

Cirujano General

Volumen
Volume 24

Número
Number 4

Octubre-Diciembre
October-December 2002

Artículo:




Endometrioma de pared abdominal: Características clínicas y resultados del tratamiento quirúrgico

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Endometrioma de pared abdominal: Características clínicas y resultados del tratamiento quirúrgico.

Abdominal wall endometrioma: clinical characteristics and results of surgical treatment

*Dr. Luis Eduardo Cárdenas-Lailson,**

Dr. Fidel Berlanga-Ramírez,

*Dr. Amado de Jesús Athié-Athié,**

Dr. Felipe González-Parada,

Dr. Luis Alberto Villanueva-Egan

Resumen

Objetivo: Revisar las características de presentación y los resultados del tratamiento quirúrgico de los endometriomas de la pared abdominal anterior.

Diseño: Serie de casos.

Sede: Hospital General de tercer nivel de atención.

Material y métodos: Se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico histopatológico de endometrioma de la herida quirúrgica en un período de 15 años, de 1983 a 1999. Se analizaron las siguientes variables: edad, tiempo de evolución, síntomas de presentación, dimensiones del endometrioma, localización, técnica quirúrgica, morbilidad y recurrencia.

Resultados: De veinticinco casos, 22 (de un total de 8,647 cesáreas) fueron secundarios a operación cesárea, dos a resección de quiste de ovario y uno posterior a apendicectomía. La frecuencia de presentación de endometriomas posterior a operación cesárea fue de 0.25%. En 92% de los casos se tuvo el antecedente de dos o más cesáreas. Los síntomas de presentación fueron dolor, presencia de tumor en la cicatriz quirúrgica, dolor relacionado con la menstruación y hemorragia. El diagnóstico preoperatorio se realizó en 24% de las pacientes. Los diagnósticos diferencia-

Abstract

Objective: To review the characteristics and the results of the surgical treatment of the anterior abdominal wall endometrioma.

Design: Series of cases.

Setting: Third level health care hospital.

Material and methods: We reviewed the clinical records of the patients with histopathological diagnoses of surgical wound endometrioma in a 15-years period, from 1983 to 1999. We analyzed the following variables: age, evolution time, symptoms, dimensions of the endometrioma, location, surgical technique, morbidity and recurrence.

Results: From the 25 cases, 22 (from a total of 8647) were secondary to a cesarean section, two to an ovarian cyst resection, and one secondary to appendectomy. Frequency of endometrioma after cesarean section was of 0.25%. In 92%, there was the antecedent of two or more cesarean sections. Symptoms were pain, tumor at the surgical scar, menstruation-related pain, and hemorrhage. Preoperative diagnosis was made in 24% of the patients. Differential diagnoses were incisional hernia, granuloma due to suture, and omphalitis. Simple exeresis was performed in 88% of the cases. Frequency of recurrences was 12%.

División de Cirugía General, División de Gineco-Obstetricia del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México, D.F.

Recibido para publicación: 18 de octubre 2001.

Aceptado para publicación: 29 de enero de 2002.

* Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General.

Correspondencia: Dr. Luis Eduardo Cárdenas Lailson. Calzada de Tlalpan 4800. Colonia Toriello Guerra. Tlalpan 14000, Ciudad de México, D.F.

Fax: 56 6660 21, E-mail: lalocard@hotmail.com

les fueron hernia incisional, granuloma por sutura y onfalitis. En 88% de los casos se realizó exéresis simple. La frecuencia de recurrencia fue de 12%.

Conclusión: Los endometriomas de la pared abdominal anterior no suelen ser considerados en el diagnóstico diferencial en mujeres con dolor y masa palpable en una cicatriz quirúrgica de la pared abdominal anterior, debido a su baja frecuencia y a que sus características clínicas son semejantes a las de las hernias incisionales. El tratamiento de elección es la exéresis con bordes amplios.

Palabras clave: Endometrioma, hernia incisional, cirugía de pared abdominal.

Cir Gen: 2002;24: 295-299

Conclusion: Endometriomas of the anterior abdominal wall are not taken into account in the differential diagnosis in women with pain and palpable mass at a surgical scar in the anterior abdominal wall, due to its low frequency and because the characteristics are very similar to those of an incisional hernia. Treatment of choice is wide border exeresis.

Key words: Endometrioma, incisional hernia, abdominal wall surgery.

Cir Gen: 2002;24: 295-299

Introducción

Se define como endometriosis al tejido endometrial ectópico (glándulas y estroma) el cual responde a estímulo hormonal ovárico.¹ Fue en 1899 cuando se describió por primera vez la presencia de tejido endometrial en un ovario,² desde entonces se han identificado diversos sitios de tejido endometrial ectópico que incluyen: órganos urogenitales, epiplón, intestino, ganglios linfáticos, pulmones, pleura, espacio subaracnoideo, extremidades, ombligo, riñón, cerebro, hígado, pericardio, episiotomías y cicatrices quirúrgicas.³⁻⁵ Cuando el tejido endometrial ectópico se presenta como un tumor circunscrito se denomina endometrioma o granuloma endometriósico.⁶ A pesar de que la endometriosis en la cicatriz quirúrgica ocurre con mayor frecuencia después de una cirugía de útero o de trompas de Falopio, este fenómeno también se ha presentado posterior a apendicectomías y plastias inguinales.⁴ La prevalencia de endometriomas localizados en la cicatriz abdominal después de operación cesárea se ha informado entre 0.1 a 0.4 por ciento.^{7,8}

En este trabajo se presentan los resultados de una serie de casos de endometriomas de la herida quirúrgica localizados en la pared abdominal anterior.

Material y métodos

Se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico histopatológico de endometrioma de la herida quirúrgica en un periodo de 15 años, de 1983 a 1999. Se excluyeron las pacientes con endometriomas sobre incisiones quirúrgicas fuera de la pared abdominal anterior.

En el estudio se analizaron las siguientes variables: edad, tiempo de evolución, síntomas de presentación, tamaño del endometrioma, localización, técnica quirúrgica, morbilidad, así como la presencia de recurrencia.

Para la presentación de resultados se utilizó estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión, así como porcentajes.

Resultados

De enero de 1983 a abril de 1999 se revisaron los expedientes clínicos de veintiocho pacientes con diagnóstico de granuloma endometriósico, de los cuales se eliminaron tres por no ser endometriomas de la pared abdominal. Del total de veinticinco, veintidós fueron endometriomas de la pared abdominal que se presentaron después de una operación cesárea, dos después de la resección de quiste de ovario y endometriosis y uno después de apendicectomía. Se excluyeron dos casos de endometrioma del margen anal y un endometrioma de cicatriz de episiorrafía (**Cuadro I**).

La frecuencia de presentación de endometriomas después de operación cesárea fue de 0.25% (22 casos en 8,647 cesáreas). La edad promedio de presentación fue de 33.16 ± 6.92 años. El tiempo promedio transcurrido entre la última cirugía y el inicio de la presentación de los síntomas fue de 33.28 meses (intervalo de 4 a 96 meses). Ninguna paciente presentó enfermedades asociadas. La localización más frecuente fue en la línea media infraumbilical en 19 pacientes (76%), seguida de cuatro casos en el cuadrante inferior izquierdo (16%) y el cuadrante inferior derecho (8%) (**Figura 1**).

Cuadro I
Tipo de presentación de endometriomas

Endometrioma en cicatriz posterior a cesárea	22
Endometrioma posterior a exéresis de quiste de ovario	2
Endometrioma en margen anal	2 *
Endometrioma en cicatriz posterior a apendicectomía	1
Endometrioma en cicatriz de episiorrafía	1 *

* Casos que se excluyeron por no ser de pared abdominal.

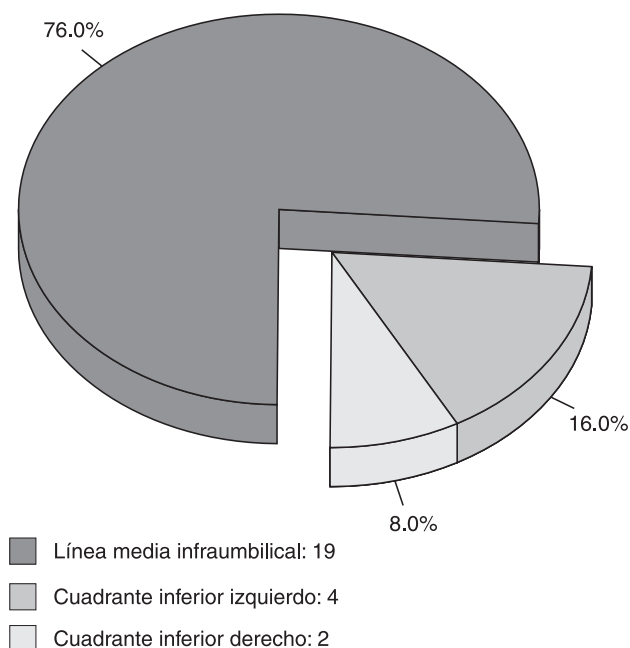


Fig. 1. Localización de endometriomas de pared abdominal.

En 92% de las pacientes con endometrioma existió el antecedente de dos o más cesáreas, mientras que en 8% existió el antecedente de sólo una cesárea. El síntoma más frecuente fue el dolor, el cual se presentó en todos los casos. En 48% de las pacientes se refirió la presencia de un tumor en la herida quirúrgica, otro 48% se quejaba de incremento del dolor y de las dimensiones del tumor relacionado con la menstruación. Una paciente (4%) presentaba hemorragia a nivel del granuloma durante la menstruación (**Figura 2**).

El diagnóstico preoperatorio correcto de endometrioma de la pared abdominal se realizó en sólo seis pacientes (24%). Los diagnósticos diferenciales más frecuentes fueron: hernia incisional en 40% de los casos, seguido de granuloma por sutura en 32% y onfalitis en uno (4%) (**Figura 3**). En ningún caso se realizaron estudios auxiliares de diagnóstico. En promedio, el tamaño de los endometriomas obtenido mediante el estudio histopatológico fue de 3.14 cm (intervalo de 0.5 a 8 cm).

La exéresis simple fue el procedimiento quirúrgico empleado en la mayoría de las pacientes (88%). Se realizó resección con colocación de material protésico (malla de polipropileno) en dos pacientes (8%), y exéresis y reparación con colgajo musculoaoneurótico en una (4%). Sólo se observó un hematoma de la herida como complicación postoperatoria en una paciente en quien se realizó exéresis simple.

El tiempo de seguimiento promedio fue de cincuenta y tres meses (intervalo de 1 a 182 meses). Se observó recurrencia del endometrioma en tres pacientes (12%); en promedio la recurrencia se presentó a los dieciséis meses del postoperatorio (intervalo de 4-24 meses).

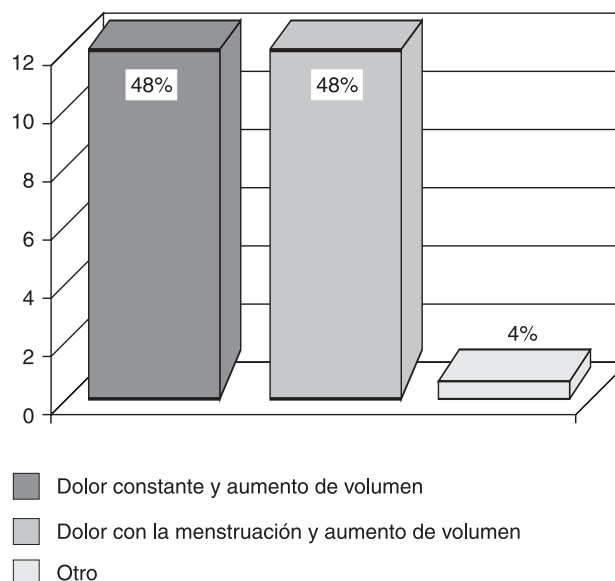


Fig. 2. Síntomas de presentación.

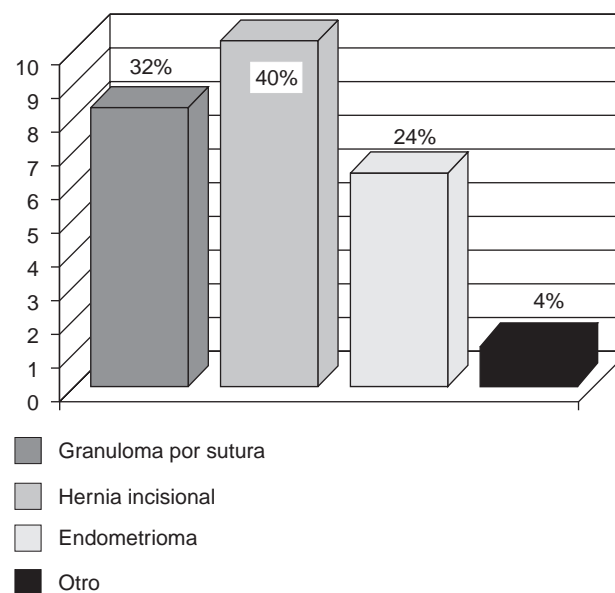


Fig. 3. Diagnósticos preoperatorios.

Las tres pacientes con endometrioma recurrente tenían el antecedente de dismenorrea. En ninguna de ellas se había sospechado el diagnóstico antes de la primer cirugía, y a todas se les realizó exéresis simple. Los endometriomas recurrentes tenían un diámetro promedio de 3.5 cm (intervalo 2.2 a 5 cm). En las pacientes con endometrioma recurrente se realizó nueva resección con colocación de malla de polipropileno en dos y en una resección simple. A una de las pacientes se le realizó además hysterectomía por endometriosis pélvica asociada. Actualmente las tres pacientes se encuentran asintomáticas.

Discusión

La presencia de sólo cincuenta y dos casos aislados publicados en la literatura desde 1956 sugiere un diagnóstico subestimado de esta patología por los cirujanos.⁹

El síntoma de presentación más frecuente es dolor en la cicatriz en 94% de las pacientes.¹⁰ Los endometriomas de cicatriz quirúrgica se han asociado a endometriosis pélvica en 26% de los casos,¹¹ sin embargo, en nuestra serie sólo observamos esta asociación en una paciente (3.5%) con endometrioma recurrente. El ultrasonido, la tomografía computarizada y la biopsia por aspiración con aguja fina se han mencionado como auxiliares diagnósticos. No obstante, cuando se sospecha de este diagnóstico, especialmente por dolor en la cicatriz quirúrgica relacionado con los ciclos menstruales, se puede realizar la escisión sin evaluación preoperatoria extensa. El diagnóstico histológico se realiza al observar glándulas endometriales, estroma endometrial o pigmentos de hemosiderina.¹²

La edad promedio en la que se presenta esta patología es de treinta y cuatro años (con un intervalo de 21-68).¹³ En el estudio actual la edad promedio de presentación fue de 33.16 años, siendo similar a la informada por Singh, la cual fue de treinta y cuatro años. La presentación de los síntomas posterior a cirugía previa abarcó de seis meses hasta diez años y se sospechó del diagnóstico previo a la cirugía en 50% de los casos.¹⁴

La mayoría de los cirujanos describen las lesiones adheridas o integradas a la fascia abdominal. Ocasionalmente involucra a la pared abdominal de tal manera que se requiere la resección parcial de la fascia.¹⁵ Otros cirujanos han descrito la necesidad de uso de malla sintética para el cierre de la pared abdominal posterior a la resección.¹⁶ Debido a la posibilidad de recurrencia posterior a la escisión quirúrgica es importante realizar la resección incluyendo bordes amplios de tejido sano. Generalmente, las recurrencias pueden ser tratadas adecuadamente por re-escisión. Los agonistas de la hormona liberadora de hormona luteinizante han sido empleados para el tratamiento de los endometriomas de la herida quirúrgica, sin embargo, esto ha fallado y los pacientes han requerido cirugía posteriormente.¹⁷

Las medidas profilácticas para reducir la presentación de endometriomas en heridas quirúrgicas incluyen la prevención de contaminación residual de la herida. Una medida útil para reducir la presentación de esta complicación ha sido la de movilizar el útero fuera del abdomen durante la cesárea y aislarlo antes de realizar la histerotomía. También se ha propuesto que la sutura empleada para el cierre del útero no sea reutilizada para el cierre de la pared abdominal.¹⁸ Algunos investigadores han recomendado la administración continua de dosis altas de progesterona en forma profiláctica durante los seis meses siguientes a la histerotomía, con el fin de reducir la presentación de endometrioma de la herida quirúrgica.¹⁹

Las masas que se encuentran sobre incisiones quirúrgicas previas en la pared abdominal anterior, com-

prenden un gran número de diagnósticos diferenciales, incluyendo hernias, ganulomas por sutura, abscesos, tumores malignos, neuromas, hematomas y por supuesto endometriomas. La frecuencia de presentación de endometriomas posterior a operación cesárea en esta serie es de 0.25%, siendo mayor a la informada por Higginbottom de 0.1%⁷ y menor a la de Kale de 0.4%.⁸

El tiempo promedio transcurrido entre la última cirugía y el inicio de la presentación de los síntomas fue de 33.28 meses (intervalo de 4 a 96 meses), el cual no difiere de informes previos.¹³ Sin embargo, llama la atención la presentación de síntomas con tan sólo cuatro meses después de la operación cesárea en una paciente.

El síntoma más frecuente fue el dolor, el cual se presentó en todas las enfermas. El dolor cíclico relacionado con la menstruación se encontró en 48% de las pacientes, porcentaje muy similar al publicado en la serie de Koger (54%).¹⁵ La hernia incisional fue el diagnóstico preoperatorio más frecuente en 40% de los casos, únicamente en 24% de las pacientes se sospechó el diagnóstico de endometriomas. Esto difiere a lo publicado por Kale con un 16.6% y 62.5%, para hernia incisional y endometrioma respectivamente.⁸

Es importante mencionar que aunque la extirpación simple fue el procedimiento utilizado con mayor frecuencia (en 88% de los casos), se realizaron dos exéresis de granuloma con colocación de malla protésica debido al gran defecto aponeurótico creado por la escisión completa del endometrioma. En una paciente fue necesaria la reparación de la pared abdominal con la rotación de un colgajo musculoponeurótico.

Aunque algunos autores han referido ausencia de recidivas,¹⁵ nosotros la observamos en un 12% de los casos. Estas se presentaron en endometriomas con un diámetro promedio de 3.5 cm y en quienes no se había sospechado el diagnóstico clínicamente. Por tanto, a estas pacientes únicamente se les realizó exéresis simple, cuando quizás requerían de una resección más amplia.

La asociación con endometriosis en nuestra serie fue de sólo 4%, comparado con un 26% publicado en la literatura médica.¹¹

Conclusión

Ya que los endometriomas de la pared abdominal son un padecimiento poco frecuente, generalmente es un diagnóstico subestimado. No obstante, en una paciente que se queja de dolor o masa palpable sobre la cicatriz quirúrgica, especialmente si existe el antecedente de cirugía ginecológica, debe sospecharse el diagnóstico de endometrioma.

La frecuencia elevada de recurrencia en nuestra serie puede atribuirse a resecciones sin márgenes adecuados, debido a que no se sospechó la posibilidad de la presencia de un endometrioma. Las características clínicas de presentación pueden semejar hernias incisionales en la mitad de los casos.

El tratamiento de elección para los endometriomas de la pared abdominal anterior es la escisión quirúrgica con bordes amplios con la finalidad de evitar la recurrencia, pudiendo emplearse técnicas de reparación de la pared abdominal que van desde el cierre primario, la colocación de una malla de material protésico, hasta la rotación de un colgajo musculoponeurótico.

Aunque la coincidencia con endometriosis fue más baja que la referida en la literatura médica, debe tenerse en mente esta asociación en todos los casos.

Referencias

- Williams HE, Barsky S, Storino W. Umbilical endometrioma (silent type). *Arch Dermatol* 1976; 112: 1435-6.
- Longo LD. Classic pages in obstetrics and gynecology. Aberrant portions of the Mullerian duct found in an ovary: William Wood Russell. Johns Hopkins Hospital Bulletin, vol. 10, pp. 8-10, 1899. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 134: 225-6
- Wespi JH, Kletzhandler M. Scar endometriosis [abstracts] *Monatschr F. Geburtsh u Gynäk* 1940; 111: 169.
- Steck MWD, Helwing EB. Cutaneous endometriosis. *JAMA* 1965; 191: 101-4.
- Field CA, Banner EA, Symmonds RE. Endometriosis of abdominal scar after cesarean section. *Proc Mayo Clin* 1962; 37: 12-5.
- Firilas A, Soi AS, Max M. Abdominal incision endometriomas. *Am Surg* 1994; 60: 259-61.
- Higginbottom J. Termination of pregnancy by abdominal hysterotomy. *Lancet* 1973; 1: 937-8.
- Kale S, Shuster M, Shangold J. Endometrioma in a cesarean scar: case report and review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 1971; 111: 596-7.
- Seydel AS, Sickel JZ, Warner ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg* 1996; 171: 239-41.
- Chatterjee SK. Scar endometriosis: a clinicopathologic study of 17 cases. *Obstet Gynecol* 1980; 56: 81-4.
- Rani PR, Soundararaghavan S, Rajaram P. Endometriosis in abdominal scar-review in 27 cases. *Int J Gynaecol Obstet* 1991; 36: 215-8.
- Chun JT, Nelson HS Jr, Maull KI. Endometriosis of the abdominal wall. *South Med J* 1990; 83: 1491-2.
- Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. *Am Surg* 1999; 65: 36-9.
- Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, Jordan C, Miles WFA, Macintyre IMC et al. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. *Br J Surg* 1995; 82: 1349-51.
- Koger KE, Shatney CH, Hodge K, McClenathan JH. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 177: 243-6.
- Griffin JB, Betsill WL Jr. Subcutaneous endometriosis diagnosed by fine needle aspiration cytology. *Acta Cytol* 1985; 29: 584-8.
- Kennedy SH, Brodribb J, Godfrey AM, Barlow DH. Pre-operative treatment of an abdominal wall endometrioma with nafarelin acetate. Case report. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95: 521-3.
- Martin RH, Higginbottom J. Hysterotomy and endometriosis. *Lancet* 1973; 2:106.
- Liu DT. Hysterotomy and endometriosis. *Lancet* 1973; 1: 1179-80.

