



P-165 - ENDOMETRIOMA DE PARED ABDOMINAL: DIFICULTAD DIAGNÓSTICA Y PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

C. Benito Fernández, J.J. Arenal Vera, T. Martínez Zamora, M.A. Citores Pascual y C. Tinoco Carrasco

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: La endometriosis de pared abdominal es muy poco frecuente en nuestra especialidad. Aunque puede ser primaria, habitualmente es secundaria a intervenciones ginecológicas, localizándose cerca de cicatrices de cesárea previa o en conducto inguinal. Al ser una patología rara en una consulta de Cirugía General, a pesar de una historia clínica minuciosa, adecuada exploración física y los medios radiológicos, el diagnóstico es difícil y a menudo erróneo si no se sospecha. Para corroborar dicha circunstancia, se comunican tres casos de endometriosis de pared abdominal, dos de ellos con diagnóstico equivocado, intervenidos en un corto lapso de tiempo. Se revisan los aspectos diagnósticos y terapéuticos.

Casos clínicos: Se presentan tres casos de endometrioma de pared abdominal en mujeres con edades comprendidas entre 33 y 43 años, dos de ellas con antecedente de cesárea previa. Sólo una de las tres pacientes presentó la clínica típica de dolor menstrual cíclico a nivel de una tumoración aparecida sobre cicatriz de cesárea previa, lo que hizo sospechar el diagnóstico clínico. Los otros dos casos referían dolor a nivel de tumoración en región inguinal derecha, asociado a tumoración progresivamente más dolorosa, de uno y tres años de evolución, y sin relación con la menstruación. En el primer caso se confirmó el diagnóstico mediante RMN, que mostró lesión de $1,7 \times 1,5$ cm en relación con el recto abdominal derecho y línea media, aproximadamente a 8 cm del pubis, en probable relación con foco de endometriosis; adenomiosis focal en miometrio uterino. En el segundo caso no se practicaron estudios diagnósticos y se programó intervención con anestesia local de nódulo suprapúbico derecho doloroso, de tres años de evolución, sin sospecha clínica de endometriosis. En el tercer caso, la paciente consultó por tumoración dolorosa a nivel inguinal superior derecho de un año de evolución, con cambios de tamaño con la tos; a la palpación se apreció nódulo doloroso profundo a nivel de borde pararrectal externo derecho, de unos 2 cm de diámetro, que protruíba con la tos y parecía compatible con hernia inguinal alta o de Spiegel, por lo que se solicitó TAC de pared abdominal cuyo diagnóstico fue de lesión desmoide de 13×12 mm de diámetro, localizada en el borde lateral del recto abdominal derecho. Los tres casos fueron intervenidos quirúrgicamente, realizándose extirpación completa con márgenes quirúrgicos adecuados. El estudio anatomo-patológico de la pieza mostró endometriosis a nivel pararrectal en todos los casos, estando en relación con orificio inguinal externo-ligamento redondo en el segundo caso descrito. En la revisión postoperatoria y pasados de 3 a 8 meses, no se aprecian signos de recidiva ni clínica de endometriosis.

Discusión: La endometriosis de pared abdominal es infrecuente y plantea el diagnóstico diferencial con multitud de procesos tumorales, hernias de pared o hernias inguinales. Debe sospecharse clínicamente en mujeres en edad fértil con antecedente de cesárea y tumoración dolorosa próxima a la cicatriz. En los casos primarios es más difícil el diagnóstico, por lo cual debe valorarse la necesidad de resección con márgenes

para disminuir la incidencia de recidivas.