

M. Gómez^a
E. Recio^a
J. Elizalde^b
C. Emparan^c

Endometriosis sobre cicatriz de episiotomía y cesárea previa: 2 casos clínicos

99

^aUnidad de Ginecología y Obstetricia. Fundación Hospital de Calahorra. La Rioja. ^bUnidad de Anatomía Patológica. Fundación Hospital de Calahorra. La Rioja. ^cUnidad de Cirugía General y Aparato Digestivo. Fundación Hospital de Calahorra. La Rioja. España.

Correspondencia:

Dra. M. Gómez Iglesias.
Unidad de Ginecología y Obstetricia.
Fundación Hospital de Calahorra.
Ctra. de Logroño, s/n.
26500 La Rioja. España.
Correo electrónico: magomez@fhcalahorra.com

Fecha de recepción: 8/1/03
Aceptado para su publicación: 7/1/04

*Endometriosis in a surgical
scar after prior episiotomy
and cesarean section.*

Two case reports

RESUMEN

La endometriosis localizada en tejido cicatrizal tras cirugía pélvica del aparato genital, se presenta como una lesión nodular acompañada de dolor cíclico catamenial en el área cicatrizal, y no se asocia de forma habitual a endometriosis genital.

Presentamos 2 casos de endometriosis localizada en tejido cicatrizal tras intervenciones obstétricas (episiotomía y cesárea, respectivamente) diagnosticados en nuestro hospital.

El diagnóstico, basado en la sospecha clínica, fue histológico tras biopsia-exéresis de la lesión que resultó terapéutica, y las mujeres presentaron remisión completa de la sintomatología. En ambos casos, se asoció tratamiento hormonal postoperatorio, aunque su eficacia está discutida.

PALABRAS CLAVE

Endometriosis. Episiotomía. Cesárea. Cicatriz.

ABSTRACT

Endometriosis located in a surgical scar after pelvic genital surgery presents as a nodular lesion with cyclic pain, not always associated with genital endometriosis.

We report two cases of scar endometriosis after obstetric surgery (episiotomy and caesarean section) diagnosed in our hospital.

The diagnosis, based on clinical suspicion, was histological after surgical excision of the node. Both women presented complete remission of symptoms. In both cases, postoperative hormone therapy was provided, although its effectiveness is debated.

KEY WORDS

Endometriosis. Episiotomy. Cesarean section. Scar.

100 INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como toda localización ectópica de tejido endometrial que responde al estímulo hormonal. Esta patología afecta al 8-15% de las mujeres en edad fértil¹. El endometrioma, una masa de células endometriales localizadas en una cicatriz quirúrgica y que presenta clínica de forma catamenial, es una entidad rara, especialmente tras intervenciones obstétricas, bien en localización perineal (tras episiotomía), como después de intervención de cesárea (0,03-0,4%)².

La presentación clínica está caracterizada por la presencia de un nódulo doloroso de forma cíclica, debido al sangrado dentro de la lesión³.

El diagnóstico, basado en la historia clínica, no suele confirmarse por las pruebas de diagnóstico de imagen, como la ecografía, ni punción-aspiración con aguja para citología, pues ambas presentan poca rentabilidad diagnóstica. Así pues, el diagnóstico definitivo se realiza tras la exéresis quirúrgica mediante el estudio histopatológico.

La escisión quirúrgica radical, que incluye fascia y/o piel adyacente es, sin duda alguna, el tratamiento de elección, ya que cumple al tiempo una doble finalidad, diagnóstica y terapéutica.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos 2 pacientes en edad fértil, que acudieron a nuestra consulta por presentar un nódulo de consistencia dura, doloroso cíclicamente, relacionado con antecedente de intervención obstétrica, y que no presentaban dismenorrea previa.

En ninguna de las 2 pacientes se apreciaron signos ecográficos de endometriosis pélvica, tras realizarse ultrasonido transvaginal.

La ecografía de superficie del nódulo no resultó diagnóstica en ninguno de los casos; pues sólo realizó un diagnóstico de aproximación entre granuloma, hematoma, absceso o tumor de partes blandas.

Tanto el examen macroscópico intraoperatorio como el posterior análisis microscópico de la pieza, confirmaron la presencia de células endometriales sobre el tejido cicatrizal.

La clínica de dolor catamenial desapareció tras la exéresis radical del nódulo.

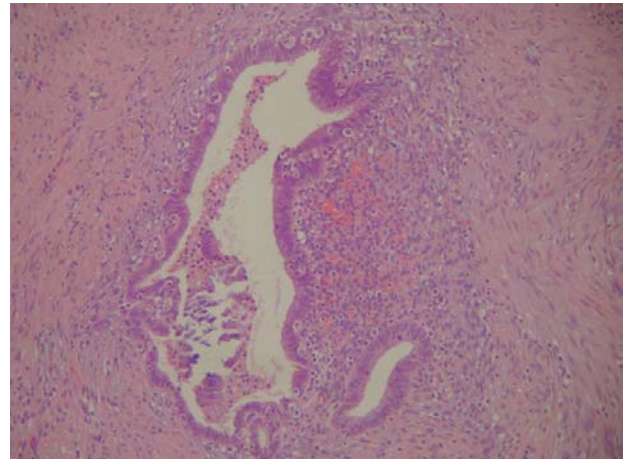


Figura 1. Examen histológico de nódulo de pared abdominal. Se aprecian elementos glandulares y estroma endometriales sobre tejido conjuntivo fibroso (HE, 12).

En ambos casos se realizó de forma postoperatoria tratamiento hormonal coadyuvante durante 1 año, y 2 años después se encontraban asintomáticas.

Caso 1

Paciente de 31 años de edad, que consultó por dolor de tipo catamenial en zona perianal derecha bajo cicatriz de episiotomía de varias semanas de evolución, presentaba una agudización progresiva en las 2 semanas previas a la consulta.

No presentaba antecedentes personales ni ginecológicos de interés, salvo parto eutócico con episiotomía lateral derecha 3 años antes.

A la exploración física, la paciente presentó induración dolorosa de aproximadamente 2-2 cm en la zona distal de la cicatriz de episiotomía, que no mejoraba tras tratamiento antiinflamatorio ni antibiótico. Se realizó punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de la lesión, que resultó negativa.

En la ecografía transvaginal, se observó útero y ovarios normales. Las ecografías de partes blandas y transrectal no mostraron hallazgos concluyentes.

Al sospecharse clínicamente como posibilidad diagnóstica quiste de inclusión a cuerpo extraño sobre cicatriz de episiotomía, se indicó exéresis de la zona indurada, y se extirpó una lesión que ocupaba desde la fosa isquiorrectal hasta la cara lateral derecha vaginal, respetando el esfínter anal.

El diagnóstico anatomopatológico del nódulo extraído fue de nódulo endometriósico. Tras la intervención quirúrgica, se inició tratamiento con análogos de Gn-Rh (acetato de triptorelina 11,25) 2 inyecciones trimestrales asociado a terapia combinada (gestodeno 0,060 mg + etinilestradiol 0,015 mg) durante 1 año.

En el momento actual, y pasados 2 años del tratamiento quirúrgico, la paciente se mantiene asintomática.

Caso 2

Paciente de 35 años de edad, que consultó por dolor abdominal de 2 semanas de evolución, localizado en fosa ilíaca izquierda. El dolor era periódico, y presentaba exacerbación premenstrual y mejoraba paulatinamente tras la regla.

La paciente no tenía antecedentes patológicos de interés. Antecedente obstétrico: 2 cesáreas (última hacía 7 años).

A la exploración se palpaba un nódulo subcutáneo de aproximadamente 4 cm de diámetro, de consistencia dura y adherido a planos profundos, en zona pararectal izquierda, próxima a cicatriz de cesárea previa.

En la ecografía abdominal de partes blandas se visualizó un nódulo de 2 cm de diámetro de ecogenicidad mixta, con zonas hiperecogénicas en su interior; en la ecografía vaginal se descartó patología anexial.

Con estos hallazgos se indicó una exéresis radical del nódulo, se extirpó musculatura y fascia de la vaina de los rectos anteriores, con un margen de 4 cm sobre el nódulo extirpado, y el defecto se reparó con una malla de polipropileno preperitoneal.

El resultado de anatomía patológica fue de endometriosis sobre tejido cicatrizal (fig. 1).

Con este diagnóstico anatomopatológico de nódulo endometriósico se instauró la misma pauta de tratamiento hormonal que en la paciente anterior.

La paciente se mantiene asintomática 2 años después.

DISCUSIÓN

La endometriosis sobre cicatriz puede desarrollarse tras cirugía pélvica, como cesárea, ligadura tubárica, histerotomía e hysterectomía. Así, como tras partos vaginales con o sin instrumentación.

El antecedente de cirugía ginecológica u obstétrica nos debe hacer sospechar esta patología y realizar un diagnóstico, así como tratamiento apropiado⁴.

La historia clínica es fundamental para el diagnóstico, incluido el antecedente de cirugía o manipulación uterina previa (en mujeres en las que se preserva la función ovárica); así como la naturaleza cíclica de las molestias y la presencia de una masa palpable con o sin cambios de coloración de la piel.

El valor diagnóstico de la PAAF o la ecografía está en controversia, y esta última tendría utilidad para delimitar la extensión de la lesión, como en el caso de la ecografía transrectal en el nódulo sobre episiotomía para evaluar el grado de afectación del esfínter anal⁵.

El tratamiento de elección es la escisión completa de la lesión.

El tratamiento hormonal aislado (análogos de la Gn-Rh [leuprolide, triptorelina, etc.]) en este tipo de lesiones no ha demostrado eficacia de cara a reducir el tamaño de la lesión, aunque sí se relaciona con una mejoría clínica transitoria^{6,7}.

Además, se han descrito casos de degeneración maligna de estos endometriomas sobre cicatriz, con más frecuencia a carcinoma endometrioide y, en raras ocasiones, a carcinoma de células claras⁸.

En nuestras pacientes, se asoció tratamiento hormonal, con análogos de Gn-Rh, con un anticonceptivo de baja dosis para aliviar efectos secundarios tras cirugía escisional, como profilaxis de recidiva de implantes tumorales⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rulli F, Pacella A. Endometriosis of the abdominal wall. *Acta Biomed Ateneo Parmense* 1998;69:139-43.
2. Firilas A, Soi A, Max M. Abdominal incisión endometriomas. *Am Surg* 1994;60:259-61.
3. Capanna A, Caioni L, Basile M, Tempesti M, Ieraci A, Russo A. Endometriosis of the abdominal wall. A report of a case secondary to cesarean section. *G Chir* 1995;16:352-6.
4. Liang CC, Liou B, Tsai CC, Chen TC, Soong YK. Scar endometriosis. *Int Surg* 1998;83:69-71.
5. Hernández-Magro PM, Villanueva Sáenz E, Álvarez-Tostado Fernández F, Rocha Ramírez JL, Valdés Ovalle M. Endoanal sonography in the assessment of perineal endometriosis with external anal sphincter involvement. *J Clin Ultrasound* 2002;30:245-8.
6. Rivlin ME, Das SK, Patel RB, Meeks GR. Leuprolide acetate in the management of cesarean scar endometriosis. *Obstet Gynecol* 1995;85:838-9.
7. Lamblin G, Mathevet P, Buenerd A. Parietal endometriosis in abdominal scars. Report of 3 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (París)* 1999;28:271-4.
8. Gómez Iglesias M, Salas Vailén JS, Urueña González J, Martínez López P, Redondo Fonseca S, Moreira Gómez Y. Endometriosis intestinal: a propósito de un caso. *Acta Ginecológica* 1998;LV:35-8.
9. Purvis RS, Tyring SK. Cutaneous and subcutaneous endometriosis. Surgical and hormonal therapy. *Dermatol Surg Oncol* 1994;20:693-5.