

Endometrioma de la pared abdominal como diagnóstico diferencial poco frecuente de un tumor de tejidos blandos

Abdominal wall endometrioma as rare differential diagnosis of a soft-tissue tumor

Dr. Víctor Hugo Asquel Cadena*, Dr. Abel Hernández Solar**, Dra. Jackeline Elizabeth Abril Mena ***, Md. Marco Alfonso Díaz Piedrahita****

* Médico Especialista en Cirugía General. Hospital Del Día Neuro-Salud. Ecuador

** Médico Especialista en Cirugía General. Hospital Básico IESS Latacunga. Ecuador

*** Médico Residente. Hospital IESS Latacunga. Hospital IESS Latacunga. Ecuador

**** Médico General. Consultorio Médico San Rafael. Ecuador

victorasquel@gmail.com

Resumen.

Introducción: La endometriosis se caracteriza por la localización de tejido endometrial normal, glándulas y estroma, fuera de la cavidad uterina. Su frecuencia oscila del 3 al 15% de las mujeres en edad fértil. La localización más habitual es la intraabdominal, pero también puede ser extra-pélvica. La endometriosis extra-pélvica es infrecuente y se clasifica, según su localización, en cuatro tipos: gastrointestinal, del tracto urinario, torácica y de “otros sitios”, en forma de nódulos dolorosos en la pared abdominal y en cicatrices de intervenciones quirúrgicas previas, fundamentalmente ginecológicas u obstétricas o como nódulos inguinales o umbilicales. La prevalencia de endometriosis localizada en la cicatriz abdominal después de una cirugía oscila entre 0,1 y 0,4%.

Objetivo: Describir un caso clínico sobre endometriosis de ubicación infrecuente en la pared abdominal.
Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, presentación de caso clínico en el “Hospital Básico IESS Latacunga”, caso que fue tratado en el servicio de Cirugía General del hospital.

Resultados: Descripción del caso clínico: paciente femenina de 68 años de edad, con antecedentes clínicos personales de diabetes mellitus tipo 2, no insulino dependiente, siendo controlada con hipoglicemiantes orales; hipertensión arterial diagnosticada hace 30 años en tratamiento; alergias: no refiere; antecedentes quirúrgicos: pelviperitonitis por absceso tubo ovárico izquierdo, hernia umbilical y embarazo ectópico. **Enfermedad actual:** Paciente refirió que hace aproximadamente 5 meses atrás presenta masa en región umbilical, de crecimiento progresivo, dolorosa al esfuerzo físico, de baja a moderada intensidad sin otra sintomatología acompañante, razón por la cual acudió a médico, quien decidió realizar un eco de partes blandas donde reportó: en región de mesogastrio imagen anecoica de bordes definidos con áreas ecogénicas murales y otras centrales, avasculares al doppler, mide 13.06 x 9.78 x 7.56 cm; por su tamaño no se logra identificar órgano de dependencia. Motivo por el cual acudió al Hospital IESS Latacunga donde es ingresada al Servicio de Cirugía General, se realizó una Tomografía Axial Computarizada simple y contrastada de Abdomen y pelvis, la misma que reportó: en la pared abdominal anterior a nivel de mesogastrio e hipogastrio en la línea media, en el espesor de la porción profunda del tejido celular subcutáneo imagen ovalada hipodensa con densidad de líquido que mide aproximadamente 14 cm de diámetro mayor y tiene un volumen aprox. de 690 ml. Se solicitó marcadores tumorales: antígeno carcino embrionario (CEA): 1.58 ng/ml, CA-125: 9 U/ml, CA19-9: 9.10 U/ml, AFP alfafetoproteína: 0.67 ng/ml. Posterior a presentar el caso a todo el Staff del Servicio de Cirugía General se decide su resección quirúrgica.

Conclusiones: Considerando que la incidencia de endometriomas de pared abdominal es baja, ante cualquier nódulo de características anómalas en la región inguinal o umbilical, o tumoración sobre cicatriz ginecológica u obstétrica en una mujer de edad fértil, es importante considerar y sospechar la presencia de un endometrioma. Los métodos de imagen y la punción-aspiración con aguja fina pueden ayudar al diagnóstico y su tratamiento definitivo es quirúrgico.

Palabras clave: Endometriosis, Pared abdominal

Abstract.

Introduction: Endometriosis is characterized by the location of normal endometrial tissue, glands, and stroma, outside the uterine cavity. Its frequency ranges from 3 to 15% of women of childbearing age. The most common location is intra-abdominal, but it can also be extra-pelvic. Extra-pelvic endometriosis is infrequent and is classified, according to its location, into four types: gastrointestinal, urinary tract, thoracic and "other sites", in the form of painful nodules on the abdominal wall and scars from previous surgical interventions, mainly gynecological or obstetric or as inguinal or umbilical nodules. The prevalence of localized endometriosis in the abdominal scar after surgery ranges from 0.1 to 0.4%.

Objective: Describe a clinical case of endometriosis infrequently located in the abdominal wall.

Material and methods: Descriptive, retrospective study, presentation of a clinical case at the "IESS Latacunga Basic Hospital", a case that was treated in the General Surgery service of the hospital

Results: Description of the clinical case: a 68-year-old female patient with a personal clinical history of type 2 diabetes mellitus, non-insulin dependent, being controlled with oral hypoglycemic agents; high blood pressure diagnosed 30 years ago in treatment; allergies: does not refer; surgical history: pelviperitonitis due to abscess of the left ovarian tube, umbilical hernia and ectopic pregnancy. Current disease: Patient reported that approximately 5 months ago he presented a mass in the umbilical region, of progressive growth, painful on physical exertion, of low to moderate intensity without other accompanying symptoms, which is why he went to the doctor, who decided to perform an echo of soft parts where reported: in the mesogastrium region anechoic image of defined edges with echogenic mural and other central areas, avascular to the Doppler, measures 13.06 x 9.78 x 7.56 cm; Due to its size, it is not possible to identify a dependency body. Reason for which she went to the IESS Latacunga Hospital where she was admitted to the General Surgery Service, a simple and contrasted Computerized Axial Tomography of the Abdomen and pelvis was performed, the same that was reported: in the anterior abdominal wall at the level of the mesogastrium and hypogastrium in the midline, in the thickness of the deep portion of the subcutaneous cellular tissue, hypodense, liquid-density image measuring approximately 14 cm in diameter and having a volume of approx. 690 ml. Tumor markers were requested: embryonal carcinogen antigen (CEA): 1.58 ng / ml, CA-125: 9 U / ml, CA19-9: 9.10 U / ml, AFP alphafetoprotein: 0.67 ng / ml. After presenting the case to all the Staff of the General Surgery Service, its surgical resection is decided.

Conclusions: Considering that the incidence of endometriomas of the abdominal wall is low, before any nodule with abnormal characteristics in the inguinal or umbilical region, or a tumor on a gynecological or obstetric scar in a woman of fertile age, it is important to consider and suspect the presence of an endometrioma. Imaging methods and fine needle aspiration-puncture can aid diagnosis and its definitive treatment is surgical.

Keywords: Endometriosis, Pared abdominal

Recibido: 19-04-2020

Revisado: 22-05-2020

Aceptado: 23-06-2020

Introducción

La endometriosis fue descrita por primera vez por Von Rokitsansky en 1860 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 endometrioma: una masa bien circunscrita de tejido endometrial localizado fuera de la pelvis

La endometriosis se caracteriza por la localización de tejido endometrial normal, glándulas y estroma, fuera de la cavidad uterina. Su frecuencia oscila del 3 al 15% de las mujeres en edad fértil. La localización más habitual es la intraabdominal, pero también puede ser extra-pélvica. La endometriosis extrapelvica es infrecuente y se clasifica, según su localización, en cuatro tipos: gastrointestinal, del tracto urinario, torácica y de "otros sitios", en forma de nódulos dolorosos en la pared abdominal y en cicatrices de intervenciones quirúrgicas previas, fundamentalmente ginecológicas u obstétricas o como nódulos inguinales o umbilicales.

Los endometriomas de la pared abdominal usualmente son procesos secundarios a cicatrices quirúrgicas gineco-obstétricas. La prevalencia de endometriosis localizados en la cicatriz abdominal después de una cirugía oscila entre 0,1 y 0,4%.

Se han propuesto 3 teorías para explicar la patogenia de la endometriosis. La teoría metastásica por la cual la mucosa endometrial alcanza una localización extrauterina ectópica por varias vías de transporte: transtubárica, celómica, linfática, sanguínea o iatrogénica. La vía iatrogénica, debida al transporte de tejido endometrial con el material quirúrgico cuando se trata de intervenciones ginecológicas uterinas, explica la endometriosis en cicatrices quirúrgicas, bien sea en la pared abdominal o en episiotomías tras legrado posparto.

La teoría metaplásica, por la que el tejido endometrial ectópico se origina directamente por metaplasia de un tejido con capacidad de transformación a diferentes líneas tisulares.

Finalmente, la teoría inmunológica que explica que en pacientes con endometriosis hay un número disminuido de linfocitos T mediadores de la citotoxicidad frente a células endometriales autólogas y un descenso en la capacidad de

respuesta linfocitaria contra antígenos endometriales. Algunos estudios atribuyen a los estrógenos un papel etiológico en el desarrollo de la endometriosis, pues esta patología es casi exclusiva de mujeres en edad reproductiva y los casos asociados a disgenesia gonadal o en varones están relacionados con el uso de estrógenos exógenos.

Sus síntomas están relacionados con la aparición de nódulo o masa de la pared abdominal en todas las pacientes (96%), dolor cíclico (71,4%), dolor no cíclico (28,5%), dispareunia (21,4%) y dismenorrea 42,8%. En endometriomas muy superficiales, puede ocurrir ulceración en enfermedad prolongada, pero es muy raro. También puede desarrollarse endometriomas en la menopausia, pero puede o no deberse a la exposición a una terapia de reemplazo hormonal que activa antiguos implantes endometriósicos.

De ahí su reto diagnóstico ya que puede confundirse con otras masas que se localizan en la pared abdominal: lipomas, granulomas de suturas, hernias incisionales, quistes sebáceos, hematomas, sarcomas o metástasis.

La TAC y la resonancia magnética (RM) tienen sensibilidades (90-92%) y especificidades (91-98%) muy altas para el diagnóstico de esta enfermedad. Sin embargo la ecografía tiende a ser la primera prueba de imagen que se realiza, con una gran aproximación diagnóstica.

El diagnóstico definitivo es histopatológico. Este puede ser a través de PAAF y exéresis quirúrgica con un margen de 1 cm que evite la recidiva locales, como el tratamiento definitivo. El manejo posterior a la exéresis es labor del ginecólogo y existen diferentes posturas en cuanto a dar o no tratamiento farmacológico aunque recomienda individualizar según cada caso.

La endometriosis de cualquier sitio tiene un riesgo de malignidad asociado del 1%. El 80% de los casos de malignidad están relacionados con la endometriosis localizada en el ovario y el 20% de estos casos están relacionados con ubicaciones extragonadales (incluida la pared abdominal).

Objetivo

Describir un caso clínico de Endometrioma de ubicación infrecuente de pared abdominal.

Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo, presentación de caso clínico en el “Hospital Básico IESS Latacunga”, caso que fue tratado en el servicio de Cirugía General del Hospital.

Resultados y discusión

Descripción del caso clínico: paciente femenina de 68 años de edad, con antecedentes clínicos personales de diabetes mellitus tipo 2, no insulino dependiente, controlada con hipoglicemiantes orales; hipertensión arterial diagnosticada diagnosticada hace 30 años en tratamiento; alergias: no refiere; antecedentes quirúrgicos: pelvipéritonitis por absceso tubo ovárico izquierdo, hernia umbilical y embarazo ectópico. Enfermedad actual: Paciente refiere que hace aproximadamente 5 meses atrás presenta masa en región umbilical, de crecimiento progresivo, dolorosa al esfuerzo físico, de baja a moderada intensidad y no presenta otra sintomatología acompañante para lo cual acude a médico, quien decide realizar un eco de partes blandas donde reporta: en región de mesogastrio se evidencia imagen anecoica de bordes definidos con áreas ecogénicas murales y otras centrales, avasculares al doppler, mide 13.06 x 9.78 x 7.56 cm, por su tamaño no se logra identificar órgano de dependencia. Motivo por el cual acude a Hospital IESS Latacunga donde es ingresada al Servicio de Cirugía General, se realiza una Tomografía Axial Computarizada simple y contrastada de Abdomen y pelvis, la misma que reporta: en la pared abdominal anterior a nivel de mesogastrio e hipogastrio en la línea media, en el espesor de la porción profunda del tejido celular subcutáneo se visualiza imagen ovalada hipodensa con densidad de líquido que mide aproximadamente 14 cm de diámetro mayor y tiene un volumen aprox. de 690 ml. Se solicita marcadores tumorales: antígeno carcino embrionario (CEA): 1.58 ng/ml, CA-125: 9 U/ml, CA19-9: 9.10 U/ml, AFP alfafetoproteína: 0.67 ng/ml. Posterior a presentar el caso a todo el

Staff del Servicio de Cirugía General se decide su resección quirúrgica.

Previo a Chequeo pre anestésico de la paciente (ASA II) y firmas de consentimiento informado, se realizó una laparotomía exploratoria encontrando: 1.- Masa de aproximadamente 14 cm de diámetro, de consistencia firme, con paredes firmemente adheridas a tejido celular subcutáneo, pero que respeta un plano de clivaje en la aponeurosis. 2.- No se identifica defecto herniario en plano aponeurótico. Tiempo quirúrgico 50 minutos. Procedimiento sin complicaciones.

Después del procedimiento quirúrgico paciente es trasladada a la Unidad de Cuidados Post Anestésicos donde permanece 60 minutos y posterior a la valoración es dado de alta a piso.

Paciente permanece hospitalizado por 48 horas, donde evoluciona favorablemente y es dado de alta.

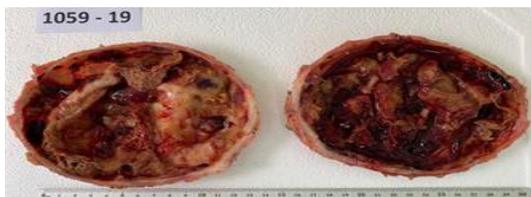
Se valora a paciente en su post quirúrgico a los 7 días, para el retiro de puntos, donde no nos refiere ninguna molestia y a los 30 días donde se recibe el resultado de histopatología, el mismo que nos reporta endometrioma de la pared abdominal, con bordes quirúrgicos libres.

Figura 1. Endometrioma de la Pared, Visión Externa.



Fuente: Imágenes de archivo Hospital IESS Latacunga

Figura 2. Endometrioma de la Pared, Visión Interna.



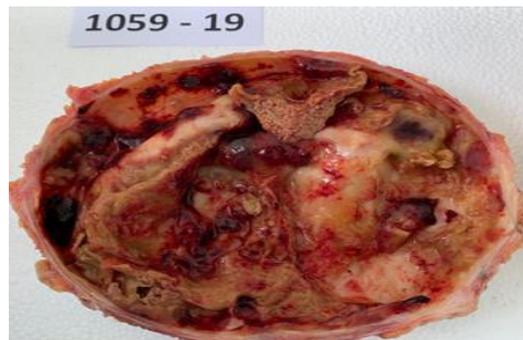
Fuente: Imágenes de archivo Hospital IESS Latacunga

Figura 3. Endometrioma de la Pared, Visión Interna.



Fuente: Imágenes de archivo Hospital IESS Latacunga

Figura 4. Endometrioma de la Pared, Visión Interna.



Fuente: Imágenes de archivo Hospital IESS Latacunga

Conclusión

Considerando que la incidencia de endometriomas de pared abdominal es baja, ante cualquier nódulo de características anómalas en la región inguinal o umbilical, o tumoración sobre cicatriz ginecológica u obstétrica en una mujer de edad fértil, es importante considerar y sospechar la presencia de un endometrioma. Los métodos de imagen y la punción-aspiración con aguja fina pueden ayudar al diagnóstico y su tratamiento definitivo es quirúrgico.

Referencias bibliográficas

1. Carsote M, Terzea DC, Valea A, Gheorghisan-Galateanu AA. Abdominal wall endometriosis (a narrative review). *Int J Med Sci* 2020; 17(4):536-542. doi:10.7150/ijms.38679. Available from <http://www.medsci.org/v17p0536.htm>
2. Destek, S. Abdominal Wall Endometriosis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2020, S1701-2163(19). <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.03.019>
3. Nathaniela MUA: Revisión de Bibliografía. *Revista Médica Sinergia*. 2019 4 (5); 35-42. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms195d.pdf>.

4. Arcoverde FVL, Andres MDP, Borrelli GM, Barbosa PDA, Abrão MS, Kho RM. Surgery for Endometriosis Improves Major Domains of Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2019 02; 26(2): 266-278. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2018.09.77>.
5. Rodrigo DG, Pamela BM, Endometriosis: Revisión Bibliográfica. *Asociación Costarricense de Medicina Legal y Disciplinas Afines*. 2018 35; 1-17. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v35n1/1409-0015-mlcr-35-01-23.pdf>.
6. Asghari S, Valizadeh A, Aghebati-Maleki L, Nouri M, Yousefi M. Endometriosis: Perspective, lights, and shadows of etiology. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 2018 Oct; 106: 163-174. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2018.06.10>.
7. Patel BG, Lenk EE, Lebovic DI, Shu Y, Yu J, Taylor RN. Pathogenesis of endometriosis: Interaction between endocrine and inflammatory pathways. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2018 07; 50: 50-60. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.01.006>.
8. Tomassetti C, D'Hooghe T. Endometriosis and infertility: Insights into the causal link and management strategies. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2018 08; 51: 25- 33. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.06.002>.
9. Vercellini P, Buggio L, Frattaruolo MP, Borghi A, Dridi D, Somigliana E. Medical treatment of endometriosis-related pain. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2018 08; 51: 68- 91. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.01.015>
10. Ince C, Wagner A, Rajakumar C. Abdominal Wall Endometriosis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2018 Jul; 40(7): 859. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.03.107>.
11. Morales Martínez C, Tejuca Somoano S. Abdominal wall endometriosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2017 Dec;217(6):701–2. doi: [10.1016/j.ajog.2017.07.033](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.07.033)
12. Grigore M, Socolov D, Pavaleanu I, Scripcariu I, Grigore AM, Micu R. Abdominal wall endometriosis: an update in clinical, imagistic features, and management options. *Medical Ultrasonography*. 2017 Nov 29; 19(4): 430. doi: [10.11152/mu-1248](https://doi.org/10.11152/mu-1248)
13. López-Marcano A., Kühnhardt-Barrante AW, Gonzales-Aguilar JD, Valenzuela-Torres JC, García-Amador C, Labalde M, et al. Endometriosis de la pared abdominal. Presentación de dos casos. *Cirugía Andaluza*. 2016 Jun; 27(1): 174–177. Available from: <https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2016/2016-vol27-n1-not5.pdf>
14. Santana-Pedraza T, Estepa-Pérez J, Estepa-Torres J. Endometrioma de la pared abdominal. A propósito de dos casos. *Medisur [revista en Internet]*. 2014 [citado 2020 Abr 14]; 12(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2787>
15. Vicente C., Suárez V., Lesyk S., Buzzi A., Mastroberti E. Endometriosis de Pared Abdominal. *Revista Colombiana de Radiología*. 2015 Jun 01; 26(2): 4201-4204.
16. Fernández Saguer MA., Moreno Ramón R., Nievas Díaz N., Magrané Francesch E., Prieto Cid M. Dolor en la pared abdominal de causa atípica: endometrioma implantado en la cicatriz de una cesárea. *Medicina General y de Familia*. 2014 Oct; 3(8): 243-244. Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/e7b3/9513e277c6473c09e5a2e0125a885a642410.pdf?_ga=2.250292037.238958050.1586896049-1862379935.1586560763
17. The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Problemas Ginecológicos - Endometriosis 2013*.
18. 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. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2012 Oct; 55(8): 367–72.
19. Cziupka K, Partecke L, Thiele A, Paul H, Schreiber A, Heidecke C-D, et al. Ein Endometriom in der Bauchdecke als seltene Differenzialdiagnose eines Weichgewebstumors.

Zentralblatt für Chirurgie. 2010 Jul 8; 136(04): 394-5.

20. Medina BA., Mitsui N., Centurión O., Recalde A., Ayala NP., Ojeda Fiore H., Bogado Yinde LA. Endometriosis de pared abdominal. Presentación de un caso. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas Asunción. 2009; 42(2): 67-72.

21. González-Santín V, Robres J, Farreras N, Ortiz de Zárate L, Buqueras C, Bachs E, et al. Endometriomas de la pared abdominal. Revisión de una serie de 17 casos. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2008 Feb; 35(1): 2-6.

22. Fontanillas Garmilla N., González Santamaría A., Peña Irún Á., Fernández Santiago R. Endometriosis de pared abdominal. SEMERGEN. 2007; 33(7): 386-387.

23. Carvajal M A, Braghetto M I, Carvajal G R, Miranda V C. ENDOMETRIOSIS DE LA PARED ABDOMINAL. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2007; 72(2): 105-110.

24. Alarcón Viana JL, Feliú Palá X, Pérez Martí X, Marco Molina V, Poveda Gómez S. Complicaciones quirúrgicas de la endometriosis. Cir Esp 1995; 57: 222-225.

25. Brenner C, Wohlgemuth S. Scar endometriosis. Surg Gynecol Obstet 1990; 170: 538-540.

26. Montero F, Montserrat V, López-Bonet E, Ribes M, Llobet M. Endometriosis vesical. A propósito de un caso. Clin Invest Gin Obst 1997; 24: 15-17.