

CASOS CLÍNICOS

Endometriosis parietal recidivante

C. Álvarez, A.B. Casas, S. Cortés, L. Barrero, M. Ramos y F.M. Pérez-Milán

Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

ABSTRACT

We present the case of a patient with a history of 2 previous laparotomies and 3 episodes of painful nodules on the abdominal wall. Histological identification following their removal was recurrence of parietal endometriosis. The main interest of this case is the extremely low incidence of iterative parietal endometriosis.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como la presencia fuera del útero de glándulas y estroma idénticas al tejido endometrial. Este tejido puede formar una masa, generalmente quística y bien definida, constituida por restos endometriales y sangre hematinizada, y que suele denominarse endometrioma.

Las localizaciones más frecuentes de las lesiones endometriósicas son los ovarios, el ligamento ancho, los fondos de saco peritoneales, los ligamentos uterosacros y el tabique recto vaginal. Las localizaciones extrapélvicas son más raras, aunque se han descrito implantes endometriósicos en casi cualquier órgano de la economía: vejiga, riñón, sigma, recto, vagina, ombligo, pleura, pulmón, extremidades, cicatrices abdominales y región perineal, tras episiotomía o quistectomía de la glándula de Bartolino¹.

La endometriosis parietal en una cicatriz previa es poco frecuente y ocurre en torno al 1% de los casos. La recidiva de un endometrioma parietal se recoge en la bibliografía de forma excepcional. Presentamos el caso de una paciente sometida a 3 intervenciones quirúrgicas por nódulos endometriósicos recurrentes y próximos a una cicatriz de laparotomía.

Aceptado para su publicación el 13 de octubre de 2004.

CASO CLÍNICO

Paciente de 25 años de edad, nuligesta, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. Refería menarquia a los 19 años, tipo menstrual normal y dismenorrea intramenstrual habitual. La primera intervención realizada fue una quistectomía perlaparoscópica programada para la exéresis de una tumoración anexial derecha, que resultó ser un quiste del cuerpo lúteo.

Año y medio después ingresa con carácter urgente por cuadro de abdomen agudo, que se supuso secundario a masa anexial visible mediante ecografía y probablemente accidentada. Se realizó laparotomía exploradora mediante incisión de Pfannenstiel, que confirmó la existencia de quiste endometriósico roto dependiente de ovario izquierdo. En función del estado del ovario y la trompa, se decidió practicar anexectomía izquierda. El estudio anatomopatológico describió la presencia de endometriosis ovárica. Según la actitud clínica vigente en ese momento, la paciente recibió tratamiento complementario con 3 dosis de depósito de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH).

Cuatro meses más tarde, y al persistir la amenorrea inducida por los análogos de la GnRH, la paciente ingresó nuevamente por dolor intenso en nódulo duro de 1 cm de diámetro y varias semanas de evolución, palpable en fosa ilíaca izquierda y próximo al ángulo izquierdo de la cicatriz quirúrgica. Su extirpación permitió confirmar nuevamente su naturaleza endometriósica.

Un año después acudió por nuevo nódulo parietal doloroso, de similares características y localizado, en esta ocasión, cerca del ángulo derecho de la cicatriz quirúrgica. La paciente refería la aparición de dolor parietal intenso e incapacitante, que se incrementaba con los movimientos y en fase pre e intramenstrual, para ceder parcialmente después. Se apreció un nódulo redondeado de consistencia dura, de unos 2-3 cm de diámetro y de coloración azulada visible a través de la



Fig. 1. Ecografía de partes blandas

piel. En virtud de los antecedentes de la paciente, se estableció la sospecha clínica de nueva recidiva endometriósica. La exploración quirúrgica de la pared abdominal reveló la existencia de un nódulo con aspecto endometriósico y densamente adherido al plano aponeurótico por una intensa fibrosis perinodular. Se procedió a la resección amplia de la lesión y a la reparación del defecto fascial mediante la aplicación de malla sintética irreabsorbible.

Tras permanecer asintomática tan sólo 4 meses, la paciente presentó la misma clínica en la zona próxima a la intervención previa, en la que resultó palpable un nódulo doloroso de consistencia dura. La ecografía de partes blandas describió una imagen nodular menor de 1 cm, de límites bien definidos, con ecogenicidad finamente granular y localizada en el plano aponeurótico, sugestiva de endometriosis parietal. (fig. 1). Ante la eventual necesidad de indicar una nueva intervención en la región donde se había ubicado el implante sintético, y con la intención de realizar diagnóstico diferencial con una posible reacción de intolerancia, se solicitó resonancia magnética. Dicho estudio describió la imagen nodular mencionada y múltiples imágenes puntiformes menores de 1 cm y sugestivas de cambios posquirúrgicos. Además, informó de la presencia de una imagen de 6 cm de diámetro mayor, compatible con endometrioma ovárico derecho. Se programó intervención quirúrgica, en la que se realizó quistectomía y exéresis de los nódulos parietales. Estos estaban localizados en la superficie de la fascia del músculo oblicuo menor, y presentaban aspecto miliar y coloración blanquecina. Se identificaron como endometriosis tras el examen histológico.

En el momento actual, y tras 10 meses desde la última intervención, la paciente está asintomática y manifiesta deseo gestacional.

DISCUSIÓN

La endometriosis es un trastorno frecuente en mujeres en edad fértil. No se conoce la etiopatogenia de la enfermedad, aunque se han postulado diversas hipótesis: implantación por reflujo menstrual a través de las trompas (menstruación retrógrada); extensión directa; metaplasia celómica por diferenciación del mesotelio peritoneal por la acción de distintas sustancias; desarrollo a partir de restos embrionarios de origen mülleriano; diseminación metastásica de células endometriales por vía linfática o vascular. Actualmente, se invoca la combinación de los diferentes mecanismos: la hipótesis más aceptada para explicar la endometriosis peritoneal es la extensión de células endometriales viables por menstruación retrógrada, junto a la formación de implantes peritoneales favorecida por la acción de sustancias tróficas. La endometriosis extraperitoneal se considera consecuencia de la diseminación metastásica de células endometriales por vía linfática o vascular².

La frecuencia de la endometriosis se estima en el 2% de la población total femenina, y afecta al 10-15% de las mujeres premenopáusicas y a un 35% de las mujeres estériles^{1,3}. La endometriosis parietal presenta una incidencia del 0,3 al 1%⁴, aunque algunos autores recogen incidencias superiores, incluso hasta del 4%². Khammash et al⁵ recogen una frecuencia del 0,2% de las cesáreas realizadas en su centro hospitalario a lo largo de 5 años.

Según estos estudios, la edad media en la que se diagnosticó la endometriosis fue de 31 años, con un rango de 19-42 años. En nuestro caso, la paciente tenía 25 años, edad inferior a la mayoría de las recogidas en la bibliografía.

La presentación clínica más habitual es la de una masa abdominal acompañada o no de dolor cíclico catamenial. Se ha descrito frecuentemente el aumento transitorio del tamaño de los nódulos en fase menstrual⁴ y la localización en la proximidad de una cicatriz previa^{2,3,5-8}. Algunos autores han referido endometriomas primarios de la pared abdominal, sin el antecedente quirúrgico^{7,9} y otros síntomas menos frecuentes como dispareunia y dismenorrea². Nuestra paciente acudió sistemáticamente por dolor abdominal relacionado con una masa dura, situada cerca de la cicatriz de laparotomía por abdomen agudo secundario a rotura de un endometrioma ovárico.

El antecedente de cirugía abdominal está presente en la mayoría de los casos; la cesárea es la intervención que más frecuentemente se relaciona con la endometriosis parietal¹⁰, aunque también se han descrito casos tras laparoscopia diagnóstica, histerectomía va-

ginal e incluso tras punción para amniocentesis tardía¹¹ o drenaje ventriculoperitoneal⁸. En el caso que nos ocupa, la paciente presenta 2 antecedentes quirúrgicos anteriores al primer episodio (quistectomía perlaparoscópica y laparotomía por abdomen agudo secundario a accidente de quiste endometriósico). La segunda intervención representa un antecedente causal más plausible, por el mayor tamaño del abordaje abdominal que facilitaría la siembra parietal de los implantes endometriales, que darían lugar a nódulos endometriósicos cercanos a la cicatriz de la incisión de Pfannenstiel.

El tiempo de latencia entre el antecedente quirúrgico y la aparición de la clínica varía desde de los 4 meses recogidos por Patterson y Winburn⁸ a los 12 años comunicados por Francica et al¹⁰. En nuestro caso, la paciente fue intervenida por primera vez del nódulo parietal sólo 4 meses después de la laparotomía.

El tamaño de los endometriomas parietales es variable, y está en función del tiempo transcurrido entre el inicio de la sintomatología y el momento del diagnóstico. El diámetro medio de los nódulos descritos es de 28 mm, aunque pueden llegar a alcanzar los 5 cm de diámetro¹⁰. Nuestra paciente presentaba nódulos con tendencia al crecimiento rápido, ya que el primero de éstos tenía un diámetro de 1 cm y el segundo medía 2-3 cm.

El diagnóstico clínico se basa en la asociación de antecedentes y síntomas clásicos: paciente con antecedente de cirugía abdominal (con diagnóstico de endometriosis previa o sin éste) y masa abdominal nodular, superficial y dolorosa, que puede hacerse más sintomática en fase perimenstrual.

Algunas técnicas complementarias pueden ayudar al diagnóstico. La ecografía¹⁰ demuestra nódulos hipoeoicos de estructura heterogénea y con áreas hiperecogénicas en el interior, márgenes irregulares, frecuentemente espiculados que infiltran los tejidos adyacentes, y anillo hiperecogénico de anchura y continuidad variables. El examen con Doppler puede poner de manifiesto un solo pedículo vascular que accede a la masa por su periferia. La densidad vascular de la lesión está relacionada con su tamaño, los nódulos con diámetro superior a 3 cm pueden presentar vascularización abundante dentro de la lesión, mientras que no suele detectarse señal de color en las lesiones menores de 15 mm. Todos estos hallazgos son poco específicos para orientar el diagnóstico de sospecha hacia la endometriosis parietal, aunque pueden tener valor en el diagnóstico diferencial. La tomografía computarizada y en mayor medida la resonancia magnética pueden tener utilidad para confirmar otros diagnósticos por la imagen. Por otra parte, las técni-

cas de imagen ayudan a determinar el tamaño de la lesión, la relación con otros órganos y la afectación de estructuras vecinas, como el esfínter anal en un endometrioma sobre cicatriz de episiotomía¹². Algunos autores señalan la utilidad de la punción-aspiración ecoguiada del nódulo parietal para la confirmación de la sospecha diagnóstica^{2,4,8}. En caso de aplicar esta técnica, se recomienda extirpar el trayecto de la punción en el acto quirúrgico, para evitar la producción de un endometrioma secundario a la punción, como el descrito tras amniocentesis¹¹. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico tras la exéresis del nódulo.

En general, el diagnóstico preoperatorio es difícil, como consecuencia de la escasa especificidad del proceso, por los hallazgos poco concluyentes de las pruebas complementarias y por su baja incidencia. El diagnóstico diferencial hay que realizarlo con otros cuadros que pueden cursar con nódulos parietales y dolor, tales como hernias, hematomas, granulomas o tumores de la pared abdominal. El antecedente quirúrgico presente en la mayoría de los casos puede orientar erróneamente la sospecha diagnóstica hacia una hernia poslaparotómica^{2,5}.

El tratamiento de los endometriomas parietales es la exéresis quirúrgica amplia de las lesiones y se considera curativo²⁻⁵. En algunos casos es inevitable crear un defecto amplio en la fascia que se debe reparar mediante una malla de material sintético⁷.

Las recurrencias se recogen en la bibliografía de forma excepcional⁸, tras períodos de seguimiento relativamente largos, de hasta 36 meses. El tratamiento recomendado en caso de recurrencia es la resección del nuevo nódulo, ya que el tratamiento médico no ha mostrado eficacia en la reducción de las recidivas. En nuestro caso la paciente presentó un endometrioma parietal doblemente recurrente, las lesiones se localizaron en lugares diferentes cercanos a la cicatriz de la primera laparotomía, y los intervalos asintomáticos fueron más breves que los recogidos por otros autores (4 meses en la primera ocasión, 13 en la segunda y 4 en la tercera). Las medidas profilácticas propuestas para reducir el riesgo teórico de implante de células endometriales en la pared abdominal durante la cirugía son el aislamiento mediante tallas de la pared abdominal durante la intervención y el lavado de ésta al final del acto quirúrgico¹³.

CONCLUSIONES

Dentro de la escasa frecuencia de la endometriosis parietal y de la excepcionalidad de su recurrencia, el presente caso resulta singular por diversas razones. En primer lugar, el antecedente quirúrgico no es una

cesárea, como resulta habitual, sino una laparotomía por un abdomen agudo por endometrioma roto. Por otro lado, se trata de una lesión con gran capacidad de recurrencia, ya que la paciente se ve afectada por un total de 3 episodios, lo que ilustra la agresividad local de este proceso. Se ha constatado la ineficacia del tratamiento con agonistas de la GnRh en la profilaxis de la recurrencia de la endometriosis ovárica descrita por otros autores.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente con antecedente de 2 laparotomías, que presenta a lo largo de varios meses 3 episodios de nódulo doloroso en la pared abdominal, identificados histológicamente tras su exéresis como sucesivas recidivas de una endometriosis parietal. El interés del caso radica en la excepcionalidad de la endometriosis parietal iterativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calderay M, et al. Endometriosis extragenital y extrapelviana. *Prog Obstet Ginecol*. 2003;46:548-51.
2. Blanco RG, et al. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg*. 2003;185:596-8.
3. Ceniceros Franco G, et al. Abdominal wall endometriosis. Case report and literature review. *Ginecol Obstet Mex*. 2002;70:619-21.
4. Calabrese L, Delmonte O, Mari R. Endometriosis of the abdominal wall. Clinical case and review of literature. *Acta Biomed Ateneo Parmense*. 1997;68:35-43.
5. Khammash MR, et al. Abdominal wall endometriosis. An overlooked diagnosis. *Saudi Med J*. 2003;24:523-5.
6. Bachir JS, Bachir NM. Scar endometrioma: awareness and prevention. *WMJ*. 2002;101:46-9.
7. Dwivedi AJ, Agrawal SN, Silva YJ. Abdominal wall endometriomas. *Dig Dis Sci*. 2002;47:456-61.
8. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. *Am Surg*. 1999;65:36-9.
9. Ideyi SC, et al. Spontaneous endometriosis of the abdominal wall. *Dig Surg*. 2003;20:246-8.
10. Francica G, et al. Abdominal wall endometriomas near cesarean delivery scars: sonographic and color Doppler findings in a series of 12 patients. *J Ultrasound Med*. 2003;22:1041-7.
11. Hughes ML, Bartholomew D, Paluzzi M. Abdominal wall endometriosis after amniocentesis. A case report. *J Reprod Med*. 1997;42:597-9.
12. Gómez M, et al. Endometriosis sobre cicatriz de episiotomía y cesárea previa: dos casos clínicos. *Prog Obstet Ginecol*. 2004;47:99-102.
13. Toullalan O, et al. Endometriosis of the rectus abdominis muscles. *Ann Chir*. 2000;125:880-3.