

Endometriomas de la pared abdominal. Revisión de una serie de 17 casos

V. González-Santin^a, J. Robres^a, N. Farreras^a, L. Ortiz de Zárate^a, C. Buqueras, E. Bachs^b y J. Flores^c

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General de L'Hospitalet. Barcelona. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General de L'Hospitalet. Barcelona. España.

^cServicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de L'Hospitalet. Barcelona. España.

ABSTRACT

Background: Endometriosis is defined as the presence of endometrial glands and stroma outside the uterus. This finding occurs in 3 to 15% of women of reproductive age, and is most frequently located in the abdominal cavity. Occasionally, endometriosis is present as a painful mass in the abdominal wall, near a surgical scar, or in the umbilical or inguinal area. The aim of the present study was to review the incidence, location, symptoms and treatment of abdominal wall endometriomas in our center.

Patients and methods: Prompted by a new case of endometrioma arising from a Pfannenstiel scar, we reviewed 17 cases of abdominal wall endometrioma (AWE) diagnosed since 1990. Symptoms, location, clinical findings, and the various etiopathogenic theories were analyzed.

Results: Since 1990, 17 patients with AWE underwent surgery. Two endometriomas were located in the umbilical area, 4 in the inguinal region, and 11 arose from surgical scar sites from prior gynecological or obstetric surgery. Most of the tumors were incidental findings during surgical procedures. Preoperative diagnosis with computed tomography (CT) scan was made in 4 patients. Treatment was wide surgical excision. All patients were subsequently referred to the gynecology service for follow-up and further treatment.

Conclusions: Although AWE are uncommon, these tumors should be suspected in women of reproductive age with any mass in the inguinal or umbilical region, or near a gynecologic or obstetric scar. Abdominal CT scanning and fine-needle biopsy may confirm the diagnosis. Treatment consists of surgical excision.

INTRODUCCIÓN

Se define como endometriosis al tejido endometrial ectópico (glándulas y estroma) que responde al estímulo hormonal ovárico. Fue en 1899 cuando se describió por primera vez la presencia de tejido endometrial en un ovario; desde entonces se han identificado diversos sitios de tejido endometrial ectópico. Su frecuencia oscila entre el 3 y 15% de mujeres en edad fértil. La localización más frecuente es en el interior de la cavidad peritoneal (ovarios 44% y tabique rectovaginal 34%)¹. Las formas extraperitoneales de endometriosis son infrecuentes, pero ocasionalmente puede presentarse en forma de tumor circunscrito que se denomina endometrioma o granuloma endometriósico sobre la pared abdominal. A pesar de que la endometriosis de la cicatriz quirúrgica ocurre con mayor frecuencia después de una cirugía de útero o de trompas de Falopio, este fenómeno también se ha presentado con posterioridad a apendicectomías y plastias inguinales. La prevalencia de endometriomas localizados en la cicatriz abdominal después de una intervención de cesárea se ha informado entre 0,1 y 0,4%². En el siguiente trabajo se revisa la incidencia de endometriomas de pared abdominal, su localización, clínica y tratamiento. Asimismo, se establece la correlación diagnóstica pre y posquirúrgica del endometrioma de pared abdominal.

Se han propuesto 3 teorías para explicar la patogenia de la endometriosis³. La *teoría metastásica* por la cual la mucosa endometrial alcanza una localización extrauterina ectópica por varias vías de transporte: transtubárica, celómica, linfática, sanguínea o iatrogénica. La vía iatrogénica, debida al transporte de tejido endometrial con el material quirúrgico cuando se trata de intervenciones ginecológicas uterinas, explica la endometriosis en cicatrices quirúrgicas, bien sea en la pared abdominal o en episiotomías tras legrado posparto. La *teoría metaplásica*, por la que el tejido endometrial ectópico se origina directamente por meta-

 Aceptado para su publicación el 10 de julio de 2007.

plasia de un tejido con capacidad de transformación a diferentes líneas tisulares. Finalmente, la *teoría inmunológica* que explica que en pacientes con endometriosis hay un número disminuido de linfocitos T mediadores de la citotoxicidad frente a células endometriales autólogas y un descenso en la capacidad de respuesta linfocitaria contra antígenos endometriales. Algunos estudios atribuyen a los estrógenos un papel etiológico en el desarrollo de la endometriosis, pues esta patología es casi exclusiva de mujeres en edad reproductiva y los casos asociados a disgenesia gonadal o en varones están relacionados con el uso de estrógenos exógenos.

PACIENTES Y MÉTODOS

A partir de un nuevo caso de endometrioma, originado en una cicatriz de Pfannenstiel, se revisan 17 casos de endometrioma de pared abdominal diagnosticados en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de Hospitalet en el período comprendido entre 1990 y 2004. Se han analizado su forma de presentación y características clínicas considerando la edad de las pacientes, el tiempo de evolución, los síntomas de presentación, los antecedentes ginecológicos u obstétricos, la localización, la técnica quirúrgica y el diagnóstico preoperatorio realizado.

RESULTADOS

Desde 1990 se han intervenido en nuestro servicio de cirugía 17 casos de endometriomas de pared abdominal. La edad media de las pacientes es de 33 años (rango, 22-48). La localización más frecuente es sobre cicatrices de intervenciones quirúrgicas previas. En esta serie de 9 pacientes, 7 fueron sobre cicatriz de cesárea, 1 sobre cicatriz de cirugía anexial y 1 paciente sobre cicatriz de apendicectomía. En 2 casos se presentaron como tumoración de partes blandas y se localizaron en el recto anterior del abdomen y, en otra paciente, la localización fue subcutánea. Dos pacientes presentaron tumoración umbilical y 4 en la región inguinal; en estos casos se estableció un diagnóstico preoperatorio incorrecto ya que habían sido diagnosticadas de hernia en 4 casos, granuloma de herida en 1 caso y onfalitis en otro debido a que la paciente explicaba claros síntomas supurativos a través de la tumoración. Sólo 5 pacientes relacionaban la presencia de síntomas con la fase del ciclo menstrual. El tiempo promedio transcurrido entre la última cirugía y el inicio de la presentación de los síntomas fue de 21,28 meses. Ninguna paciente presentó patología neoplásica asociada. En la mayoría de los casos se trató de un

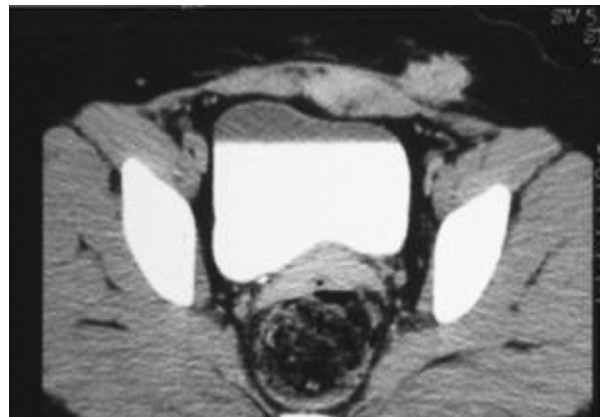


Fig. 1. Tomografía computarizada abdominal que muestra imágenes de endometriomas de pared abdominal con su espiculación característica.

hallazgo casual durante la intervención quirúrgica y en 4 casos se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal con anterioridad al tratamiento quirúrgico (fig. 1). El tratamiento consistió en todos los casos en una exéresis amplia de la lesión (fig. 2). Posteriormente todas las pacientes fueron derivadas al servicio de ginecología para completar su estudio y completar el tratamiento con análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas. En el estudio de coexistencia de la enfermedad pélvica se detectaron focos de endometriosis en 3 pacientes y en una de ellas apareció una de las complicaciones más temidas de la endometriosis: la esterilidad.

DISCUSIÓN

La manifestación clínica más frecuente que presentan las pacientes afectadas de endometriosis de la pared abdominal es una masa dura o tumoración palpa-

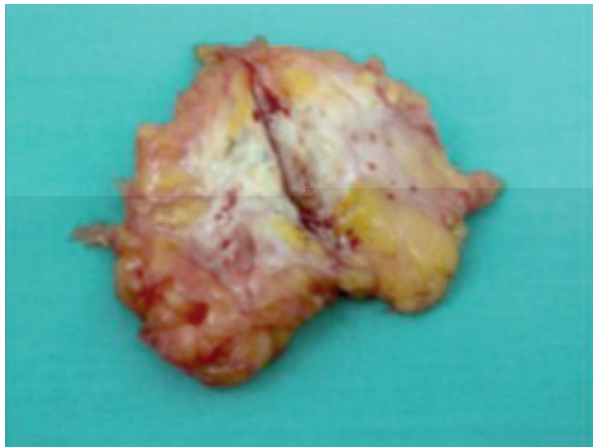


Fig. 2. Visión macroscópica de pieza de resección quirúrgica (endometrioma de pared abdominal sobre cicatriz de Pfannenstiel).

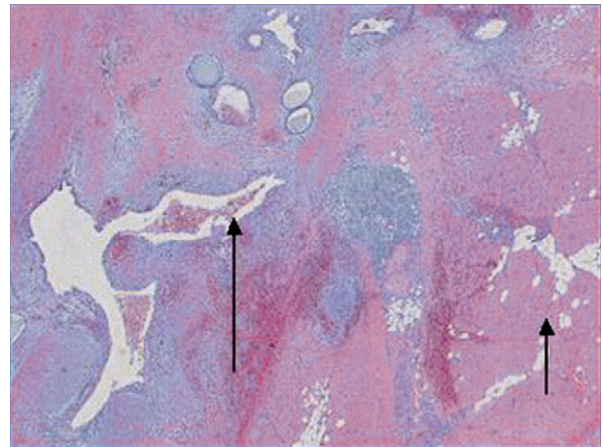


Fig. 3. Visión anatomopatológica de endometrioma umbilical que muestra características de lesión endometriósica activa (flecha negra) con actividad mitótica elevada y presencia de hemosiderófagos.

ble en la pared abdominal en la proximidad de la cicatriz quirúrgica de la laparotomía por cesárea⁴. A menudo los síntomas suelen ser de carácter cíclico, habitualmente cursan con dolor o aumento del volumen de la tumoración durante la menstruación debido a las hemorragias tisulares producidas en el momento del sangrado menstrual. La tumoración de la pared abdominal se vuelve enrojecida y tumefacta en ocasiones, aunque los nódulos pueden ser demasiado profundos como para notar cambios de coloración a través de la piel; cuando son nódulos muy superficiales pueden observarse hemorragias o ulceraciones cíclicas y una coloración azulada en la piel como consecuencia de la hemorragia en los tejidos, sobre todo durante el período menstrual o premenstrual.

Esta tumefacción dolorosa puede empeorar con la tos, el esfuerzo o el ejercicio físico. Otras veces el dolor puede aparecer sólo ocasionalmente⁵.

En la mayoría de los casos, los endometriomas de la incisión quirúrgica se desarrollan después de intervenciones asociadas con el ingreso en la cavidad del útero y con el trasplante del endometrio normal⁶ y los primeros síntomas aparecen a partir de los primeros 6 meses posteriores a la intervención quirúrgica. No obstante, se pueden encontrar casos que ocurrieron a los 10 años, aunque en la mayoría de las pacientes se manifiestan alrededor de 1-2 años después de la operación.

El diagnóstico diferencial del endometrioma de pared abdominal incluye la hernia inguinal, la eventración, el hematoma, el granuloma, el absceso y el tumor, en función de si hay herida quirúrgica o se trata de una forma espontánea. La endometriosis del canal

inguinal es muy rara, y se relaciona con implantes de tejido endometrial en el ligamento redondo. El diagnóstico diferencial en estos casos se establece con la hernia inguinal, pero cuando se produce dolor inguinal en relación con el ciclo menstrual y la presencia casi constante de endometriosis intraperitoneal concomitante pueden orientar el diagnóstico correcto.

Desde el punto de vista histológico, en la mujer fértil los focos de endometriosis están constituidos por una o más glándulas revestidas por epitelio endometriode, rodeadas por un manto de células fusiformes, pequeñas, agrupadas densamente y con citoplasma escaso, típicas del estroma endometrial. Los vasos son pequeños y pueden estar congestivos. Sus epitelios están sometidos a cambios cíclicos aunque no en todos los casos (44 a 80%). En una misma paciente la imagen histológica de los distintos focos de endometriosis suele ser similar (figs. 3 y 4). Con la menstruación se producen hemorragias en el estroma y en las luces glandulares, con respuesta inflamatoria secundaria constituida fundamentalmente por histiocitos. Dichas células convierten la sangre extravasada en glucolípidos y pigmento marrón granular (células pseudoxantomatosas), reemplazando total o parcialmente el estroma endometriósico. La mayor parte del pigmento es hemofuscina: la hemosiderina es más escasa. También se identifican linfocitos y otras células inflamatorias en menor número.

Cuando la endometriosis se localiza en el músculo liso (ligamentos uterinos o intestino) provoca una proliferación reactiva marcada de dicho músculo, originando masas sólidas y duras con aspecto tumoral, al igual que ocurre en la adenomiosis uterina⁷. Las lesión

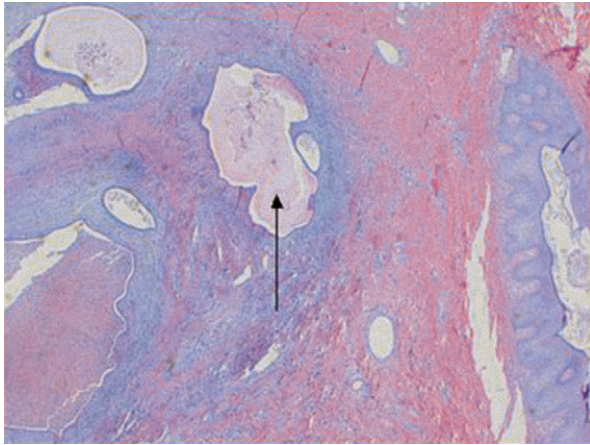


Fig. 4. Visión microscópica de endometriosis (endometrioma de recto anterior del abdomen) que muestra glándulas endometriales (flecha negra) y estroma junto con fibras de musculatura estriada (HE, $\times 400$).

nes evolucionadas se convierten ocasionalmente en nódulos necróticos pseudoxantomatosos que, macroscópicamente, se pueden confundir con una carcinomatosis miliar peritoneal. De manera anecdótica, se han descrito endometriosis asociadas a leiomiomatosis peritoneal, a implantes gliales de teratomas ováricos, y a nódulos de esplenosis. La endometriosis puede permear vasos y perineuros, sin que signifique transformación maligna.

Los tumores malignos que crecen a partir de endometriosis ocurren en aproximadamente un 0,3-0,8% de los casos de endometriosis ováricas. Sin embargo, la frecuencia de neoplasia sobre focos endometriósicos pélvicos no se conoce. El carcinoma endometriode es el tumor más frecuente que crece en endometriosis, y constituye casi el 70% de los casos. El carcinoma de células claras es el segundo tumor en frecuencia que se origina sobre endometriosis (14%). Otros son el cistoadenoma seroso ovárico de bajo potencial maligno, los tumores mucinosos benignos y malignos y los carcinomas de células escamosas. Sin embargo, no hay estudios definitivos acerca de la presencia de tumores malignos en los focos endometriósicos de pared abdominal⁸⁻¹⁰.

CONCLUSIÓN

En conclusión, la presencia de un nódulo en la pared abdominal en una mujer fértil (especialmente en los casos de localización cicatricial) o supuraciones crónicas inespecíficas, y una anamnesis correcta deben orientar hacia el diagnóstico de endometrioma (masa dolorosa o secreción en relación con el ciclo

menstrual); el estudio citológico del material obtenido mediante punción-aspiración con aguja fina dará el diagnóstico de certeza¹¹. La utilización de pruebas de imagen complementarias como la ecografía, la TC o la resonancia magnética es excepcional, y se reserva para casos de sospecha de hernias o eventraciones de pared.

La resección quirúrgica del tejido endometrial de la pared abdominal es el tratamiento de elección^{12,13}. Técnicamente, es importante la exéresis completa del endometrioma con margen de resección libre de tejido endometrial, así como evitar implantes intraoperatorios en los tejidos blandos.

Es muy importante realizar un buen estudio ginecológico posterior y tratamiento farmacológico mediante hormonoterapia. Debe realizarse el estudio de exclusión de la endometriosis pélvica intraperitoneal concomitante en casos de endometrioma extraperitoneal, ya que la frecuencia de asociación de ambas entidades oscila entre el 20-25% de las pacientes.

RESUMEN

Introducción: La endometriosis se caracteriza por la presencia de tejido endometrial fuera del cuerpo uterino. Su frecuencia oscila del 3 al 15% de las mujeres en edad fértil. La localización más habitual es la intraabdominal, pero puede presentarse en forma de nódulos dolorosos en la pared abdominal, cicatrices de intervenciones previas, fundamentalmente ginecológicas u obstétricas, o como nódulos inguinales o umbilicales. El objetivo del presente trabajo es revisar su incidencia, localización, clínica y tratamiento.

Pacientes y métodos: A partir de un nuevo caso de endometrioma, originado en una cicatriz de Pfannestiel, se revisan 17 casos diagnosticados desde 1990, analizando su forma de presentación y características clínicas, así como las diferentes teorías etiopatogénicas.

Resultados: Desde 1990 se han intervenido 17 casos de endometriomas de pared abdominal, 2 localizados a nivel umbilical, 4 en la región inguinal y 11 tumoraciones en cicatrices de intervenciones quirúrgicas previas, ginecológicas u obstétricas. En la mayoría de los casos se trató de un hallazgo casual dentro del acto quirúrgico y en 4 casos se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal previa al tratamiento quirúrgico. El tratamiento consistió en exéresis amplia de la lesión. Posteriormente todas las pacientes fueron derivadas al servicio de ginecología para completar su estudio y tratamiento.

Conclusiones: A pesar de que la incidencia de endometriomas de pared abdominal es baja, ante cualquier

nódulo de características anómalas en la región inguinal o umbilical, o tumoración sobre cicatriz ginecológica u obstétrica en una mujer de edad fértil, se ha de sospechar la presencia de un endometrioma. La TC abdominal y la punción-aspiración con aguja fina pueden ayudar al diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hilaris GE, Payne CK, Osias J, Cannon W, Nezhat CR. Synchronous rectovaginal, urinary bladder, and pulmonary endometriosis. *JSLs*. 2005;9:78-82.
2. Khammash MR, Omari AK, Gasaimh GR, Bani-Hani KE. Abdominal wall endometriosis. An overlooked diagnosis. *Saudi Med J*. 2003;24:523-5.
3. Witz CA. Current concepts in the pathogenesis of endometriosis. *Clin Obstet Gynecol*. 1999;42:566-85.
4. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, et al. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. *Br J Surg*. 1995;82:1349-51.
5. Martin JD, Hauck AE. Endometriosis in the male. *Am Surg*. 1985;51:426-30.
6. Wolf Y, Haddad R, Werbin N, Skornick Y, Kaplan O. Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall. *Am Surg*. 1996;62:1042-44.
7. Pathan SK, Kapila K, Haji BE, et al. Cytomorphological spectrum in scar endometriosis: a study of eight cases. *Cytopathology*. 2005;16:94-9.
8. Hitty IF, Glasberg SS, Lubicz S. Clear cell carcinoma arising in extraovarian endometriosis: report of three cases and review of the literature. *Gynecol Oncol*. 1990;39:314-20.
9. Pittaway DE. The use serial CA 125 concentrations to monitor endometriosis in infertile women. *Am J Obstet Gynecol*. 1990;163:1032-7.
10. Matter M, Schneider N, Mckee T. Cystadenocarcinoma of the abdominal wall following caesarean section: case report and review of the literature. *Gynecol Oncol*. 2003;91:438-43.
11. Griffin JB, Betsill WL. Subcutaneous endometriosis diagnosed by fine needle aspiration cytology. *Acta Cytol*. 1985;29:584-8.
12. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg*. 2003;185:596-8.
13. Ideyi SC, Shein M, Niazi M, Gerst PH. Spontaneous endometriosis of the abdominal wall. *Dig Surg*. 2003;20:246-8.