



Endometrioma de pared abdominal. ¿Diagnóstico poco frecuente?: Reporte de dos casos

Carlos Chon A,* Ulises Rodríguez-Wong,* Martín Chon A,** Víctor Mercado G,* Eduardo Roveló Lima* Marisol L. Vargas-Contreras**

RESUMEN

El endometrioma de pared abdominal ha sido descrito como una de las variedades de presentación de la endometriosis, aunque presenta baja incidencia es común como causa de tumores de pared abdominal y su tratamiento es quirúrgico. Se presentan dos casos de pacientes de sexo femenino con diagnósticos de eventración posquirúrgica, sometidas a manejo quirúrgico con hallazgos de endometrioma de pared abdominal manejadas con escisión total con bordes amplios con buena respuesta posquirúrgica y sin recidiva a dos años.

Palabras clave: Endometrioma, pared abdominal.

ABSTRACT

Endometrioma of abdominal wall has been described like one of the varieties of presentation of endometriosis, although it presents low incidence, it is common as cause of tumors of abdominal wall and its treatment is surgical. Two cases of patients of feminine sex with diagnosis of postsurgical eventration are presented, put under surgical handling with findings of endometrioma of abdominal wall handled with total excision with ample edges and good postsurgical answer without recidiva to two years.

Key words: Endometrioma, abdominal wall.

INTRODUCCIÓN

La presencia de tejido endometrial ectópico sensible a estimulación hormonal ovárica es definida como endometriosis, teniendo diversos sitios de presentación entre ellos intestino, pulmón, ovario, perianal e incluso dentro de las cicatrices quirúrgicas secundarias a procedimientos ginecológicos. La endometriosis es una enfermedad que afecta a cerca de 15% de las mujeres en edad reproductiva y, sin embargo, sigue siendo el más enigmático de los trastornos ginecológicos.^{1,2} Prácticamente han sido descritos casos de endometriosis en todos los tejidos y órganos de la mujer, con excepción del bazo, el cual parece tener inmunidad para esta enfermedad. Cuando el tejido endometrial se encuentra delimitado por una cápsula y su presentación es la de tumor en la pared abdominal circunscrito es definido como *endometrioma de pared abdominal*,³ y en muchos de los casos el diagnóstico es confundido con eventración posquirúrgica, hernia umbilical e incluso tumor de pared abdominal, probablemente debido a su baja incidencia y poca sospecha diagnóstica por parte del cirujano (Fig. 1).

CASO 1

Femenino de 31 años, casada, originaria de Oaxaca, menarca 14 años, ritmo 30 x 4 dismenorréica, dos gestaciones, dos cesáreas, fecha de última cesárea en 1992. Inicia padecimiento actual un año previo al presentar dolor punzante en el tercio superior de herida quirúrgica abdominal, en la línea media infraumbilical, que se exacerba durante la menstruación, posteriormente aparece tumor progresivo en mismo sitio, actualmente de 10 cm de diámetro presentando periodos intermitentes de exacerbación y remisión del dolor. A la exploración física TA 100/70 FC 80X[°], hidratada, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen con cicatriz quirúrgica en línea media infraumbilical, en donde se palpa tumor de 5 x 5 cm, que no desaparece con maniobra de Smith-Bates ni Gardner, ni aumenta de tamaño con la maniobra de Valsalva. Se realizó un estudio de ultrasonido de la pared abdominal, el cual reportó una imagen quística compatible con probable quiste del uraco. La paciente es intervenida quirúrgicamente, realizándose escisión total con bordes amplios de tumor de 4 x 3 cm encapsulado de aspecto hemorrági-

* Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México.

** Médico General.



Figura 1. Endometrioma de pared exposición.

co y repara defecto aponeurótico con material de sutura absorbible a largo plazo con puntos de Mayo. El resultado histopatológico de la pieza quirúrgica reportó la presencia de tejido adiposo y músculo con endometriosis e inflamación aguda y crónica.

CASO 2

Paciente del sexo femenino de 46 años de edad, originaria del Distrito Federal, casada, dos gestaciones, un parto, una cesárea, la fecha de la cesárea, 14 años previos. Plastia de pared abdominal por eventración posquirúrgica e histerectomía total abdominal por miomatosis uterina, durante una misma cirugía, hace cinco años. Padecimiento actual de dos años de evolución con aparición progresiva de tumor de 2 cm de diámetro a nivel de cicatriz quirúrgica posterior a última cirugía, se acompaña de dolor que se exagera de forma intermitente mes con mes y presenta salida de material serosanguinolento con misma frecuencia. A la exploración física, tensión arterial 130/80 mm de Hg, frecuencia cardíaca de 80 por minuto, bien hidratada, cráneo, cuello y cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen con tumor de consistencia firme de 7 cm de diámetro en la línea media infraumbilical, en tercio superior de cicatriz quirúrgica que no se modificaba con la maniobra de Valsalva y permanecía igual con la maniobra de Smith Bates y Gardner, se observa orificio de 1 mm de diámetro a través del cual drena escaso material seroso, la peristalsis estaba presente y sin datos de irritación peritoneal. Es llevada a cirugía con diagnóstico de granuloma de la pared abdominal, encontrándose un tumor de 10 cm de diámetro dependiente a pared abdominal que abarca el plano músculo aponeurótico; se rea-

lizó la resección del tumor con bordes amplios y repara pared con material de sutura absorbible a largo plazo con puntos de Mayo. El resultado histopatológico reportó la presencia de endometrioma de la pared abdominal.

DISCUSIÓN

El desarrollo de endometriosis, sin importar su localización, es probablemente un proceso multifactorial. Se han postulado muchas teorías respecto a la etiología de la endometriosis; éstas pueden ser divididas en cuatro grandes grupos:

1. Implante directo por transporte de células.
2. Metaplasma celómica.
3. Restos celulares embrionarios.
4. Teorías inmunológicas.

En el caso de la endometriosis de la pared abdominal, la teoría más aceptada es la del implante directo por transporte de células endometriales, ya que en casi la totalidad de los casos se presenta en cicatrices abdominales de procedimientos gineco-obstétricos aunque se encuentran reportes en la literatura incluso posteriores a apendicectomías y plastias inguinales.⁴⁻⁶ El endometrioma de pared es un tumor benigno en el plano músculo aponeurótico, su diagnóstico prequirúrgico implica la alta sospecha clínica; usualmente se relaciona a eventos quirúrgicos ginecológicos previos siendo el más común las cesáreas. La presentación clínica es la de tumor situado en la cicatriz quirúrgica previa o aledaño a la misma, de consistencia firme, dependiente de pared abdominal, cuyo síntoma cardinal es el dolor periódico relacionado con la menstruación, pudiendo acompañarse de salida de material sero-hemático compatible con el despeño catamenial.⁷ Los estudios de gabinete que pudieran orientar o corroborar la sospecha clínica son el ultrasonido preoperatorio y la biopsia por aspiración con aguja fina. La combinación con ultrasonido Doppler puede ser muy útil y el uso de un transductor de alta frecuencia incluso necesario, ya que estas lesiones son fácilmente desapercibidas con transductores comunes empleados en abdomen.^{8,9} Los hallazgos macroscópicos transoperatorios son de una lesión con nódulos quísticos en su interior rodeados por fibrosis, a menudo se presentan como masas polipoides que simulan proceso neoplásico (Figs. 2 y 3). Microscópicamente se observa tejido glandular y estromal endometrial mezclado con áreas fibrosas densas con signos de hemorragia fresca (eritrocitos) o antigua (macrófagos con hemosiderina) (Fig. 4). El manejo quirúrgico consiste en la



Figura 2. Endometrioma de pared disección de bordes.

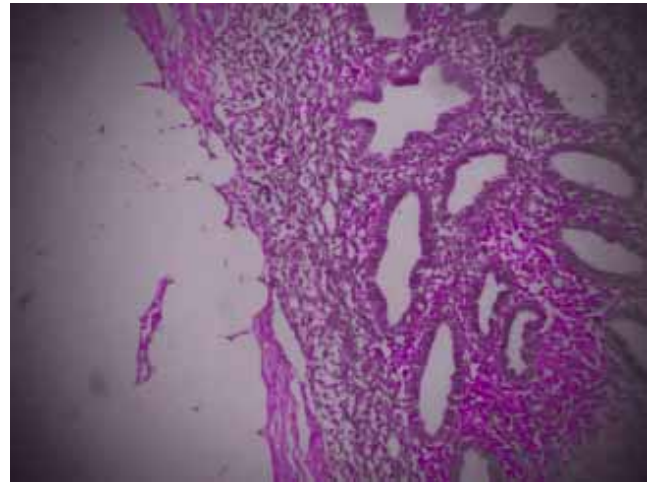


Figura 4. Aspecto histológico de endometrioma (tejido adiposo, glandular y estromal endometrial).

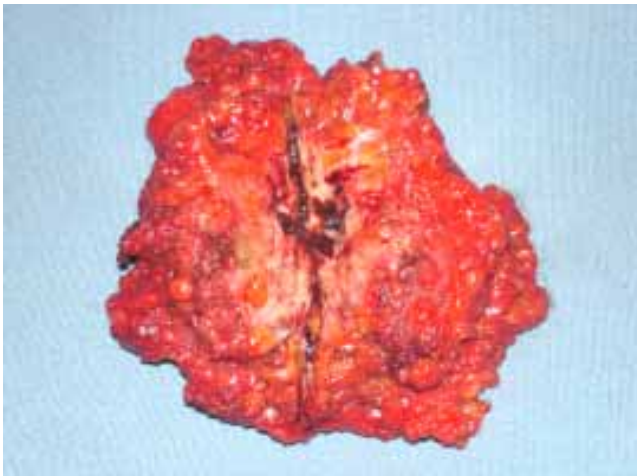


Figura 3. Endometrioma de pared resecado, aspecto quístico, polipoideo con contenido hemorrágico.

resección con bordes amplios de la lesión y en caso de defectos aponeuróticos grandes se valora colocación de material protésico.

REFERENCIAS

1. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. N Eng J Med 1993; 328: 1759-9.

2. Keane TE, Peel AL. Endometrioma. An intrabdominal troublemaker. Dis Colon Rectum 1990; 33: 963-5.
3. Applebaum GD, Iwanczyk L, Balingit PB. Endometrioma of the abdominal wall masquerading as hernia. Am J Emerg Med 2004; 22: 621-2.
4. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, et al. Abdominal wall endometriomas. Am J Surg 2003; 185: 596-8.
5. Firilas A, Soi AS, Max M. Abdominal incision endometriomas. Am Surg 1994; 60: 259-61.
6. Steck MWD, Helwing EB. Cutaneous endometriosis. JAMA 1965; 191: 101-4.
7. Raymond J, Walter J, Lari S. Rectus Abdominis Endometrioma. American Journal of Emergency Medicine 1999; 17: 7.
8. Roberts JL, Madrazo BL. Ultrasound case of the day. Radiographics 1992; 12: 599-601.
9. Khaleghaian R. Abdominal wall endometriosis: Sonographic diagnosis. Australas Radiol 1995; 39: 166-7.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Carlos Chon A.
Av. Instituto Politécnico Nacional 5160
Col. Magdalena de las Salinas
C.P. 07760
México, D.F.