

Cirugía General

Volumen
Volume **24**

Número
Number **2**

Abril-Junio
April-June **2002**

Artículo:

Endometrioma en pared abdominal: informe de cuatro pacientes

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](#)



www.Medigraphic.com

Endometrioma en pared abdominal: informe de cuatro pacientes

*Endometrioma in the abdominal wall:
Report on four patients*

Dr. Manuel Dosal,

Dr. Fernando Guzmán Gómez,

Dr. Salvador Medina González

Resumen

Objetivo: Descripción de cuatro pacientes con endometrioma de la pared abdominal.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Descripción de los casos: Cuatro mujeres, cuyas edades oscilaron entre 28 y 36 años, presentaron endometrioma de la pared abdominal con promedio de 19 meses cada una después de operación cesárea. Sólo una presentó dolor cíclico con la menstruación. No se tuvo sospecha diagnóstica en ninguna de las cuatro. El tratamiento consistió en amplia resección del endometrioma después del diagnóstico histológico transoperatorio. Todas ellas recibieron tratamiento farmacológico.

Conclusión: El endometrioma de la pared abdominal ocurre generalmente cuando ha existido cirugía gineco-obstétrica previa, el dolor no siempre es cíclico, el diagnóstico preoperatorio es difícil y siempre deberá realizarse una resección quirúrgica amplia para evitar recurrencias.

Abstract

Objective: Description of four patients with endometrioma of the abdominal wall.

Setting: Third level health care hospital.

Description of cases: Four women, aged between 28 and 36 years, with endometrioma of the abdominal wall, with an average of 19 months each after cesarean section. Only one presented cyclic pain with menstruation. No diagnostic suspicion existed in any of the four patients. Treatment consisted in ample resection of the endometrioma after trans-operative histological diagnosis. All received pharmacological treatment.

Conclusion: Endometrioma of the abdominal wall occurs generally after a gynecologic-obstetric surgery, pain is not always cyclic, preoperative diagnosis is difficult to establish, and an ample surgical resection must always be performed to avoid recurrences.

Palabras clave: Endometriosis extrapélvica, útero, cirugía gineco-obstétrica.

Cir Gen 2002;24: 148-150

Key words: Extrapelvic endometriosis, gynecologic-obstetric surgery.

Cir Gen 2002;24: 148-150

Introducción

La presencia fuera de la cavidad uterina del tejido endometrial se conoce como endometriosis. Su locali-

zación más común es dentro de la pelvis, en los ovarios, los ligamentos uterosacros o el peritoneo.¹ Pocas veces se localiza en otros sitios como vejiga, in-

Departamentos de Ginecología y Obstetricia y Cirugía General del Hospital Ángeles del Pedregal. México, D.F.

Recibido para publicación: 27 de febrero de 2001

Aceptado para publicación: 28 de mayo de 2001

Correspondencia: Dr. Manuel Dosal. Camino a Santa Teresa 1055 – 501. Colonia Héroes de Padierna, 10700, México, D.F.

testino, apéndice cecal, sacos herniarios, pulmón, riñón, extremidades, cicatriz quirúrgica o umbilical. Se considera que la endometriosis de pared abdominal cercana a una herida quirúrgica es más común de lo que se piensa, ésta es una entidad importante de conocer para su oportuna detección y adecuada terapéutica. Generalmente existe el antecedente de cirugía gineco-obstétrica previa²⁻⁵ y no siempre se manifiesta por dolor cíclico relacionado a la menstruación, lo que dificulta el diagnóstico preoperatorio. Debe considerarse en el diagnóstico diferencial la posibilidad de hernias, hematomas, granulomas, abscesos y otras tumoraciones. El tratamiento consiste en excisión quirúrgica amplia y existe la posibilidad de agregar tratamiento farmacológico. En esta comunicación se informa sobre cuatro pacientes quienes presentaron endometrioma de la pared abdominal en el periodo comprendido entre los años de 1996 y 1999 de nuestra práctica privada, en quienes no se hizo diagnóstico preoperatorio y sólo mediante el estudio histopatológico transoperatorio se logró.

Descripción de los casos

Paciente 1

Mujer de 28 años, con menarca a los 12, ritmo menstrual regular con mínima dismenorrea, inició la vida sexual a los 24 años; utilizó anovulatorios orales por un año. Gesta I Cesárea I por presentación de cara. Dos años después de dicha operación notó la presencia de un nódulo doloroso, fundamentalmente a la palpación, 3 cm por arriba de la cicatriz tipo Pffanestiel, de crecimiento lento, negó dolor cíclico. Al explorarla se palpó tumor en hipogastrio de 3 x 2 cm de diámetro, duro, fijo y doloroso a la presión. Fue resecado quirúrgicamente y el estudio histopatológico informó: tejido fibroso recubierto en parte por aponeurosis con la presencia de glándulas endometriales. Se agregaron antigonadotrópicos durante tres meses. Permanece asintomática e inclusive le fue atendido un parto eutócico 20 meses después del tratamiento.

Paciente 2

Mujer de 33 años de edad, con menarca a los 13, eumenorreica, inició la vida sexual a los 23 años, Gesta IV, Para III, Cesárea I, en el último de sus embarazos presentó placenta previa central total lo que condicionó operación cesárea que requirió histerectomía por hemorragia persistente. Treinta meses después acudió a consulta refiriendo dolor sobre la herida quirúrgica con la presencia de un nódulo doloroso a la presión. A la exploración se detectó sobre la herida tipo Pffanestiel la presencia de una zona endurecida, dolorosa, fija de 4 cm de diámetro; la resección quirúrgica involucró un huso de piel, identificándose por debajo del mismo tejido celular subcutáneo con glándulas endometriales. Se complementó el tratamiento con antigonadotrópicos por cuatro meses. Permanece asintomática dos años después.

Paciente 3

Mujer de 36 años de edad, con menarca a los 14, ritmo menstrual de 28 x 5, dismenorrea no incapacitante, inició la vida sexual a los 24 años, mínimo uso de anovulatorios. Gesta I Cesárea I por presentación pélvica. Seis años después requirió miomectomía al rechazar la histerectomía. Un año después se presentó a consulta con dolor en la herida tipo Pffanestiel y con la presencia de un tumor palpable y doloroso de 6 x 4 cm de diámetro, duro y fijo. A la exéresis del mismo se identificó, por estudio histopatológico, tejido muscular esquelético, fibrosis, hemorragia y presencia de glándulas endometriales. Se agregaron durante seis meses análogos. Está asintomática 12 meses después del tratamiento.

Paciente 4

Mujer de 38 años de edad, con menarca a los 13, ritmo de 28 x 3, inició la vida sexual a los 32 años, utilizó dispositivo intrauterino por un año. Gesta II, Cesárea II por desproporción cefalopélvica, la última un año antes del padecimiento actual. Se presentó a la consulta refiriendo por tres meses dolor cíclico y persistente los últimos 15 días en bajo vientre. A la exploración física sobre la cicatriz tipo Pffanestiel se encontró zona de induración de 3 x 2 cm muy dolorosa a la palpación, fija a planos superficiales y profundos. El estudio ecográfico mostró una zona hipocóica de bordes imprecisos a 2 cm de la pared abdominal. Se llevó a cabo exéresis de dicho nódulo, se encontró tejido fibroso con intensa reacción inflamatoria y presencia de glándulas endometriales. Por tres meses se agregaron análogos.

Discusión

Las distintas hipótesis sobre la patogénesis de la endometriosis, clásicamente, la diseminación vía vascular, la metaplasia celómica y la regurgitación tubaria han sido mencionadas desde hace muchos años.⁶ Se han llevado a cabo infinidad de investigaciones sobre esta patología que requiere de la acción ovárica estrogénica para existir, sin que se haya llegado al conocimiento claro sobre su origen. La endometriosis que ocurre adyacente a cicatrices quirúrgicas, en donde generalmente han sido llevadas a cabo sobre "útero abierto", se ha considerado que se debe al trasplante iatrogénico del tejido endometrial durante el procedimiento, que al continuar bajo la estimulación ovárica llegará a ser sintomático en algún momento. El interés principal de esta entidad es el conocerla para su adecuado diagnóstico preoperatorio y su correcto tratamiento quirúrgico. La mayoría de los endometriomas sobre cicatriz quirúrgica tienen como antecedente la operación cesárea,^{3,7} como ocurrió en las pacientes que describimos, aunque hay también informes que involucran procedimientos endoscópicos o histerectomía vaginal.⁸ Cuando no existe ciclicidad en el dolor manifestado, el diagnóstico clínico será difícil. Hay coincidencia en la literatura sobre la poca información que ofrecen los estudios de gabinete (ultrasonido, to-

mografías o resonancias magnéticas)⁹ para orientar el diagnóstico preoperatorio; de manera que si no se realiza la biopsia preoperatoria el diagnóstico final será entonces por histopatología transoperatoria. El hecho de que las pacientes no presentaran endometriosis previa no llama la atención si se acepta que la implantación del tejido endometrial fue resultado de una acción iatrogénica durante el transoperatorio. No hay discusión sobre la necesidad de llevar a cabo la resección amplia de endometrioma, el cual involucra en ocasiones músculo o fascia para el control total del problema y evitar recurrencia. Quagliarello al publicar un caso de endometriosis en el canal inguinal¹⁰ sugirió sólo agregar manejo farmacológico antiendométríotico de comprobarse coexistir endometriosis intrapélvica. Actualmente se acepta el uso de antigonadotrópicos si son tolerados por las pacientes a pesar de que la resección se haya considerado suficiente.

Conclusión

Consideramos que el endometrioma de pared abdominal es una entidad poco frecuente pero que existe en 0.1% después de cirugía gineco-obstétrica,¹¹ el dolor no siempre será cíclico, el tratamiento consistirá en la resección amplia del nódulo para evitar recurrencias y es posible, si se decide, agregar tratamiento farmacológico según la tolerancia de las pacientes.

Referencias

1. Adamson GD. Diagnosis and clinical presentation of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 568-9.
2. Markham SM, Carpenter SE, Rock JA. Extrapelvic endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989; 16: 193-219.
3. Koger KE, Shatney CH, Hodge K, McClenathan JH. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 177: 243-6.
4. Healy JT, Wilkinson NW, Sawyer M. Abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract: a case report. *Am Surg* 1995; 61: 962-3.
5. Matthes G, Zabel DD, Nastala CL, Shestak KC. Endometrioma of the abdominal wall following combined abdominoplasty and hysterectomy: case report and review of the literature. *Ann Plast Surg* 1998; 40: 672-5.
6. Sampson JA. Inguinal endometriosis (often reported as endometrial tissue in groin, adenomyoma in groin, and adenomyoma of round ligament). *Am J Obstet Gynecol* 1925; 19: 462-503.
7. Barrón VJ, Moreno MM, Ortega DR, Kably AA. A propósito de dos casos de endometriosis de la pared abdominal. *Ginecol Obstet Mex* 1997; 65: 538-40.
8. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. *Am Surg* 1999; 65: 36-9.
9. Seydel AS, Sickel JZ, Warner ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg* 1996; 171: 239-41.
10. Quagliarello J, Coppa G, Bigelow B. Isolated endometriosis in an inguinal hernia. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152(6 Pt 1): 688-9.
11. Rulli F, Pacella A. Endometriosis of the abdominal wall. *Acta Biomed Ateneo Parmense* 1998; 69(5-6): 139-43.