



www.elsevier.es/cirugia

P-502 - NÓDULO DE VILLAR. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Sarabia Valverde, Natalia; Martínez Domínguez, Ana Patricia; Garde Lecumberri, Carlos; Lendínez Romero, Inmaculada; Calcerrada Alises, Enrique; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Resumen

Introducción: La endometriosis es la presencia de tejido endometrial funcionante extrauterino, de implantación preferentemente intrapélvica y secundaria en su mayoría a cirugía ginecológica u obstétrica. La endometriosis primaria con asiento en pared abdominal es poco frecuente y presenta preferencia por la región umbilical, donde recibe la denominación de nódulo de Villar, con una incidencia estimada del 0,5-1% en las pacientes con ectopia endometrial. Presentamos una serie de seis casos de pacientes sometidas a cirugía electiva por tumoración umbilical y con diagnóstico anatomo-patológico posquirúrgico de endometriosis.

Métodos: Realizamos una revisión de seis casos de pacientes intervenidas por endometriosis umbilical primaria entre 2007 y 2013 en la Unidad de Pared Abdominal del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Clínico San Cecilio de Granada. En todas las pacientes se realizó recogida de datos de edad, con una media de 35,8 años, antecedentes personales, clínica previa, sospecha inicial, tratamiento quirúrgico realizado, tamaño de la lesión, recidiva y diagnóstico, si se produjo, de extensión de la enfermedad endometriósica.

Resultados: El síntoma común por el que consultaron todas las pacientes estudiadas fue el de nódulo de localización umbilical y de crecimiento lento. En dos de ellas la tumoración se acompañaba de sangrado periódico, aunque no con todos los ciclos menstruales. De las seis pacientes estudiadas, dos tenían diagnóstico previo de endometriosis pélvica confirmada mediante biopsia radiodirigida. En tres de ellas encontramos antecedentes ginecológicos, dos de miomatosis uterina y uno de infertilidad y sinequias uterinas en relación con adenomiosis (endometriosis en espesor de miometrio). En dos de ellas se indicó cirugía electiva con diagnóstico de sospecha de hernia umbilical. Otras dos se sometieron a tratamiento quirúrgico por sospecha de angioma y quiste de inclusión epidérmico (diagnóstico de presunción mediante ecografía de pared abdominal). En las dos restantes la biopsia preoperatoria proporcionó el diagnóstico de endometriosis. Sólo en una de ellas se tiene constancia de recidiva de la lesión a nivel local. En ella, la segunda cirugía ha sido resolutiva hasta el momento actual. En todas se llevó a cabo cirugía con márgenes de resección amplios, dos de las cuales requirieron reparación del plano aponeurótico mediante hernioplastia umbilical con colocación de malla de Ventralex® preperitoneal. El tamaño medio de las piezas quirúrgicas fue de 1,86 × 1,58 cm. Ginecología realizó el seguimiento de las seis pacientes y, sin tener en cuenta la endometriosis pélvica ya conocida en dos de las pacientes, en las cuatro restantes no se encontraron otros focos de endometriosis durante el seguimiento.

Conclusiones: La endometriosis umbilical es una patología poco frecuente en el campo de la Cirugía General. Creemos que debe incluirse en el diagnóstico diferencial en mujeres con patología umbilical. El tratamiento

de elección será, siempre que sea posible, la exéresis del foco endometriósico con márgenes quirúrgicos amplios.