

# 6

## ENDOMETRIOMAS EXTRAPÉLVICOS\*

Francisco Javier Mejía S.<sup>1</sup>

Harry Américo Abadía G.<sup>1</sup>

Alejandro Vélez H.<sup>2</sup>

Hernán Darío Restrepo R.<sup>3</sup>

### RESUMEN

---

Se trata de un trabajo retrospectivo en el cual se presenta la casuística del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, de 18 pacientes con endometriosis extrapélvica entre junio de 1993 y julio de 1996.

Todas las mujeres fueron premenopáusicas. El diagnóstico de masa en la pared abdominal fue, en la mayoría de los casos, el motivo del procedimiento quirúrgico, en algunas ocasiones sobre cicatrices antiguas.

La aparición de masas en la pared abdominal, con dolor, en algunos casos cíclico y de difícil diagnóstico prequirúrgico, pueden ser los hallazgos de una endometriosis, cuyo manejo quirúrgico debe hacerse por una excisión amplia con bordes libres para prevenir las recurrencias.

**Palabras clave:** Endometriosis extrapélvica, diagnóstico, tumores de pared abdominal, endometriomas en cirugía general.

*1 Residentes de Cirugía General de la U.P.B.*

*2 Médico Patólogo del H.P.T.U.*

*3 Cirujano General del H.P.T.U.*

*La correspondencia o solicitud de separatas puede ser enviada al A.A. 3677 de Medellín, a nombre del Doctor Francisco Javier Mejía Sarasti.*

*\* Trabajo presentado en el XXII Congreso Nacional de Cirugía, celebrado en Santafé de Bogotá. Agosto de 1996*

## ABSTRACT

---

It is a retrospective reviewed of the medical records from Pablo Tobon Uribe Hospital at Medellín Colombia, where 18 patients were founded with extrapelvic endometriosis between June 1993 and July 1996.

All women were premenopausal. The diagnostic of abdominal wall mass was, most of the time, the cause for surgery in our patients; sometimes they were founded in scares.

Abdominal wall masses, presented with pain, wich sometimes is cyclical and difficult to presurgical diagnostic, could be the symptoms of endometriosis and the managment is by perfoming an adequate excision to prevent recurrence.

**Key words:** Extrapelvic endometriosis, diagnostic, abdominal wall neoplasm, endometriosis and general surgery.

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de endometriosis se hace por el hallazgo de tejido endometrial ectópico, reconocido en la patología por la presencia de glándulas endometriales, estroma y hemosiderina. Estos hallazgos pueden encontrarse virtualmente en cualquier sitio del organismo, formando nódulos llamados endometriomas y que en ocasiones responden al influjo hormonal como lo hace el tejido endometrial normal. Las presentaciones extrapélvicas fueron definidas por Sanford y colaboradores del Hospital Johns Hopkins, en Baltimore, Maryland, como el hallazgo de focos de endometriosis fuera del útero, trompas de falopio y ovarios. <sup>(1,2,3,4)</sup> Las masas localizadas en la pared abdominal, con mucha frecuencia en cicatrices antiguas, pueden generar dolor y hacen consultar a las pacientes. Su cuadro clínico es en muchas ocasiones bizarro y por ello el diagnóstico de endometriosis extrapélvica se ve encubierto por muchas otras patologías entre las cuales se incluyen granulomas, tumores de tejidos blandos como quistes y neuromas, hernias de pared abdominal, abscesos, neoplasias, etc. <sup>(5)</sup>

En este artículo, se presenta la experiencia del Hospital Pablo Tobón Uribe de la ciudad de Medellín, donde encontramos 18 casos de endometriomas extrapélvicos (EE) en los últimos 3 años, experiencia interesante por la cantidad de casos reportados en comparación con los últimos trabajos acerca del tema. <sup>(2,5,6,7)</sup>

## PACIENTES Y MÉTODOS

Se revisaron los archivos del laboratorio de patología de dicho hospital en busca

de aquellos casos en los cuales se hubiera hecho el diagnóstico de EE. Se encontraron 24 endometriomas, en 18 pacientes que fueron manejadas quirúrgicamente en el Hospital Pablo Tobón Uribe de la ciudad de Medellín entre junio de 1993 y julio de 1996. Se hizo un trabajo descriptivo retrospectivo con el objetivo de tener un mejor conocimiento de los casos para lograr un diagnóstico más eficaz de esta patología y un manejo quirúrgico adecuado.

## RESULTADOS

Dieciocho pacientes con 24 endometriomas conforman la población de este estudio, con un promedio de edad de 35.5 años con un rango de 25 - 50 años. Todas ellas tenían ciclos menstruales regulares. El antecedente de endometriosis pélvica sólo se encontró en 5 pacientes (27.8%), ninguna de ellas con tratamiento quirúrgico previo para esta enfermedad. Sin embargo, se investigó el antecedente de algún acto quirúrgico relacionado con el cuadro clínico de la paciente, lo cual se encontró en 10 de ellas (55.6%); las cirugías practicadas con mayor frecuencia fueron: 8 cesáreas, 1 episiotomía y 1 histerorrafia umbilical. El intervalo entre la cirugía previa y la resección de los endometriomas fue de 5 años en promedio, con un intervalo entre 8 meses y 11 años.

La evolución de los síntomas fluctuó entre 6 horas y 5 años, con un promedio de 9.5 meses. El dolor se presentó en 16 de las 18 pacientes (88.9%) y fue cíclico, relacionado con la menstruación solamente en 9 (56.3%). Trece pacientes (72.2%) consul-

taron por masa y ella se localizó en una cicatriz previa en 8 de las 18 pacientes (44.4%).

Si consideramos un subgrupo de la población de estudio, las pacientes que tenían una cirugía previa relacionada con el cuadro clínico de los EE, se encuentra que el promedio de edad es un poco menor, 32.5 años, y la presentación de los síntomas fue la siguiente: dolor constante en 3 (30%), dolor cíclico en 6 (60%) y 1 con masa como único síntoma. En 8 de las 10 pacientes los síntomas se localizaban en la cicatriz y en 2 de ellas por fuera de la misma.

Las ayudas diagnósticas de imágenes (TAC o ECO) fueron obtenidas en 5 pacientes, pero ninguna hizo el diagnóstico de EE. En una paciente se practicó rectosigmoidoscopia y biopsia, con lo cual se logró el diagnóstico de EE.

El diagnóstico prequirúrgico de EE sólo se logró en 4 pacientes (22.2%). Entre los diagnósticos más exóticos, se encuentran dos interesantes casos de apendicitis aguda, con cuadro típico de esta enfermedad. En la pieza de patología se reportó un endometrioma en este órgano (Figura 1).



Fig 1. Apéndice. Endometrioma.

Los diagnósticos prequirúrgicos se muestran en la tabla 1. En cuanto al número de endometriomas encontrados en cirugía, se hallaron 3 en 2 pacientes, 2 en otras 2 pacientes y en las restantes 13 pacientes se encontró 1 solo endometrioma, para un total de 24, cuya localización anatómica se puede observar en la tabla 2.

TABLA 1		
DIAGNÓSTICO PREQUIRÚRGICO		
DIAGNOSTICO	#	%
Endometrioma	4	22.2
Granuloma	4	22.2
Neoplasia	3	16.6
Apendicitis	2	11.1
Hernia incisional	2	11.1
Masa anexial	1	5.5
Síndrome adherencial	1	5.5
Estenosis rectal	1	5.5
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

TABLA 2		
LOCALIZACIÓN DE LOS ENDOMETRIOMAS		
SITIO	#	%
Pared Abdominal	11	45.8
Colon	4	16.6
Recto	2	8.3
Apéndice	2	8.3
Epiplón	2	8.3
Tracto Genito - Urinario	1	4.2
Periné	1	4.2
Intestino Delgado	1	4.2
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>



## DISCUSIÓN

Al parecer, el primer informe de endometriosis se encontró en un ovario y se remonta a 1899, cuando este fue descrito<sup>(2)</sup>. La literatura no es realmente muy pródiga en información sobre EE.

El hallazgo de EE está, en toda la literatura mundial, descrito en pacientes que están en la etapa fértil de su vida, lo cual se corroboró en nuestro estudio con un promedio de edad que coincide con los trabajos de Koger y cols. y de Singh y cols. que muestran unos promedios de edad muy similares: 31.7 años y 34 años, respectivamente<sup>(2,6)</sup>. El tejido endometrial ectópico suele presentar modificaciones en su estructura con el influjo hormonal, lo cual explica la aparición de síntomas cíclicos en algunas pacientes. Esta presentación de los síntomas no es, sin embargo, muy frecuente, se presentó en 2 de las 3 pacientes del trabajo de Brenner, en 13 de 24 casos de Koger y en la mitad de nuestras pacientes. En un caso de los encontrados en nuestro estudio, el tejido endometrial fue hallado en el apéndice de una paciente en el 3er. día post ovulatorio.

El diagnóstico prequirúrgico de EE es poco sospechado. Coincidimos en nuestra experiencia con la de Seydel y Koger, quienes acertaron en 3 de 7 y 15 de 24. En nuestros casos se hizo en 4 de 18 pacientes.<sup>(1,2,5)</sup> Como sucedió en nuestro estudio, al igual que en otros trabajos, el diagnóstico prequirúrgico incluyó muchos diferentes<sup>(5,6,8,9)</sup>. Uno de los diagnósticos que se hizo en nuestro trabajo fue el de hernia incisional (2 casos); este diagnóstico aparece también en el trabajo de Kaplan y Abramov<sup>(20)</sup> y en el de Singh<sup>(6)</sup>.

Se hizo el diagnóstico de neoplasia, en nuestro trabajo, en 3 casos; 2 fueron llevadas a cirugía con la sospecha de un tumor desmoide y a otra paciente se le practicó una laparotomía exploradora, pues se tenía la impresión diagnóstica de un tumor de ovario, el cual resultó ser un quiste endometriósico en epiplón. Singh publicó en su trabajo con 24 casos de EE, una paciente a quien se operó por presentar un tumor rectal que resultó ser un EE<sup>(6)</sup>.

Para los endometriomas en cicatrices, las características de dolor y masa que aumentan en intensidad y tamaño durante la menstruación, se presentan en menos de las dos terceras partes de los casos. Singh presentó en su casuística 8 casos, Brenner 3 casos y Koger 24 casos en 10 años<sup>(1,2,5,6)</sup>. En nuestra casuística hubo 10 casos de EE en relación con cicatrices previas (Figs 2 y 3), 2 de ellas con la masa por fuera de la cicatriz quirúrgica, pero con antecedentes de cesárea por incisión de Pfannestiel, en la cual la disección se lleva hasta el ombligo, donde se hallaron los focos de endometriosis. Este subgrupo, que ya ha sido descrito, se explica por una de las teorías propuestas para explicar los EE, según la cual, durante un acto quirúrgico, princi-

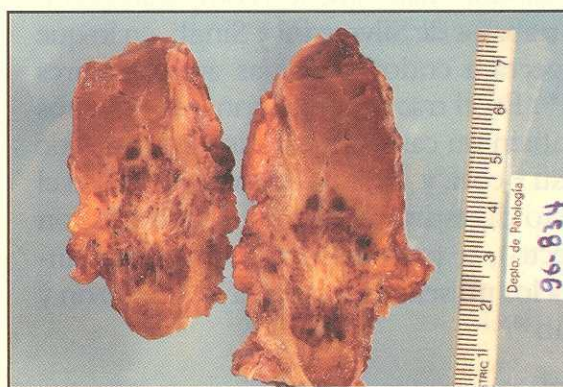


Fig 2. Pared abdominal. Endometriosis.





Fig 3. Pared abdominal. Estudio histopatológico que muestra tejido endometrial.

palmente de útero o anexos, se siembran células endometriales en un sitio ectópico donde aparecerán los endometriomas posteriormente <sup>(2,3,5)</sup>.

En otra de nuestras pacientes se encontró el EE en la cicatriz de una cirugía no ginecológica, una herniorrafia umbilical, como también lo describen en su artículo Daoudi y cols. <sup>(12)</sup> Esto puede explicarse por la teoría del reflujo menstrual a la cavidad abdomino-pélvica de material endometrial viable y, de esta manera, las células endometriales se ubicarían en cualquier parte de dicha cavidad <sup>(8,10)</sup>. Así mismo se explicarían nuestros casos intraabdominales que son comparables con los trabajos de Silvestrini y Singh, en lo que respecta a endometriomas apendiculares <sup>(13,14)</sup>. En el tracto genitourinario, tuvimos también un caso similar a los informes de Nasu y cols. y Sgakuchi y cols. <sup>(15,16)</sup>. En el tracto digestivo (intestino delgado, colon y recto), se presentaron 7 casos, semejantes a los presentados por Daya, Cámeron y Shah <sup>(8,9,17)</sup>.

Entre las ayudas diagnósticas, se encuentran la ecografía y la tomografía axial

computarizada. Adamson, en 1990, definió claramente cómo la ecografía sirve únicamente para definir las características, sólida o quística, de una masa en estudio, pero no hace el diagnóstico definitivo de EE. La tomografía axial computarizada es útil para definir claramente el tamaño de la lesión, pero tampoco es específica para aclarar la etiología de la masa en estudio.

La punción aspiración con aguja fina o por técnicas endoscópicas define obviamente el diagnóstico de EE <sup>(1,2,5,10)</sup>, como sucedió en uno de nuestros casos. La laparoscopia, ampliamente utilizada en el diagnóstico y tratamiento de la endometriosis pélvica, tiene especial valor en el diagnóstico y manejo de los EE del tracto digestivo. La apariencia descrita de quistes marrón oscuro, es típica y es posible realizar una resección adecuada de las lesiones por este método <sup>(21)</sup>.

## COMENTARIOS

La literatura ha tratado de explicar por qué sólo algunas pacientes tienen EE, siendo tan frecuente el reflujo menstrual retrógrado por las trompas a la cavidad <sup>(4)</sup>. Se ha tratado de demostrar un déficit en la función inmune, específicamente en la inmunidad celular, lo que impide que se logren barrer las células endometriales de su localización ectópica e inclusive que se generen anticuerpos contra las células endometriales, cuya reacción cruzada con el endometrio normalmente localizado, puede explicar en alguna forma la esterilidad presentada por muchas pacientes con endometriosis <sup>(4,18)</sup>. Singh, describe cómo una de sus pacientes tenía la asociación entre EE y esterilidad, pero tras la resección

quirúrgica, esta paciente recuperó su fertilidad <sup>(6)</sup>.

En cuanto al diagnóstico, son notorias las fallas en la anamnesis. Es cierto que al ingreso muchas de las pacientes no presentan un cuadro clínico clásico de EE, pero suelen encontrarse en la historia, antecedentes de dispareunia, dismenorrea, dolor pélvico crónico, disquesia, trastornos menstruales y otros signos de endometriosis, así como las características de dolor y masa que varían en forma cíclica con la menstruación <sup>(9)</sup>, elementos im-

portantes para el diagnóstico adecuado. <sup>(1,2,5,8,11)</sup>.

Hay descritos casos de endometriomas en cicatrices ocasionadas por el trocar en la cirugía laparoscópica. No tenemos aún casos como éstos entre nosotros <sup>(19)</sup>.

Las recurrencias no suelen aparecer si la resección de la lesión se hace en forma completa y si se continúa el manejo médico adecuado. En nuestro estudio, el corto seguimiento de las pacientes no permite tomar conclusiones a este respecto, pero no hemos encontrado ninguna recurrencia de EE. ■

## REFERENCIAS

1. Brenner, C; Wohlgemuth, S. Scar Endometriosis. *Surg Gynecol Obstet.* 1990; 170: 538 - 540
2. Koger, KE; Shatney, CH; Hodge, K; McClenathan JH. Surgical Scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet.* 1993; 177: 243 - 246
3. Lu, PY; Ory SJ. Endometriosis: Current Management. *Mayo Clin Proc.* 1995; 70: 453-463
4. Sanford, MM; Carpenter, SE; Rock, JA. Extrapelvic Endometriosis *Obstet Gynecol Clin NA.* 1989; 16: 193 - 219
5. Scydell, AS; Sickel, JZ; Warner, ED; Sax, HC. Extrapelvic Endometriosis. Diagnosis and Treatment. *Am J Surg.* 1996; 171: 239 - 241
6. Singh, KK; Lessells, AM; Adam, DJ et al. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10 year experience. *Br J Surg.* 1995; 82: 1349 - 51
7. Márquez, J; Márquez, JC; Arraztoa, JA; Pérez, G; Espinoza, A. Endometriosis extrapelviana de ubicación perineal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 1995; 60: 1 - 4
8. Cameron, IC; Rogers, S; Collins, MC; Reed, MW. Intestinal endometriosis: presentation, investigation and surgical management. *Int J Colorectal Dis* 1995; 10: 83 - 86
9. Shah, M; Tager, D; Feller, E. Intestinal endometriosis masquerading as common digestive disorders. *Arch Intern Med.* 1995; 155: 977 - 980
10. Adamson, GD. Diagnosis and clinical presentation of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol.* 1990; 162: 568 - 569
11. Tanos, V; Anteby, SO. Cesarean scar endometriosis. *Int J Gynecol Obstet.* 1994; 47: 163-166
12. Daoudi, K; Bongain, A; Isnard, V; Castillon, JM; Michiels, JF; Gillet, JY. Endometriose ombilicale. A propos d'un cas. *Rev Fr Gynecol Obstet.* 1995; 90: 442 - 443
13. Silvestrini, IE; Marcial, MA. Endometriosis of the appendix with decidual polyp formation: a rare cause of acute appendicitis during pregnancy. *P R Health Sci J.* 1995; 14: 223 - 225
14. Sakaguchi, N; Ito, M; Sano, K; Baba, T; Koyama, M; Hotchi, M. Intussusception of the appendix: a report of three cases with different clinical and pathologic features. *Pathol Int.* 1995; 45: 757 - 761
15. Nasu, K; Narahara, H; Hayata, T et al. Ureter obstruction caused by endometriosis. *Gynecol Obstet Invest.* 1995; 40: 215 - 216
16. Kyriakidis, A; Pappas, I. Ureteral endometriosis in a female patient presenting with single-kidney anuria. *Eur Urol.* 1995; 28: 175 - 176
17. Daya, D; O'Connell, G; DeNardi, F. Rectal endometriosis mimicking solitary rectal ulcer syndrome. *Mod Pathol.* 1995; 8: 599 - 602
18. Dmowski, WP. Immunological aspects of endometriosis. *Int J Gynecol Obstet.* 1995; 50 (Suppl 1): S3 -10
19. Healy, JF; Wilkinson, NW; Sawyer, M. Abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract: a case report. *Am Surg.* 1995; 61: 962 - 963
20. Kaplan, O; Abramov, L. Abdominal wall endometriosis imitating incisional hernia. *Harefuah.* 1995; 129: 182 -183
21. Redwine, DB; Koning, M; Sharpe, DR. Laparoscopically assisted transvaginal segmental resection of the rectosigmoid colon for endometriosis. *Fertil Steril.* 1996; 65: 193 - 197