

458 **Juan Carlos Bernal Sprekelsen**
Jose Puche Pla
Antonio Salvador Martínez
Alfonso García Fadrique
Carlos Redondo Cano
Ricardo Fabra Ramis

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General Universitario. Valencia. España.

Correspondencia:

Dr. J.C. Bernal Sprekelsen.
Hospital General de Requena.
Pasaje Casablanca, s/n. 46340 Requena. Valencia. España.
Correo electrónico: jcbernal@comv.es

Fecha de recepción: 30/3/05.

Aceptado para su publicación: 25/4/06.

Endometriosis incisional. Un hallazgo infradiagnosticado en cirugía general

Incisional endometriosis. An underdiagnosed event in general surgery

RESUMEN

La endometriosis incisional es una patología poco frecuente hallada en cirugía general, muchas veces confundida con otras entidades clínicas más presentes en nuestro ámbito quirúrgico, como la hernia incarcerada, el lipoma o el cuerpo extraño. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, sobre todo si la presentación es cíclica en relación con la menstruación. El tratamiento definitivo es quirúrgico y, en ocasiones, requiere una exéresis con márgenes de seguridad seguida de una plastia con malla para cubrir el defecto aponeurótico. Presentamos 3 casos clínicos nuevos, de mujeres en edad fértil, con antecedentes quirúrgicos ginecológicos previos que presentan tumoraciones incisionales en la cicatriz de un Pfannenstiel; en el primero de ellos se planteó el diagnóstico diferencial entre granuloma a cuerpo extraño y hernia incarcerada, pero en los restantes, debido al carácter cíclico del dolor asociado a la tumoración, se pensó en una posible endometriosis incisional. Los diagnósticos definitivos los proporcionó la anatomía patológica tras la exéresis de los tumores. En dos casos se requirió una plastia con malla.

PALABRAS CLAVE

Endometriosis incisional. Plastia con malla. Cirugía general.

ABSTRACT

Incisional endometriosis is a rare finding in general surgery and is often mistaken for other clinical entities that are more common in our surgical setting such as incarcerated hernia, lipoma or foreign body. Diagnosis is based on clinical findings, especially if the presentation is cyclical and related to menstruation. The definitive treatment is surgery, and a mesh plasty is sometimes required to cover the aponeurotic defect left after excision with safety margins. We present three new cases in women of reproductive age with previous gynecological surgery who developed incisional tumors at the Pfannenstiel incision site. The first case posed a differential diagnosis between a granuloma to a foreign body versus an incarcerated hernia. In the remaining cases, because the tumor-associated pain

was cyclical, a possible diagnosis of incisional endometriosis was considered. However, the definitive diagnoses were given by histology after excision of the specimen. In two patients a mesh plasty was required.

KEY WORDS

Incisional endometriosis. Mesh plasty. General surgery.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis incisional es una entidad clínica bien conocida en ginecología, pero infradiagnosticada en cirugía general. Según una revisión de la bibliografía, en cirugía general sólo se habían publicado 32 casos hasta el año 2000¹. Posteriormente, han ido apareciendo otras series cortas en el ámbito de la cirugía general. El diagnóstico preoperatorio se confunde con frecuencia con otras entidades, como las siguientes: granuloma, lipoma, absceso, quiste o hernia incisional².

Aportamos 3 casos nuevos, de los cuales el primero se diagnosticó mediante el informe histológico; el segundo y el tercero se sospecharon tras una «experiencia» previa.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Mujer de 36 años de edad, con antecedentes de enfermedad de Crohn ileal, en tratamiento con Entocord® y Claversal®, operada de hernia inguinal y de ovario (cistoadenoma mucinoso). Presentaba un dermografismo nervioso con episodios de *flush* facial. Tuvo un parto por cesárea hacía 4,5 años. Presentó cólicos nefríticos de repetición. Consulta por una tumoración dolorosa al tacto en el extremo izquierdo de la cesárea, de 5 meses de evolución, a los 2 años del parto. A la exploración se palpa un nódulo pequeño de 1-2 cm de tamaño, fijo a la aponeurosis, que plantea el diagnóstico diferencial entre un granuloma a cuerpo extraño y una pequeña her-

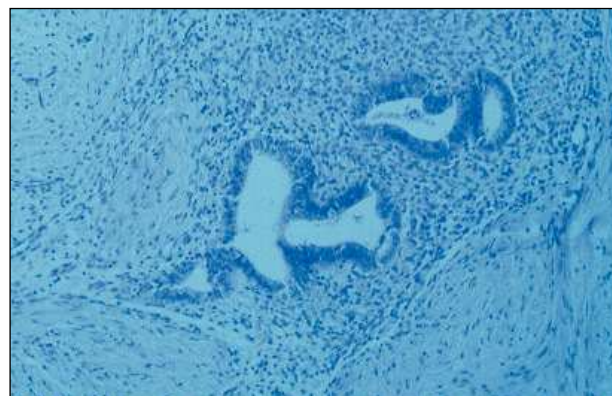


Figura 1. Endometriosis incisional. Aspecto microscópico

nia incisional con lipoma encarcerado. Se realizó una tumorectomía simple. La histología fue: tumoración ovoidea blancuzca-amarillenta e indurada de 2 × 1,5 cm, muy vascularizada, ocupada por numerosos islotes glandulares y estromales de aspecto endometriósico; no se observan polimorfismos o atipias, pero sí leves hemorragias intersticiales y áreas de intensa inflamación crónica (fig. 1). El postoperatorio inicial discurrió sin incidentes, pero a los pocos meses remitió la lesión en la misma zona. La paciente presentó un episodio de un neumotórax espontáneo por bullas apicales (se descartó un neumotórax catamenial). Se instauró un tratamiento para la endometriosis con Decapeptyl Depot® durante 3 sesiones, tras lo cual la tumoración disminuyó de tamaño, hasta hacerse difícil su localización. Tras varios meses, y una vez pasado el efecto hormonal, la tumoración se volvió a manifestar. Dado que la lesión causaba molestias a la paciente, se decidió realizar una exéresis con amplios márgenes de seguridad y la colocación de una plastia con malla. Aunque el informe histológico no halló restos de tejido endometriósico, la paciente está asintomática en la actualidad a los 5 meses de la segunda intervención.

Caso 2

Mujer de 30 años de edad, con antecedentes de 3 embarazos a término, dos por cesárea, y sin otros antecedentes patológicos de interés. Presenta desde

460 hace 3 meses una tumoración nodular en la pared abdominal en FII que aumenta de tamaño antes de la menstruación. En la exploración se aprecia un nódulo duro mal delimitado, fijo al plano aponeurótico, de 1-2 cm de diámetro y doloroso al tacto. Se solicitó una ecografía de la pared abdominal, que identificó una lesión de 2 × 2 cm hipoeoica, heterogénea y con microcalcificaciones. Una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) no aportó nada relevante (frotis de fondo serohemático con placas cohesivas de células epiteliales sin atipia), si bien descartó la naturaleza de otro tipo de tumor. Dado el carácter cíclico del dolor asociado a la tumoración, se diagnosticó una endometriosis incisional.

La intervención consistió en una exéresis del nódulo, que incluyó una fascia perinodular con un margen de seguridad de aproximadamente 1 cm. El defecto de la pared se reconstruyó con una malla que cubría el defecto.

La histología fue la siguiente: fragmento fibroso de 2,5 × 2 × 1,8 cm de coloración pardusca, consistencia fibrosa y áreas hemorrágicas; endometriosis de la pared abdominal.

En el postoperatorio no se registraron problemas, y la paciente está asintomática en la actualidad, a los 12 meses de la intervención.

Caso 3

Mujer de 34 años de edad, con antecedentes personales de intervención de escoliosis, amígdalas y una cesárea practicada hace 3 años; nefrolitiasis tratada con litotricia; sin reacciones alérgicas a medicamentos y sin otros antecedentes patológicos de interés. Desde hace 10 meses la paciente se nota un bulto en el extremo externo derecho de la cicatriz

del Pfannenstiel y refiere que ha aumentado desde entonces. El médico de cabecera solicitó una ecografía, que puso de manifiesto un hematoma de 2,5 × 2 cm, por lo que remitió a la paciente para biopsia quirúrgica. En la anamnesis llama la atención que la tumoración guarda relación con el ciclo menstrual, por lo que se diagnostica una probable endometrioma incisional. En la intervención se apreció una tumoración de aproximadamente 5 cm de diámetro no adherida a la fascia y con una pseudocápsula bien delimitada (fig. 2). Se procedió a una exéresis simple sin colocación de malla. La paciente está asintomática a los 3 meses de la intervención.

DISCUSIÓN

Se ha descrito la presencia de endometrioma localizado en cualquier parte del cuerpo, ya sea de forma espontánea o tras intervenciones quirúrgicas. La incidencia de un endometrioma incisional tras una cesárea se cifra entre un 0,03 y un 0,15%, según la bibliografía³. Los endometriomas incisionales parecen deberse a una inoculación directa de células endometriales en la fascia muscular o el tejido celular subcutáneo, hecho demostrado en experimentos en que se ha trasplantado sangre menstrual en la pared abdominal⁴.

La bibliografía ginecológica recoge que el diagnóstico de endometrioma incisional es correcto clínicamente. En cambio, la bibliografía sobre cirugía general evidencia un diagnóstico preoperatorio con frecuencia incorrecto. A ello puede contribuir también el hecho de que la tumoración no se presente siempre con un dolor cíclico. En una casuística de 12 casos, sólo 5 de ellos se presentaron con dolor cíclico, y fue en éstos donde se estableció adecuadamente el diagnóstico⁵. En la presente casuística se erró el diagnóstico en el primer caso, y en los 2 casos siguientes se estableció de forma correcta. Los casos 2 y 3 se remitieron a cirugía con una exploración ecográfica que revelaba la presencia de un hematoma. Tanto la ecografía como la tomografía computarizada se han utilizado como ayuda diagnóstica, aunque son inespecíficas⁵. Además, la clínica en estos 2 casos era indicativa, sobre todo a causa del dolor cíclico, por lo que se podría haber obviado la ecografía, aunque ésta descartó la presencia de una hernia incarcerada u otra tumoración. En el segundo



Figura 2. Endometriosis de pared abdominal. Aspecto macroscópico.

caso se realizó PAAF por la presencia de microcalcificaciones en el informe ecográfico; no obstante, no aportó nada al diagnóstico. Se ha descrito sobre todo para descartar tumores malignos⁶.

En el primer caso se utilizó tratamiento hormonal con antigonadotropinas (Decapeptyl®), que mejoró la sintomatología de la recidiva, si bien reapareció al suprimirse los efectos del fármaco. Según la bibliografía, el mejor tratamiento es una exéresis quirúrgica completa con márgenes de seguridad, que en ocasiones, como en los primeros 2 casos, obligan a la colocación de una plastia con malla, por el defecto de la pared que permanece. El tratamiento hormonal proporciona una mejoría temporal, pero no erradica

la tumoración, además de que ocasiona efectos secundarios que desaconsejan su uso⁷. Wasfie et al⁸ mencionan la posibilidad de prevenir la endometriosis incisional mediante un desbridamiento adecuado y una irrigación con suero fisiológico a presión de las heridas por cesárea antes de su cierre.

El diagnóstico de endometrioma incisional tras una cesárea es infrecuente en el ámbito de la cirugía general. La presencia de una masa incisional tras una cesárea debe hacernos pensar en un posible endometrioma, y las dudas quedan despejadas si ésta se presenta como una masa con dolor cíclico. Si el diagnóstico está basado en la clínica no requiere más estudios antes de la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nirula R, Greaney GC. Incisional endometriosis: an underappreciated diagnosis in general surgery. *J Am Coll Surg.* 2000;190:404-7.
2. Seydel As, Sickel JZ, Warner ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg.* 1996;171:239-41.
3. Gordon CW, Singh KB. Cesarean scar endometriosis: a review. *Obstet Gynecol Surv.* 1989;42:89-95.
4. Ridley JH, Edwards K. Experimental endometriosis in the human. *Am J Obstet Gynecol.* 1958;76:783-9.
5. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg.* 2003;185:596-8.
6. Griffin JB, Betsill WL. Subcutaneous endometriosis diagnosed by fine needle aspiration cytology. *Acta Cytol.* 1985;29:584-8.
7. Purvis RS, Trying SK. Cutaneous and subcutaneous endometriosis, surgical and hormonal therapy. *J Dermatol Surg Oncol.* 1994;20:693-5.
8. Wasfie T, Gómez E, Seon S, Zado B. Abdominal wall endometrioma after cesarean section: a preventable complication. *Int Surg.* 2002;87:175-7.