

## 424/3689 - TUMORACIÓN DOLOROSA EN PARED ABDOMINAL: DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

N. Viñuela García<sup>1</sup>, L. Linares Álvarez<sup>2</sup>, R. Guerrero Tejera<sup>3</sup> y S. Fernández Cordero<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Astorga. León. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Astorga I. León. <sup>3</sup>Médico del Trabajo. Centro de Salud Cualtis Prevención. León. <sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud José Aguado I. León.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 41 años con antecedentes de migraña y cesárea hace 3 años por embarazo gemelar. Consulta por tumoración dolorosa en fosa iliaca izquierda a 3 cm de la cicatriz de cesárea. Refiere dolor de características cíclicas, con ligero aumento del volumen y consistencia del nódulo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tumoración de consistencia dura, subcutánea, no adherida a planos profundos, dolorosa a la palpación. Analítica sin interés. Ecografía abdominal: nódulo hipoecoico, bien definido de 13 mm, que presenta microcalcificaciones en su interior. No se trata de una hernia ya que no hay comunicación con la cavidad abdominal, es móvil, no vascularizado. Rastreo abdominal sin hallazgos sin líquido libre.

**Orientación diagnóstica:** Sospecha de endometrioma de pared abdominal.

**Diagnóstico diferencial:** Hematoma de recto anterior (no cavidad anecoica de bordes irregulares). Granuloma por sutura (situado a 3 cm de la cicatriz). Hernia inguinal (no hay comunicación con cavidad abdominal). Lipoma y absceso (consistencia dura). Liposarcoma (no masa heterogénea). Quiste (no contenido anecoico con paredes delimitadas).

**Comentario final:** La paciente se deriva a cirugía general para tratamiento quirúrgico, que realiza exéresis de la tumoración y envía la pieza a Anatomía Patológica donde se confirma presencia de glándulas y estroma endometrial. La endometriosis extraperitoneal es poco frecuente, con una incidencia que fluctúa del 0,1 al 0,8%. Aparece en mujeres con edades entre los 20 y los 40, de 2 a 5 años después de procedimientos quirúrgicos obstétricos o ginecológicos. Su diagnóstico implica alta sospecha clínica. Por tanto, la presencia de un nódulo en pared abdominal en una mujer fértil con antecedente de cirugía ginecológica u obstétrica debería ser suficiente para el diagnóstico de presunción, confirmándose con el estudio histopatológico poscirugía.

### Bibliografía

- González Valverde FM, Ballester A, Méndez M, Montesinos JM, Parra P, Soriano H. Endometriosis extraperitoneal. Cir Esp. 1999;66:265-7.
- Hidalgo LA, Heredia A, Fantova MJ, Badia JM, Suñol X. Endometriomas de pared abdominal: aspectos diagnósticos. Cir Esp. 2001;70:34-7.

**Palabras clave:** Endometrioma. Pared abdominal.