

Endometriosis de pared abdominal

N. Fontanillas Garmilla^a, A. González Santamaría^a, Á. Peña Irún^a y R. Fernández Santiago^b

^aMédico de Familia. Hospital Comarcal Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. Burgos.

^bServicio de Cirugía General. Hospital Comarcal Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. Burgos.

La endometriosis es una enfermedad caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. La localización en la pared abdominal de una endometriosis (endometrioma) es una patología muy poco frecuente y puede simular otro tipo de tumoraciones.

Presentamos el caso de una paciente que consulta por nódulo doloroso en pared abdominal cercano a la cicatriz de cesárea.

Palabras clave: endometriosis extrapélvica, endometrioma.

Endometriosis is a disease characterized by the presence of endometrial tissue outside of the uterine cavity. Abdominal wall localization of an endometriosis (endometrioma) is an unusual disease that may simulate other types of nodules.

We report the case of a female patient who consults due to a painful abdominal wall mass near a cesarean scar.

Key words: extrapelvic endometriosis, endometrioma.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es el crecimiento anormal de tejido endometrial funcionante fuera de su ubicación habitual. La localización intrapélvica de endometriosis es relativamente frecuente, 8-15%¹ de mujeres en edad fértil, sin embargo la localización extrapélvica es una rara entidad.

La endometriosis de pared abdominal (endometrioma) suele localizarse en cicatrices laparotómicas y perineales tras intervenciones quirúrgicas ginecológicas u obstétricas. Su prevalencia varía entre 0,03-1%².

CASO CLÍNICO

Acude a la consulta de Atención Primaria una paciente de 37 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de cesárea. Resto de antecedentes personales sin interés.

Desde hace 3 meses presenta nódulo doloroso abdominal que aumenta de tamaño coincidiendo con la menstruación. En la exploración física, próximo a la cicatriz de la cesárea, se aprecia nódulo doloroso a la palpación, de consistencia dura, de aproximadamente 3 cm de diámetro.

Se solicita ecografía de pared abdominal observándose imagen nodular, sólida, heterogénea, de predominio hipoecoico, con márgenes irregulares, anterior a planos musculares, localizada en área inguinal derecha, de 18,7

× 13 × 23,7 mm. No se aprecia vascularización en su interior.

Se remite a cirugía para diagnóstico definitivo y tratamiento.

Desde Cirugía General se realiza la exéresis de la tumoración resultando el informe de anatomía patológica como endometriosis y diagnosticando de endometrioma.

DISCUSIÓN

Entre el 0,03-0,4% de las incisiones abdominales por cesárea acaba desarrollando el crecimiento de endometriomas³.

Su patogenia es controvertida⁴, siendo dos teorías las más aceptadas: la primera consiste en el transporte y depósito de células endometriales por regurgitación a través de las trompas de Falopio, por diseminación vascular o linfática o por implante directo en la cicatriz tras la apertura uterina; la segunda se basa en fenómenos de metaplasia en células con capacidad multipotencial localizadas fuera del tracto uterino, las cuales experimentarían, bajo estímulos específicos, una transformación endometriósica.

Se suele presentar como una masa palpable de tamaño variable y dolorosa de forma cíclica, en relación con el ciclo menstrual, pudiendo empeorar con los esfuerzos físicos y la tos, simulando patología herniaria. En el periodo premenstrual puede ser doloroso y presentar aumento de tamaño, y durante la menstruación, dar salida a secreciones o hemorragia⁵.

Desde la consulta de Atención Primaria podemos realizar un diagnóstico de presunción con una buena anamnesis y exploración física.

Correspondencia: N. Fontanillas Garmilla.
Av. Ingenieros del MOPU, 1 A, 3.º D.
26200 Haro. La Rioja.
Correo electrónico: noefont@ono.com

Trabajo recibido el 25-08-06; aceptado para su publicación el 15-11-06.

La ecografía abdominal es útil para hacer un diagnóstico diferencial con otras entidades como granuloma, neuroma, linfadenopatía, hematoma, absceso, quiste subcutáneo, hernia y neoplasias, especialmente cuando no aparecen los síntomas característicos².

El diagnóstico de certeza lo dará el estudio histopatológico.

Como tratamiento se puede utilizar la hormonoterapia con danazol o progestágenos, aunque no suele ser eficaz y tiene mayores efectos secundarios. El tratamiento definitivo es la extirpación quirúrgica completa del endometrioma⁶, por lo que se deberá derivar a Cirugía General. No es recomendable la exéresis a nivel de Atención Primaria por las posibles complicaciones que se pueden derivar, como el sangrado profuso, la profundidad de la lesión y la infiltración de planos profundos.

La recidiva local tras una adecuada extirpación es infrecuente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wheeler JM. Epidemiology of endometriosis associated infertility. *J Reprod Med.* 1989;34:41-6.
2. Francica G, Giardinello C, Angelone G, Cristiano S, Finelli R, Tramontano G. Abdominal wall endometriomas near cesarean delivery scars. *J Ultrasound Med.* 2003;22:1041-7.
3. Chatterjee SK. Scar endometriosis: a clinicopathologic study of 17 cases. *Obstet Gynecol.* 1980;56:81-4.
4. Villalta J, Custardoy A, Carrasquer JA, Pujala M, Gambó P. Endometriosis en la cicatriz de una cesárea. *Cir Esp.* 2006;79:313-5.
5. Parra PA, Caro J, Torres G, Malagón FJ, Tomás F. Endometriosis primaria de pared abdominal, una enfermedad que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones de la pared abdominal. *Cir Esp.* 2006;79:64-6.
6. Purvis RS, Tying SK. Cutaneous and subcutaneous endometriosis. Surgical and hormonal therapy. *Dermatol Surg.* 1995;21:737.