

Trabajos Originales

ENDOMETRIOSIS DE LA PARED ABDOMINAL

Antonio Carvajal M.¹, Italo Braghetto M.², Rodrigo Carvajal G.³, Cristián Miranda V.¹

¹ Departamento de Obstetricia y Ginecología, ² Departamento de Cirugía, ³ Becado de Ginecología-Obstetricia, Hospital Clínico, Universidad de Chile.

RESUMEN

Antecedentes: La presencia de endometriosis de la pared abdominal (EPA) suele confundirse con otras patologías médico-quirúrgicas que aparecen en la misma zona. *Objetivo:* Evaluar las características clínicas de la EPA. *Método:* Se realizó un estudio retrospectivo de todas las pacientes hospitalizadas con el diagnóstico histopatológico de EPA entre enero de 1997 y diciembre de 2005. *Resultados:* Se encontraron 14 pacientes, con edad promedio de 33,2 años. Los principales síntomas fueron: dolor cíclico (71,4%), masa abdominal (100%), dispareunia (21,4%) y dismenorrea (42,8%). Todas las pacientes tuvieron al menos una cirugía ginecológica (2 con procedimientos laparoscópicos) u obstétrica (85,7% cesárea). Sólo una paciente se había diagnosticado previamente de endometriosis. Los síntomas comenzaron en promedio 3,5 años posteriores a la última cirugía. Las EPA tenían un tamaño promedio de 3,2 cm. El diagnóstico pre-operatorio fue correcto en el 64,3% de las pacientes. Los diagnósticos incorrectos correspondieron a 3 granulomas, una hernia inguinal y un lipoma. Todas las pacientes requirieron cirugía y en el 64,3% fue necesario la utilización de mallas polytetrafluoroethylene. Cuatro pacientes (28,5%) presentaron recurrencias. 60% de los diagnósticos iniciales incorrectos v/s 11,1% de los acertados recurrieron. *Conclusiones:* La EPA puede encontrarse en cicatrices tanto ginecológicas como obstétricas. Los síntomas comunes son masas con dolor cíclico. La ecografía de pared abdominal fue suficiente para enfrentar el diagnóstico diferencial. El diagnóstico pre-operatorio es importante para planificar la cirugía porque redujo las recurrencias. El tratamiento de elección es la cirugía con resección amplia de los bordes.

PALABRAS CLAVE: *Endometriosis, pared abdominal, cicatriz de cesárea*

SUMMARY

Background: The presence of abdominal wall endometriosis (AWE) used to be confused with other surgical pathologies that may appear in these zones. *Objective:* To evaluate the AWE clinical characteristics. *Method:* Retrospective study of all the patients hospitalized with the histopathological diagnosis of AWE, between January 1997 and December 2005. *Results:* There was found AWE only in 14 patients. Their mean age was 33.2 years old. The symptoms were: cyclic pain (71.4%), abdominal wall mass (100%), dyspareunia (21.4%) and dysmenorrhea (42.8%). All patients had at least one gynecologic (2 patients with laparoscopic procedures) or obstetric surgery (85.7% had previous cesarean section). Only one patient had previously been diagnosed with pelvic endometriosis. Their symptoms started after an average of 3.5 years after surgery. The AWE had a mean size of 3.2 cm. The preoperative diagnosis was correct in 64.3%. The incorrect preoperative diagnoses were 3 granuloma, 1 inguinal hernia and 1 lipoma. All patients required surgery. 64.3% of the patients it was necessary a polytetrafluoroethylene mesh. Four patients (28.5%) had AWE recurrences. 60% of the wrong initial diagnosis recurred versus 11.1% of the

correct ones. *Conclusion:* AWE may be present in gynecologic or obstetric scars. Their common symptoms are masses with cyclic pain. Ultrasonography is enough to approach the differential diagnosis. The correct preoperative diagnosis is important to plan surgery and reduce recurrences. The surgical wide excision is the preferable treatment. Establishing clear endometriosis limits reduce the recurrences.

KEY WORDS: *Endometriosis, abdominal wall, cesarean section*

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es definida como la presencia de estroma y glándulas endometriales fuera de la cavidad uterina (1-4). La endometriosis puede ser intra o extrapélvica. Nos referimos a endometrioma a una masa bien circunscrita de tejido endometrial localizado fuera de la pelvis (2,3). Los endometriomas de la pared abdominal (EPA) usualmente son procesos secundarios a cicatrices quirúrgicas ginecoobstétricas, como es la cicatriz de la cesárea (4).

Cuando se plantea el diagnóstico clínico, frecuentemente se confunde con otras masas que se localizan en la pared abdominal: lipomas, granulomas de suturas, hernias incisionales, quistes sebáceos, hematomas, sarcomas o metástasis (3,5).

En el presente estudio hacemos una revisión de la historia clínica de catorce pacientes con EPA, haciendo especial énfasis en la presentación clínica, diagnóstico diferencial, tratamiento y evolución.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se analizaron las fichas clínicas de todas las pacientes hospitalizadas entre 01 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 2005 en el Hospital Clínico



Figura 1. Imagen ecográfica de un endometrioma de pared abdominal. Muestra una masa quística de 4,15 x 2,06 x 3,31 cm en el músculo recto anterior.

de la Universidad de Chile, por masas de la pared abdominal, cuyo diagnóstico histológico correspondió a endometriosis. Se registró la presentación clínica, el diagnóstico presuntivo, los exámenes de laboratorio e imágenes (ecografía, TAC, RNM), los tratamientos y la evolución. Las variables continuas se presentan en promedios, rangos y frecuencia relativa.

RESULTADOS

De todas las pacientes con el diagnóstico de masa de la pared abdominal, sólo 14 correspondía a EPA. La edad promedio de presentación fue de 33,2 años (rango: 21-48 años). Todas las pacientes habían tenido, o una cirugía ginecológica (14,2%) u obstétrica (85,7%). Dos cistectomías laparoscópicas y 12 cesáreas respectivamente.

Los síntomas identificados fueron masa de la pared abdominal en todas las pacientes (n=14), dolor cíclico (71,4%), dolor no cíclico (28,5%), dispareunia (21,4%) y dismenorrea 42,8% (Tabla I). Las masas de la pared abdominal tenían como diámetro promedio 3,2 cm (rango: 2-7cm) medidos mediante ecografía transabdominal (Figura 1), y localizadas alrededor de las cicatrices abdominales en el 100% de los casos. El período entre la cirugía previa y el inicio de las manifestaciones clínicas varió entre dos meses y catorce años, con un promedio de 3,5 años (Tabla I). El diagnóstico preoperatorio fue correcto en 11 pacientes (64,3%). Basado principalmente en la presencia de masa dolorosa abdominal localizada en una cicatriz de laparotomía que empeoraba con las menstruaciones. Al otro 35,7% (n=5) de las pacientes se les diagnosticó granulomas (3 pacientes), lipoma (1 paciente) y hernia inguinal (1 paciente) (Tabla I).

Se realizó estudio ultrasonográfico en todas las pacientes. Mostrando masas quísticas de contornos regulares (Figura 1). Tres pacientes tenían TAC que revelaba compromiso de los rectos abdominales, en estas pacientes se planificó una cirugía con escisión amplia y refuerzo con mallas de polietileno.

El diagnóstico definitivo se confirmó mediante histopatología de las piezas operatorias, donde se



Figura 2. Endometriosis de los músculos rectos anteriores. Flechas blancas muestran la extirpación de los endometriomas de la pared abdominal anterior.

encontró estroma y glándulas ectópicas de endometrio. Todas las pacientes con diagnóstico correcto pre operatorio de EPA (64,3%), se les realizó exploración quirúrgica con escisión amplia de los endometriomas, dejando límites libres de al menos 1 cm (Figura 2). En las pacientes con diagnóstico

inicial incorrecto (35,7%) sólo se les realizó resección amplia, sin verificar límites libres de enfermedad. Las pacientes con compromiso profundo de la enfermedad hasta aponeurosis, fue necesario usar mallas de polytetrafluoethylene para corregir los defectos (64,3%) (Tabla I).

Cuatro pacientes (28,5%) presentaron recurrencias de la EPA. Tres (75%) fueron aquellas con diagnóstico pre operatorio incorrecto. De las pacientes con diagnóstico pre operatorio incorrecto, 60% presentó recurrencias comparado con el 11,1% de recurrencias en el grupo con diagnóstico inicial correcto, donde se realizaron cirugías con escisión amplia y límites libres de endometriosis.

DISCUSIÓN

La endometriosis es diagnosticada en el 30% de los casos referidos por infertilidad y en el 10-70% de las mujeres con dolor pélvico (6). Estudios estiman que puede afectar alrededor 7-15% de todas las mujeres en edad reproductiva, haciendo de ésta una condición frecuente. Es curioso que sólo a una paciente de nuestra serie se le diagnosticara previamente endometriosis.

Tabla I

RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICA, TIPO DE CIRUGÍA Y EVOLUCIÓN DE LAS PACIENTES

Edad (años)	Cirugía previa	Latencia síntomas	Síntoma dolor	Diagnóstico inicial	Tamaño (cm)	Cirugía	Recurrencia
39	Cesárea	1 año	Cíclico	Granuloma	3	Escisión amplia	No
33	Cesárea	3 meses	Cíclico	Endometrioma	2	Escisión amplia y malla	No
22	Cesárea	2 meses	Cíclico	Endometrioma	3	Escisión amplia y malla	No
35	Cesárea	7 años	Cíclico	Lipoma	4	Escisión amplia	Si
21	Cesárea	1 año	Cíclico	Endometrioma	3	Escisión amplia	Si
27	Cesárea	3,5 años	No cíclico	Endometrioma	2	Escisión amplia y malla	No
48	Quistectomía laparoscópica	1 año	Cíclico	Endometrioma	3	Escisión amplia y malla	No
41	Cesárea	2 años	No cíclico	Endometrioma	3	Escisión amplia y malla	No
48	Cesárea	14 años	Cíclico	Hernia Inguinal	5	Escisión amplia y malla	No
28	Cesárea	5 años	Cíclico	Endometrioma	3	Escisión amplia y malla	No
36	Quistectomía laparoscópica	2 años	Cíclico	Endometrioma	3	Escisión amplia y malla	No
37	Cesárea	3 años	Cíclico	Endometrioma	7	Escisión amplia y malla	No
26	Cesárea	4 años	No cíclico	Granuloma	2	Escisión amplia	Si
24	Cesárea	5 años	Cíclico	Granuloma	2	Escisión amplia	Si

Reportes indican que la endometriosis puede estar presente entre 0,03% y 0,47% de las cicatrices de cesárea (5,7,8), pero que también puede encontrarse alejada de ellas como episiotomías, hernioplastias e histerectomías vaginales (9). Si la EPA se desarrolló cuando fue necesaria una histerectomía obstétrica, depende de las semanas de gestación. Por ejemplo, si se realiza en el segundo trimestre de gestación la incidencia es 1,08% pero en las semanas finales del embarazo es 0,03%. La decidua temprana tiene capacidad pluripotencial y puede producir replicación celular dando origen a un endometrioma (7,10). En esta revisión encontramos dos pacientes con procedimientos laparoscópicos previos como cirugía causal de los implantes extra peritoneales, tal como se ha reportado en la literatura, en los sitios de inserción de los trocares. También hay reportes posteriores a amniocentesis y hernioplastias (11,12). El desarrollo de un endometrioma en una cicatriz de laparotomía es probablemente mejor explicada por diseminación de implantes endometriósicos preexistentes en la cavidad abdominal hacia la herida operatoria (2). Aunque la contaminación residual de la herida operatoria con decidua después de una cesárea es inevitable, el desarrollo de EPA es muy raro. Esto sugiere una predisposición hereditaria y la existencia de características biológicas en el endometrio de estas pacientes que facilitan el desarrollo de esta patología, por lo que podría ser importante hacer esfuerzos para disminuir la contaminación residual de las laparotomías y prevenir la implantación de endometrio ectópico (4). Sin embargo, la implantación directa no podría explicar las EPA que ocurren sin cirugías previas. Se ha descrito EPA espontáneas (8,13), que podría corresponder a trasplantes linfáticos o metaplasia.

Como en otros estudios, los pacientes presentaron síntomas meses a años después de su intervención quirúrgica (8,14,15). Presentando síntomas tempranamente a menores edades, probablemente a la mejor vitalidad de los implantes endometriales o a la exposición a elevados niveles de estrógenos que inducen proliferación.

Es raro el desarrollo de endometriosis en la menopausia, pero es posible que se manifieste posterior al uso de terapia de reemplazo hormonal que activa antiguos implantes endometriósicos.

El diagnóstico diferencial debe ser hecho con hernias, lipomas, abscesos, teratomas, sarcomas y cáncer metastásico (3,5,7,8). Usualmente presentan la clásica tríada de masa, dolor cíclico y cicatriz de laparotomía previa, pero no siempre. Las masas generalmente son sólidas, densas y bien circuns-

critas. El dolor se puede correlacionar o no con el ciclo menstrual. En nuestra casuística la clínica permitió un correcto diagnóstico en el 64,3%.

En endometriomas muy superficiales, puede ocurrir ulceración en enfermedad prolongada, pero es muy raro (2). El diagnóstico en las pacientes con cicatriz de cesárea no es difícil de lograr, basta con tener la patología en mente para poder sospecharla (4,8,9). En las pacientes que presentan un cuadro típico, es necesario recurrir a procedimientos adicionales para descartar los diagnósticos diferenciales, determinar el tamaño de las lesiones y excluir patología intraabdominal concomitante (7, 8,9). En nuestra revisión se utilizó la ecografía transabdominal con muy buenos resultados, siendo innecesario en la mayoría de los casos el TAC o la RNM.

Se ha reportado el uso de biopsia de aspiración con aguja fina para confirmar el diagnóstico y excluir malignidad (16,17), pero otros trabajos publicados han mostrado utilidad escasa e incluso aumento de la recurrencia (8,18). Por lo tanto, el citodiagnóstico de endometriosis en general no es recomendable, sobretodo si el cuadro clínico es claro y más aún si posee altos falso negativos en lesiones pequeñas (8,18).

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 (8,9, 15). La apariencia ecográfica de los EPA puede ser de características quística, mixta o sólida (19). Estos patrones no se correlacionan con el ciclo menstrual y son inespecíficos. Por otro lado, si se realiza al inicio de la menstruación, el tamaño de las lesiones es mayor, y las lesiones pueden ser evidenciadas más fácilmente. Como ya hemos discutido, el TAC y la RNM son inespecíficos (20) y no aportan nada más que un examen ecográfico de buena calidad (19,20).

El manejo de la EPA puede ser médico o quirúrgico (6,8,9,15). El tratamiento médico se refiere al uso de anticonceptivos orales, progestinas y análogos de GnRH. Sólo se ha reportado el alivio transitorio de los síntomas y la recurrencia es de regla al suspender la terapia (22). El manejo óptimo es mediante la escisión quirúrgica amplia con especial cuidado de remover todo el tejido afectado y dejando límites libres de enfermedad. El manejo médico debe considerarse solamente para reducir el dolor, o en el caso de análogos de GnRH para disminuir el tamaño de las lesiones previo a la cirugía.

La recurrencia es rara, usualmente se presenta dentro de un año y es producto de remoción inadecu-

cuada de tejido endometriósico (3,8,9,15). El éxito de la cirugía radica en respetar márgenes adecuados libres de enfermedad (3,15,21). En las pacientes en que las lesiones se extienden a través de la pared abdominal comprometiendo rectos abdominales o aponeurosis, es necesario reseca importante cantidad de tejido y debe usarse una malla de polytetrafluoethylene como material de reparación (3,7,8,15,18,21).

La incidencia de endometriosis pélvica concomitante con EPA se ha reportado entre 14,3 y 26% (3,8,16,21), y puede ser aun mayor ya que no todas las pacientes son sometidas a exploración pélvica.

Se debe estar alerta ante la posibilidad de un carcinoma originado de un EPA. La incidencia se ha reportado entre 0,3 y 1% (23, 24, 25). La transformación maligna es un evento raro, descrito principalmente complicando endometriosis ovárica, pero debe ser reconocida como una posibilidad en el diagnóstico diferencial de masas de la pared abdominal.

CONCLUSIONES

Siempre debemos pensar en la presencia de EPA cuando se observe una masa dolorosa y/o aumento de volumen y/o cambio de coloración de la piel en relación a una cicatriz de laparotomía (cesárea, histerectomías y procedimientos laparoscópicos). La ecografía es la técnica de imágenes de mayor utilidad. El tratamiento de elección es la extirpación con amplios márgenes para reducir las recurrencias. En los defectos de la pared abdominal se deben aplicar mallas de material sintético para evitar el desarrollo posterior de hernias de la pared abdominal. El tratamiento médico puede usarse como terapia complementaria para manejar el dolor previo a la cirugía. A pesar que la probabilidad de malignización es baja, siempre debe realizarse el estudio histológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Storment J, Brumsted J. Endometriosis. In: Curtis MG, Hopkins MP (eds): *Glass's Office Gynecology*, Ed 5. Baltimore, Williams & Wilkins, 1998: 335-54.
- Koger KE, Shantney Ch, Hodge K, McClenathan JH. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet* 1993;77:243-6.
- Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, et al. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg* 2003;185:596-8.
- Wasfie T, Gomez E, Seon S, Zado B. Abdominal wall endometrioma after cesarean section: a preventable complication. *Int Surg* 2002;87:175-7.
- Yoram W, Haddad R, Werbin N, et al. Endometriosis in abdominal scar: diagnostic pitfall. *Am J Surg* 1996; 6:1042-4.
- Lapp T. ACOG Issues Recommendations for the Management of Endometriosis. American College of Obstetricians and Gynecologists. *American Family Physicians* 2000;62:1431-4.
- Singh K., Lessells A., Adam D., et al., Presentation of Endometriosis to general surgeons: a 10 years experience. *Br J Surg* 1995; 82: 1349-1351.
- Zhao X, Lang J, Leng J, Liu Z, Sun D, Zhu L. Abdominal wall endometriomas. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 90:218-22.
- Gunes M, Kayikcioglu F, Ozturkoglu, Haberal A. Incisional endometriosis after cesarean section, episiotomy and other gynecologic procedures. *J Obstet Gynaecol Res* 2005;31:471-5.
- Scott R, Telinde R. Clinical external endometriosis. Probable viability of menstrually shed fragments of endometrium. *Obstet Gynecol* 1999;42:699-711.
- Hughes M, Bartholomew D, Paluzzi M. Abdominal wall endometriosis after amniocentesis: a case report. *J Reprod Med* 1997;42:597-9.
- Healy J, Wilkinson N, Sawyer M. Abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract: a case report. *Am Surgeon* 1995;61:962-3.
- Ideyi S, Schein M, Niazi M, Gerst P. Spontaneous endometriosis of the abdominal wall. *Dig Surg* 2003; 20:246-8.
- Dwivedi A, Agrawal S, Silva Y. Abdominal wall endometriomas. *Dig Dis Sci* 2002;47:456-61.
- Erkan N, Hacıyanh M, Sayhan H. Abdominal wall endometriomas. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;89:59-60.
- Wolf G, Singh K. Cesarean scar endometriosis: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1989;44: 89-95.
- Fulciniti F, Caleo A, Lepore M, Fortunato A, Vetrani A, Palombini L. Fine needle cytology of endometriosis: experience with 10 cases. *Acta Cytol* 2005;49(5):495-9.
- Matthes G, Zabel D, Nastala C, Shestak K. Endometrioma of the abdominal wall following combined abdominoplasty and hysterectomy: case report and review of literature. *Ann Plast Surg* 1998;40:672-5.
- Francica G, Giardiolo C, Angelone G, Finelli R, Tramontano G. Abdominal wall endometrioma near cesarean delivery scars. *J Ultrasound Med* 2003; 22:1041-7.
- Balleyguier C, Chapron C, Helenon O, Menu Y. Abdominal wall and surgical scar endometriosis: results of magnetic resonance imaging. *Gynecol Obstet Invest* 2003;55:220-4.
- Picod G, Boulanger L, Bounoua F, Leduc F, Duval G. Abdominal wall endometriosis after caesarean section: report of fifteen cases. *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34(1):8-13.
- Purvis R, Tying S. Cutaneous and subcutaneous endometriosis: surgical and hormonal therapy. *J Dermatol Surg Oncol* 1994; 693-5.

23. Park S, Hong S, Wu H, Ha S. Clear cell carcinoma arising in a cesarean section endometriosis: a case report. *J Korean Med Sci* 1999;14:217-9.
 24. Matter M, Schneider N, McKee T. Cystadenocarcinoma of the abdominal wall following caesarean section: case report and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2003;91:438-43.
 25. Leng J, Lang J, Guo L, Li H, Liu Z. Carcinosarcoma arising from atypical endometriosis in a cesarean section scar. *Int J Gynecol Cancer* 2006;16(1): 432-5.
-