



Caso clínico: endometriosis de pared abdominal a propósito de un caso clínico

Clinical case: abdominal wall endometriosis about a clinical case

Endometriosis de pared abdominal

Dr. Otto Eddy Giler Cantos¹

Dr. Ángel Vinces²

¹Ginecologo del Hospital IESS Portoviejo, ottogican@hotmail.com.

²Anatomopatologo del Hospital del IESS Portoviejo

Contacto: ottogican@hotmail.com

Recibido: 10-01-2022

Aprobado: 10-04-2022

Resumen

La endometriosis es un trastorno a menudo doloroso en el que tejido que normalmente reviste el interior del útero (el endometrio) crece fuera del útero. En general, la endometriosis afecta a los ovarios, las trompas de Falopio y el tejido que reviste la pelvis. Rara vez, el tejido endometrial se expande más allá de los órganos pélvicos.

La endometriosis provoca dolor (a veces intenso), sobre todo durante el período menstrual. También pueden generarse problemas de fecundidad. Los endometriomas de la pared abdominal usualmente son procesos secundarios a cicatrices quirúrgicas ginecobstetricias, como es la cicatriz de la cesárea. Aparecen en las mujeres entre 20 y 40

años y suelen producirse de dos a cinco años después de procedimientos quirúrgicos obstétricos o ginecológicos. Se presenta un caso de una paciente que llegó al Servicio de Cirugía y luego nos fue interconsultada y derivada al Servicio de Ginecología, donde se realizó una atención multidisciplinaria conjuntamente con el Servicio de Cirugía Plástica, Oncología y se derivó a SOLCA Portoviejo para dar probabilidad de tratamiento radioterapéutico, se presenta el caso por lo raro de su presentación así como de la evolución y agresividad así como la interrogante de si se trató de un endometriomas conjuntamente con mesotelioma?

El mesotelioma peritoneal maligno es una rara neoplasia que se origina en las células mesoteliales del peritoneo. El mesotelioma peritoneal afecta principalmente a varones con una edad media de 65-69 años. En aproximadamente un 50 % de pacientes con mesotelioma peritoneal hay un antecedente de exposición a asbesto

Introducción

La endometriosis fue descrita por primera vez por Von Rokitansky en 1860 y es definida como la presencia de estroma y glándulas endometriales fuera de la cavidad uterina, puede ser intra o extra pélvica. Pero no fue hasta 1899 cuando se describió por primera vez la presencia de tejido endometrial en la pared abdominal, en este caso definida como endometriomas: una masa bien circunscrita de tejido endometrial localizado fuera de la pelvis.

El diagnóstico de certeza se realiza mediante estudios histológicos, mientras que la mayoría de las pruebas de imagen 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. El mejor tratamiento del endometriomas de la pared abdominal es la prevención y

la resección quirúrgica amplia es el método de elección.

Por lo poco frecuente que es la afección y por representar un reto diagnóstico para el cirujano, se decidió la presentación de este caso

Presentacion del caso clinico

Se trata de una paciente de sexo femenino de 48 años de edad con el siguiente historial clínico:

Antecedentes familiares no menciona

Antecedentes personales Hipertensión controlada

Alergias no conocidas

Intervenciones quirúrgicas: 1 cesárea y ligadura tubárica bilateral

Antecedentes ginecoobstetricos: Menarquia 16 a TPAL 3013 PF LTBT Menopausia 46^a

Motivo de la consulta: Acude por presentar aumento del perímetro abdominal de forma rápida de 3 meses de evolución y que ha presentado secreción acuosa de las zonas que han aumentado de espesor que le producen dolor y dificultad para la movilización

Exámenes complementarios.

Acude presentando una **citología** 02.2017 negativa para células malignas

Ecografía abdominal 05.17 donde presenta lesiones a nivel de tejido subcutáneo y piel de grandes dimensiones con cavernas que podría

tratarse de una endometriosis de pared abdominal de grandes dimensiones.

Ecografía transvaginal 05.17 útero de tamaño atrófico y ovarios dentro de la normalidad.

Resonancia magnética nuclear 05.17 presencia de lesiones extensas a nivel de tejido celular subcutáneo con presencias de cavernas que no se puede delimitar si solo afecta a piel y/o peritoneo, diagnóstico de endometriosis de pared abdominal

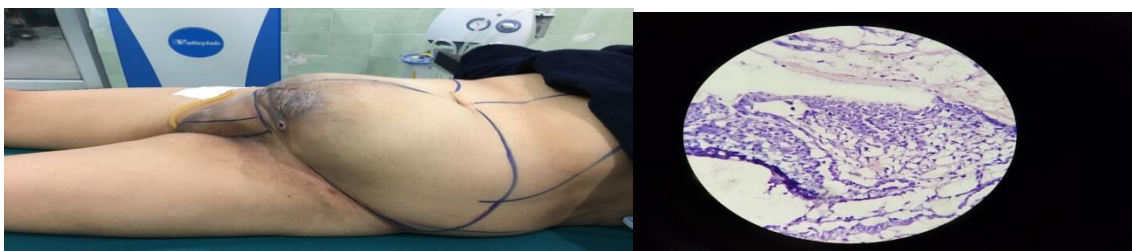
Exploración física

A la exploración paciente con decaimiento que presenta zona abdominal con múltiples lesiones abultadas blandas no dolorosas con fluctuación y algunas de ellas presenta secreción de líquido claro, se realiza punción de las lesiones obteniéndose 2000cc de líquido claro que se envía a citología, cultivo, los cuales salen negativos.



Se realiza interconsulta con el Servicio de Cirugía Plástica y se decide realizar exeresis de todo el tejido afecto, se

realiza cirugía con éxito previo consentimiento informado de la paciente y del familiar



la **microscopia** solo se observó endometriosis

Fotos del 23 a 26 aspecto posterior a la convalecencia de la cirugía

Evolución posterior a la cirugía



Se siguió controlando cada mes, durante 2 meses posterior a la cirugía y con análogos se encontró bien, pero al tercer

mes volvió a recidivar y con progresión rápida



En esta nueva situación, se realiza Interconsulta con el área de Oncología, aunque los resultados de múltiples biopsias, citologías eran negativos debido al rápido desarrollo de la enfermedad se decide conjuntamente con el área de Cirugía Plástica y Ginecología derivar a la paciente a

SOLCA Portoviejo, para valorar si era necesario realizar un tratamiento de radioterapia que le ayudara a paliar la enfermedad, en esta Institución se volvió a realizar todos los estudios y se revisaron nuevamente las placas de las biopsias y esta aun en duda si en algún momento se pudo diagnosticar

<https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia>

mesotelioma? Se realizaron pruebas de inmunohistoquímica que dieron positivo, no obstante, a pesar del tratamiento con análogos la paciente presentaba presencia estrogénica, aun siendo postmenopáusica y estar con análogos. La paciente falleció por complicaciones de las lesiones, anemia en 02.2019 en el IESS Portoviejo.

Discusión

El endometriomas de la pared abdominal es un tumor benigno en el plano músculo aponeurótico, su diagnóstico implica alta sospecha clínica; usualmente se relaciona a eventos quirúrgicos ginecológicos previos, los más comunes son las cesáreas.

Se calcula que solo 25 % de las pacientes con endometriomas de la pared abdominal y cesárea previa tienen antecedentes de endometriosis pélvica concomitante. 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; esto puede ocurrir sin que haya existido intervención quirúrgica, aunque con menor frecuencia.

Los síntomas están relacionados con la aparición de un nódulo o masa, relacionada con la cicatriz, aparece desde semanas a años después de la cirugía; el intervalo medio posoperatorio es de 30

meses aproximadamente. Se produce un incremento “catamenial” en el tamaño y dolor del nódulo y a veces, sangrado a través de la lesión, lo caracteriza el dolor cíclico relacionado con la menstruación. En endometriomas muy superficiales, puede ocurrir ulceración en enfermedad prolongada, pero es muy raro.

El ciclo menstrual recurrente, la inflamación y los cambios fibróticos dentro de las lesiones endometriósicas son los responsables de la mayor parte de los síntomas, aunque normalmente no hay relación directa entre la extensión de la enfermedad y la severidad de los síntomas. Las lesiones pueden recurrir tras la excisión, aunque en algunos estudios de serie de casos no se haya constatado ninguna recurrencia.

En el examen clínico, las lesiones son nódulos únicos que varían de unos pocos milímetros hasta seis centímetros. Varían de rosadas o pardas hasta marrones o azuladas, dependiendo de la edad de la lesión y la profundidad dentro de la piel. La superficie de corte en las lesiones relacionadas con cicatrices es blanco-grisácea, con o sin áreas focales de reciente o antigua hemorragia.

El diagnóstico de certeza solo se confirma con estudio histopatológico, por lo que no son necesarios muchos estudios preoperatorios, bastando con un examen ecográfico y una biopsia por

aspiración con aguja fina; en la mayoría de los casos son innecesarias la tomografía o la resonancia.

El estudio de imágenes no aporta resultados específicos, pero ayuda a determinar la extensión de la enfermedad y el compromiso de la pared abdominal para planificar la cirugía posterior. La apariencia ecográfica de la endometriosis de la pared abdominal puede ser de característica quística, mixta o sólida.

El desarrollo de endometriosis es probablemente un proceso multifactorial y se han postulado muchas teorías al respecto, en el caso de la endometriomas de la pared abdominal, la teoría más aceptada es la del implante directo por transporte de células endometriales, por la presencia en cicatrices abdominales de procedimientos ginecoobstetricos, aunque se encuentran reportes en la literatura incluso posteriores a apendicetomía y plastias inguinales.

Los estudios que pudieran orientar 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 inadvertidas con transductores comunes empleados en abdomen. 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. Microscópicamente se observa tejido glandular y estromal endometrial mezclado con áreas fibrosas densas con signos de hemorragia fresca (eritrocitos) o antigua (macrófagos con hemosiderina).

El mejor tratamiento del endometriomas de la 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. El tratamiento médico se refiere al uso de anticonceptivos orales, progestinas y análogos de GnRH, pero sólo se ha reportado el alivio transitorio de los síntomas y la recurrencia aparece al suspender la terapia.

El método de elección es la resección quirúrgica amplia con márgenes de tejido sano en la pieza quirúrgica para evitar la recurrencia; a veces es necesario, incluso, reseca 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.

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 lesión y la existencia de endometriosis en los músculos o el

peritoneo; pueden ocurrir en el mismo sitio o en algún otro lugar cercano a la cicatriz

En este caso no queda claro el diagnóstico definitivo microscópico endometriosis de pared abdominal y/o mesotelioma peritoneal por el rápido desarrollo y la recurrencia del mismo y la no efectividad de los análogos a pesar de ser una mujer postmenopáusica.

Referencias bibliográficas

1. Ortega Herrera R, Serrano Puche F, Prieto Sánchez E, Gómez de Travedo y Calvo I, López Marín P, Rubí Uriá MJ. Endometriosis de la pared abdominal. Prog Obstet Ginecol. 2012;55(8):367-72
2. Park SB, Kim JK, Cho KS. Sonography of endometriosis in infrequent sites. J Clin Ultrasound. 2008;36(2):91-7
3. Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. Am J Surg. 2008;196(2):207-12
4. Hensen JH, Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. AJR Am J Roentgenol. 2006;186(3):616-20
5. Chon Ávila CF, Rodríguez-Wong U, Ávila Martín Ch, Mercado V, Roveló Lima E, Vargas Contreras M. Endometrioma de pared abdominal. ¿Diagnóstico poco frecuente? Reporte de dos casos. Rev Hosp Jua Mex. 2007;74(3):198-200
6. Garteiz Martínez D, Carbo Romano R, Weber Sánchez A, Molinar Horcasitas L. Dificultad diagnóstica del endometrioma de pared abdominal: caso clínico y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex. 2008;76(2):125-9
7. Carvajal A, Braghetto I, Carvajal R, Miranda C. Endometriosis de la pared abdominal. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007;72(2):105-10
8. Carreón Corzo C, Calizaya Hurtado AR, Novillo Miranda H. Endometriosis de la pared abdominal, a propósito de un caso. Revista de Diagnóstico por Imágenes. 2007;2(2):41-5

9. Pardo MI, Campos S, Ouviaña O, Caramés Vidal R, Vázquez- Rodríguez M. Endometriosis en cicatriz de cesárea anterior. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2010;37(1):35-7
10. Coutinho A, Bittencourt LK, Pires CE, Junqueira F, Lima CM, Coutinho E, et al. MR imaging in deep pelvic endometriosis: a pictorial essay. Radiographics. 2011;31(2):549-67
11. Busard MP, van der Houwen LE, Bleeker MC, Pieters van den Bos IC, Cuesta MA, van Kuijk C, et al. Deep infiltrating endometriosis of the bowel: MR imaging as a method to predict muscular invasion. Abdom Imaging. 2012;37(4):549-57
12. Pérez Carbajo E, Zapardier Gutiérrez I, Godoy Tundidor V, de la Fuente Valero J, Martín Arias A. Endometriosis abdominal. A propósito de 2 casos. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2009;36(4):140-3