

¿La endometriosis de la pared abdominal es siempre una enfermedad benigna?



Is wall endometriosis always a benign pathology?

La endometriosis es una de las enfermedades ginecológicas más frecuentes de las mujeres en edad reproductiva. Está caracterizada por la presencia de epitelio y células estromales en localizaciones extrauterinas^{1,2}. Su prevalencia es de un 10-15% y la edad media es de 30 años. Cursa con dolor crónico e infertilidad. Las localizaciones pélvicas más frecuente son el ovario y el peritoneo pélvico¹⁻⁴. Una forma infrecuente es la endometriosis de pared abdominal, más habitual en pacientes con cirugías ginecológicas. El riesgo de malignización es muy infrecuente y la variante más común es el adenocarcinoma de células claras^{5,6}.

Presentamos 2 casos derivados de focos de endometriosis.

Caso 1

Mujer de 54 años con antecedentes de linfoma en remisión e intervenida de 2 cesáreas, la última hace 21 años. Consulta por una masa en la pared abdominal. A la exploración se palpa una tumoración fija al nivel de la cicatriz de la cesárea.

Se realiza prueba de TAC, donde se observa una masa de 46 mm con captación heterogénea (fig. 1), sin plano de separación con la pared abdominal.

Se realiza BAG con resultado de adenocarcinoma de posible origen mülleriano (seroso ovárico).

Se realiza intervención quirúrgica con exéresis en bloque de la tumoración, preservando el peritoneo e incluyendo la piel, la aponeurosis y los músculos. Se comprueban los

márgenes libres intraoperatoriamente. Posteriormente ginecología realiza histerectomía con doble anexectomía. Se procede al cierre del peritoneo con sutura de poli (4-hidroxibutirato) 2/0. Se realiza TAR bilateral colocándose una malla de doble capa de polipropileno y PVDF de 20 × 20 cm en posición preperitoneal. Se coloca la malla de PLP de 15 × 15 cm «inlay» fijada con continua de sutura reabsorbible de 2/0 fijada a la vaina anterior del recto y al oblicuo mayor.

Durante el postoperatorio no presentó ninguna complicación, siendo dada de alta a los 4 días.

La anatomía de la pieza quirúrgica se informó de carcinoma de células claras grado III. Recibió tratamiento adyuvante con quimioterapia carboplatino y paclitaxel 6 ciclos.

En el control a los 6 meses mediante TAC se describieron cambios posquirúrgicos en el hipogastrio y FID (fig. 2). En la revisión al año permanece en remisión.

Caso 2

Mujer de 51 años intervenida de una cesárea hace 25 años, sin otros antecedentes. Consulta por notarse una masa dolorosa en la pared abdominal. A la exploración se palpa en el hipogastrio un nódulo indurado, que no se consigue reducir, doloroso.

Se le realiza una TAC, en la que se observa tumoración de aspecto sólido y densidad heterogénea localizada al nivel del músculo recto anterior izquierdo, que mide 4,8 × 2,9 × 4,6 cm.



Figura 1 – TAC abdominal con contraste.

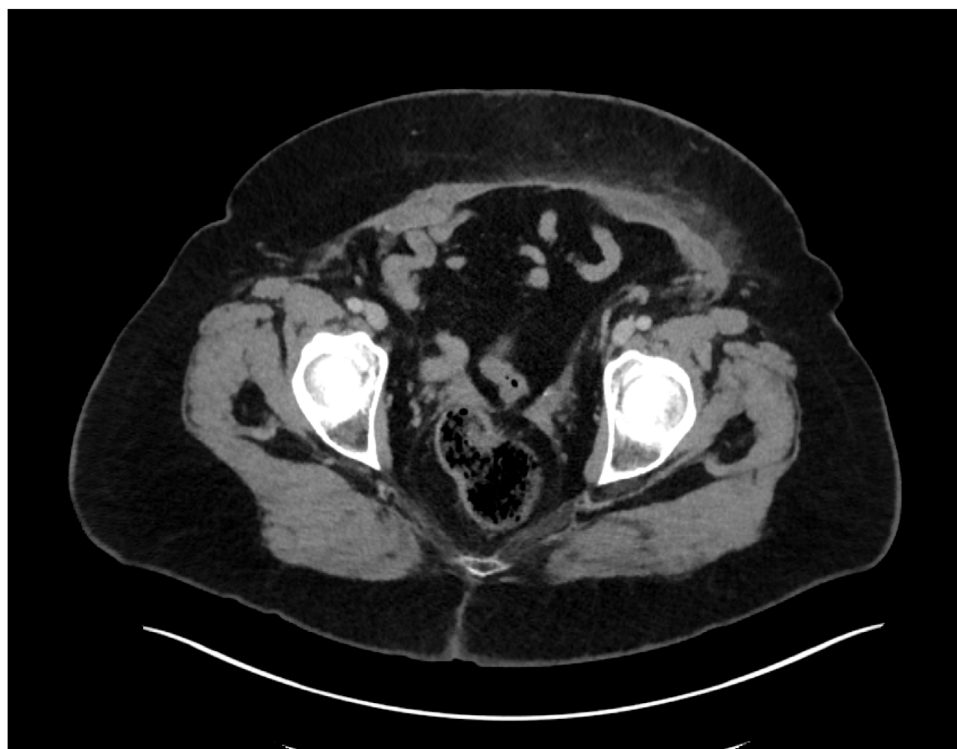


Figura 2 – TAC de control.

Los hallazgos son compatibles con tumor desmoide/fibromatosis/endometrioma/sarcoma, etc.

Se realiza cirugía de la masa de pared abdominal con una técnica quirúrgica similar a la descrita en el caso anterior. La anatomía patológica informa de hallazgos inmunohistoquímicos de origen mülleriano de la neoplasia y la histología de carcinoma de célula clara. Tras los resultados se presenta el caso en comité multidisciplinar y se decide completar la cirugía realizándose histerectomía total con anexectomía bilateral. Se decide completar el tratamiento con quimioterapia con carboplatino y paclitaxel 6 ciclos.

Actualmente se encuentre en seguimiento en consultas externas de oncología y tras 2 años de la intervención permanece en remisión.

La endometriosis es una enfermedad benigna de evolución impredecible, con capacidad para infiltrar y diseminarse a otras estructuras.

Las cicatrices quirúrgicas son un buen sustrato para la implantación de focos de endometriosis. Como indica Mara et al. menos de un 1% de estos focos desarrollarán un cáncer. Yoahua et al. señalan el hiperestrogenismo como uno de los principales factores de riesgo. Los marcadores CD10 y P53 son importantes, teniendo alta sensibilidad y especificidad para la endometriosis extragonadal y el cáncer asociado a endometriosis, respectivamente³. La variante más frecuente en tumores de pared secundarios a endometriosis es el tumor de células claras, presente en los 2 casos expuestos.

El intervalo entre la primera cirugía y el diagnóstico del carcinoma es alrededor de 20 años. Suelen diagnosticarse

cuando la paciente consulta por palparse una lesión en el abdomen, con dolor abdominal asociado a la menstruación. Es fundamental realizar un diagnóstico por imagen (eco/RM o TAC) para delimitar no solo su tamaño, sino también su relación con estructuras vecinas y su resecabilidad. La BAG es el medio más rentable para su diagnóstico inicial^{3,5}.

La estrategia terapéutica más extendida es la resección del tumor con histerectomía con doble anexectomía.

Los factores pronósticos no se conocen todavía debido al pequeño número de casos, pero parece que el tamaño mayor de 5 cm, ganglios linfáticos afectados o márgenes positivos en la resección están relacionados con una menor supervivencia⁴. En el artículo de Taburaix et al. reportan una supervivencia media de 30 meses. Tampoco se conoce el comportamiento de las recurrencias y/o metástasis, siendo el sitio más frecuente los ganglios linfáticos inguinales⁷.

La endometriosis de pared abdominal es una enfermedad frecuentemente benigna, que en ocasiones puede malignizar y habitualmente la estirpe es un carcinoma endometrial; en estos casos, como en nuestras pacientes, la variante histológica es el carcinoma de células claras, que es extremadamente infrecuente. Se valora realizar una exéresis completa con márgenes negativos que puede requerir reconstrucciones complejas de la pared abdominal asociada a histerectomía + anexectomía y tratamiento adyuvante.

Financiación

No hemos recibido fondos para realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hashemi SR, Morshedi M, Maghsoudi H, Esmailzadeh A, Alkatout I. Clear-cell carcinoma originating from cesarean section scar: Two case reports. *J Med Case Rep.* 2021;15:146.
2. Carsote M, Terzea DC, Valea A, Gheorghisan-Galateanu AA. Abdominal wall endometriosis (a narrative review). *Int J Med Sci.* 2020;17:536–42.
3. Sosa-Durán EE, Aboharp-Hasan Z, Mendoza-Morales RC, García-Rodríguez FM, Jiménez-Villanueva X, Peñavera-Hernández JR. Adenocarcinoma de células claras originado de endometriosis en pared abdominal. *Cir Cir.* 2016;84:245–9.
4. Zhai J.J. Feng H.Y. Ying R.B. Chen C.H. Primary abdominal wall clear cell carcinoma: Case report and review of literature [Internet]. En prensa; 2021 [consultado 16 Ene 2023]. Disponible en: <https://www.researchsquare.com/article/rs-508290/v1>
5. Yan Y, Li L, Guo J, Zheng Y, Liu Q. Malignant transformation of an endometriotic lesion derived from an abdominal wall scar. *Int J Gynecol Obstetr.* 2011;115:202–3.
6. Lai YL, Hsu HC, Kuo KT, Chen YL, Chen CA, Cheng WF. Clear cell carcinoma of the abdominal wall as a rare complication of general obstetric and gynecologic surgeries: 15 years of experience at a large academic institution. *IJERPH.* 2019;16:552.
7. Taburiaux L, Pluchino N, Petignat P, Wenger JM. Endometriosis-associated abdominal wall cancer: A poor prognosis? *Int J Gynecol Cancer.* 2015;25:1633–8.

Joaquín Ruiz López*, Carmen Zaragoza Zaragoza, Judith Parra Chiclano, Ana Carrión Tomas, Clara Llopis Torremocha, Juan Jesús Rubio García, Álvaro Gomis Martin y José Manuel Ramia

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joaquin.ruilop@gmail.com (J. Ruiz López).

<https://doi.org/10.1016/j.cireng.2022.03.021>
0009-739X/

© 2023 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.