

## ENDOMETRIOSIS DE PARED ABDOMINAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Sebastián E. Vélez, Daniel Jesús Piccinni, Susana Caminos, Luis Santos Spitale. Juan Carlos Ferrari.

Departamento de Cirugía General. Ex Clínica Privada Junín,  
II Cátedra de Patología FCM UNC. Córdoba, Argentina.

Correspondencia: Sebastián Vélez. Avda. Colón 732, 1º B. 5000. Córdoba Argentina.

TE: 0351-155070169. E-mail: velezs@hotmail.com

### RESUMEN

La endometriosis se define como la presencia de glándulas y estroma endometriales fuera del útero. Este hallazgo ectópico se presenta en la pared abdominal entre el 0,03% al 1% de las mujeres en edad fértil con antecedentes de cirugía ginecológica, especialmente luego de una operación cesárea. La presentación habitual es de un tumor próximo a una cicatriz quirúrgica, con dolor cíclico relacionado con el periodo menstrual. Puede simular otras patologías como hematomas, granulomas, abscesos, hernias de la herida y tumores. Se describe el caso de una mujer de 35 años con una masa tumoral próxima a una cicatriz de operación cesárea, dolorosa durante la menstruación. La lesión fue extirpada completamente y el defecto de la pared abdominal fue reparado con malla de polipropileno. En el estudio anatomopatológico diferido fue identificada como endometriosis.

**Palabras clave:** endometriosis, tumor de pared abdominal, operación cesárea

### SUMMARY

Endometriosis is defined as the presence of endometrial glands and stroma outside uterus.

This ectopic finding occur in the abdominal wall among 0,03% to 1% of women with prior gynecologic surgery,

particularly after cesarean section. Most frequently, endometriosis is present as a palpable mass, painful during menstrual period, near surgical scar. It could mimic other pathologies such as hematomas, granulomas, incisional hernias, abscesses and tumors. We report the case of a 35 years old woman with a painful mass during menstruation nearly cesarean scar. The tumor was completely removed and a polipropylene mesh was placed to repair the abdominal wall defect. It was identified as endometriosis in the anatomic-pathologic examination.

**Key words:** endometriosis, endometrioma, abdominal wall tumor, cesarean section.

### INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como la presencia de glándulas y estroma endometriales fuera del útero<sup>1</sup>. En la pared abdominal ocurre entre 0,03% al 1% de las mujeres con antecedentes de cirugía ginecológica, especialmente luego de una operación cesárea<sup>2,3</sup>. Entre otras teorías, se sospecha que el desarrollo es partir de implantes de células endometriales durante la cirugía ginecológica<sup>2,3,4</sup>.

Habitualmente se presenta como un tumor en la pared abdominal, doloroso durante el periodo menstrual o premenstrual<sup>1,2,3</sup>, ubicado en la cicatriz

quirúrgica o cercana a ella, pudiendo simular otros tumores (1).

Se reporta un caso de tumor de pared abdominal, sometido a escisión quirúrgica el que se diagnosticó como endometriosis en el examen histopatológico postoperatorio.

**Caso clínico:** mujer de 35 años, con antecedentes de tres operaciones cesáreas, a través de una incisión de Phannestiel, la última efectuada 5 años atrás.

**Antecedentes:** 5 meses antes de la consulta presentó masa palpable, dolorosa para-umbilical derecha (figura 1). Durante el período menstrual en la ecografía se observó una imagen heterogénea de 38 x 36 x 18 mm. a nivel del músculo recto anterior derecho, paraumbilical, de

bordes mal definidos, con calcificaciones en su interior (figura 2).

Con diagnóstico presuntivo de hematoma organizado vs tumor de partes blandas, se realizó exéresis de la lesión, (incluyó aponeurosis músculo adyacente comprometido por adherencias inflamatorias, implantando malla de polipropileno de 10 x 10 cm. en el defecto músculo-aponeurótico (figura 1). Biopsia intraoperatoria (congelación) fue negativa para células neoplásicas. El estudio patológico diferido se evidenciaron focos de glándulas y estroma endometriales en tejido muscular y fibroso (figura 3), además zonas de hemorragia antigua, representadas por macrófagos cargados de hemosiderina (figura 4). No se observó recidiva clínica ni ecográfica luego de 1 año de seguimiento.

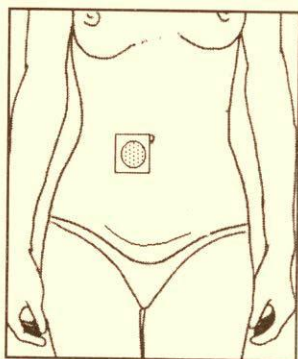


Fig. 1: Círculo punteado: ubicación del tumor. Recuadro: área de resección y reparación con malla.

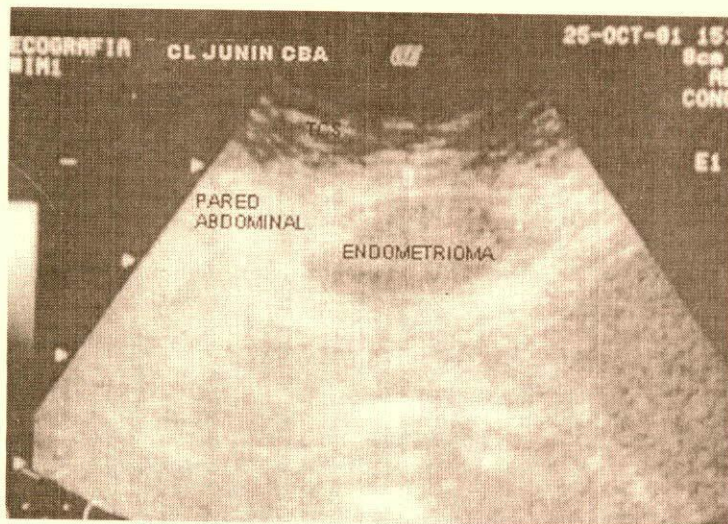


Fig. 2: Ecografía que muestra el tumor en la pared abdominal. TCS: Tejido Celular Subcutáneo.

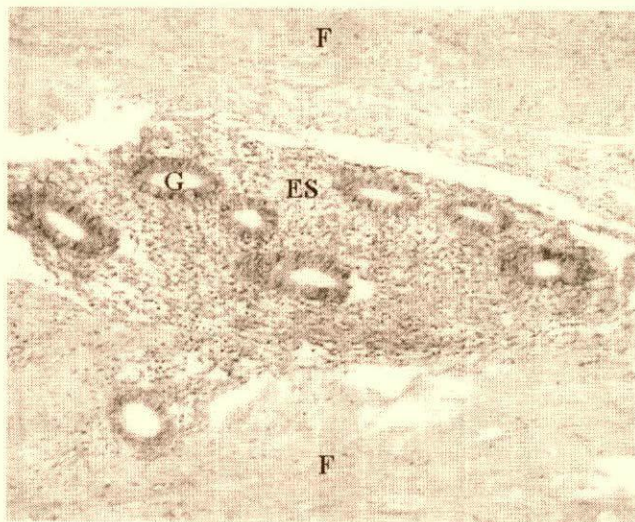


Fig. 3: Foco de endometriosis (centro) constituido por glándulas (G) y estroma (ES) endometriales. Está rodeado por tejido fibroso denso (F). Hematoxilina y eosina. 100x.

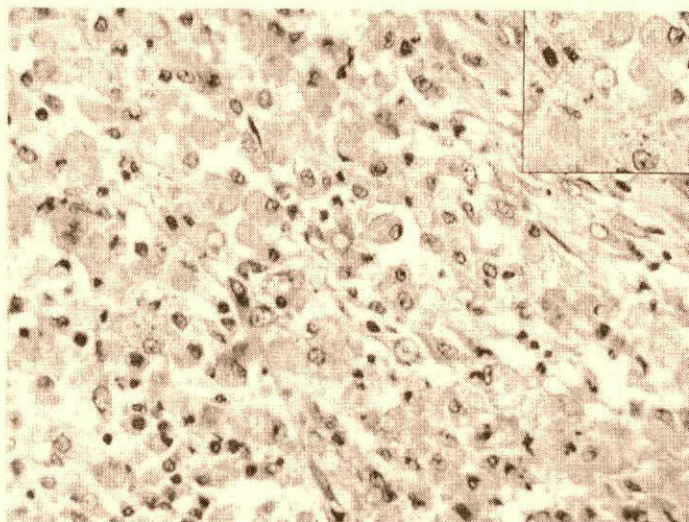


Fig. 4: Área de hemorragia antigua, representada por numerosos macrófagos cargados de hemosiderina (gránulos de pigmento pardo. Inset.). Hematoxilina y eosina. 400x

## DISCUSIÓN

En concordancia a lo reportado en la literatura<sup>(1, 2)</sup>, la paciente presentaba endometriosis abdominal y estaba en edad reproductiva, y no presentaba síntomas de endometriosis pelviana concomitante<sup>(1)</sup>

El implante directo de células endometriales en la herida durante la

cirugía explicaría<sup>(2, 3, 4)</sup>, la presencia del endometrio ectópico.

La manifestación de endometriosis abdominal, en nuestro caso, incluye una masa dolorosa durante el período menstrual, próxima a cicatrices abdominales de procedimientos ginecológicos, particularmente de operaciones cesáreas. Suele confundirse con granulomas de cuerpo extraño,

abscesos, hernias, hematomas o neoplasias de pared abdominal<sup>(1, 3, 5)</sup>.

La ecografía y la tomografía computada, son métodos que colaboran en el diagnóstico<sup>(2, 6)</sup>. El diagnóstico de certeza se efectúa mediante biopsia por punción<sup>(2, 6)</sup>, recomendado para toda masa de pared abdominal. Aunque en algunas oportunidades puede no sospecharse la endometriosis<sup>(2)</sup>, es posible determinar su naturaleza mediante la biopsia intraoperatoria o en el estudio patológico diferido<sup>(1, 2, 8)</sup>.

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa de la lesión, con bajo índice de recidiva<sup>(3, 8, 10)</sup>. El tratamiento médico con progesterona, danazol o análogos de la gonadotropina tiene resultados pobres, y no ha superado al quirúrgico<sup>(3, 10)</sup>. En la paciente referida, luego de la resección fue necesaria la colocación de una malla de polipropileno<sup>(9)</sup>.

La malignización de estos tumores observado algunos autores<sup>(7, 8, 9)</sup>, apoya la conducta quirúrgica.

Creemos que algunos gestos quirúrgicos como la colocación de campos quirúrgicos de tela o polietileno podrían evitar los implantes en las cicatrices, aislando las paredes de la laparotomía, la manipulación cuidadosa de los tejidos y el lavado profuso de la cavidad peritoneal y de la herida, sugerido por Toullalan (3).

## CONCLUSIÓN

La presencia de un tumor de pared abdominal, doloroso durante el periodo menstrual y próximo a una cicatriz de cirugía ginecológica, debería sugerir la presencia de una endometriosis. El diagnóstico ecográfico y la punción biopsia de la masa con verificación histológica, confirmaron el diagnóstico. En esta situación, debe indicarse la resección total de la lesión como tratamiento definitivo.

Durante los procedimientos quirúrgicos ginecológicos es conveniente tomar medidas de prevención para evitar el implante de células endometriales en la herida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wolf Y, Haddad R, Werbin N y col.: "Endometriosis in Abdominal Scars: a Diagnostic Pitfall". *Am Surg* 1996; 62:1042-4.
2. Calabrese L, Delmonte O, Mari R: "Endometriosis of the Abdominal Wall. Clinical Case and Review of Literature". *Acta Biomed Ateneo Parmense* 1997;68:35-43.
3. Toullalan O, BaqueP, Benchimol D y col: "Endometriosis of the Rectus Abdominis Muscles". *Ann Chir* 2000;125:880-3.
4. Schenken RS: "Pathogenesis". In "Endometriosis: Contemporary Concepts in Clinical Management". Schenken RS (Editor). JB Lippincott Company, Philadelphia 1989. Pag. 1.
5. Singh KK, Lesells AM, Adam DJ y col: "Presentation of Endometriosis to General Surgeons: a 10-year Experience". *Br J Surg* 1995;82:1349-51.
6. Koger KE, Shatney CH, Hodge K, McClenathan JH: "Surgical Scar Endometrioma". *Surg Gynecol Obstet* 1993;177:243-6.
7. Hitti IF, Glasberg SS, Lubicz S: "Clear Cell Carcinoma Arising in Extraovarian Endometriosis: Report of Three Cases and Review of the Literature". *Gynecol Oncol* 1990; 39:314-20.
8. Han AC, Hovenden S, Roseblum NG, Salazar H: "Adenocarcinoma Arising in Extragonadal Endometriosis: an Immunohistochemical Study". *Cancer* 1998; 83:1163-9.
9. Miller DM, SchoulsJJ, Ehlen TG: "Clear Cell Carcinoma in Extragonadal Endometriosis in a Caesarean Section During Pregnancy". *Gynecol Oncol* 1998; 70:127-30.