

Casos Clínicos

ENDOMETRIOMA DE MÚSCULO RECTO ABDOMINAL EN PACIENTE CON CICATRIZ DE CESÁREA

José Luis Troncoso J. ¹, Paolo Ricci A. ¹, Lidia Díaz G. ²

¹ Unidad de Ginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Clínica Las Condes.

² Servicio de Anatomía Patológica, Clínica Santa María.

RESUMEN

La pesquisa de un nódulo en la pared abdominal, en una paciente con antecedente de cirugía ginecológica u obstétrica, debe considerar un posible endometrioma. La anamnesis y la ecografía, son los elementos principales, en la hipótesis diagnóstica. La punción y aspiración con aguja fina puede considerarse entre los exámenes pre-operatorios. El tratamiento es quirúrgico y consiste en una resección completa del tumor, lo que nos permitirá a través del estudio histológico, la confirmación diagnóstica, ante la presencia de glándulas endometriales. Para disminuir la posibilidad de recidiva, se debe realizar una resección con márgenes amplios. Presentamos un caso de endometrioma de músculo recto abdominal, en una paciente con antecedente de cesárea 2 años previos. Revisamos el diagnóstico diferencial, los métodos de aproximación diagnóstica y el tratamiento.

PALABRAS CLAVE: *Endometriosis de pared abdominal, endometrioma*

SUMMARY

The finding of an abdominal wall nodule in a patient with a history of gynecological or obstetrical surgery, must consider possible endometrioma. The anamnesis and ultrasound are the main elements in the diagnostic hypothesis. Fine needle aspiration cytology can be considered in the preoperative evaluations. The treatment is surgical and consists of a complete resection, with histopathological study to confirm the diagnosis, when the endometrial glands are observed. In order to diminish or avoid recurrence, resection must be performed with wide margins. We present a case of abdominal wall endometrioma in the rectus abdominis muscles, in a patient with caesarean section scar two years before. We review the differential diagnosis in an abdominal wall mass, the diagnostic approach methods and the treatment.

KEY WORDS: *Abdominal wall endometriosis, endometrioma*

INTRODUCCIÓN

Se define endometriosis la localización de tejido endometrial en sitios distantes al útero. La localización extrapélvica es de muy baja frecuencia, encontrándose en la literatura, la descripción de casos aislados (1). Se trata de una patología que, teóricamente, puede afectar a cualquier órgano, que pue-

de ocurrir independientemente a la presencia de una endometriosis pélvica y es de difícil sospecha, debido a la amplia gama de signos y síntomas que puede expresar, según la localización. Markham y cols clasificaron la endometriosis extrapélvica según su localización, en cuatro tipos: gastrointestinal, del tracto urinario, torácica y de otros sitios (2). Entre las que se localizan en "otros sitios", se

encuentran los implantes de pared abdominal, que podemos observar en cicatrices de cirugías obstétricas o ginecológicas (3). La incidencia en cicatriz de cesárea, varía de 0,03 a 1,7% (4-6). En la endometriosis de la pared abdominal, frecuentemente se ven afectados los músculos recto-abdominales, lo que puede llevar a consultar por dolor y presencia de un tumor palpable a través de la piel (7,8).

Presentamos un caso de endometrioma de músculos rectos abdominales, en una paciente con antecedente de cesárea dos años previos. Revisamos el diagnóstico diferencial, los métodos de aproximación diagnóstica y el tratamiento.

CASO CLÍNICO

Paciente de 22 años, con antecedente de cesárea dos años antes, que consulta por dolor, asociado a aumento de volumen, localizado en pared abdominal. Relata una evolución de 6 meses desde el inicio de la sintomatología y hallazgo de un tumor que describía como subcutáneo. El dolor no era cíclico, ni tenía relación con las menstruaciones. Era desencadenado por la presión sobre la zona abdominal y los movimientos. Al examen físico destacaba la palpación de un tumor, de 4 cm de diámetro, redondo, adherido a planos profundos, ubicado en el cuadrante periumbilical, a 5 centímetros por sobre la cicatriz de Pfannenstiel y a 2 cm a la derecha de la línea media. De consistencia duro, adherido a planos profundos, doloroso a la palpación. La piel de la zona adyacente no presentaba cambios. Por la clínica, examen físico y el antecedente de la cesárea, se planteó como hipótesis diagnóstica: granuloma por sutura o endometrioma de músculo recto abdominal. El estudio pre-operatorio con ultrasonido de pared abdominal describe imagen de aspecto sólida, redondeada, bien delimitada, con diámetro mayor de 3,5 cm y ubicada en el músculo. Ca-125: 19,8 U/ml.

Se realizó una incisión sobre la cicatriz de Pfannenstiel, en la parte media y ligeramente mayor a derecha, de 5 cm. Separación del celular subcutáneo, hasta llegar a la zona del tumor, observándose la presencia de una masa de 4 cm, de color blanco nacarado, de consistencia sólida, inserta en el músculo recto-abdominal, la que es resecada con margen amplio. El estudio histopatológico del tumor, demostró la presencia de glándulas endometriales, rodeadas por tejido fibroso, confirmando el diagnóstico de endometrioma del músculo recto-abdominal (Figuras 1 y 2). La evolución post-operatoria inmediata y tardía fue satisfactoria.

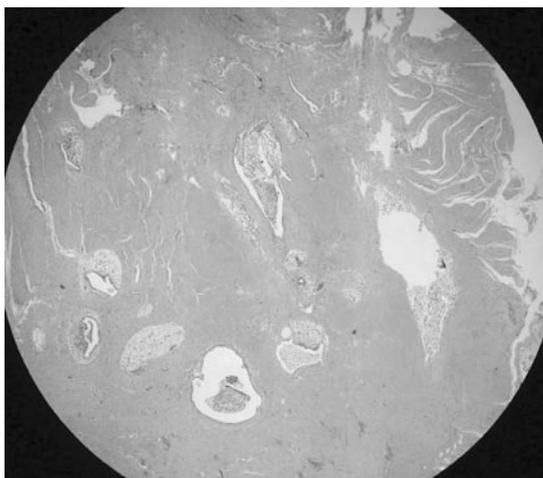


Figura 1. Tinción con hematoxilina-eosina, aumento de 100x. Visión de glándulas endometriales rodeadas por tejido fibroso.

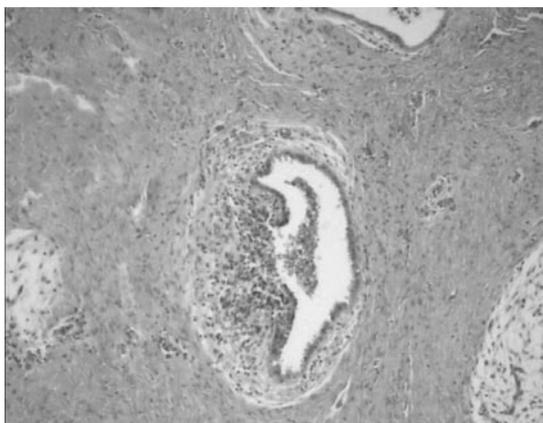


Figura 2. Tinción con hematoxilina-eosina, aumento de 200x. Visión de la luz glandular, revestida por epitelio cilíndrico, rodeado por estroma endometrial.

DISCUSIÓN

Al encontrarnos frente a una paciente que consulta por un tumor localizado en la pared abdominal, aún cuando exista el antecedente de una cirugía ginecológica u obstétrica, generalmente plantearemos múltiples hipótesis diagnósticas y lo más probable es que olvidemos o dejemos como última opción la endometriosis, debido a su baja frecuencia. Entre los diagnósticos diferenciales se encuentra el granuloma por sutura o cuerpo extraño, lipoma, absceso, quistes y hernias (9-13). En este caso, las

hipótesis diagnósticas planteadas, previamente a la cirugía, fueron: granuloma por cuerpo extraño y endometrioma de pared abdominal. La cicatriz de cesárea se encontraba a cinco centímetros de la masa y se sabía que era poco probable la existencia de suturas en ese nivel, por lo que era más probable que se tratase de un endometrioma. La ecografía de pared abdominal, había descartado una hernia, por la ausencia de contenido abdominal y se trataba de un tumor sólido. De esta manera también se descartaba la presencia de algún quiste. La consistencia era dura y se palpaba comprometiendo el músculo recto-abdominal, por lo que no era compatible con lipoma o absceso.

El principal signo de esta patología es la presencia de una masa en relación a una zona de cicatriz de laparotomía, principalmente al existir el antecedente de cirugía ginecológica u obstétrica. Sin embargo, debido al tiempo transcurrido entre la cirugía primaria y la presencia del tumor o síntomas que llevan a consultar, las pacientes frecuentemente acuden a otros especialistas como cirujanos (14,15). Por este motivo, no pocas veces son ellos los que realizan estas cirugías o se encuentran con estos tumores al realizar otras operaciones, como abdominoplastías (16).

La hipótesis diagnóstica de un endometrioma de pared abdominal se sustenta en la anamnesis, por el antecedente de una cirugía ginecológica u obstétrica, sin embargo, existen algunos reportes de casos de endometriomas en ausencia de estas cirugías (17). En el caso de existir el antecedente de cirugía, es lógico entender que en la etiopatogenia, el principal factor es la implantación de tejido endometrial intrauterino a estas zonas, con el desarrollo del tumor posteriormente. En los casos sin el antecedente de cirugía previa, lo más probable es que, como pretende explicar la teoría de transformación metaplásica, debido a algún factor externo de carácter irritativo, el tejido se ha transformado. Sin embargo, existe la probabilidad de migración por vasos linfáticos o sanguíneos, de acuerdo a otras teorías que pretenden explicar el desarrollo de localizaciones extrapélvicas. En caso de presencia de endometriomas en pared abdominal, en ausencia de cirugías previas, generalmente se describen en la zona umbilical (18).

Un estudio demostró que la expresión de RCAS1 y metalotionina en las células endometriales, puede favorecer la persistencia en una localización ectópica. Esto ha sido demostrado para endometriomas de ovario y de cicatrices de laparotomía (19). La RCAS1 es responsable de la regulación de la actividad citotóxica, mientras que la metalotionina, participa en la regulación de la apoptosis de estas

células. Por este motivo, una alteración en la regulación de la expresión de estas sustancias, podría ser uno de los múltiples factores que facilitan la implantación de estas células y posterior desarrollo del tumor.

Otro estudio demostró que en estas pacientes, puede existir una anormal expresión de p63, que es una proteína de membrana de 63 kDa, que tiene un rol fundamental en la regulación de la proliferación y diferenciación epitelial (20). Lo que permite hablar de un inmunofenotipo celular con potencial desarrollo de endometriomas y abre la puerta a la investigación de futuros tratamientos.

Una de las herramientas fundamentales para realizar el diagnóstico diferencial es la ultrasonografía (21,22), que representa un examen no invasivo, fácil de realizar y de gran disponibilidad en los centros de salud.

Lo interesante de este caso, es que el endometrioma no se encontraba en la cicatriz de la cesárea. Sin embargo, lo más lógico es pensar que esa fue la vía de diseminación, implantación y posterior proliferación de las células endometriales, que más tarde desarrollaron un endometrioma.

Otro tema importante a discutir, es la reparación de la zona de los rectos anteriores, que queda dañada una vez que se ha retirado el nódulo endometriómico. Debido a que el tratamiento será la extirpación con márgenes amplios, puede ser necesaria una plastía (23), especialmente cuando se ve afectada estéticamente la zona umbilical (24). Incluso, podría requerirse de mallas para reforzar la zona del defecto si la resección es muy grande, para evitar la producción de futuras hernias de pared abdominal (25).

Un examen que permite hacer un diagnóstico pre-operatorio seguro, es la aspiración con aguja fina. A través de ella, se obtiene material para estudio citológico, mediante un procedimiento de baja complejidad (26-29). En este caso, una vez que la ecografía demostró que se trataba de un tumor sólido, el estudio con aguja fina podría haber definido el diagnóstico.

Se sabe que entre el 0,3 a 0,8% de las endometriosis ováricas pueden desarrollar procesos malignos (30) y, más infrecuente aún, las localizaciones extrapélvicas también pueden malignizarse. Se estima actualmente que el 21,3% de los casos de transformación maligna de endometriosis, ocurre en sitios pélvicos extraováricos y hasta un 4% podría ocurrir en cicatrices de laparotomía (25). Entre las transformaciones malignas en pared abdominal, se describen las mismas que pueden ocurrir en las localizaciones ováricas. Se reportan casos de carcinoma de células claras y adenocarcinoma (31-35).

Para disminuir la probabilidad de implantes de tejido endometrial en la cicatriz de laparotomía, debemos ser cuidadosos y prolijos en la cirugía ginecológica u obstétrica (32), a fin de evitar tejido endometrial residual en zonas extra-uterinas. Realizar un lavado con suero fisiológico, podría disminuir la probabilidad de desarrollo de endometriomas, al arrastrar las células endometriales que, teóricamente, pueden haber quedado en los planos de sutura de la pared abdominal o las zonas cercanas.

Por otro lado, cuando extirpamos nódulos endometriósicos de pared abdominal, debemos researlos completamente, por medio de una incisión de límites amplios, respecto al tumor, para evitar la presencia de tejido que llevará a una recidiva (36). Se estima que la recurrencia de endometriomas, después de resección quirúrgica en pared abdominal, puede llegar a un 1,04% (37). Lo anterior se podría evitar con resecciones de margen amplio.

En la endometriosis pélvica existen múltiples investigaciones que pretenden facilitar el diagnóstico, mediante la pesquisa de la expresión de diferentes sustancias, que podrían a futuro afinar el diagnóstico y dar un pronóstico. Estos elementos también podrían detectarse en endometriomas de localización extrapélvica. A futuro, es probable que a partir de la obtención de tejido, por medio de una punción con aguja fina y a través de una prueba de inmunohistoquímica, se pueda tener un diagnóstico de certeza, antes de la cirugía (19,20).

CONCLUSIÓN

La pesquisa de un nódulo en la pared abdominal, en una paciente con antecedente de cirugía ginecológica u obstétrica, debe considerar entre las posibles hipótesis diagnósticas el endometrioma. La anamnesis y la ecografía son los elementos principales, que nos pueden permitir descartar los diferentes diagnósticos diferenciales. Se puede considerar entre los estudios de aproximación, la punción y aspiración con aguja fina. El tratamiento es quirúrgico con la resección completa y amplia del tumor, lo que permitirá, a través del estudio histológico, la confirmación diagnóstica por la presencia de glándulas endometriales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parra PA, Caro J, Torres G, Malagón FJ, Tomás F. Primary endometriosis of the abdominal wall: an entity to be included in the differential diagnosis of abdominal wall masses. *Cir Esp* 2006;79(1):64-6.
2. Markham SM, Carpenter SE, Rock JA. Extrapel-

- vic endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989;16(1):193-219.
3. Díaz-Barreiro G, Niño Sánchez A, Castillo González M. Endometriosis in the episiotomy scar and vagina. Report of a case an review of the literatura. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:281-4.
4. Wolf Y, Haddad R, Werbin N, Skornick Y, Kaplan O. Endometriosis in abdominal scars: a diagnosis pitfall. *Am Surg* 1996;62(12):1042-44.
5. Taff L, Jones S. Cesarean scar endometriosis. A report of two cases. *J Reprod Med* 2002;47(1):50-2.
6. Dwivedi AJ, Agrawal SN, Silva YJ. Abdominal wall endometriosis. *Dig Dis Sci* 2002;47(2):456-61.
7. Toullalan O, Baqué P, Benchimol D, Bernard JL, Rahili A, Gillet JY, Bourgeon A. Endometriosis of the rectus abdominis muscles. *Ann Chir* 2000;125(9):880-3.
8. Roberge RJ, Kantor WJ, Scorza L. Rectus abdominis endometrioma. *Am J Emerg Med* 1999;17(7):675-7.
9. Chiang DT, Teh WT. Cutaneous endometriosis--Surgical presentations of a gynaecological condition. *Aust Fam Physician* 2006;35(11):887-8
10. Sataloff DM, La Vorgna KA, McFarland MM. Extrapelvic endometriosis presenting as a hernia: clinical reports and review of the literature. *Surgery* 1989;105(1):109-12.
11. Ducarme G, Uzan M, Poncelet C. Endometriosis mimicking hernia recurrence. *Hernia* 2007;11(2):175-7.
12. Rao R, Devalia H, Zaidi A. Post-caesarean incisional hernia or scar endometrioma? *Surgeon* 2006;4(1):55-6.
13. Carvajal A, Braghetto I, Carvajal R, Miranda C. Endometriosis de la pared abdominal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007;72(2):105-10.
14. De Falco M, Ragusa M, Oliva G, Miranda A, Parmegiani D, Sperlongano P, *et al.* Is extrauterine endometriosis confined to the gynecological sphere? A critical review of the experience in a general surgery unit. *G Chir* 2007;28(3):83-92.
15. Aydin O. Scar endometriosis - a gynaecologic pathology often presented to the general surgeon rather than the gynaecologist: report of two cases. *Langenbecks Arch Surg* 2007;392(1):105-9.
16. Ostric SA, Martin WJ, Kouris GJ. Abdominal wall endometrioma found during abdominoplasty. *Aesthetic Plast Surg* 2006;30(2):249-50.
17. Tomás E, Martín A, Garfía C, Sánchez Gómez F, Morillas JD, Castellano Tortajada G, Solís Herruzo JA. Abdominal wall endometriosis in absence of previous surgery. *J Ultrasound Med* 1999;18(5):373-4.
18. Bordel Gómez MT, Román Curto C, Cardeñoso Alvarez E, Santos Durán JC, Sánchez Estella J, Corral de la Calle M. Spontaneous cutaneous umbilical endometriosis. *Actas Dermosifiliogr* 2006;97(10):666-8
19. Wicherek L, Dutsch-Wicherek M, Galazka K, Banas T, Popiela T, Lazar A, Kleinrok-Podsiadlo B. Comparison of RCAS1 and metallothionein expression and the presence and activity of immune cells in human ovarian and abdominal wall endometriomas. *Reprod Biol Endocrinol* 2006;4:41.
20. Poli Neto OB, Ferreira HM, Ramalho LN, Rosa e Sil-

- va JC, dos Reis FJ, Nogueira AA. Expression of p63 differs in peritoneal endometriosis, endometriomas, adenomyosis, rectovaginal septum endometriosis, and abdominal wall endometriosis. *Arch Pathol Lab Med* 2007;131(7):1099-102.
21. Hensen JH, Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *AJR Am J Roentgenol* 2006;186(3):616-20.
 22. Hassanin-Negila A, Cardini S, Ladam-Marcus V, Palot JP, Diebold MD, Marcus C. Endometriomas of the abdominal wall: Imaging findings. *J Radiol* 2006;87(11 Pt 1):1691-5.
 23. Cheng NH, Zhu L, Lang JH, Liu ZF, Sun DW, Leng JH, *et al.* Repair of abdominal wall defect after resection of abdominal wall endometriosis. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2006;86(27):1919-21.
 24. Kokuba EM, Sabino NM, Sato H, Aihara AY, Schor E, Ferreira LM. Reconstruction technique for umbilical endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet* 2006;94(1):37-40.
 25. Olejek A, Bichalski W, Rembielak-Stawecka B, Ziólkowski A. Adenocarcinoma arising from endometriosis in scar from a cesarean section treated with the use of plastic mesh. *Ginekol Pol* 2004;75(10):797-801.
 26. 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):495-499.
 27. Catalina-Fernández I, López-Presa D, Sáenz-Santamaria J. Fine needle aspiration cytology in cutaneous and subcutaneous endometriosis. *Acta Cytol* 2007;51(3):380-4.
 28. Simsir A, Thorner K, Waisman J, Cangiarella J. Endometriosis in abdominal scars: a report of three cases diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. *Am Surg* 2001;67(10):984-6.
 29. Pathan SK, Kapila K, Haji BE, Mallik MK, Al-Ansary TA, George SS, *et al.* Cytomorphological spectrum in scar endometriosis: a study of eight cases. *Cytopathology* 2005;16(2):94-9.
 30. Akin MR, Ho CS, Nguyen GK. Cystic endometriosis and related neoplasms arising from extragonadal endometriosis diagnosed by transvaginal fine needle aspiration biopsy. *Acta Cytologica* 1999;43(3):536-8.
 31. Leng JH, Lang JH, Guo LN, Liu ZF. Sarcoma transformation of endometriosis of abdominal wall --a case report with literature review. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2004;39(8):551-2.
 32. Sergent F, Baron M, Le Cornec JB, Scotté M, Mace P, Marpeau L. Malignant transformation of abdominal wall endometriosis: a new case report. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2006;35(2):186-90.
 33. Park SW, Hong SM, Wu HG, Ha SW. Clear cell carcinoma arising in a cesarean section scar endometriosis: a case report. *J Korean Med Sci* 1999;14(2):217-9.
 34. Ishida GM, Motoyama T, Watanabe T, Emura I. Clear cell carcinoma arising in a cesarean section scar. Report of a case with fine needle aspiration cytology. *Acta Cytol* 2003;47(6):1095-8.
 35. Alberto VO, Lynch M, Labbei FN, Jeffers M. Primary abdominal wall clear cell carcinoma arising in a caesarean section scar endometriosis. *Ir J Med Sci* 2006;175(1):69-71.
 36. Bachir JS, Bachir NM. Scar endometrioma: awareness and prevention. *WMJ* 2002;101(1):46-9.
 37. Zhao XY, Lang JH, Leng JH, Liu ZF, Li HJ, Sun DW, Zhu L. Clinical characteristics of abdominal wall endometrioma and its recurrence-related factors. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2004;39(2):97-100.
-