
E ndometriosis cutánea: a propósito de un caso.

Cutaneous endometriosis: about a case.

Johon Carreño Cevallos *
Diana Carreño Cevallos *
Carlos Salvador Fernández **

RESUMEN

Se presenta el caso de mujer de 38 años quien consulta por presentar tumoración dolorosa en región inguinal izquierda de aproximadamente ocho meses de evolución. La endometriosis extrapélvica se define como la presencia de tejido endometrial en sitios distantes del útero. Su presentación es muy variada y su verdadera prevalencia es desconocida. La sospecha clínica es fundamental y parte del hecho de que los síntomas por lo general tienen un comportamiento cíclico.

Palabras clave: Endometriosis. Endometriosis de pared abdominal.

SUMMARY

Patient: female, 38 years old who complains of a painful tumor in left inguinal region. Approximately eight months of evolution. Extrapelvic endometriosis is defined as the presence of endometrial tissue in places far from the uterus. Its presentation is quite varied and its true prevalence is unknown. Clinical suspicion is basic and comes from the fact that symptoms, generally, have a cyclic presentation.

Key words: Endometriosis. Abdominal wall endometriosis.

Introducción

La endometriosis es el crecimiento anormal de tejido endometrial funcionante fuera de su ubicación habitual, circunstancia que afecta a un 3-10% de mujeres en edad fértil^{5,9}. Según estadísticas norteamericanas, aproximadamente cuatro por cada 1.000 mujeres entre 15 a 64 años de edad, son hospitalizadas con diagnóstico de endometriosis. Esta enfermedad es la mayor causa de infertilidad y dolor pélvico crónico. La presencia de endometriosis en localizaciones intrapélvicas es relativamente frecuente; resulta rara su aparición en estructuras extrapélvicas, tales como pulmones, nódulos linfáticos retroperitoneales, parénquima hepático, tejido celular subcutáneo, pleura, pared de hernias, periné o piel.^{2,7,9} Los implantes endometriósicos en cicatrices resultantes de episiotomías o incisiones para cesárea, son los resultados de la siembra directa de células endometriales viables dentro del tejido subcutáneo o espacios subfasciales expuestos por las incisiones quirúrgicas en la pared abdominal o cuerpo perineal. También pueden

aparecer de forma espontánea; la localización umbilical es una presentación infrecuente, con una incidencia estimada del 0,5-1% de todas las pacientes con ectopia endometrial^{3,4,6}. Fue descrita por primera vez en 1885 por Von Recklinghausen y la de localización umbilical, un año después por Villar. La endometriosis es a menudo un hallazgo para el cirujano general y se confunde con otras afecciones, pese a que siempre se la debería tener en cuenta en mujeres en edad fértil⁶.

Caso clínico

Paciente femenina de 38 años de edad, residente en la ciudad de Guayaquil, instrucción secundaria, casada, sin antecedentes patológicos personales ni familiares de importancia. G:4 P:2 C:1 A:0. **Antecedentes quirúrgicos:** embarazo ectópico (hace cinco años); micro cesárea por malformación craneal fetal (hace cuatro años). Acude por presentar tumoración en región inguinal izquierda; semiblanda, acompañada de dolor, el que se

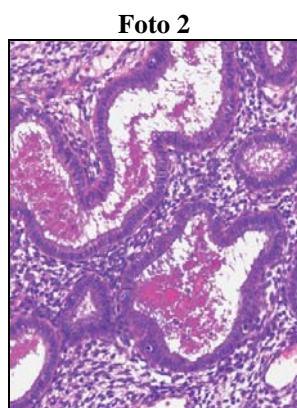
presenta con periodicidad determinada coincidente con cada menstruación, aproximadamente 8 meses de evolución; fue valorada clínica y ecográficamente por médico, el que desestimó su importancia; por este motivo, paciente acude a otro facultativo quien le indica que puede tratarse de nódulo linfático hipertrofiado por supuesta enfermedad inflamatoria pélvica y recomienda extraer el dispositivo intrauterino y tratamiento ambulatorio con medicación por vía oral. Persiste masa tumoral y se vuelve más dolorosa por lo que al ser evaluada clínicamente y previa ecografía se diagnostica endometrioma cutáneo.

En el reporte ecográfico refiere masa tumoral de 35mm X 18mm X 21mm, de localización subcutánea, hipocogénica. Rastreo ecográfico pélvico normal. Impresión diagnóstica: Lipoma. Foto 1.



Masa hipocogénica de bordes definidos, extrapélvica.
Fuente: Departamento de ecografía, clínica "Israel".

Luego de realizar exámenes de laboratorio básicos se procede a la exéresis del tumor el cual mide 5 x 4 x 3 cm., blando, de color rosado pálido con zonas violáceas en el centro de la masa, de ubicación supra aponeurótica. Se ordena realizar biopsia con el siguiente diagnóstico: Endometriosis. Foto 2.



Glándulas endometriales lineadas por células con citoplasma alto y núcleos ubicados basalmente, sin atipias celulares.
Fuente: Laboratorio de patología "Dr. Rubén Hidrovo Barreiro".

Discusión

La endometriosis es el crecimiento de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad endometrial. Afecta tres a diez por ciento de todas las mujeres en edad reproductiva. Los lugares más frecuentes de implantación de esta enfermedad son los ovarios, trompas de Falopio y tejidos pélvicos adyacentes. Raramente se implanta fuera de la pelvis y más raro aún, en la región cutánea^{3,4,5,9,12}.

Debido a la similitud entre la endometriosis en una cicatriz quirúrgica y una hernia incisional, los cirujanos generales, en lugar de los ginecólogos, son los primeros en evaluar las pacientes con este desorden. Aunque en la literatura ginecológica, el desarrollo de endometriosis vía implante es ampliamente reportada, esta entidad es poco reconocida entre los cirujanos generales y a menudo el diagnóstico no es considerado. Según los reportes de Greaney, de entre 10 casos de endometriosis incisional en cicatrices de cesáreas previas, solamente en dos casos el diagnóstico fue sospechado preoperatoriamente, y fueron diagnosticadas por cirujano quien refería experiencia anterior en un caso similar^{1,2,8}.

El diagnóstico más probable en este caso es endometriosis de la pared abdominal anterior. Este tipo de implantación ocurre más frecuentemente en el colgajo superior de la incisión tipo Pfannenstiel de una cesárea o histerectomía^{10,11}.

La endometriosis cutánea no necesariamente debe acompañarse de endometriosis en otras partes de la pelvis o del cuerpo en general^{2,5}.

En su patogenia se han formulado diversas teorías, tales como embolización por vía linfática o sanguínea, el transporte mecánico iatrogénico posterior a una intervención quirúrgica abdominal o pélvica, la regurgitación tubular y el desarrollo de células pluripotenciales del celoma, aunque la mayoría de los casos no son explicables por medio de una de las teorías señaladas, sino a través de su aplicación conjunta.

Aunque los endometriomas se presentan más frecuentemente después de cirugías uterinas o de las trompas de Falopio, también se encuentran después de apendicectomías, episiotomías, laparoscopias, amniocentesis o herniorrafias inguinales^{2,5}.

Clínicamente, cuando la endometriosis se asienta sobre una herida quirúrgica, se suele presentar como una masa palpable de tamaño variable y dolorosa de forma cíclica en relación con la fase secretora del período menstrual, y puede empeorar con los esfuerzos físicos y la tos, semejando una eventración. Cuando la endometriosis no se asienta sobre una cicatriz, aparece como una masa o un nódulo de coloración que varía de rojo a azul o negro. En el período premenstrual puede ser dolorosa y presentar aumento de volumen, y durante la menstruación dar salida a secreciones o hemorragias^{5,11}.

En todos los casos de masa dolorosa de la pared abdominal, el diagnóstico diferencial debería incluir⁸:

1. Hernia ventral
2. Infecciones
3. Trauma
4. Neoplasias benignas
5. Neoplasias benignas primarias
6. Neoplasias metastásicas
7. Implantes endometriales.

Conclusiones

La endometriosis extrapélvica es una enfermedad de difícil comprensión, que puede ocurrir de manera independiente de la endometriosis pélvica y localizarse en cualquier órgano de la economía, con un comportamiento clínico variado, lo que dificulta su diagnóstico. Sólo la sospecha clínica y el estudio histopatológico permiten llegar a su confirmación. El manejo quirúrgico parece tener las mejores respuestas pero en casos muy concretos relacionados con sitios de cirugías previas y de relativo fácil acceso. Respecto del manejo médico utilizado en la endometriosis pélvica, su uso en la extrapélvica es una simple extrapolación con resultados indeterminados considerando la escasa cantidad de pacientes que se reportan⁷.

Referencias bibliográficas

1. Firilas A, Soi A, Max M. Abdominal incisional endometriomas. *Am J Surg*, USA, 60(2): 259-261, 1994.
2. Franklin R, Navarro C: Current concepts in endometriosis. 3th Ed, Liss, New York 289-308, 1990.

3. Nirula R, Greaney G: Incisional endometriosis: an underappreciated diagnosis in general surgery. *J Am Coll Surg*, USA, 190: 404-407, 2000.
4. Muto G, O'Neill J, Oliva E: Case 18-2005: A 45-Year-Old Woman with a Painful Mass in the Abdomen. *N Engl J Med*, USA, 352(1): 24-30, 2005.
5. Olive D, Schwartz L: Endometriosis. *N Engl J Med*, USA, 328 (2): 1759-1763, 1993.
6. Parra P, Caro J, Torres G, Tomás F: Endometriosis primaria de pared abdominal, una enfermedad que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones de la pared abdominal, *Cir Esp*, Madrid, 79(1): 64 – 66, 2006.
7. Seydel A, Sickel J, Warner E, and Sax H: Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg*, USA, 171(1): 239-243, 1996.
8. Shields C, Winter D, Kirwan W, and Redmond H: Desmoid tumours. *Eur J Surg Oncol*, UK, 27(3):701-706, 2001.
9. Speroff L: Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 6th Ed, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 1057-1073, 1999.
10. Suleiman S, Johnston D: The abdominal wall: an overlooked source of pain. *Am Fam Physician*, USA, 64: 431-438, 2001.
11. Wolf Y, Haddad R, Werbin N, Skornick Y, Kaplan O: Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall. *Am Surg*, 62:1042-1044, 1996.
12. Wolf G, Singh K: Cesarean scar endometriosis: a review. *Obstet Gynecol Surv*, USA, 44: 89-95, 1989.

Dr. Johon Carreño Cevallos

Teléfonos: 593-04-2411219; 089757915

Correo electrónico: jccc91@hotmail.com

Fecha de presentación: 21 de noviembre de 2007

Fecha de publicación: 31 de marzo de 2008

Traducido por: Dr. Gonzalo Clavijo E.