

Endometrioma de Pared Abdominal: Reporte de Caso

Ploneda-Espinosa de los Monteros Paola Brigitte (1), Mariñelarena-Batista Jéssica Annais (2), Angeles-Cabrera Teresa (3), López-Flores José Antonio (4), Ploneda-González César (5)

1. Residente de cuarto año - Ginecología y Obstetricia. Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas, SSNL- TecSalud
2. Residente de segundo año - Ginecología y Obstetricia. Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas, SSNL- TecSalud
3. Residente de primer año - Ginecología y Obstetricia. Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas, SSNL- TecSalud

4. Jefe del departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Linares, SSNL
5. Jefe del departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepulveda

Introducción

La endometriosis es caracterizada por la presencia de células epiteliales y estromales endometriales en ubicaciones fuera de la cavidad uterina, La endometriosis se asocia típicamente con dolor crónico. Afecta a una de cada diez mujeres en edad reproductiva. (1)

Existe una presentación rara de endometrioma en la pared abdominal (EPA) el cual es definida por la presencia de tejido endometrial en la capa grasa subcutánea y los músculos de la pared abdominal. Suele ser una secuela de cirugías obstétricas y ginecológicas causada por la diseminación de tejido endometrial en la herida. (2,3) La incidencia varía del 1-2%. (3) El diagnóstico suele ser un reto. Por lo cual es importante tener conocimiento de esta entidad para realizar un diagnóstico y brindar un tratamiento quirúrgico oportuno.

A continuación, se presenta un caso de endometrioma de la pared abdominal junto con una revisión de la literatura.

Caso Clínico

Paciente femenino de 35 años de edad, cuenta con el antecedente quirúrgico de tres cesáreas previas. Actualmente con diagnóstico de endometriosis de dos años de evolución en tratamiento previo con anticonceptivos orales y análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). Inicia padecimiento hace un año al presentar masa infraumbilical, de consistencia dura, que ha ido aumentando de tamaño progresivamente acompañado de dolor pélvico crónico. Refiere dolor tipo cólico en hipogastrio el cual incrementa progresivamente durante la menstruación. A la exploración física se palpa una masa de 4 x 5 centímetros localizado en línea media infraumbilical en tercio inferior a nivel de cicatriz quirúrgica, mal delimitado y adherido a planos profundos.

Se realiza ultrasonido abdominal donde se reporta una imagen ecográfica de contenido líquido de aproximadamente 25 mililitros en contacto con masa que mide 25 x 36 milímetros con ramificaciones dentro de tejido graso que tiene una extensión más profunda que se comunica a cavidad abdominal. Se sospecha de endometrioma de pared abdominal.

La paciente es sometida a resección quirúrgica de tumoración en pared abdominal. Se reseca tumoración en conjunto con la porción de la aponeurosis subyacente y el músculo recto del abdomen (Figura 1). Se incide en masa, donde se drena material de contenido achocolatado compatible con endometrioma (Figura 2). Se realiza cierre de pared abdominal por planos, sin complicaciones. La paciente presenta una adecuada evolución postoperatoria.

La evaluación histopatológica del espécimen reseca reveló glándulas endometriales, confirmando el diagnóstico de endometrioma de pared abdominal.

Discusión

La presencia de tejido glandular y estromal endometrial fuera de la cavidad uterina, que conducen a una condición inflamatoria crónica, se encuentran con mayor frecuencia dentro de sitios dependientes de la pelvis, sin embargo, se han encontrado sitios extrapélvicos como órganos viscerales superiores, pared abdominal, diafragma, pleura y en sitios aún más distantes como sistema nervioso central. (4,5) El EPA puede ocurrir después de procedimientos quirúrgicos que involucran la cavidad uterina. Su prevalencia es de 0.03 -1% y se estima que aparecerá en 0.03 - 3.5% de los casos después de procedimientos obstétricos.

La etiopatogénesis de la endometriosis es controversial. Algunas de las teorías de EPA son: la teoría de implantación directa en las cicatrices quirúrgicas o tejidos adyacentes y la teoría metaplásica, en donde una diferenciación y metaplasia de las células mesenquimatosas pluripotenciales conducen a su desarrollo. (6)

La presentación clínica de la endometriosis varía según el sitio topográfico de afectación. En la EPA destaca la presencia de una masa, sangrado cíclico y dolor abdominal. (5) La paciente del presente caso mostró dolor pélvico crónico y la detección de la tumoración en pared abdominal, siendo este último el signo más característico de EPA. La exploración física es esencial para el diagnóstico, ante la presencia de clínica establecida, el endometrioma de la pared abdominal se diagnostica antes del abordaje quirúrgico en el 20-50% de los casos. (7)

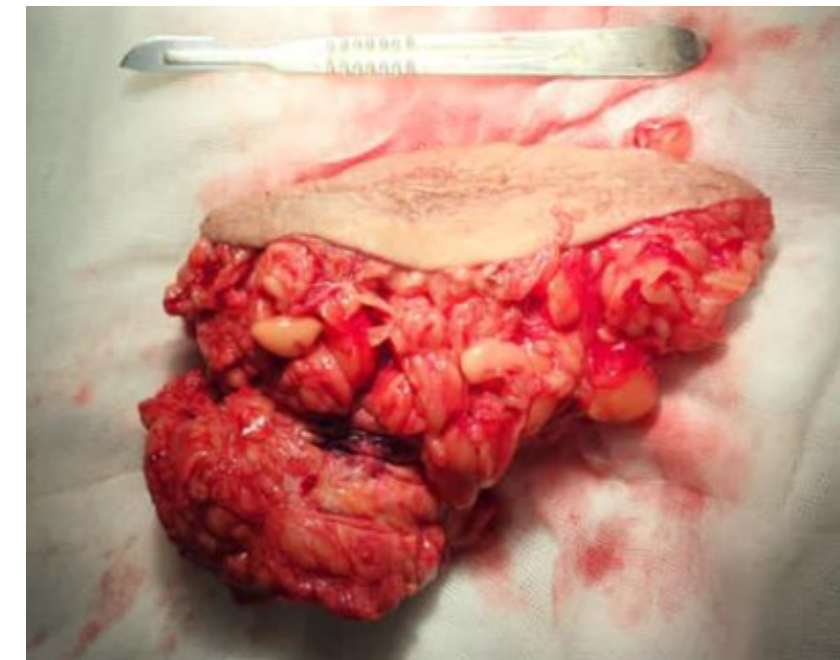


Figura 1. Pieza quirúrgica en relación a endometrioma .

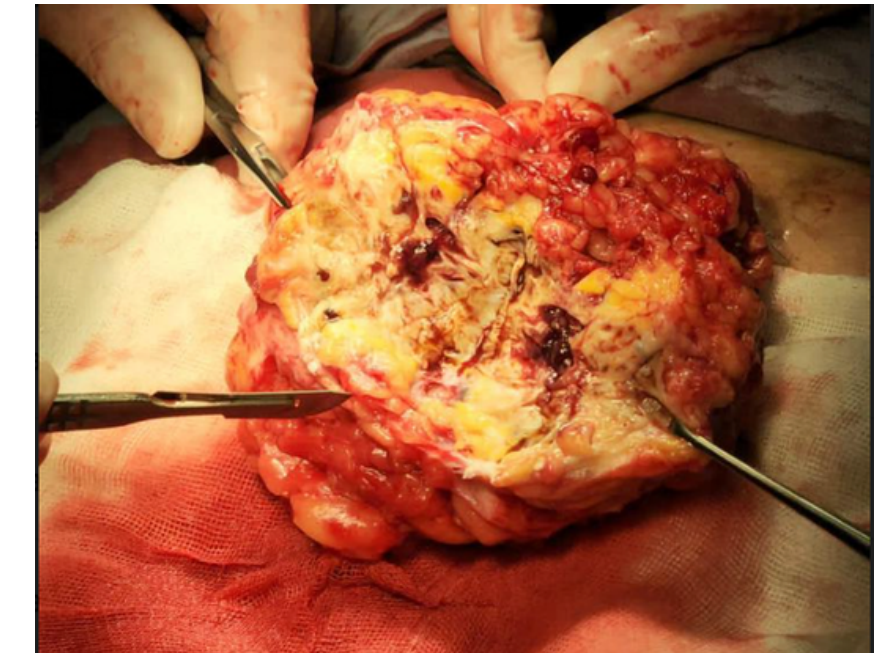


Figura 2. Tumoración abdominal con contenido achocolatado, en relación a endometrioma.

La ecografía es el primer paso de evaluación de cualquier masa de tejidos blandos, observando una masa hipocóica no homogénea con manchas ecogénicas o hebras ecogénicas gruesas que representan un componente fibrótico en la pared abdominal. La ecografía doppler típicamente revela una lesión hipocóica sólida que contiene vascularización interna. (2) El conocimiento exacto de la ubicación de el EPA es útil para planificar la cirugía.

Se ha descrito el uso de tratamientos farmacológicos como progestágenos, antiestrogénicos (danazol) y agonistas gonadotrópicos (acetato de leuprolida), sin embargo, su tasa de éxito es baja y a menudo seguido de recurrencia después de suspender el fármaco. (8) Por ende, el abordaje quirúrgico es el tratamiento más eficaz. La cirugía consiste en una escisión local amplia con el objetivo de lograr un margen de resección claro. Las estructuras músculo aponeuróticas subyacentes involucradas deben ser reseca. Esto puede conducir a un defecto más amplio. (3) Por lo tanto, en la mayoría de los casos se recomienda una reconstrucción con malla del defecto.

La evaluación histopatológica de la masa reseca es confirmatoria. El diagnóstico se realiza ante la presencia de dos de las tres características clásicas, que incluyen glándulas endometriales, estroma endometrial y macrófagos cargados de hemosiderina. (3,5)

Dentro del diagnóstico diferencial se puede incluir la hernia, lipoma, tumor desmoide o malignidad primaria o metastásica. Por lo tanto, una detallada historia clínica con interpretación adecuada de los hallazgos radiológicos puede ayudar a realizar un diagnóstico preoperatorio acertado. (2,3)

Conclusiones

El EPA ocasionalmente puede ser un reto diagnóstico, por lo que una historia clínica estructurada y una exploración física detallada son pilares para el correcto diagnóstico (8) La incidencia de esta patología ha ido aumentando debido al número creciente de procedimientos obstétricos y ginecológicos. Clínicamente, las pacientes presentan una masa en la pared abdominal cíclicamente dolorosa en la pared abdominal o cicatriz previa. Las técnicas de imagen como la ecografía y la resonancia magnética pueden ayudar pero el diagnóstico definitivo se basa en un informe histopatológico. Se puede ofrecer tratamiento médico para mejorar sintomatología. Sin embargo, se recomienda resección de endometrioma de pared abdominal como tratamiento definitivo. (7)

Bibliografía

1. Koninckx PR, Fernandes R, Ussia A, Schindler L, Wattiez A, Al-Suwaidi S, Amro B, Al-Maamari B, Hakim Z and Tahlak M. Pathogenesis Based Diagnosis and Treatment of Endometriosis. Front. Endocrinol 2020 12:745548. doi: 10.3389/fendo.2021.745548
2. Grigore M. et al. Abdominal wall endometriosis: an update in clinical, imagistic features, and management options. Med Ultrason 2017, Vol. 19, no. 4, 430-437. DOI: 10.11152/mu-1248
3. Vagholkar K & Vagholkar S. Abdominal Wall Endometrioma: A Diagnostic Enigma. A Case Report and Review of the Literature. Case Reports in Obstetrics and Gynecology, vol. 2019, Article ID 6831545. https://doi.org/10.1155/2019/6831545
4. Foley C et al. Abdominal Wall Endometriosis. Obstet Gynecol Clin N Am 49 (2022) 369-380 https://doi.org/10.1016/j.ogc.2022.02.013
5. Marina PA et al. Extra-Pelvic Endometriosis: A Systematic Review. The Journal of Minimally Invasive Gynecology 2019. https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.10.004
6. Benedetto C. et al. Abdominal wall endometriosis: Report of 83 cases. Int J Gynecol Obstet. 2022;00:1-7. DOI: 10.1002/ijgo.14167
7. Tyler Davis T. et al. Abdominal wall endometrioma presenting as a cystic abdominal wall mass: a case report and literature review, Journal of Surgical Case Reports, Volume 2021(8). https://doi.org/10.1093/jscr/rjab335
8. Carsote M et al. Abdominal wall endometriosis (a narrative review). Int J Med Sci. 2020 Feb 10;17(4):536-542. doi: 10.7150/ijms.38679.