

CASOS CLÍNICOS

Endometriosis de la pared abdominal tras cirugía ginecológica

J.C. Santos^a, C. Vidal^a, J. Candón^b, A. Royo^b y G. Carranza^b

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. ^bServicio de Cirugía General (Unidad Externa de Cirugía Mayor Ambulatoria). Hospital General Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

SUMMARY

Endometriosis of the abdominal wall following obstetric or gynaecological surgery is a rare condition that may confuse differential diagnosis with other abdominal inflammatory or tumoural processes. The most common presentation is an abdominal wall mass associated with pain during the menstrual cycle, and diagnosis is only confirmed by histology. Surgical excision is the treatment of choice providing both diagnosis and cure. Gonadotrophin analogues may be useful following surgery.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis se caracteriza por presencia de material endometrial fuera de la cavidad uterina, casi siempre de localización intrapélvica (en los ovarios, ligamentos uterosacros o peritoneo)¹. La implantación extrapélvica es bastante más rara y se puede encontrar en todos los órganos excepto en el bazo, donde no se ha descrito. La localización extrapélvica más frecuente es la digestiva (rectosigma), seguida del tracto urinario (vejiga); la localización abdominal tras una intervención quirúrgica es bastante infrecuente y oscila entre el 0,03 y el 0,08%^{2,3}.

La endometriosis en la pared abdominal tras procedimientos quirúrgicos obstétricos y ginecológicos es, probablemente, más frecuente de lo descrito en la bibliografía, y su forma de presentación puede oscilar desde los casos asintomáticos hasta aquellos con sintomatología florida, casi siempre en relación con el ciclo menstrual. El diagnóstico es anatomopatológico y puede plantear confusión con otros procesos de la pared abdominal, como hematomas, abscesos, granu-

lomas, hernias u otras tumoraciones. El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica amplia^{4,5}.

CASOS CLÍNICOS

Paciente 1

Paciente de 30 años con antecedentes de tiroiditis autoinmune y alergia a los betalactámicos. Como antecedentes ginecológicos y obstétricos destacaban menarquia a los 10 años, tipo menstrual de 4-5/26, frecuentes dismenorreas que precisaban de tratamiento analgésico-antiinflamatorio y dos cesáreas en el pasado (incisión tipo Pfannestiel). El curso postoperatorio fue tórpido tras la segunda cesárea debido a induración de la herida quirúrgica. A los 2 años de esta cesárea la paciente acudió por la presencia de un nódulo subcutáneo con dolor leve a la palpación, sin relación con el ciclo menstrual. La exploración ginecológica fue normal, así como la citología y la exploración mamaria. En la palpación abdominal presentaba una ligera induración de cicatriz de cesárea, con un nódulo de aproximadamente 2 x 2 cm, duro y fijo, 1 cm por encima de la cicatriz de cesárea. Con el diagnóstico de posible granuloma de pared, la paciente fue derivada al cirujano para exéresis de la masa. Tras su extirpación, el resultado anatomopatológico reveló un tejido fibroso cubierto parcialmente por aponeurosis y presencia de glándulas endometriales. Después de la intervención se prescribió tratamiento con análogos de la hormona liberadora de la gonadotropina (GhRH) durante 3 meses, y actualmente la paciente está asintomática, tras 11 meses de la extirpación de la masa.

Paciente 2

Paciente de 30 años, sin antecedentes personales de interés. Como antecedentes ginecológicos y obstétri-

Aceptado para su publicación el 6 de mayo de 2003.

cos cabe reseñar la menarquia a los 11 años, un tipo menstrual de 5/28 y una cesárea (incisión tipo Pfannenstiel) seguida de un curso postoperatorio normal. A los 3 años de la cesárea fue intervenida de un fibroma de pared abdominal, y 3 meses más tarde fue diagnosticada de hernia umbilical y nódulo duro y fijo en la región suprapúbica, lateralizado a la izquierda, sobre la cicatriz de cesárea, de unos 3 cm de diámetro mayor, con dolor a la palpación y de crecimiento lento. Se programó para corrección de la hernia y extirpación del nódulo. En la intervención se describió un nódulo fibroso sobre el recto anterior izquierdo, y se procedió a su exéresis y la colocación de una malla para la corrección de hernia umbilical. El diagnóstico anatomopatológico informó de la presencia de tejido muscular esquelético y tejido celular subcutáneo con glándulas endometriales. El tratamiento se complementó con antigonadotrópicos durante 4 meses y la paciente sigue asintomática después de 13 meses de la extirpación del nódulo.

Paciente 3

Paciente de 41 años, sin antecedentes personales de interés, con menarquia a los 13 años, eumenorreica y sextípara con una cesárea (incisión de laparotomía media infraumbilical) en el quinto embarazo y con dos recién nacidos malformados con muerte en el posparto inmediato, el último con diagnóstico de síndrome de Potter tipo I. Se le realizó un bloqueo tubárico por vía laparoscópica al año del último parto. A los 5 años del bloqueo tubárico, la paciente acudió a urgencias por presentar hemorragia por el ombligo que coincidía con la menstruación, acompañada de dolor de moderada intensidad, también relacionado con aquélla. Fue diagnosticada de implante endometriósico y hernia umbilical, y fue propuesta para la extirpación umbilical y herniorrafia, siendo el diagnóstico anatomopatológico de fragmento de piel con glándulas endometriales. Se pautó tratamiento con análogos de la GnRH durante 6 meses y la paciente sigue asintomática tras 14 meses.

DISCUSIÓN

La endometriosis continúa siendo el talón de Aquiles de la ginecología debido a su alta frecuencia y a la tórpida respuesta a los tratamientos existentes. En la patogenia de la endometriosis, clásicamente se han involucrado fenómenos de diseminación por vía vascular venosa y linfáticos, fenómenos de metaplasia celómica y de regurgitación tubárica, acompañados todos ellos de una impregnación o estímulo estrogénico

co ovárico¹. No obstante, las últimas teorías apoyan la posibilidad de implicación de determinados fallos en la inmunidad en la etiología de la endometriosis⁶.

La endometriosis adyacente a cicatrices de intervenciones ginecológicas u obstétricas probablemente constituya un fenómeno infravalorado, y se considera que se debe a implantes iatrogénicos intraoperatorios de tejido endometrial. Este fenómeno casi siempre tiene como antecedente la operación cesárea, como ocurre en los tres casos que presentamos; sin embargo, en algunas ocasiones se observa después de un procedimiento endoscópico, como ocurre también en el tercero de los casos⁷. El establecimiento en la pared abdominal de un endometrioma en ausencia de intervención previa es una entidad aún más infrecuente⁸. La forma de presentación puede ser muy variada, encontrándose en muchos casos la presencia de un nódulo como único síntoma, mientras que en otros casos la sintomatología es muy florida, con hemorragia, dolor, pigmentación y crecimiento lento, casi siempre en relación con el ciclo menstrual. La clínica suele aparecer en los días previos a la menstruación y desaparecer después de ésta. En ocasiones se acompaña de sintomatología pélvica, como dismenorrea, dispareunia y dolor pélvico. Probablemente, la presencia de un mayor o menor cortejo sintomático dependa del grado de impregnación estrogénica de la paciente⁹. El hecho de que esta entidad presente un amplio espectro sintomático repercute en el retraso del diagnóstico, que se suele demorar hasta varios años después del inicio de los síntomas y, en algunas ocasiones, incluso décadas más tarde¹⁰. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, ya que algunas técnicas, como la tomografía o la resonancia magnética, aportan pocos datos¹. La ecografía abdominal, unida a la clínica, puede ayudar a establecer el diagnóstico en algunos casos¹¹. No obstante, si no se realiza una biopsia preoperatoria, el diagnóstico final se realizará mediante histopatología postoperatoria. No es infrecuente que se produzcan errores de diagnóstico preoperatorio en esta entidad¹², como ocurre en dos de los tres casos presentados, en los que el diagnóstico fue revelado por la histología después de la intervención, mientras que sólo en uno se hizo el diagnóstico preoperatoriamente. El interés de esta entidad reside en conocer la posible infravaloración de su frecuencia de aparición en aras de realizar un diagnóstico preoperatorio correcto y precoz, así como un tratamiento adecuado.

El tratamiento de la endometriosis de pared abdominal debe ser quirúrgico, y la mayoría de los autores coinciden en realizar un tratamiento médico coadyuvante destinado a suprimir la función ovárica¹³. Den-

tro del espectro terapéutico se encuentran los anti-conceptivos orales, los progestágenos y el danazol, aunque en la actualidad la mayoría de los casos son tratados con análogos de la GnRH durante un tiempo que se encuentra limitado por sus efectos secundarios (virilización, alteración del perfil lipídico, pérdida ósea, etc.). Casi siempre, la duración del tratamiento oscila entre los 3 y 6 meses⁹. Aunque en ninguno de los casos presentados haya habido recurrencia sintomática, ésta suele aparecer hasta en el 50% de los casos a los 5 años, que es un lapso aún no rebasado por ninguna de las pacientes aquí comentadas. Únicamente la histerectomía con doble anexectomía es el tratamiento definitivo de la endometriosis³.

RESUMEN

La endometriosis en la pared abdominal después de cirugía obstétrica/ginecológica es un suceso infrecuente que puede plantear el diagnóstico diferencial con otros procesos inflamatorios y tumorales abdominales. La forma más frecuente de presentación es una masa en la pared abdominal asociada a dolor que coincide con la menstruación, y el diagnóstico sólo se confirma mediante histología. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica, que es al mismo tiempo diagnóstica y curativa. Los análogos de la gonadotropina suelen ser efectivos tras la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dorsal M, Guzmán F, Medina S. Endometrioma en pared abdominal: informe de cuatro pacientes. *Cir Gen* 2002;24: 148-50.
2. Tsenov D, Mainkhard K. Endometriosis in the surgical scar from cesarean section ers. *Akush Ginekol (Sofia)* 2000;39: 50-1.
3. Gutiérrez S, Casasola J, Garrido F, Alija ML, Hidalgo B. Diagnóstico ocasional de endometriosis vesical por ecográfica transvaginal. *Clin Invest Gin Obst* 2002;29:346-8.
4. Taff L, Jones S. Cesarean scar endometriosis. A report of two cases. *J Reprod Med* 2002;47:50-2.
5. Matthes G, Zabel DD, Nastala CL, Shestak KC. Endometrioma of the abdominal wall followed combined abdominoplasty and hysterectomy: case report and review of the literature. *Ann Plast Surg* 1998;40:672-5.
6. Rock J, Markham S. Pathogenesis of endometriosis. *Lancet* 1992;340:1264-7.
7. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. *Am Surg* 1999;65:36-9.
8. Dwivedi AJ, Agrawal SN, Silva YJ. Abdominal wall endometriomas. *Dig Dis Sci* 2002;47:456-61.
9. Shaw RW. Treatment of endometriosis. *Lancet* 1992;340: 1267-70.
10. Elabsi M, Lahlou MK, Rouas L, Essadel H, Benamer S, Mohammadine A, et al. Cicatrix endometriosis of the abdominal wall. *Ann Chir* 2002;127:65-7.
11. Alexiadis G, Lambropoulou M, Deftereos S, Giatromanolaki A, Sivridis E, Manavis J. Abdominal wall endometriosis-ultrasound research: a diagnostic problem. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2001;28:121-2.
12. Rulli F, Pacella A. Endometriosis of the abdominal wall. *Acta Biomed Ateneo Parmense* 1998;69:139-43.
13. 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.