



P-450 - ENDOMETRIOSIS DE LA PARED ABDOMINAL: TRES CASOS DE ENDOMETRIOMAS SOBRE CICATRIZ DE CESÁREA

Alonso Batanero, Sara¹; Rubio Sánchez, Teresa²; González Muñoz, Ignacio²; Silva Benito, Isabel²; Trébol López, Jacobo²; García Plaza, Asunción²; Sánchez Casado, Ana Belén²; Muñoz Bellvís, Luis²

¹Hospital el Bierzo, Ponferrada; ²Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción: Presentación de dos casos de endometriosis de pared abdominal (EA) tratados satisfactoriamente en nuestro centro; y descripción de las principales características de esta patología y su manejo quirúrgico. La endometriosis afecta al 8-15% de mujeres en edad fértil y consiste en la presencia de tejido endometrial ectópico, generalmente a nivel pélvico. Puede estar presente en otras localizaciones, siendo la pared abdominal la localización extrapélvica y no visceral más frecuente.

Casos clínicos: Se presentan los datos en las tablas.

| Casos | Nº1 | Nº2 | Nº3 |
|--------------------|---|---|---------------------------------------|
| Edad (años) | 22 | 40 | 46 |
| Parto | Cesárea 2017 | Cesárea 2010 (gemelar) | Cesárea 2002/Cesárea 2008 |
| Motivo de consulta | Dolor en Pfannenstiel, exacerbado con menstruaciones | Dolor en pared abdominal, exacerbado con menstruaciones | Dolor en fosa ilíaca izquierda |
| Exploración física | Tumoración dolorosa, móvil, bien delimitada | Palpación dificultada por obesidad | Tumoración dolorosa a la palpación |
| Localización | Hipogastrio | Fosa ilíaca izquierda | Fosa ilíaca izquierda |

| | | | |
|----------------------|---|--|--|
| Ecografía | Imagen quística tabicada (1,9 × 2,1 cm) | Formación hipoeucogénica de aspecto estrellado e infiltrativo (2,3 × 2,2 × 2,4 cm) | Masa sólida hipoeocoica, mal delimitada y espiculada |
| TAC | No | Tumoración mal definida, adyacente a músculo recto sin plano de separación | No |
| RMN | No | No | Imagen fusiforme, bien delimitada, en el espesor del músculo recto abdominal. Isointensa T1/Hiperintensa T2 (5,3 × 2,9 × 7,4 cm) |
| Sospecha diagnóstica | Tumoración benigna de partes blandas | Tumoración maligna de partes blandas | Tumor desmoide |
| Plan | Cirugía programada | Cirugía programada | Cirugía programada |
| Resultados | | | |
| Casos | Nº1 | Nº2 | Nº3 |
| Hallazgos | Tumoración inferior a vaina anterior de músculo recto | Lesión adherida a aponeurosis del oblicuo mayor | Tumoración en espesor de músculo recto |
| Técnica | Exéresis + malla polipropileno supra-aponeurótica | Exéresis + marcaje con clips bordes de resección | Exéresis + malla polipropileno premuscular retroaponeurótica |
| Anatomía patológica | Endometrioma: lesión quística multilocular achocolatada | Endometrioma: CK20-, CK7+, vimentina+, receptores de estrógenos y progesterona+ | Endometrioma |

| | | | |
|-----------------------|------------------------|-----------------|--|
| Revisión cirugía | Sin incidencias | Sin incidencias | Eventración a los 2 años reparada con eventroplastia |
| Revisión ginecológica | Sin patología | Sin patología | Essure. Sin patología |
| Tratamiento hormonal | Anticonceptivos orales | DIU | Ninguno |
| Seguimiento (años) | 0,5 | 1 | 4 |

Discusión: Se estima que la incidencia de EA es de 0,03-1,7% de las mujeres sometidas a cirugía ginecológica. Debemos sospechar la presencia de EA en tumoraciones cercanas a cicatrices con aumento de tamaño y dolor de forma cíclica, o sangrado por la piel. Su patogénesis es incierta, pero se cree que su origen podría ser consecuencia de la diseminación e implante de tejido endometrial durante los procedimientos ginecológicos y su estimulación hormonal posterior, o llegar por vía linfática o hematólica. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y la RMN es la prueba de imagen de elección, si bien la confirmación diagnóstica nos la da el examen histológico (PAAF, BAG o biopsia escisional). Su diagnóstico diferencial son las tumoraciones de partes blandas: lipomas, tumores desmoides, necrosis grasa, fibromatosis, etc. El tratamiento incluye el manejo expectante, supresión hormonal y extirpación quirúrgica con márgenes amplios para evitar recidivas. La cirugía es el tratamiento más eficaz, ya que al suspender el tratamiento farmacológico suele recidivar. Pueden ser necesarias técnicas quirúrgicas complejas y/o colocación de mallas para la reconstrucción de la pared abdominal. La decisión de dar “adyuvancia” con terapias hormonales debe individualizarse.