Fig. 1. Glándulas endometriales rodeadas por tejido fibroso. Microscopia óptica (HE ×100).

Fig. 2. Luces glandulares revestidas por epitelio cilíndrico, rodeadas por estroma endometrial. Microscopia óptica (HE ×200).

tamaño variable. El dolor suele ser cíclico con relación a la fase secretora del período menstrual⁶, y en ocasiones puede empeorar con la tos y los esfuerzos físicos, remediando una eventración²; la existencia de una masa dolorosa fue precisamente lo que llevó a realizar cirugía de urgencia en los dos casos de la actual serie diagnosticados preoperatoriamente como hernia y eventración incarceradas. Cualquier tumoración que asiente en una antigua cicatriz, y no sólo de cesárea, especialmente en una mujer en edad fértil, debe hacernos sospechar el diagnóstico de endometrioma^{4,8,10}, con independencia del tiempo transcurrido desde la intervención⁵. De hecho, el endometrioma de herida suele presentarse en incisiones que se realizaron para efectuar procedimientos quirúrgicos sobre el útero o las trompas de Falopio, pero se han descrito casos también en las episiotomías de los partos vaginales^{5,10}; debe considerarse la posibilidad de endometrioma incluso en pacientes con cuadros de "supuración" en esta localización, con frecuencia diagnosticados como fístulas anales^{3,4,6,7,11}.

A pesar de que 11 casos de nuestra serie presentaban un antecedente quirúrgico obstétrico, sólo en 5 de ellos (menos del 50%) fuimos capaces de realizar un diagnóstico preoperatorio correcto; esta cifra debe considerarse como baja, y su incremento depende sin duda del cono-

cimiento de esta patología por parte de los cirujanos generales^{6,12}.

En casos de secreción umbilical crónica con ritmo cíclico mensual hay que tener en cuenta el diagnóstico de endometriosis umbilical, aun en ausencia de cirugía previa, aunque la rareza del cuadro hace difícil el diagnóstico preoperatorio^{12,13}. Precisamente, en uno de los casos aportados se realizó diagnóstico erróneo preoperatorio de onfalitis por "supuración" crónica umbilical.

La endometriosis del canal inguinal es sumamente rara, y se relaciona con implantes de tejido endometrial en el ligamento redondo¹⁴. El diagnóstico diferencial se establece con la hernia inguinal, pero la existencia de dolor inguinal en relación con el ciclo menstrual y la existencia casi constante de endometriosis intraperitoneal concomitante pueden orientar el diagnóstico correcto^{3,14,15}.

El nódulo endometriósico se caracteriza desde el punto de vista histológico por la presencia de los dos componentes del tejido endometrial, las glándulas y la estroma; en el estudio microscópico se aprecian estructuras glandulares revestidas por un epitelio cilíndrico, cuya apariencia puede variar según el grado de respuesta a las fluctuaciones hormonales. Los cambios inducidos por dichas fluctuaciones se traducen histológicamente en fenómenos de hemorragia reciente o antigua en la estroma y en la respuesta inflamatoria secundaria (macrófagos con pigmento hemosiderínico o cerioide, y a veces células multinucleadas). Se observan asociadas acumulaciones de linfocitos, leucocitos polimorfonucleares y células plasmáticas, así como fibrosis. Se han descrito cambios metaplásicos e hiperplásicos en las glándulas endometriales, que excepcionalmente pueden ser asiento de adenocarcinomas¹⁶.

En nuestra opinión, la presencia de un nódulo en la pared abdominal en una mujer fértil (especialmente en los casos de localización cicatrizal) o supuraciones crónicas inespecíficas, y una anamnesis convenientemente dirigida deberían ser suficientes para realizar un diagnóstico de presunción¹²; el estudio citológico del material obtenido mediante punción-aspiración con aguja fina (PAAF) del supuesto endometrioma nos permitirá el diagnóstico de certeza^{3,5,9,17}. La utilización de métodos de diagnóstico por la imagen como la ecografía, la tomografía computarizada o la resonancia magnética sólo estaría justificada en casos de sospecha de hernias o eventraciones. En el resto de ocasiones, a pesar de que para diversos autores sería esencial delimitar las características sólidas o quísticas de la lesión^{3,6,18}, creemos que se trata de una actitud claramente ineficiente.

La resección quirúrgica del tejido endometrial de la pared abdominal, bajo anestesia local o locorregional, es el tratamiento de elección^{3,5,6,16}; la intervención puede realizarse en régimen de cirugía mayor ambulatoria en la mayoría de casos. Desde el punto de vista técnico, es importante la exéresis completa del endometrioma con margen de resección libre de tejido endometrial, así como evitar implantes intraoperatorios en los tejidos blandos⁶. En los casos de situación en heridas de episiotomía, debe tenerse en cuenta la posibilidad de lesión de los esfínteres anales³.

La alternativa al tratamiento quirúrgico es el tratamiento farmacológico mediante hormonoterapia. Los antago-

nistas de la GNRH (danazol) y los progestágenos pueden ser eficaces en endometriomas de diámetro inferior a 2 cm³, pero con su utilización suelen conseguirse sólo remisiones temporales⁷.

Se hace imprescindible el estudio de exclusión de la endometriosis pélvica intraperitoneal concomitante en casos de endometrioma extraperitoneal en general, ya que la asociación de ambas entidades alcanza porcentajes del 25%².

En conclusión, la presencia de un nódulo (generalmente cicatrizal, con antecedente de intervención ginecológica u obstétrica) en la pared abdominal de una mujer fértil obliga a considerar el diagnóstico de endometrioma. Una anamnesis convenientemente dirigida es de suma utilidad para realizar el diagnóstico diferencial (masa dolorosa o secreción en relación con el ciclo menstrual); en casos de duda, puede recurrirse al estudio citológico de material obtenido por punción-aspiración y excepcionalmente pueden ser necesarios la ecografía o la tomografía computarizada. El tratamiento quirúrgico consistente en la resección completa de la lesión nos parece la opción más adecuada.

Bibliografía

1. Wheeler JM. Epidemiology of endometriosis associated infertility. *J Reprod Med* 1989; 34: 41-46.
2. Wolf Y, Haddad R, Werbin N, Skornick Y, Kaplan O. Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall. *Am Surg* 1996; 62: 1042-1044.
3. González Valverde FM, Ballester A, Méndez M, Montesinos JM, Parra P, Soriano H. Endometriosis extraperitoneal. *Cir Esp* 1999; 66: 265-267.
4. Koger K, Shatney C, Hodge K, McClenathan J. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 177: 243-246.
5. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. *Am Surg* 1999; 65: 36-39.
6. González Sanz G, Alcón Caracena A, Elósegui Aguirrezabala JL, Olaizola Ayerdi A, Berdejo Lambarri L, Elorza Orúe JL. Endometriosis: un reto diagnóstico para el cirujano general. *Cir Esp* 1997; 62: 435-438.
7. Gordon PH, Schottler JL, Balcos EG, Goldberg SM. Perianal endometrioma: report of five cases. *Dis Col Rec* 1976; 19: 260-265.
8. Sayfan J, Benosch L, Segal M, Orda R. Endometriosis in episiotomy scar with anal sphincter involvement. *Dis Col Rect* 1991; 34: 713-716.
9. Alarcón Viana JL, Feliu Palá X, Encinas Méndez X, Pérez Martí X, Marco Molina V, Poveda Gómez S. Complicaciones quirúrgicas de la endometriosis. *Cir Esp* 1995; 57: 222-226.
10. Hambrik E, Abcarian H, Smith D. Perineal endometrioma in episiotomy incisions: clinical features and management. *Dis Col Rect* 1979; 22: 550-552.
11. Guisado Barrilao R, Florido Navío J, Redondo Luque E. Endometriosis perineal y fístulas perineales. Diagnóstico diferencial y aportación de un caso. *Cir Esp*; 45: 600-603.
12. Khetan N, Torkington J, Watkin A, Jamison MH, Humphreys WV. Endometriosis: presentation to general surgeons. *Ann R Coll Surg Engl* 1999; 81: 255-259.
13. Von Stemm AM, Meigel WN, Scheidel P, Gocht A. Umbilical endometriosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1999; 12: 30-32.
14. Candidiani GB, Bercellini P, Fedele L. Inguinal endometriosis: pathogenetic and clinical implications. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 191-194.
15. Sataloff DM, La Vorgna KA, McFarland MM. Extrapelvic endometriosis presenting as a hernia: clinical reports and review of the literature. *Surgery* 1989; 105: 109-112.
16. González Merlo J. Endometriosis. En: *Ginecología* (3.ª ed.). Barcelona: Salvat, 1983; 222-223.
17. Pérez-Seoane C, Vargas J, De Agustín P. Endometriosis in an inguinal crural hernia. Diagnosis by fine needle aspiration biopsy. *Acta Cytol* 1991; 35: 350-352.
18. Occhipinti KA, Frankel SD, Hricak H. The ovary. Computed tomography and magnetic resonance imaging. *Radiol Clin North Am*

1993; 31: 1115-1132.