



O-366 - Endometriosis en pared abdominal. ¿Un desconocido para el Cirujano General?

A. Chiralt, M. López, C. Muñoz, L. García, J. Catalá, C. Rodríguez, R. Selles y F. Asencio

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

Resumen

Introducción: La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial ectópico funcional. Pueden implantarse en cualquier localización, en pared abdominal ocurre entre un 1-4% y puede aparecer tanto espontáneamente como tras cirugía o cesárea. Supone un reto para el Cirujano general dado que su clínica y exploración simulan otras patologías de la pared.

Métodos: Se realiza una revisión descriptiva de casos con endometriomas histológica de pared abdominal intervenidos por el Servicio de Cirugía General entre 2009 y 2014. Analizando la presentación, la clínicas, los antecedentes, la localización, las técnicas de imagen, la técnica quirúrgica y el diagnóstico preoperatorio.

Resultados: En cinco años se intervinieron un total de 15 mujeres con tumoraciones de pared abdominal con endometriosis en el estudio de la pieza quirúrgica. La media de edad fue de 34,8 años (rango: 22-48), solo una paciente se encontraba en estado posmenopáusico. Solo un caso presentaba clínica pélvica y 3 casos estaban previamente diagnosticada de endometriosis. Trece pacientes tenían antecedentes de intervenciones quirúrgicas previas (n: 4) y/o cesáreas (n: 11). Los diagnósticos preoperatorios incluían: nódulos de TCS (n: 6), granuloma (n: 3), hernia inguinal (n: 3), hernia umbilical (n: 1) y onfalitis (n: 4). Todos los casos de nódulos se localizaban alrededor de la cicatriz de Pfannestiel. Dos de los granulomas se localizaban en la cicatriz de cesárea o de apendicectomía en otro caso. Todas las sospechas de hernia inguinal tenían antecedentes de cesárea. Ningún caso con lesión umbilical tenían antecedentes quirúrgicos. Se realizó ecografía en 6 casos y TAC en otros dos, encontrando lesiones inespecíficas. En un caso de onfalitis no hubo hallazgos en la TAC. En todos los casos se realizó una exéresis amplia de los nódulos, con reconstrucción de aponeurosis afectada en 5 casos. Solo en un caso de sospecha de hernia umbilical existía una hernia verdadera asociada al nódulo. El tamaño de las 10 lesiones medidas fue de entre 11 y 50 mm. Se intervino al 29,4% de forma urgente y el 70,6% de forma programada. De las 5 cirugías urgentes, 3 fueron ingresadas, y dos fueron dadas de alta tras la intervención. De las 12 programadas, solo dos pacientes requirieron ingreso, en el resto se realizó tratamiento mediante cirugía sin ingreso, con anestesia local y sedación (n: 8) o anestesia local (n: 2). Como complicaciones postoperatorias hubo un caso de infección de herida quirúrgica, un caso de fibrosis cutánea, dos casos de dolor en herida postoperatoria sin recidiva y un caso de recidiva nodular sin dolor. Las pacientes fueron remitidas al servicio de Ginecología para seguimiento.

Conclusiones: La endometriosis presenta una clínica variable pudiendo presentar importante sintomatología frente a lesiones mínimas. Normalmente es diagnosticado por estudio histológico de la pieza quirúrgica. La presencia de focos endometrióticos en las cicatrices por implantes iatrogénicos o umbilicales por metástasis linfáticas y vasculares en pacientes sin antecedentes quirúrgicos, son un fenómeno infravalorado. Pese a ser poco frecuente, la endometriosis de pared abdominal debe tenerse en cuenta ante nódulos en pared en

mujeres jóvenes, sobre todo con clínica cíclico.