

CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas científicas

Endometriosis del ligamento redondo inguinal

Inguinal endometriosis of the round ligament

La endometriosis es una enfermedad ginecológica que se caracteriza por la presencia, en magnitud variable, de tejido endometrial ectópico. Presenta alta prevalencia entre mujeres en edad fértil, presentándose en aproximadamente el 8-15% de las mismas^{1,2}. La localización intrapélvica constituye la forma de presentación más frecuente, siendo los sitios habitualmente comprometidos el fondo de saco de Douglas, ovarios, trompas de Falopio, recto y colon. Sin embargo, también se han descrito sitios de implantación extrapélvicos como el hígado, el pulmón o los nervios periféricos. A su vez, el conducto inguinal puede presentar tejido endometrial ectópico en el 0,3% al 0,8% de los casos si se toman en cuenta todas las localizaciones posibles^{2,3}. Por tal motivo, a pesar de tratarse de una enfermedad ginecológica, el cirujano puede detectar y tratar la endometriosis del conducto inguinal independientemente de su baja frecuencia.

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 23 años de edad sin antecedentes patológicos relevantes. La misma consultó por la presencia de una tumoración dolorosa a nivel inguinal derecho de 2 meses de evolución. Al interrogatorio dirigido, la paciente refería que la lesión variaba su tamaño según el momento del ciclo menstrual. Al momento de la consulta no se palpaba tumoración a nivel inguinal derecho pero sí se observaba una induración en el trayecto del conducto inguinal, poco dolorosa y no reductible. Descartada la presencia de dolencia herniaria así como la existencia de poliadenopatías, se solicitó una ecografía de partes blandas que evidenció signos de inflamación en el conducto inguinal derecho sin detectarse dolencia ganglionar asociada. Posteriormente se realizó una tomografía axial computarizada que identificó un engrosamiento del ligamento redondo derecho a nivel del conducto inguinal y la presencia de ganglios inguinales menores a 10 mm (fig. 1).

Con sospecha de endometriosis extrapélvica y por los síntomas generados, se decide conducta quirúrgica. Se realizó una incisión en proyección del conducto inguinal con exposición y apertura de la aponeurosis del músculo oblicuo mayor accediendo al mismo. Se observó abundante tejido de aspecto fibroso y regiones con formaciones quísticas que englobaban el ligamento redondo sin comprometer las

paredes del conducto inguinal. Se resecó el tejido patológico el cual se extendía hasta la cintilla iliopubiana sin debilitar la fascia transversalis junto a la porción inguinal del ligamento redondo. La congelación intraoperatoria informó de presencia de tejido fibroso, restos de hemosiderina, sectores de hemorragia y elementos glandulares. Por indemnidad del piso del trayecto inguinal se optó por no colocar prótesis de polipropileno. El informe definitivo de anatomía patológica confirmó la presencia de endometriosis del ligamento redondo en su porción inguinal (fig. 2).

Existe una baja frecuencia de endometriosis en el conducto inguinal; el primer caso fue descrito en el año 1896 por Allen et al. Desde entonces hay sólo 82 casos descritos en la literatura¹. Generalmente se presentan en mujeres de 22 a 46 años de edad con un pico de incidencia a los 30 y 40 años. La frecuencia global aumenta a un 15-44% cuando existe el antecedente de cirugía ginecológica u obstétrica. Al igual que en el caso presentado, se suele manifestar por la aparición de un tumor que produce molestias y cambia de tamaño según el ciclo menstrual^{1,4}. Los diagnósticos diferenciales incluyen:



Figura 1 – Tomografía axial computarizada que evidencia la presencia de tejido de partes blandas en el conducto inguinal derecho (flecha).

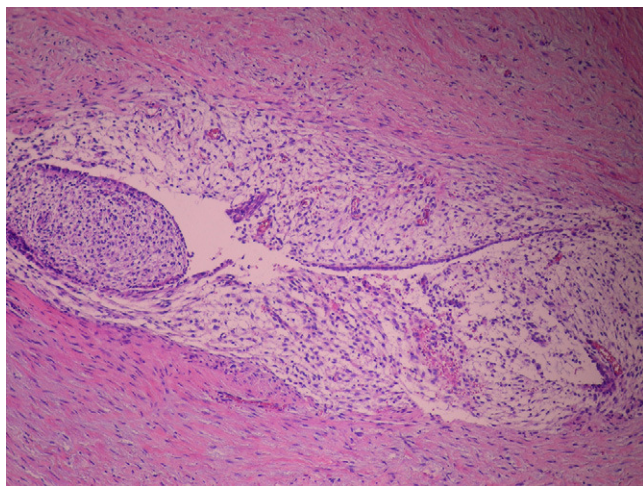


Figura 2 – Imagen de microscopia óptica en donde se observa tejido fibroconectivo con presencia de endometrio constituido por estroma citógeno edematoso y revestimiento glandular superficial aplanado (hematoxilina-eosina, 200x).

hernia inguinal o crural, adenopatías inguinales, lipomas, quiste epidermoide, hematoma, aneurisma de arteria femoral y dilatación varicosa de la vena safena interna, entre los más comunes⁵. El conducto inguinal afectado con mayor frecuencia es el derecho. Una hipótesis propuesta para explicar esto, es la formulada por Foster et al, quienes afirman que el líquido intraperitoneal circula en sentido de las agujas del reloj. Estos autores observaron en su serie de endometriosis pleural, que el 93% de los pacientes presentaron afectación en el hemitórax derecho⁶. Las estructuras inicialmente afectadas dentro del conducto inguinal son el ligamento redondo (50%), el saco herniario inguinal (23%) y el peritoneo de una hernia crural (4%)^{2,3}.

Desde el punto de vista diagnóstico, en casos de endometriosis profunda, el examen clínico y la ultrasonografía resultan insuficientes. Por otro lado, la tomografía axial computarizada, si bien es una herramienta diagnóstica de mucha utilidad, no permite diferenciar entre la presencia de endometriosis pelviana y la de un hematoma de otro origen. Por el contrario, la resonancia nuclear magnética permite detectar pequeños depósitos de hemosiderina y metahemoglobina, los cuales son hallazgos típicos de endometriosis; es por ello que actualmente se la considera el patrón de oro para certificar la extensión de esta enfermedad, aunque el diagnóstico definitivo es el histopatológico^{5,7,8}. Hay acuerdo en que el tratamiento adecuado de la endometriosis del conducto inguinal es la exéresis total de la lesión incorporando en la misma el sector extraperitoneal del ligamento redondo comprometido. Asimismo, se deben tomar los recaudos necesarios para no debilitar la pared inguinal posterior. Luego

de la cirugía es necesario el control y seguimiento ginecológico, ya que en más del 90% de los casos existen focos intraperitoneales concomitantes. Por ello, ante la sospecha clínica y por imágenes (resonancia magnética) de compromiso intraperitoneal se valorara la necesidad de una laparoscopia que permite biopsiar o resear lesiones, evaluando la necesidad de tratamiento hormonal asociado^{4,6,9}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Apostolidis S, Michalopoulos A, Papavramidis TS, Papadopoulos VN, Paramythiotis D, Harlaftis N. Inguinal endometriosis: three cases and literature review. *South Med J*. 2009;102:206-7.
2. Moreno-Egea A, Girela E, Aguayo JL. Endometriosis extragenital como causa de dolor inguinal agudo en mujer fértil. *Cir Esp*. 2007;81:289-90.
3. Terada S, Miyata Y, Nakazawa H, Higashimori T, Arai T, Kikuchi Y, et al. Immunohistochemical analysis of an ectopic endometriosis in the uterine round ligament. *Diagn Pathol*. 2006;1:27.
4. Licheri S, Pisano G, Erdas E, Ledda S, Casu B, Cherchi MV, et al. Endometriosis of the round ligament: description of a clinical case and review of the literature. *Hernia*. 2005;9:294-7.
5. Boereboom CL, Watson NF, Sivakumar R, Atwal G, Tierney GM. Endometriosis presenting as an acute groin swelling: a case report. *Cases J*. 2009;2:6438.
6. Mashfiqul MA, Tan YM, Chintana CW. Endometriosis of the inguinal canal mimicking a hernia. *Singapore Med J*. 2007;48:e157-9.
7. Caramella T, Novellas S, Fournol M, Bafghi A, Mondot L, Chassang M, et al. Deep pelvic endometriosis: MRI features. *J Radiol*. 2008;89:473-9.
8. Hidalgo LA, Heredia A, Fantova MJ, Badia JM, Suñol X. Endometriomas de pared abdominal: aspectos diagnósticos. *Cir Esp*. 2001;70:34-7.
9. Seydel AS, Sickel JZ, Warner ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg*. 1996;171:239.

Ezequiel Aníbal Silberman^a, Sergio Damián Quildrian^{a,*},
Felix Alberto Vigovich^b y Eduardo Agustín Porto^a

^aServicio de Cirugía General, Hospital Británico de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Británico de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: squildrian@intramed.net (S.D. Quildrian).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.07.020