



Dificultad diagnóstica del endometrioma de pared abdominal: caso clínico y revisión de la bibliografía

Denzil Garteiz Martínez,* Rafael Carbo Romano,* Alejandro Weber Sánchez,* Lourdes Molinar Horcasitas**

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

El endometrioma de pared abdominal es un padecimiento con el que pocas veces se enfrenta el cirujano general y que representa un reto diagnóstico debido a la similitud de signos y síntomas que tiene con otras tumoraciones. Se comunica un caso clínico de endometrioma de pared abdominal y se revisa su fisiopatología, diagnóstico y tratamiento, destacando los diagnósticos diferenciales con que puede confundirse.

Palabras clave: endometriomas, tumores, pared abdominal, diagnóstico diferencial.

ABSTRACT

Abdominal wall endometrioma is a rare clinical condition with which the general surgeon is faced and usually presents a diagnostic challenge due to the similar signs and symptoms that this illness shares with other tumors of the abdominal wall. A clinical case which exemplifies this diagnostic challenge is presented, and a review is made about the physiopathology, diagnosis and treatment of abdominal wall endometriomas, emphasizing on the different diagnoses with which it can be confused.

Key words: endometriomas, tumors, abdominal wall, differential diagnosis.

RÉSUMÉ

L'endométriome de paroi abdominale est une souffrance à laquelle le chirurgien généraliste rarement fait face et qui représente un défi diagnostique en raison de la similitude de signes et symptômes qu'elle a avec d'autres tuméfactions. On communique un cas clinique d'endométriome de paroi abdominale et l'on fait la révision de sa physiopathologie, diagnostic et traitement, soulignant les diagnostics différentiels avec lesquels il peut se confondre.

Mots-clés : endométriomes, tumeurs, paroi abdominale, diagnostic différentiel.

RESUMO

O endometrioma da parede abdominal é uma padecimento em que poucas vezes enfrenta o cirurgiano geral e que representa um desafio para diagnosticar devido a semelhança de sinais e sintomas que tem com outras tumoraciones. Se intercala com um caso clínico de endometrioma de parede abdominal e revisa sua fisiopatología, diagnóstico e tratamento, destacando diagnósticos diferenciais que podem ser confundidos.

Palavras-chave: endometriomas, tumores, parede abdominal e diagnóstico diferencial.

* Cirujano general.

** Jefa de patología.
Hospital Ángeles Lomas.

Correspondencia: Dr. Denzil Garteiz Martínez. Hospital Ángeles Lomas. Vialidad de la Barranca s/n, C 410, Valle de las Palmas, CP 52763, Huixquilucan, Estado de México, México. Tel./Fax: 5246-9527. E-mail: denzilgarteiz@yahoo.com

Recibido: septiembre, 2007. Aceptado: diciembre, 2007.

Este artículo debe citarse como: Garteiz MD, Carbo RR, Weber SA, Molinar HL. Dificultad diagnóstica del endometrioma de pared abdominal: caso clínico y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2008;76(2):125-30.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.actualizacionmedica.com.mx

El endometrioma de pared abdominal es un padecimiento con el que pocas veces se enfrenta el cirujano general y que representa un reto diagnóstico debido a la similitud de signos y síntomas que tiene con otras tumoraciones que aparecen en la pared abdominal. La diversidad de diagnósticos diferenciales obliga a hacer un minucioso interrogatorio y una adecuada exploración física, además de que el médico debe tener un alto grado de sospecha. Aun con el apoyo de recursos radiológicos y paraclínicos, el diagnóstico preoperatorio es complejo y con frecuencia equivocado. Para ejemplificar dicha circunstancia, en este artículo se comunica un caso clínico de endometrioma de pared que se confundió con hernia inguinal, y se describe una guía de los diagnósticos diferenciales principales que el cirujano debe tener en mente para identificar de manera correcta el padecimiento.

CASO CLÍNICO

Paciente de 37 años de edad, con antecedente de dos cesáreas, la última de ellas cinco años antes, tenía una masa inguinal en el lado izquierdo (figura 1) de cuatro años de evolución que había aumentado progresivamente de tamaño y ocasionaba dolor de leve intensidad, constante y que se exacerbaba durante la menstruación. La masa no era reductible y no protruía al hacer esfuerzos abdominales. Un año antes, su ginecólogo le indicó que se realizara un ultrasonido de pared, el cual reveló un nódulo de 1.7 x 0.9 x 1.35 cm (figura 2), motivo por el cual le aconsejó la exéresis del mismo. La paciente solicitó una segunda opinión con un cirujano general, quien le diagnosticó hernia inguinal izquierda que trató con hernioplastia por laparoscopia. Durante la intervención se corroboró la existencia de una pequeña hernia inguinal y se descartó endometriosis pélvica, aunque no se exploró la pared abdominal en el sitio donde estaba la masa palpable. La paciente continuó con las mismas molestias. Un par de meses después acudió a consulta, durante su periodo menstrual, con otro cirujano. A la exploración se observó una masa muy dolorosa, firme, adherida a tejidos blandos y localizada en el borde lateral y superior de la cicatriz de Pfannenstiel de



Figura 1. Masa palpable cercana a la cicatriz de una cesárea previa.

la cesárea anterior. Se descartó clínicamente que la hernia operada hubiera recurrido y de nuevo se le sugirió extirpar la masa palpable. Se realizó amplia resección de la lesión, incluido el pedículo vascular y un pequeño segmento de tejido aponeurótico de la pared abdominal (figura 3). El estudio histopatológico reveló endometrioma de pared completamente resecado con márgenes libres de lesión (figura 4). Hasta la fecha no existen indicios de recurrencia y la paciente se encuentra asintomática.

DISCUSIÓN

Se denomina endometriosis al crecimiento de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina; es una alteración que ocurre aproximadamente en 15% de las mujeres en edad reproductiva.¹ Por lo general, se manifiesta en la región pélvica, aunque puede encontrarse en otros órganos: intestino, riñones, vías urinarias, pulmones, periné, miembros pélvicos, sistema nervioso central y pared abdominal.

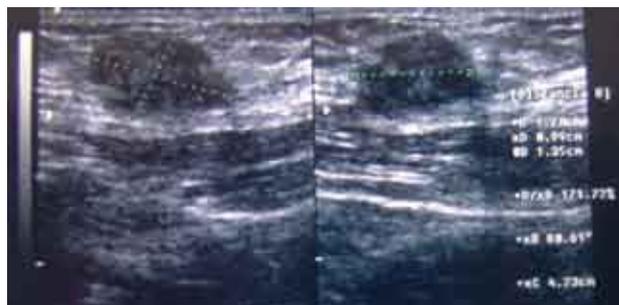


Figura 2. Ultrasonograma que muestra un nódulo en la pared abdominal.

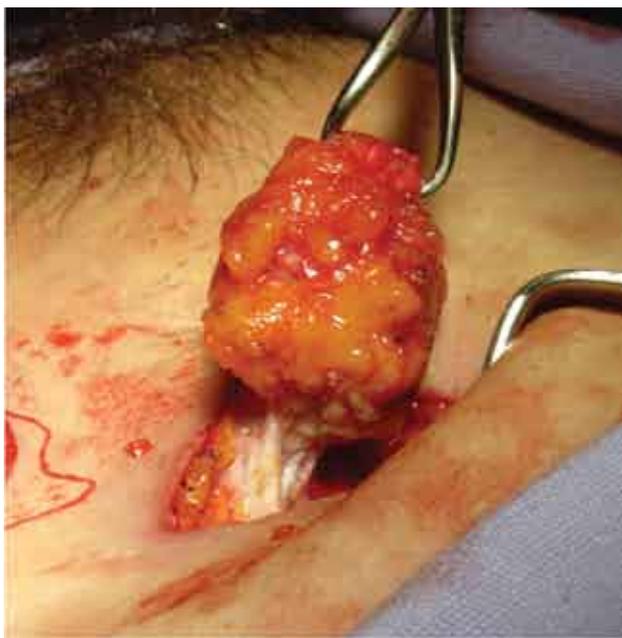


Figura 3. Nódulo con pedículo vascular y adherencias hacia la aponeurosis de la pared abdominal.

El endometrioma de pared abdominal es una masa de tejido endometrial ectópico localizada en ese sitio. Se desconoce su origen, aunque una teoría sostiene que es causado por la implantación de células endometriales en la pared abdominal después de una cesárea o de algún otro procedimiento ginecológico quirúrgico como: operación de trompas de Falopio, episiotomía o histerectomía;² sin embargo, se ha observado también luego de intervenciones como: apendicectomía, laparoscopia y reparación de hernias inguinales, sin que exista una relación directa con la endometriosis pélvica. Se calcula que sólo 25% de las pacientes con endometrioma de pared abdominal y cesárea previa tienen antecedentes de endometriosis pélvica concomitante.² Este padecimiento, también conocido como síndrome de Pfannenstiel, tiene una incidencia de entre 0.1 y 0.8% de las pacientes a quienes se les realizó cesárea;^{2,3} puede ocurrir sin que haya habido intervención quirúrgica, aunque con menor frecuencia.

Patogénesis

Se sabe que la predisposición genética y algunas características biológicas del endometrio son factores determinantes en la patogénesis y la manifestación

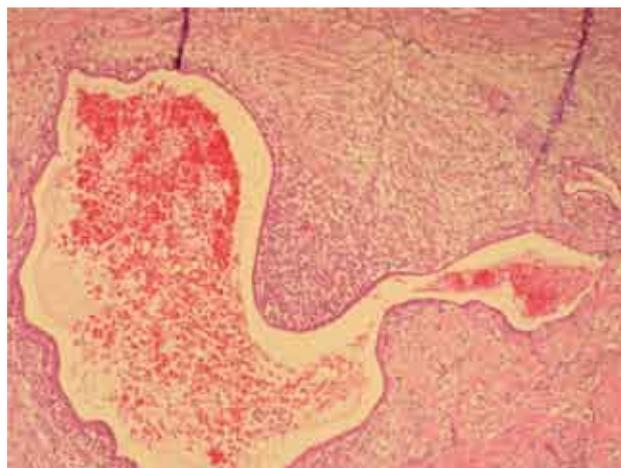


Figura 4. Corte histopatológico de endometrioma de la pared abdominal.

clínica de los endometriomas de la pared abdominal. Generalmente, el tejido ectópico es funcional, por lo tanto responde a estímulos hormonales (estrógeno-dependientes) propios del ciclo menstrual y puede involucionar luego de la menopausia. Esta peculiaridad hace que el endometrioma aumente de volumen e incluso provoque microhemorragias durante la menstruación; también explica por qué estas tumoraciones son de crecimiento lento y progresivo, y se hacen clínicamente aparentes varios meses después de la cesárea (este lapso varía de 4 a 96 meses, según el estudio).⁴

Diagnóstico diferencial

Al ser una masa de la pared abdominal, el endometrioma debe diferenciarse de otras tumoraciones similares como: lipoma, granuloma, quiste epidérmico, abscesos, hematoma de la vaina de los músculos rectos del abdomen, hernia incisional, hernia inguinal, tumor desmoide, neuroma, sarcoma, linfoma y cáncer metastásico.⁵⁻⁸ La bibliografía médica demuestra que la posibilidad de que la paciente tenga endometrioma no se considera en forma anticipada, y que el diagnóstico sólo se confirma cuando se obtienen los resultados histopatológicos.^{9,10} Estas otras alteraciones generalmente son más comunes que el endometrioma, pero cada una de ellas posee particularidades clínicas que deben orientar el diagnóstico (cuadro 1).

Cuadro 1. Diagnóstico diferencial

<i>Diagnóstico</i>	<i>Localización de la masa</i>	<i>Morfología</i>	<i>Dolor</i>	<i>Manifestación clínica</i>
Hernia incisional	Sobre cicatriz quirúrgica previa	Masa reductible o no reductible de tamaño variable Anillo herniario palpable en algunos casos	Ocasional con los esfuerzos o el movimiento, cuando se encuentra encarcelada o estrangulada	Antecedente de cirugía previa Protruye con los esfuerzos Manifestación aguda o crónica
Hernia inguinal	Región inguinal	Masa reductible o no reductible de tamaño variable	Ocasional con los esfuerzos o el movimiento, cuando se encuentra encarcelada o estrangulada	Protruye con los esfuerzos Manifestación aguda o crónica
Granuloma	Sobre cicatriz quirúrgica previa	Nódulo irregular de tamaño variable	A la palpación o cuando se asocia a infección	Crecimiento gradual Frecuentemente asociado a infección
Lipoma	Cualquier parte del cuerpo	Masa blanda regular o irregular de tamaño variable	Infrecuente	Crecimiento gradual Aparición múltiple en 5%
Quiste epidérmico	Cualquier parte del cuerpo	Nódulo firme, móvil, regular de tamaño variable	Asociado con rotura e infección	Contienen queratina o material sebáceo
Absceso	Cualquier parte del cuerpo	Masa dura con sitio de fluctuación, asociada con eritema y calor local	Frecuente, de intensidad variable	Asociado con fiebre, leucocitosis y drenaje espontáneo o provocado de material purulento
Hematoma de la vaina de los rectos	Pared abdominal anterior sobre trayecto de músculos rectos	Masa localizada, no móvil	Frecuente de intensidad variable y de inicio súbito	Asociado con traumatismo contuso o penetrante de la pared abdominal
Endometrioma de pared	Pared abdominal, cercano a cicatriz quirúrgica previa o región inguinal	Nódulo fijo, irregular de tamaño variable Ocasionalmente asociado con microhemorragias	Frecuente de intensidad variable Cíclico y asociado con periodo menstrual en más del 50% los casos	Antecedente de cesárea Asociado con endometriosis pélvica En mujeres de edad fértil

Manifestación clínica

Aunque el endometrioma de pared puede ser asintomático, la existencia de una masa circunscrita a la pared abdominal que provoca dolor cíclico vinculado con la menstruación es un signo patognomónico que se observa en 50 a 60% de las mujeres que lo sufren.^{2,11} Puede haber también dispareunia, dismenorrea y sangrado cíclico a través de una cicatriz quirúrgica cuando el endometrioma se encuentra en las capas más superficiales de la pared abdominal.¹² Con frecuencia se puede confundir con una hernia inguinal o posincisional encarcelada, sobre todo cuando se localiza

en los extremos de una cicatriz de Pfannenstiel.¹⁴⁻²¹

En una serie pequeña reportada en la bibliografía, se encontraron seis casos de endometrioma en la porción extraperitoneal del ligamento redondo, lo que provocó que se confundiera con el diagnóstico de hernia inguinal.

Diagnóstico

Cuando la historia clínica detallada y la exploración física minuciosa hacen sospechar la existencia de endometrioma, pueden utilizarse varios métodos para confirmar el diagnóstico. Uno de ellos es el ultrasonido

de la pared abdominal (realizado de preferencia durante el periodo menstrual) con el que se determinan las características de la lesión, el tamaño de la masa, si es quística o sólida o si hay otras lesiones concomitantes; además, permite averiguar si es de origen intraabdominal o si está confinada a la pared abdominal. La maniobra de Valsalva ejecutada durante la exploración ayuda a diferenciar si se trata de una hernia de la pared abdominal. Casi siempre se aprecia una zona hipoeoica heterogénea con ecos hiperecoicos interpuestos, bordes irregulares espiculados debido a la infiltración de los tejidos y un halo hiperecoico circundante.^{6,22} La desventaja de este método es que no aporta datos específicos de endometrioma, aparte de que los hallazgos varían en forma cíclica de acuerdo con el periodo menstrual. Con el estudio doppler color se logra identificar un pedículo vascular en gran parte de los casos, y vascularidad intralesional en endometriomas con diámetros mayores de 3 cm.²³ A pesar de que la tomografía computarizada y la resonancia magnética pueden detectar lesiones más pequeñas, no han demostrado ser útiles para diferenciar el endometrioma de otros tumores de tejidos blandos.^{11,24} En muy pocas investigaciones se ha comunicado que el estudio gammagráfico puede ayudar a detectar hemorragia en estos sitios.

La biopsia con aguja fina es una herramienta útil para confirmar el diagnóstico de estas tumoraciones. La existencia de glándulas y estroma endometrial junto a macrófagos cargados con hemofuscina o hemosiderina, fibrosis, inflamación crónica e indicios de hemorragia antigua son característicos de endometrioma y permiten descartar la posibilidad de malignidad.⁴

Tratamiento

El mejor tratamiento del endometrioma de pared es la prevención. Se recomienda que el ginecólogo proteja los bordes de las heridas quirúrgicas y las irrigue en forma enérgica con solución salina antes de cerrarlas.^{25,26} La administración de danazol o leuprolide puede aminorar los síntomas, principalmente el dolor; sin embargo, no disminuye el tamaño del endometrioma y no es curativa.²⁷ La resección quirúrgica amplia es el método de elección.¹¹ Se sugiere incluir márgenes de tejido sano en la pieza quirúrgica para evitar la

recurrencia; a veces es necesario, incluso, resecar la fascia o la piel adyacentes. Cuando la resección es amplia o la lesión se encuentra en el canal inguinal, se debe reparar el defecto con prótesis de malla para evitar hernias subsecuentes. En ocasiones se debe valorar la necesidad de complementar el diagnóstico con una laparoscopia para descartar la existencia de endometriosis pélvica.

Recurrencia y riesgo de malignidad

Aunque el índice de recurrencia de estas lesiones es bajo, debe hacerse un seguimiento estrecho de las pacientes debido al riesgo de malignidad. La recurrencia se ha relacionado con el tamaño de la lesión²⁸ y la existencia de endometriosis en los músculos o el peritoneo. Las recurrencias pueden ocurrir en el mismo sitio o en algún otro lugar cercano a la cicatriz quirúrgica.

Comparado con el carcinoma ovárico concomitante con endometriosis, el carcinoma de las cicatrices quirúrgicas tiene un peor pronóstico y sus tasas de supervivencia son menores. Los tipos de cáncer que pueden aparecer son el carcinoma de células claras y el carcinoma endometroide.^{29,30}

El seguimiento debe ser a largo plazo, ya que al menos un reporte destaca la malignización a carcinosarcoma después de 16 años y tras múltiples resecciones.³¹ Algunos autores recomiendan complementar el seguimiento con ultrasonograma periódico y antígeno carbohidrato 125 (CA 125).⁶

CONCLUSIÓN

El endometrioma de pared abdominal es un padecimiento difícil de diagnosticar debido a su baja frecuencia y a la gran variedad de diagnósticos diferenciales con los que se puede confundir. No es raro, como lo demuestra la literatura médica, que el cirujano o el ginecólogo consideren que la masa de la pared abdominal sea una hernia, un granuloma o alguna otra tumoración más común. El interrogatorio minucioso sobre el cuadro clínico, especialmente cuando se trata de una mujer con una masa abdominal que provoca dolor cíclico concomitante con la menstruación y está cerca de una cicatriz quirúrgica, debe ayudar a precisar el diagnóstico con los estudios paraclínicos