

352 **Míriam Pérez Cruz**
Eduardo González Bosquet
Patricia Ferrer Aguilar
Marta Castellarnau Visús
Anna Blázquez Ventura
Josep Maria Lailla Vicens

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. España.

Correspondencia:

Dra. M. Pérez Cruz.
Avda. República Argentina, 162, 4.º 2.ª.
08023 Barcelona. España.

Fecha de recepción: 19/11/2007.

Aceptado para su publicación: 9/7/2008.

Tratamiento con análogos de la GnRH en la endometriosis de la pared abdominal

Use of GnRH analogues in the treatment of abdominal wall endometriosis

RESUMEN

La endometriosis de pared abdominal es inusual y prácticamente siempre se presenta adyacente a las incisiones quirúrgicas por procesos invasivos previos de la cavidad abdominal, con una incidencia máxima del 0,03-0,4% poscesárea y un intervalo de aparición después de la cirugía de 1 a 20 años en la mayoría de los casos.

Se presenta como una masa o nódulo relacionado con la cicatriz, que suele asociarse a dolor cíclico. El diagnóstico definitivo es histológico, mediante ecografía, tomografía computarizada y punción-aspiración con aguja fina como métodos complementarios.

El tratamiento de elección consiste en la extirpación quirúrgica de piel, tejido adiposo, músculo y peritoneo con una recuperación cercana al 100%; se considera útil el tratamiento adyuvante con análogos de la hormona liberadora de gonadotropina, ya que reducen el tamaño de la tumoración, facilitando que la exéresis de la fascia afectada no sea tan amplia y así evitar la necesidad del uso de mallas.

Presentamos un caso clínico de una mujer de 34 años que, después de una segunda cesárea y con antecedente de endometriosis intrapélvica, fue diagnosticada de endometrioma sobre la incisión de Pfannestiel. Discutimos la sintomatología, el diagnóstico y el tratamiento de esta afección.

PALABRAS CLAVE

Endometriosis. Tratamiento. Análogos de GnRH.

ABSTRACT

Abdominal wall endometriosis is uncommon and is almost always adjacent to surgical scars at the site of previous abdominal operations. The maximum incidence is 0.03-0.4% in patients with previous cesarean section. The interval between the procedure and symptom onset is usually 1 to 20 years.

The clinical presentation of the disease is a palpable mass near surgical scars, usually associated with cyclic pain. The hallmark in the diagnosis of endometriosis is histology. Ultrasonographic examination, computed tomography and fine-needle aspiration biopsy can be helpful.

The treatment of choice is wide local excision with a recovery rate of nearly 100%. Adjuvant treatment with GnRH analogues is used to reduce the size of the mass, thus facilitating fascial excision to avoid synthetic mesh placement.

We present a case of cutaneous scar endometriosis occurring in the site of a second cesarean section scar in a 34-year-old woman with a prior history of intrapelvic endometriosis. The clinical findings,

diagnosis and treatment of this disease are discussed.

KEY WORDS

Endometriosis. Treatment. GnRH analogues.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una afección ginecológica frecuente en la edad reproductiva, con una incidencia del 15%; la endometriosis en la pared abdominal, con una incidencia del 0,03 al 0,4%, es una situación clínica poco frecuente.

Presentamos el caso de un endometrioma de la pared abdominal poscesárea, que fue diagnosticado histológicamente y tratado con exéresis quirúrgica y tratamiento complementario con análogos de la de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). Discutimos la clínica, el diagnóstico y el tratamiento.

CASO CLÍNICO

Mujer de 34 años que presentaba tumoración sobre una incisión tipo Pfannestiel que se manifestaba con dolor cíclico. Como antecedentes ginecológico-obstétricos de interés, presentaba laparoscopia exploradora por esterilidad primaria, con diagnóstico de endometriosis de grado II y cromopertubación bilateral positiva, 2 cesáreas anteriores con incisión de Pfannestiel, la última un año antes de la consulta. En la exploración física destacaba una tumoración de 2 × 2 cm sobre la incisión, dura y adherida a la fascia, orientándose como granuloma por cuerpo extraño, por lo que se realizó la extirpación quirúrgica incluyendo parte de la fascia abdominal. El resultado histológico de la pieza quirúrgica fue de endometrioma. Un mes más tarde, en la exploración física se observó una zona indurada al mismo nivel de la cicatriz de la resección, por lo que se decidió iniciar tratamiento con análogos de la GnRH; se observó, en la clínica y mediante ecografía, una disminución del tamaño a los 3 meses; la duración total del tratamiento fue de 5 meses. Según el protocolo, se programó la exéresis del nódulo del endometrio-

ma de la fascia, con resultado histológico de granuloma. Dos meses más tarde, la paciente presentó una tumoración en la incisión de 2 × 0,5 cm, que se diagnosticó como fibrosis posquirúrgica.

DISCUSIÓN

La endometriosis consiste en la implantación ectópica de tejido endometrial uterino fuera de esta cavidad, normalmente a nivel intrapélvico. La afectación extrapélvica es infrecuente, más habitual después de operaciones de útero o de trompas de Falopio, con una incidencia máxima del 0,03-0,4% poscesárea¹.

La media de edad de aparición es a los 28,4 años (rango 18-38 años)², como ocurre en nuestro caso, y el intervalo entre la cirugía y la aparición de los síntomas es de 1 a 20 años; en el caso presentado es de 1 año.

Los síntomas del endometrioma consisten en una masa o nódulo relacionado con la cicatriz de la cirugía, asociado frecuentemente a dolor en la incisión, que puede ser cíclico, aumentando durante la menstruación, y con un aspecto marrón oscuro de la piel de la zona. Esta clínica en una mujer con cirugía previa ginecológica u obstétrica y en edad fértil, como en nuestro caso, se considerará prácticamente patognomónica para el diagnóstico.

El diagnóstico es histológico después de la exéresis de la tumoración. Existen múltiples procedimientos diagnósticos, la mayor parte son métodos radiológicos no invasivos. La utilidad de la ecografía es controvertida, útil para determinar si la masa es quística o sólida. Se puede observar la irregularidad de los márgenes, altamente espiculados e infiltrantes de los tejidos adyacentes, así como un anillo ecogénico que a veces rodea todo el nódulo, que se considera una expresión de la inflamación periférica como consecuencia de las hemorragias cíclicas³. No obstante, la apariencia ecográfica del endometrioma no se considera específica. Las imágenes obtenidas mediante tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM) no suelen dar un diagnóstico preoperatorio⁴ y son más útiles para el diagnóstico diferencial y de extensión. La aspiración con aguja fina se ha demostrado útil en algunos estudios para confirmar el diagnóstico⁵, incluso algunos autores la consideran patognomónica si da positiva (si bien su

354 negatividad no la descarta), pero existen dudas acerca del aumento del riesgo de la recurrencia como complicación⁶.

El diagnóstico preoperatorio correcto se consigue en el 20-50% de las pacientes. Cuando no es así, la endometriosis incisional se puede confundir con otras complicaciones postoperatorias, como hernia, granuloma de sutura (que fue el diagnóstico inicial en el caso que presentamos), la fibrosis de la cicatriz, absceso, neuroma traumático, hematoma, tejido neoplásico o incluso carcinoma metastásico⁷.

La exéresis quirúrgica local es el tratamiento de elección para la endometriosis incisional. Una exéresis amplia, con un margen de 1 cm, se considera el tratamiento de elección para evitar la recurrencia de la lesión. En nuestro caso, el diagnóstico erróneo inicial de granuloma nos llevó a realizar una exéresis limitada, por lo que se produjo una recidiva en poco tiempo. Muchas veces estas lesiones están densamente adheridas a la fascia abdominal y es necesaria la resección parcial de la fascia, valorando posteriormente la necesidad de usar mallas para su reconstrucción. Los resultados muestran que el tamaño y la extensión de la masa son los únicos factores estadísticos pronósticos, por lo que las lesiones de más de 4-5 cm, o con márgenes positivos, se deberían seguir de cerca. En el caso de recurrencia, se debe volver a operar.

El tratamiento médico se ha aplicado, comprobándose un alivio temporal de los síntomas e importantes efectos adversos. Se han observado escasos

resultados con danazol, leuprolida, análogos de la GnRH y progesterona, pero la recurrencia es común al cesar la terapia⁸. En nuestro caso, se aplicó la terapia con análogos de GnRH, con alivio de los síntomas y reducción de la tumoración. Consideramos que su aplicación es útil en este sentido, ya que facilita la exéresis posterior y la necesidad de uso de mallas para la reconstrucción de la fascia.

En las pacientes con endometriosis incisional es importante preguntarles sobre síntomas asociados a la endometriosis pélvica, antecedente que presentaba nuestra paciente, pues su incidencia concomitante es del 14 al 26%⁹, por lo que es necesario el seguimiento ginecológico posterior.

CONCLUSIONES

La endometriosis abdominal es una enfermedad poco frecuente que, en la mayoría de los casos, aparece en mujeres con intervenciones quirúrgicas abdominales previas, y es más frecuente después de la cesárea. En nuestro caso, la paciente presentó endometriosis intrapélvica concomitante.

El diagnóstico definitivo es el histológico; en ocasiones es útil la punción-aspiración con aguja fina.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica amplia del endometrioma; destaca la utilidad del tratamiento adyuvante con análogos de la GnRH para reducir el tamaño y facilitar una escisión más limitada que permita cerrar fascia sin el uso de mallas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sing KK, Lessells AM, Adam DJ, Jordan C, Miles WF, Macintyre IM, et al. Presentation of endometriosis to general surgeons: A 10 year experience. *Br J Surg*. 1995;82:1349-51.
2. Healy JT, Wilkinson NW, Sawyer M. Abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract: A case report. *Am Surg*. 1995;61:962-3.
3. Giampiero F. Sonographic features of abdominal wall endometrioma. *AJR*. 2006;187:127-30.
4. Aydin O. Scar endometriosis-a gynaecologic pathology often presented to the general surgeon rather than gynaecologist: report of two cases. *Langenbecks Arch Surg*. 2007;392:105-9.
5. Pathan SK, Kapila K, Haji BE, Mallik MK, Al-Ansary TA, George SS. Cytomorphological spectrum in scar endometriosis: a study of 8 cases. *Cytopathology*. 2005;16:94-9.
6. Matthes G, Zabel DD, Nastala CL, Shestak KC. Endometrioma of the abdominal wall following combined abdominoplasty and hysterectomy: a case report and review of the literature. *Ann Plast Surg*. 1998;40:672-5.
7. Sevdal AS, Sickel SJ, Warner ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg*. 1993;177:243-6.
8. Gunes M, Kayikcioglu F, Ozturkoglu E, Haberal A. Incisional endometriosis after caesarean section, episiotomy and other gynaecologic procedures. *J Obstet Gynaecol Res*. 2005;31:471-5.
9. Nirula R, Greaney GC. Incisional endometriosis: an underappreciated diagnosis in general surgery. *J Am Coll Surg*. 2000;190:404-7.