

Cirugía y Cirujanos

Volumen 72
Volume

Número 2
Number

Marzo-Abril 2004
March-April

Artículo:

Implante de endometriosis en cicatriz de operación cesárea

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Academia Mexicana de Cirugía

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*



Edigraphic.com

Implante de endometriosis en cicatriz de operación cesárea

Dr. Víctor Esquivel-Estrada, * Acad. Dr. Jesús Carlos Briones-Garduño, **
Dr. Ricardo Mondragón-Ballesteros ***

Resumen

Introducción: la endometriosis en la pared abdominal es una entidad clínica caracterizada por tejido endometrial en el sitio de la cicatriz quirúrgica, asociada a dolor cíclico y generalmente secundaria a operación cesárea, aunque también se ha informado después de histerectomía o laparoscopia. El diagnóstico de certeza sólo se confirma con estudio histopatológico. El objetivo de este informe es describir una serie de pacientes con la tríada característica: tumor, dolor cíclico y antecedente de cesárea.

Material y métodos: estudio observacional, analítico retrospectivo, de 25 pacientes con antecedentes de cesárea. Se practicó resección quirúrgica de endometrioma de la pared abdominal con reporte histológico confirmatorio, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Estado de México, de enero de 1994 a agosto del 2002. Todas las pacientes presentaron la tríada descrita.

Resultados: después de resección amplia que incluyó: piel, tejido celular subcutáneo, músculo o peritoneo, el material fue enviado a estudio para confirmación histológica de endometriosis. La curación alcanzada fue de 100%; hasta el momento del reporte ninguna paciente había presentado recidivas.

Conclusiones: la endometriosis de pared abdominal postcesárea puede identificarse por la tríada descrita por Esquivel y ser tratada con resección quirúrgica.

Palabras clave: endometriosis en pared abdominal, cesárea, dolor cíclico.

Summary

Introduction: Abdominal wall endometrioma is a clinical entity characterized by presence of a tumor located somewhere inside a surgical scar, most frequently after cesarean section, although it has been described after hysterectomy or laparotomy. It is associated with episodes of periodic pain confirmed by histopathologic examination. Our objective was to describe a characteristic triad of periodic pain, tumor, and history of cesarean section in a group of patients.

Material and methods: We conducted a case series of 25 patients between January 1994 and August 2002 who presented a triad consisting of periodic pain, associated with menses, history of cesarean section, and tumor inside a surgical scar confirmed as endometrium after histopathologic exam.

Results: Patients presenting the triad were subjected to surgical resection of the tumor including skin, adipose tissue, muscle, and peritoneum. Samples revealed endometrium after histopathologic examination. Patients presented 100% recovery after surgical treatment without relapse of symptoms during follow-up to date.

Conclusions: Abdominal wall endometrioma can be identified by the triad described by Esquivel. Surgical treatment shows satisfactory results.

Key words: Abdominal wall endometrioma, Cesarean section, Periodic pain.

Introducción

La endometriosis en pared abdominal es una entidad originada por el arrastre mecánico de tejido endometrial hacia la pared abdominal, en pacientes con una o varias operaciones cesáreas.

La incidencia informada en la literatura mundial va de 0.03 a 0.4% y de 0.5 a 3.5%; nosotros reportamos una prevalencia de 0.5%. Como lo expresa Scott, el endometrio al final del embarazo tiene menor posibilidad de implante, por lo tanto, la incidencia de esta patología es poco frecuente⁽¹⁻³⁾.

La presencia de glándulas y estroma endometrial en estos implantes resecados explica las manifestaciones clínicas de la endometriosis, ya que este tejido responde a la estimu-

* Hospital de Ginecología y Obstetricia del Estado de México, Toluca.

** Unidad de Investigación en Preeclampsia-Eclampsia, Instituto Materno-Infantil del Estado de México, Toluca.

*** Director General, Instituto Materno-infantil del Estado de México, Toluca.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Jesús Carlos Briones-Garduño,
Laguna de Colores No. 101 esq. Lago Caimanero,
Col. La Nueva Oxtotitlán,
50100 Toluca, Estado de México.

Recibido para publicación: 16-01-2004.

Aceptado para publicación: 04-03-2004.

lación hormonal ovárica y genera sangrado local cíclico, reacción inflamatoria y cicatrización local. Con el paso de cada ciclo menstrual el tejido aumenta de volumen y se comporta como tejido invasor, que se demuestra con los exámenes histopatológicos. La invasión en ocasiones incluye piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis, músculo o peritoneo.

Los estudios paraclínicos que ayudan a un diagnóstico no concluyente de esta patología son⁽⁴⁻¹⁰⁾:

- Ultrasonido: por lo general se observa ecogenicidad mixta dependiente de pared abdominal.
- Tomografía axial computarizada: muestra crecimiento heterogéneo con densidades variables, dependiente de la pared abdominal.
- Resonancia magnética nuclear: evidencia la hemorragia organizada dentro del crecimiento en la pared abdominal.
- Punción con aguja fina: poco útil para el diagnóstico y tiene el riesgo de favorecer nuevos implantes en el sitio o los sitios de punción; también existe el riesgo de perforar alguna víscera hueca, como una hernia incarcerada.

En nuestro hospital ocasionalmente solicitamos ultrasonido como apoyo.

Material y métodos

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno-Infantil del Estado de México, entre enero de 1994 y agosto de 2002; se trató de un estudio observacional de casos, analítico retrospectivo, donde se incluyeron mujeres con antecedente quirúrgico de una o varias cesáreas, realizadas entre uno a 18 años previos y un período de evolución de la sintomatología de seis meses hasta diez años. Se analizaron las siguientes variables: edad, tiempo de evolución de la sintomatología, número de cesáreas previas e invasión a tejidos adyacentes por el endometrio ectópico.

Como criterio diagnóstico se tomó la tríada patognomónica descrita por Esquivel: antecedente de cesárea, tumora-

ción en cicatriz quirúrgica y dolor cíclico local. El diagnóstico preoperatorio fue confirmado en todas las pacientes mediante examen histopatológico positivo de tejido endometrial (Figura 1).

Resultados

Se analizaron 25 pacientes. En cuanto a los grupos de edad, cuatro pacientes pertenecieron al de 20 a 24 años; cinco, al de 25 a 29 años; seis, al de 30 a 34 años; ocho, al de 35 a 39 años; dos, al de 40 a 45 años. Los rangos de edad fueron de 23 a 45 años, con una media de 34 (Cuadro I).

El cuadro clínico consistió en tumor a nivel de la cicatriz quirúrgica, inflamación, aumento de volumen y dolor local, de presentación cíclica y sincrónica con la *catamenia*. Estos cambios fueron más evidentes en las pacientes en quienes el implante se localizó en piel y tejido celular subcutáneo, que en quienes el endometrio se encontró infraaponeurótico. Se excluyeron las mujeres con otro tipo de patología de pared abdominal demostrada histológicamente: granuloma, lipoma, persistencia de uraco, etcétera.

Los estudios paraclínicos fueron preoperatorios y solamente en dos ocasiones se solicitó ultrasonido; los otros procedimientos diagnósticos no se llevaron a cabo por razones económicas y porque consideramos que no existe un estándar de oro para integrar el diagnóstico definitivo.

En la mayoría de las mujeres la evolución de la sintomatología dolorosa progresiva fue menor a un año. Tres pacientes tuvieron dolor por 6, 9 y 18 años, respectivamente: a dos de ellas se les habían realizado sin éxito dos cirugías para resear el tumor, y a la tercera una cirugía también sin buenos resultados; dichas intervenciones no fueron realizadas en nuestro hospital. Otra paciente tuvo dolor por nueve años, controlado parcialmente con danazol.

El número de embarazos fue de 1 a 7, con una media de 4; la relación con endometriosis en la pared abdominal fue mayor para las pacientes con una cesárea, 13 pacientes (más de 50%), que para aquéllas con dos o más cesáreas.

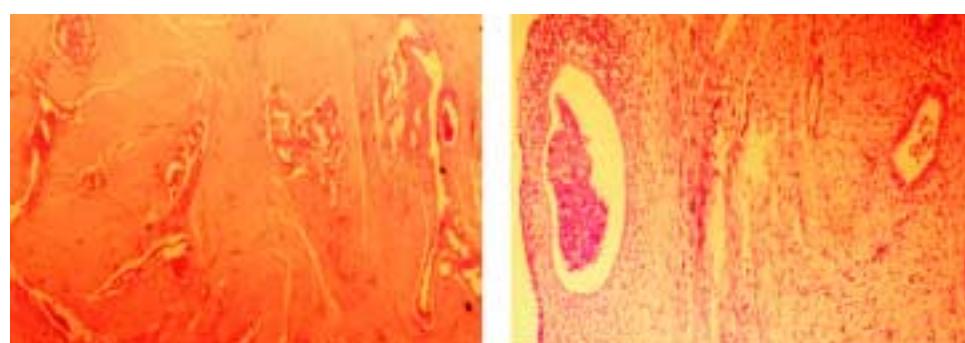


Figura 1. Microfotografías con microscopio de luz/100x. Se observan los componentes característicos del tejido endometrial incluidos dentro de la pared abdominal.

Cuadro I. Características de 25 mujeres con implante de endometriosis en cicatriz de operación cesárea

Variables analizadas	N = 25	
Edad de la paciente	Media 34 años	Rango 23-45 años
Número de gestaciones	Media 4	Rango 1-7
Número de cesáreas	Una (13) 52%	Dos o más (12) 48%
Localización de endometriosis	Infraaponeurótica (16) 64%	Supraaponeurótica (9) 36%
Tiempo de evolución	Antes de un año (18) 72%	Después de un año (7) 28%
Curación	(25) 100%	

En relación a la invasión de los tejidos, 16 se clasificaron como supraaponeuróticos y nueve como infraaponeuróticos. En los primeros hubo invasión a piel, tejido celular subcutáneo y en ocasiones aponeurosis; en los segundos, invasión a la aponeurosis, músculos y en ocasiones a peritoneo.

Se realizaron resecciones amplias que incluyeron: piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis, músculos o peritoneo, con márgenes macroscópicos libres de lesión, para evitar recidivas.

Se obtuvo curación en 100% de las mujeres. Hasta el momento de este informe ninguna había presentado recidivas; las primeras pacientes intervenidas tienen ya más de tres años de seguimiento.

No se utilizaron tratamientos farmacológicos preoperatorios ni postoperatorios, pues el tratamiento quirúrgico es el único curativo, siempre y cuando se realice una resección amplia.

El tratamiento médico, como se indica en la literatura mundial, es temporal y no evita las recidivas, por lo que nunca lo hemos utilizado ni siquiera en forma preventiva durante el período postquirúrgico⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

Medidas preventivas y curativas

- No usar el mismo material e instrumental quirúrgico para el cierre del útero y el cierre de la pared abdominal.
- Lavar rutinariamente con solución salina o agua para irrigación después de cerrar peritoneo, y lavar nuevamente después de cerrar aponeurosis.
- Realizar la cirugía unos días después de la menstruación, ya que en este período no hay mucha reacción

inflamatoria y la resección es técnicamente menos difícil.

- Nunca olvidar hacer una resección amplia.

Referencias

1. Jubanyik JK, Florence Comité. Endometriosis extrapelvica. En: Clínicas de ginecología y obstetricia, temas actuales. México: McGraw-Hill-Interamericana; 1997. pp.371-397.
2. Honore MG. Endometriosis extrapelvica. En: Clínicas obstétricas y ginecológicas. México: McGraw-Hill-Interamericana; 1999. pp.631-641.
3. Seydel SA, et al. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. Am J Surg 1996;171:239-241.
4. Singh KK, et al. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10 years experience. Br J Surg 1995;82:1349-1351.
5. Jenkins S, Olive LD, Haney FA. Endometriosis: pathogenetic implications of the anatomic distribution. Obstet Gynecol 1986;67(3):335-338.
6. Firilas A, Soi A, Max M. Abdominal incision endometriomas. Am Surgeon 1994;60:259-261.
7. Du Toit DF, Heydenrych JJ. Umbilical endometriosis. South African Med J 1993;83(6):439.
8. Keane TE, Peel ALG. Endometrioma. An intra-abdominal troublemaker. Dis Colon Rectum 1990;33(11):963-965.
9. Healy TJ, Wilkinson WN, Sawyer M. Abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract: a case report. Am Surg 1995;61(11):962-963.
10. Imai A, Iida K, Tamaya T. Detection of inguinal endometriosis by magnetic resonance imaging (MRI). Intern J Gynecol Obstet 1994;47: 297-298.
11. Daye SS, et al. Pfannenstiel syndrome. Am Surgeon 1993;59:459-460.
12. Wolf Y, et al. Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall. Am Surgeon 1996;62:1042-1044.
13. Barrón VJ, Moreno MM, Ortega DR, Kably AA. A propósito de dos casos de endometriosis de la pared abdominal. Ginecol Obstetr Mex 1997;65:538-540.
14. Wong CHFJ, y cols. Endometriosis cutánea en cicatriz abdominal posterior a operación cesárea. Informe de un caso y revisión de la literatura. Ginecol Obstetr Mex 1995;63:222-225.

