

Endometriosis de la pared abdominal. Comunicación de dos casos

Endometriosis of the abdominal wall. Study of two cases

Dr. Raúl Fernández Pérez; Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Rafael Pila Peláez; Dra. Carmen Guerra Rodríguez

Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presentan dos casos de endometriosis de la pared abdominal secundario a intervención de cesárea, en pacientes de 40 y 41 años de edad respectivamente. La presentación clínica consistió en una masa dolorosa sobre la cicatriz quirúrgica de 4 a 6 años de evolución. El tratamiento fue resección quirúrgica de la lesión. El resultado clínico ha sido favorable y está libre de recurrencia local a de 16 y 24 meses de evolución. Debido a la rareza de la endometriosis en esta localización, se comentan los casos y se analizan los aspectos etiopatogénicos, clínicos, diagnósticos y de tratamiento.

DeCS: MÚSCULOS ABDOMINALES; ENDOMETRIOSIS /etiología /diagnóstico /terapia; SÍNTOMAS CLÍNICOS;CESÁREA/ efectos adversos.

ABSTRACT

We report two cases of abdominal wall endometriosis secondary to cesarean section, in 40 and 41 years women, respectively. The clinical presentation was a painful abdominal mass of four and six years evolution. The treatment was surgical. The clinical course was good, without recurrence after 16 and 24 months of follow up. Because of the rareness of endometriosis in such localization, we discuss the

cases and the aspects of the etiopathogenesis, clinical picture, diagnosis and treatment are analyzed

DeCS: ABDOMINAL MUSCLES; ENDOMETRIOSIS/ etiology/ diagnosis/ terapia; CESAREAN SECTION/ adverse/ effectes.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es la presencia de tejido semejante al de la mucosa endometrial, tanto estructural como funcionalmente, en lugares distintos al del que fisiológicamente ocupa. Existen pocas áreas del cuerpo en las que no se hayan descrito ocasionalmente la presencia de depósitos endometriales (1). Las localizaciones más frecuentes de endometriosis extrauterina son: el ovario uni o bilateralmente, la trompa de Falopio y el peritoneo pélvico sobre todo (2). La afectación extrapélvica no es rara, se reportan habitualmente a nivel de cicatrices quirúrgicas, generalmente laparotomías por cesáreas o histerectomías, y con menor frecuencia en la región umbilical (3,4).

El objetivo de este trabajo es exponer la presentación de dos pacientes con esta enfermedad, al mismo tiempo de efectuar una revisión de la literatura.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

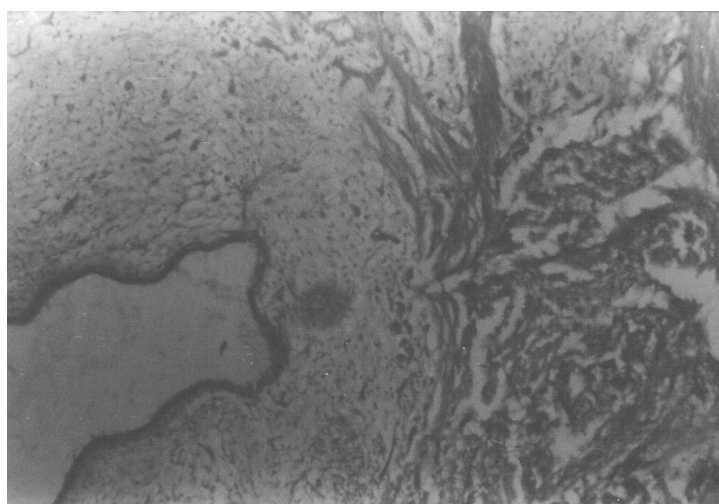
Primer caso: Paciente de 40 años de edad con antecedentes de salud, cuatro gestaciones; un parto normal, un aborto y dos cesáreas por distocia de partes blandas. Acudió a consulta por presentar tumoración en la cicatriz de las cesáreas, de seis años la primera y cuatro años la segunda, de evolución y crecimiento lento, progresivo, doloroso durante las menstruaciones, asociadas a dismenorrea.

Examen físico: Normal. En el abdomen se encontró una tumoración en el tercio medio de la cicatriz de laparotomía media infraumbilical de 6 a 7 cm de diámetro mayor, íntimamente unido a planos profundos, firme, de bordes irregulares y no reductibles con maniobras digitales. Exploración ginecológica: Normal.

En el estudio analítico practicado, la radiografía de tórax y el ECG fueron normales. Ultra-sonografía abdominal y ginecológica: demostró la presencia de una tumoración de consistencia sólida a nivel del músculo recto anterior del abdomen del lado derecho. TAC abdominal: Masa parietal a nivel del músculo recto anterior del abdomen, no se aprecia invasión a planos profundos.

Es intervenida quirúrgicamente encontrándose un tumor sólido en el músculo recto anterior que retrae la vaina aponeurótica sin afectar el peritoneo. Se realiza biopsia preoperatoria que se informa como endometriosis. Se practica la exéresis del tumor en bloque. Se revisa la cavidad abdominal la cual es normal, al igual que la pélvica. Histológicamente se aprecia un tumor de 8 cm de diámetro, firme, gris parduzco, con áreas hemorrágicas cuyo aspecto histológico fue de endometriosis de la pared abdominal (Fig. 1).

Figura 1: A la izquierda se aprecia glándula endometrial dilatada y a la derecha, estroma fibroconectivo denso. Endometriosis externa. H.E. (100 x).



Segundo caso: paciente de 41 años de edad con antecedentes de salud anterior y cinco gestaciones, dos partos normales, dos abortos y una cesárea con ligadura de trompas, hace seis años. Acude al hospital por presentar tumoración en la pared abdominal anterior, en la cicatriz de la cesárea, de crecimiento lento pero progresivo, con dolor intenso durante las menstruaciones.

Esta tumoración inicialmente del tamaño de un "garbanzo" ha ido aumentando de tamaño hasta alcanzar en la actualidad 9 x 5 cm de extensión, firme, de bordes mal definidos y no reductible con maniobras digitales. El examen físico y ginecológico fueron totalmente normales. Los estudios de laboratorio, radiológicos y el ECG: normales. Ultrasonido abdominal y ginecológico; sólo demostró un tumor de consistencia sólida a nivel del músculo recto anterior del abdomen del lado izquierdo. TAC abdominal: tumor de localización parietal a nivel del músculo recto anterior izquierdo del abdomen. No se aprecia extensión a planos profundos.

Se procede a tratamiento quirúrgico, se practica biopsia preoperatoria que brinda el diagnóstico de endometriosis y se procede a la exéresis en bloque con revisión de la cavidad abdominal y la pelvis menor sin demostrar alteraciones.

Histológicamente se aprecia un tumor de 7 cm de diámetro, firme, blanco grisáceo, con áreas quísticas cuyo aspecto histológico fue de endometriosis de la pared abdominal (Fig. 2).

Los dos casos evolucionaron satisfactoriamente no evidenciándose clínicamente signos de recidiva local o de endometriosis en otra localización.

Figura 2: Endometriosis externa. Campo donde se aprecia estroma fibroconectivo con diversas glándulas, algunas con dilatación. H.E. (40 x).

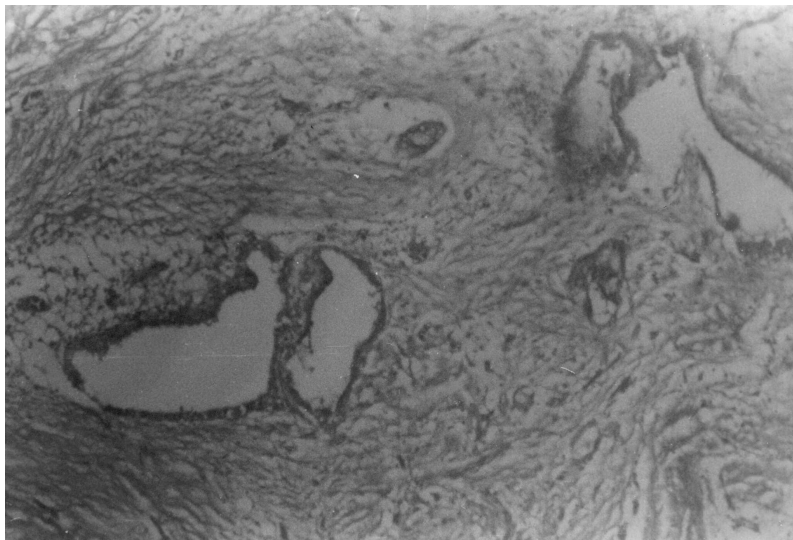


Figura 3: Imagen a mayor aumento de endometriosis externa donde se aprecian las glándulas endometriales de diversos tamaños. H.E. (100x).



COMENTARIOS

Esta enfermedad afecta entre el 15% (1) y el 17% (2) de las mujeres en edad fértil, de las que el 44% de ellas permanecen asintomáticas (5). Existen pocas áreas en el cuerpo en que no se haya descrito la presencia de siembras endometriales. En el 75% de los casos se localizan en la zona genital (6), entre ellas útero, ovario, trompa y peritoneo pélvico en orden decreciente. Por tal motivo es el ginecólogo el que generalmente descubre esta entidad. En el 38% de los casos está afectado el aparato digestivo y principalmente el recto sigmoide (95%). Se puede localizar en: ombligo, omentos, sacos herniarios, periné, cicatriz quirúrgica, pared abdominal y pulmón (7).

Su localización en la pared abdominal fundamentalmente en cicatrices quirúrgicas varía según los autores entre el 0.2% (3) y 1% (4,8). Es la serie de *Steck y Helwing* (9) que recoge 82 casos de endometriosis ectópica, 77 se localizaron en cicatrices de cirugías previas, de los que el 50% se desarrollaron en cicatrices de tipo Pfennestil, seis por cesárea y uno tras histerectomía. También se han descrito casos en relación con amniocentesis (10), ligaduras de trompas (11) y laparoscopias (12). Se han referido casos de endometriosis de la pared abdominal de un paciente varón tras tratamiento con estrógenos por cáncer de próstata (13) o en el que la endometriosis era mantenida por una fístula entre la matriz y la pared abdominal (14).

La patogenia de la endometriosis no es bien conocida. Se aceptan varias teorías patogénicas muy bien resumidas en el trabajo de *Steck y Helwing* (9).

Clásicamente se contemplan las siguientes teorías:

1. La teoría del transporte mecánico, ya sea iatrogénica o quirúrgica, por siembra linfática o hemática a modo de metástasis. *Scott y Telinde* (15) demuestran de forma experimental la viabilidad de siembras endometriales en distintas localizaciones.
2. La teoría de la metaplasia celómica de *Robert Meyer* (16) en la cual se considera que células derivadas del epitelio celómico, entre ellas las peritoneales, se transformarían en células endometriales. *Miller* (17) también incluye la posibilidad de reactivación de restos embrionarios por estimulaciones hormonales cíclicas.
3. La teoría de la regurgitación uterina o menstruación retrógrada formulada por *Sampson* (18) que explica satisfactoriamente los casos de endometriosis pélvica, es la teoría más acertada en la actualidad.

En las dos enfermas que presentamos existen antecedentes de cesárea, con la posibilidad de un implante muscular, por contaminación durante dicha intervención,

como fue planteado por *Scott y Telinde* (15), o por la implantación de sangre regurgitada por las trompas en las cicatrices laparotómicas durante la menstruación facilitadas por adherencias entre los anexos y la pared, tras la operación (19).

La degeneración maligna de siembras, aunque infrecuente, es un hecho probado. El tabique recto vaginal es el lugar más frecuente de degeneración maligna (20).

Las manifestaciones clínicas de la endometriosis de la pared abdominal habitualmente son inespecíficas y sólo en la mitad de los casos existe una correlación con los ciclos hormonales. Por lo que el diagnóstico postoperatorio es difícil y es preciso tener un alto índice de sospecha (1,3). En las anamnesis sólo se constatan tumoraciones dolorosas sobre la cicatriz quirúrgica, con signos o no de inflamación, por lo que puede confundirse con otros procesos como hernia incisional encarcelada como ocurrió en uno de nuestros casos. La presencia de una tumoración sobre cicatriz quirúrgica de cesárea, clínicamente dolorosa durante el período menstrual, y sobre todo por el antecedente de la frecuencia de cesárea practicada en los últimos años; influirá de manera decisiva en la incidencia de esta afección (21,22).

El intervalo entre el comienzo de los síntomas y la intervención quirúrgica previa es variable, pero oscila entre dos y seis años (3), como apreciamos en nuestros casos. Dentro de los medios diagnósticos se han empleado la ecografía (23), la TAC (1,24) o la RMN (resonancia magnética nuclear) (25). Son los métodos de elección por su probada sensibilidad y especificidad, así como para descartar otros implantes en otros órganos o sistemas, si bien el diagnóstico de certeza sólo es posible mediante el estudio histológico de la biopsia, en ocasiones la citología por punción (BAAF) puede ser utilizada en el diagnóstico preoperatorio como en el caso que describe *Salvoch Arnedo et al.* (26). Debe hacerse diagnóstico diferencial con el absceso, fibroma, hemangioma, lipoma, quiste sebáceo, tumores del ovario, sarcomas, granulomas por cuerpo extraño y tumor del uraco; en estos casos el diagnóstico no es posible hasta la biopsia (27).

En cuanto al tratamiento no hay duda de que es fundamentalmente quirúrgico, previa biopsia y dada la benignidad del proceso, la resección debe ser lo más conservadora posible, pero con un margen de seguridad que evite la recidiva local (21,22,26). *Steck y Helwing* (9) refieren que el 50% de los casos que pudieron comprobar, presentaban endometriosis pélvica asociada a la afectación superficial. Por lo que es necesario explorar la cavidad pélvica para descartar implantes asociados.

Respecto al tratamiento médico coadyuvante se están utilizando antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GRH) (28), anticonceptivos orales o danazol (29).

La conducta a seguir tras la exéresis quirúrgica de un implante heterotópico es labor del ginecólogo y dependerá de cada caso en particular, valorando la edad, extensión de la enfermedad, deseos ulteriores de embarazo, aceptación o no de cirugía ginecológica y tratamiento médico (29).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yakovich F, Bender G, Tusuchida A. Case report: perineal episotomy scar endometrioma image by CT and section endoluminal ultrasound. *Clin Radiol* 1994; 49:578 – 9.
2. Williams T, Pratt J. Endometriosis in 1000 consecutive celiotomies: incidence and management. *Am J Obstet Gynecol* 1977; 129:245 – 50.
3. Singer K, Lessels A, Adam D, Miles W, Macintyre L. Presentation of endometriosis to general surgeons in a 10-years experience. *Br J Surg* 1995;82:1349 – 51.
4. Firilas A, Soi A, Max M. Abdominal incision endometriomas. *Am Surg* 1995;60:259–61.
5. Rowson JM. Prevalence of endometriosis in asymptomatic women. *J Reprod Med* 1991; 36:207–21.
6. Bergivist A. Different type of extragenital endometriosis: a review. *Ginecol Endocrinol* 1994;7:207–221.
7. Karon J, Owezarek A, Giwazdowska B, Potek J. Analysis of the endometriosis cases from 10-years of surgical material. *Wiad Lek* 1995;46:199–200.
8. Bottino J, Marinello M, Menna C, Torchino B, Vergano R. Endometriosis of abdominal wall after cesarean section. *Minerva Ginecol* 1990;42:283–5.
9. Steck W, Helwing E. Cutaneous endometriosis. *JAMA* 1965;191:101–4.
10. Kauin K, Disant C, Agnese P. Needle tract endometriosis: an unusual complication of endometriosis. *Obstet Gynecol* 1968;20:215–9.
11. Dragomirescu C, Fratea L, Tasce C, Roman S, Beleau M. Endometrioze parietala abdominala postoperatoria. *Rev Chir* 1989;38:215–9.
12. Healy J, Wilkinson N, Sawyer M. Abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract: case report. *Am Surg* 1995;61:962–3.
13. Martin J, Haver A. Endometriosis in the male. *Am Surg* 1985;51:426–30.
14. Carvlho J. Endometriosis of an abdominal scar caused by fistula of the uterus and abdominal wall. *J Med (Oporto)* 1995;57:697–902.
15. Scott R, Telinde W. Clinical external endometriosis probable viability of menstrually Shed fragments of endometrium. *Obstet Gynecol* 1954;4:502–12.

16. Meyer R, Kitai A. Endometriosis. Zentralbl Gynekol 1924;48:2449-51.
17. Miller W, Nelson G. Abdominal wall endometrioma. AJR 1979;132:467-8.
18. Sampson J. Peritoneal endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissue in to peritoneal cavity. Am J Obstet Gynecol 1927;14:422-30.
19. Joly D, Harden H, Huget C. Endometriose de la paroi abdominale dans les suites a long terme d'une césarienne. Lyon Chir 1994; 84:106-8.
20. Brooks J, Wheeler J. Malignance arising in extragonadal endometriosis. A case report and a summary of the world literature. Cancer 1987; 40:3065 - 73.
21. Castro Gutiérrez J, Fernández Llamazares J, Piñal Pascual M, Armengol Cascorro M, Oller Soles B, Alberto Fabre J, et al. Endometriosis de la pared abdominal. Cir Esp 1988; 43:303 - 6.
22. Fernández Lobato R, Kimenes Miramon J, Cerquella C, Arizaga P, Álvarez J, Morenón Azcoita M. Otro caso de endometriosis de la pared abdominal. Cir Esp 1993; 53:512 - 4.
23. Khalegian R. Abdominal wall endometriosis: sonographic diagnosis. Austral Radiol 1996; 39:165-7.
24. Ameto M, Levitt R. Abdominal wall endometrioma: findings. J Comput Assist Tomogr 1994;8:1213 - 4.
25. Wolf G, Kopecky K. MR imaging of endometriosis arising cesarean section scar. J Comput Assist Tomogr 1994;13:150-2.
26. Salvoch Arnedo J, Almendáriz Rubio P, Aizcoche Gerralde M, Cobo Huici F, Domínguez Cunchillos F, Araiz San Joaquín R. Endometriosis en cicatriz cesárea. A propósito de dos casos. Cir esp 1993;54:550-51.
27. Crotty K, Neal D. Endometriosis manifesting as a urachal tumor. South Med J 1995; 87:539 - 40.
28. Espuella G, Armengol J, Bella F, Lain J, Calaft J. Pulmonary endometriosis: conservative management with GnRH antagonist. Obstet Gynecol 1992;78:535-7.
29. Stillman R. Endometriosis. En: Becker KL, ed. Principles and practice of endocrinology and metabolism. Philadelphia: JB Lippincott 1996;81-103.

Recibido: 12 julio de 2000

Aprobado: 25 de junio de 2001