

# Endometriosis de pared abdominal

Dra. María del Pilar Álvarez\*, Dr. Luis Carriquiry

## Resumen

La endometriosis de pared abdominal es una entidad rara que se presenta frecuentemente luego de una cirugía ginecológica.

Se presentan tres casos de endometriosis parietal que fueron tratadas en los últimos dos años en el hospital Maciel de Montevideo. Se señalan sus aspectos etiológicos, diagnósticos, así como la importancia de su resección completa para lograr la curación definitiva.

## Palabras Clave:

Endometriosis

Pared abdominal

## Abstract

Endometriosis of abdominal wall is a rare entity, which frequently appears after gynecological surgery.

Case history includes three cases of parietal endometriosis which were treated in Maciel Hospital of Montevideo.

*Clinica Quirúrgica "2" (Director Prof. Dr. L. Carriquiry) Hospital Maciel - Facultad de Medicina*

The report refers to etiological and diagnostic aspects and highlights the importance of total resection in order to achieve definitive healing.

## Key words:

Endometriosis

Abdominal wall

## Introducción

La endometriosis es una enfermedad ginecológica que se presenta con escasa frecuencia en la consulta del cirujano general.

Las manifestaciones extragonadales de la enfermedad son infrecuentes reflejadas en los pocos casos publicados en la literatura. En lo referido a la endometriosis de pared abdominal su escasa frecuencia hace que el diagnóstico sea difícil y frecuentemente confundido con otras tumoraciones parietales. Para realizar su diagnóstico es necesario entonces contar con un elevado índice de sospecha clínica.

El primer caso de endometriosis de pared abdominal fue publicado a nivel mundial en el año 1956, en la literatura ginecológica. Recién 19 años

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay en la sesión científica del 11 de julio de 2001.

\* Residente de cirugía Clínica Quirúrgica "2".

Correspondencia: Río Yí Manzana 12 Solar 13 Solymar.  
CP 15005 Ciudad de la Costa

más tarde, en 1975 se publica el primer caso en la literatura de cirugía general <sup>(1)</sup>. Desde esa fecha, se han publicado 32 casos en el mundo en la literatura de cirugía general, y la serie más grande publicada hasta ahora presenta 8 casos en un período de 10 años <sup>(1)</sup>.

En nuestro medio, en la literatura de cirugía general existen casos publicados de endometriosis digestiva <sup>(2,3)</sup>, pero no de endometriosis parietal, el primer caso se publicó en la sociedad de ginecología del Uruguay en el año 1950 <sup>(4)</sup>.

Presentamos aquí 3 nuevos casos de endometriosis de pared abdominal, analizamos su forma de presentación clínica, su diagnóstico y tratamiento.

## Casos Clínicos

**CASO 1.** Mujer, 41 años, con el antecedente personal de 2 cesáreas.

Consulta por la aparición de una tumoración que nota 9 meses después de su última cesárea. Dicha tumoración está situada sobre la cicatriz operatoria, es dolorosa, no impulsa con la tos ni con los esfuerzos físicos.

Al examen físico presenta una cicatriz mediana infraumbilical continente. Sobre su comisura inferior tiene una tumoración de unos 2 cm, dolorosa, sin elementos fluxivos.

El diagnóstico clínico fue de granuloma de cicatriz operatoria.

**CASO 2.** Mujer, 22 años, con el antecedente personal de una cesárea.

Consulta por la aparición de una tumoración que nota 6 meses después de la cesárea, en relación con la cicatriz operatoria, que aumenta de tensión y se torna dolorosa en los períodos menstruales.

Del examen físico se destaca una cicatriz de Pfannenstiel continente. Por encima de ésta pre-

senta una tumoración de 4 cm de diámetro, indolora a la palpación, que no impulsa con la tos.

El diagnóstico clínico fue de endometriosis de pared abdominal.

**CASO 3.** Mujer, 35 años, con el antecedente personal de una cesárea.

Consulta por la aparición de una tumoración que nota 10 meses después de la cesárea, sobre la cicatriz operatoria, que característicamente se torna dolorosa con cada período menstrual.

Del examen físico se destaca una cicatriz de Pfannenstiel continente. En su comisura derecha presenta una tumoración de unos 3 cm de diámetro, dolorosa a la palpación.

El diagnóstico clínico fue de endometriosis parietal.

En los 3 casos se solicitó una ecografía de partes blandas las cuales revelaron características similares en las 3 pacientes. Evidenciaron la presencia de un proceso expansivo topografiado en el plano del tejido celular subcutáneo, que involucraba parte del plano muscular, de ecogenicidad heterogénea, con áreas sólidas y quísticas (Fig. 1 y 2). En ninguno de los casos el estudio pudo definir la etiología del proceso.

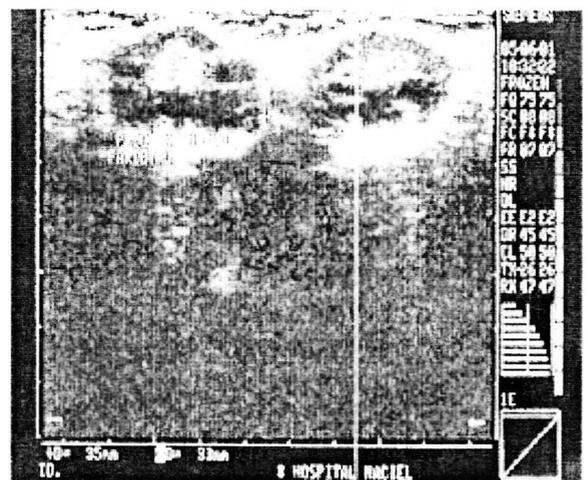


Fig. 1: Ecografía. Imagen que muestra la ecogenicidad mixta del proceso.

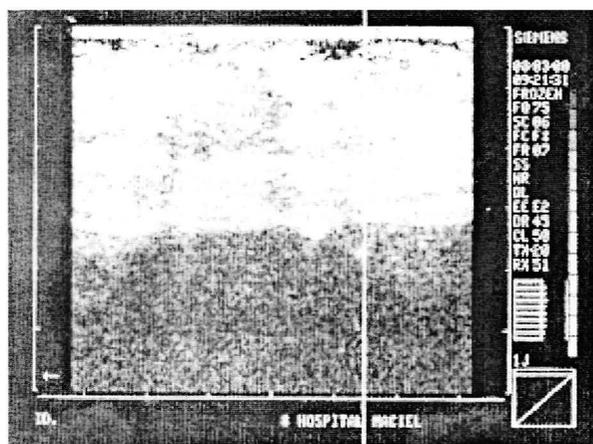


Fig.2. Ecografía. Imagen que muestra el compromiso del plano muscular.

El tratamiento realizado en las 3 pacientes fue quirúrgico. Fueron operadas de coordinación, bajo anestesia local. Se realizó la resección completa de la tumoración en las tres pacientes. En dos de ellas fue necesario incluir en la resección un sector de aponeurosis muscular que estaba involucrado en la tumoración, la reparación parietal se realizó con puntos de material irreabsorbible sin necesidad de colocar material protésico en ninguna de ellas.

El estudio anatomopatológico de las piezas operatorias mostró características similares en los 3 casos. Correspondieron a cortes de tejido fibromuscular, con epitelio glandular sin atipias en ningún corte analizado, el estroma era de tipo endo-

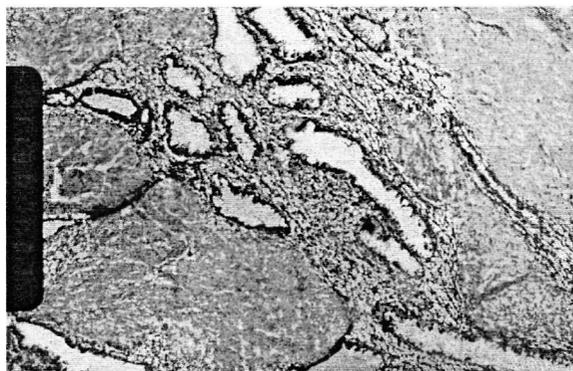


Fig.3: Anatomía patológica. Epitelio de tipo glandular, endometrial.

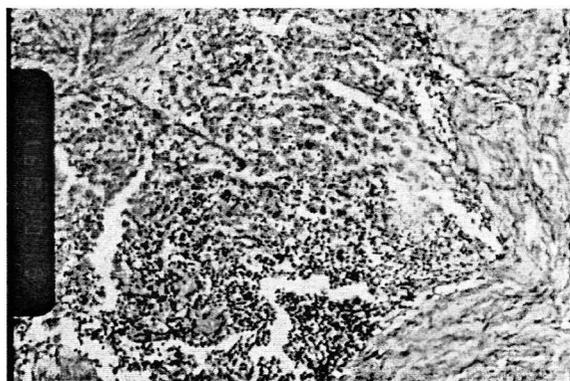


Fig.4: Anatomía patológica. Siderófagos, zonas de hemorragia.

metrial con abundantes macrófagos cargados de hemosiderina en relación con áreas de hemorragia (Fig. 3 y 4). El estudio concluyó que los 3 casos correspondían a endometriosis.

## Discusión

Se define la endometriosis como la presencia de tejido endometrial normal y funcionando en situación ectópica, es decir por fuera de la cavidad uterina. Habitualmente se localiza en la pelvis con una frecuencia que se estima en un 5-10% de las mujeres en edad reproductiva<sup>(5,6)</sup>. Se han descrito localizaciones extrapélvicas de la enfermedad como el colon<sup>(2,3)</sup>, intestino delgado, aparato urinario, pared abdominal.

La incidencia de la endometriosis parietal varía de acuerdo con las publicaciones pero se reporta en un 3.5 % de todos los casos de endometriosis, y habitualmente se presenta luego de la incisión de un útero grávido como vimos en nuestros 3 casos<sup>(7)</sup>.

La endometriosis parietal puede localizarse en cualquier sector de la pared abdominal, pero frecuentemente lo hace sobre cicatrices operatorias previas como en nuestras 3 pacientes, se han descrito otras localizaciones como la región inguinal y umbilical<sup>(7,8)</sup>. Es en el año 1995 que se publica el

primer caso de endometriosis en la cicatriz de entrada de un trócar laparoscópico <sup>(9)</sup>.

La patogenia parecería responder al implante de células endometriales provenientes de la cavidad uterina directamente sobre la pared abdominal. Esto se ve avalado por estudios experimentales que demostraron que la inoculación de células endometriales en la pared abdominal lleva al desarrollo de un endometrioma <sup>(10)</sup>.

Si bien el diagnóstico clínico de endometriosis de pared abdominal es dificultoso vinculado sobre todo a su escasa frecuencia, la presentación clínica es bastante típica como vimos en nuestras 3 pacientes. Se caracteriza por presentarse en mujeres en edad reproductiva, con el antecedente de una cirugía ginecológica previa, frecuentemente una cesárea, con una tumoración parietal en relación con la cicatriz operatoria. Esta es característicamente dolorosa y aumenta su tensión en cada ciclo menstrual, pudiendo incluso sufrir cambios de coloración vinculados con zonas de hemorragia. Esto se debe a que este endometrio es funcionante, y sufre los mismos cambios que el endometrio normotópico.

No es infrecuente que estos endometriomas sean confundidos con otras tumoraciones parietales, como hernias incisionales, granulomas de cicatriz operatoria, lipomas o quistes de la pared abdominal <sup>(11)</sup>.

En algunas oportunidades las pacientes pueden presentarse además con sintomatología vinculada a endometriosis pelviana: dispareunia, infertilidad, dolor pélvico crónico; esto no sucedió en ninguna de nuestras pacientes.

Los estudios paraclínicos que se utilizan habitualmente para el diagnóstico son la ecografía, la tomografía axial computada, y la punción citológica. Los estudios imagenológicos aportan fundamentalmente características de la tumoración (tamaño, topografía, si es sólida ó quística) pero, como en nuestras 3 pacientes, no permiten definir su etiología.

En cuanto al tratamiento, los fármacos que habitualmente se utilizan en los casos de endometriosis pelviana no han demostrado buenos resultados, con frecuentes recidivas una vez suspendidos <sup>(12)</sup>. Por lo tanto, el tratamiento de elección es el quirúrgico, el que brinda la curación definitiva de la enfermedad con un bajo porcentaje de recidivas. Se debe realizar la resección completa de la tumoración. No es infrecuente que se requiera para ello la resección de un sector del plano muscular como en 2 de nuestros casos, debiendo en algunas oportunidades colocar una malla de material irreabsorbible para la reparación parietal <sup>(13)</sup>.

## Conclusiones

La endometriosis es una patología de escasa frecuencia en cirugía general, lo que hace que su diagnóstico sea dificultoso, y por lo tanto requiera de un elevado índice de sospecha clínica.

La presencia de una tumoración parietal en relación con una cicatriz operatoria, que presenta un dolor cíclico vinculado a los períodos menstruales es prácticamente patognomónico de endometrioma. Si bien muchas veces esta clara relación de la sintomatología con el ciclo menstrual parece no estar, ello se explicaría por la ausencia de un interrogatorio dirigido.

Una vez realizado el diagnóstico clínico de endometriosis parietal no es necesaria la realización de estudios paraclínicos para su confirmación.

El tratamiento de elección en la endometriosis de pared abdominal es el quirúrgico reseccando completamente la tumoración.

## Bibliografía

- <sup>(1)</sup> Nirula R, Greaney G. Incisional endometriosis: an underappreciated diagnosis in general surgery. *J Am Coll Surg* 2000;190:404-7.
- <sup>(2)</sup> Cordero M, Toledo N. Endometriosis colónica, primera observación nacional. *Cir. Uruguay* 1985;85:135-9.

- <sup>(3)</sup> Piñeyro A, Carriquiry L. Endometriosis colónica, consideraciones diagnósticas y terapéuticas. *Cir. Uruguay* 1991;61:186-8.
- <sup>(4)</sup> Tarigo E. Endometriosis postoperatoria de la pared abdominal. *Arch. Ginecol. Obstet* 1950;9:134-6.
- <sup>(5)</sup> Rock J, Markham S. Pathogenesis of endometriosis. *Lancet* 1992;340:1264-7.
- <sup>(6)</sup> Tiffany Williams. The role of surgery in the management of endometriosis. *Mayo Clin Proc* 1975;50:198-203.
- <sup>(7)</sup> Honore G. Endometriosis extrapélvica. *Clín Obstet Ginecol Norte Am* 1999;3:631-41.
- <sup>(8)</sup> Seydel A, Sickel J. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg* 1996;171:239-41.
- <sup>(9)</sup> Healy J, Wilkinson N. Abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract: a case report. *Am Surg* 1995;61:962-3.
- <sup>(10)</sup> Ridley J, Edwards K. Experimental endometriosis in the human. *Am J Obstet Gynecol* 1958;76:783-9.
- <sup>(11)</sup> Brenner C, Wohlgemuth S. Scar endometriosis. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 170:538-40.
- <sup>(12)</sup> Koger K, Shantey C. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet* 1993;177:243-6.
- <sup>(13)</sup> Singh K, Lessells A, Adam D, Jordan C. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10 years experience. *Br J Surg* 1995;82:1349-51.