

Endometriosis extrapélvica en pared abdominal: presentación de un caso

Elka Mirelle Araujo-Sánchez¹, Damián Alfredo León-Álvarez², Samantha Melissa Quintero Medrano², Agustín Ernesto Aguirre-Niebla³, Manuel Rendón-Moreno¹, Marco Antonio Avila-Vergara^{4,5,*}.

1. Jefe de Departamento Clínico de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Regional No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Culiacán, Sinaloa, México.
2. Médico Residente de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia, Hospital General Regional No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Culiacán, Sinaloa, México.
3. Médico Anatomopatólogo, Hospital Regional "Manuel Cárdenas de la Vega", ISSSTE, Culiacán, Sinaloa, México.
4. Profesor de Clínica de Ginecología y Obstericia. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, Sinaloa, México.
5. Departamento Clínico de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Regional No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Culiacán, Sinaloa, México.

DOI <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v7.n4.004>

Recibido 22 de Agosto 2017, aceptado 14 de Septiembre 2017

RESUMEN

La endometriosis de la pared abdominal, está constituida por una masa en desarrollo, que contiene estroma y glándulas endometriales, denominada endometrioma. La prevalencia en herida quirúrgica es de 0.03 a 1 %, en pacientes con antecedente de cesárea. En este artículo se presenta un caso con endometrioma en tejido celular subcutáneo y presentación clínica de aparición tardía en herida quirúrgica postcesárea, niveles séricos de CA125 = 82.5 UI/ml. Se realizó resección quirúrgica y tres dosis mensuales de 3.75 mg de acetato de leuprolide. Se discuten posibles mecanismos fisiopatológicos de esta presentación y respuesta al tratamiento a corto plazo.

PALABRAS CLAVE: Endometriosis, Extrapélvica, Pared abdominal, CA125.

ABSTRACT

Abstract

Endometriosis of the abdominal wall, consisting of a developing mass, containing stromal and endometrial glands, called endometrioma. The prevalence in surgical wound is 0.03 to 1%, in patients with a history of cesarean section. This article presents a case with endometrioma in subcutaneous cellular tissue and clinical presentation of late appearance in post-surgical wound, serum levels of CA-125 = 82.5 UI/ml. Surgical resection and three monthly doses of 3.75 mg of leuprolide acetate were performed. Possible pathophysiological mechanisms of this presentation and response to short-term treatment are discussed.

KEY WORDS: Endometriosis, Extra-pelvic, Abdominal wall, CA125.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria crónica¹⁻², con implicaciones psicosociales que afectan la calidad de vida de la mujer^{3,4}. El término endometriosis fue introducido en 1860 por Von Rokitansky⁵, para referirse a la presencia de lesiones sangrantes, fuera del útero al momento de

la menstruación. John A. Sampson en 1927, postuló la teoría clásica de la menstruación retrógrada, como mecanismo fisiopatológico de la endometriosis pélvica⁶. Se desconocen los mecanismos fisiopatológicos sobre el origen de la endometriosis^{7,8}. La complejidad en el mantenimiento y desarrollo de la enfermedad, se muestra por la participación de múltiples factores: desbalance de esteroides sexuales, aberraciones endometriales,

*Correspondencia: Marco Antonio Avila Vergara
Facultad de Medicina. Prolongación Josefa Ortiz de Domínguez
S/N, Cd Universitaria, 80040 Culiacán Rosales, Sinaloa, México.
Correo: mavila_v@uas.edu.mx

alteraciones en el microambiente peritoneal de citocinas, capacidad inmunológica disminuída, actividad angiogénica aumentada, factores genéticos y epigenéticos⁹⁻¹³. Clínicamente se reconocen tres fenotipos de *endometriosis pélvica*¹⁴:

1. Endometriosis peritoneal superficial
2. Endometrioma ovárico
3. Endometriosis infiltrante profunda

La endometriosis de la pared abdominal, es un fenotipo de *endometriosis extrapélvica*¹⁵. Consiste en una masa abdominal, que contiene estroma y glándulas endometriales, formando un endometrioma. Se describió por primera vez en 1956, y se presenta más frecuentemente en la cicatriz de la herida quirúrgica (HQ) de pacientes con antecedente de cesárea o cirugía ginecológica, su prevalencia es de 0.03 % a 1.08 %^{16,17}. Clínicamente se reconoce como una masa palpable en la zona de la HQ, dolorosa, que se exacerba durante la menstruación¹⁸. El diagnóstico diferencial, se complementa con estudios de imagen y marcadores bioquímico-moleculares. El estándar diagnóstico es la presencia de epitelio glandular y estroma endometrial en la masa o biopsia, mediante estudio histopatológico^{19,20}. El tratamiento del endometrioma, se limita a la remoción quirúrgica del tejido endometriósico, y tratamiento hormonal^{21,22}.

En este trabajo, se reporta un caso de EHQ. Atendido en hospital de segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social. La paciente autorizó por escrito la utilización de los datos clínicos para este reporte.

Caso. Mujer de 37 años de edad, menarca a los 12 años, ciclos menstruales regulares, sin método de planificación familiar. Gesta1 Cesárea 1 (5 años antes). Antecedentes personales patológicos: hipotiroides en tratamiento con levotiroxina. Motivo de consulta. Tumor en fosa ilíaca izquierda con notorio aumento del volumen durante el periodo menstrual, presentando de forma característica dolor incapacitante durante los días de periodo menstrual, el cual mitiga con antiinflamatorios no esteroideos. A la revisión médica, se palpa masa subcutánea, de consistencia blanda, móvil, color violáceo leve y aumento de calor local, localizada sobre la unión del tercio medio y distal de la cicatriz de la herida quirúrgica. Evolución de 3 años, con crecimiento progresivo. USG abdominopélvico, muestra imagen heterogéa en tejido celular subcutáneo, de forma ovalada, con volumen de 4 cm de diámetro, aponeurosis íntegra sin defectos de continuidad, músculos rectoabdominales y órganos pélvicos normales, sin evidencia de herniaciones en reposo ni con maniobra de valsalva. Laboratorio. *Biometría hemática*. Hemoglobina 13.3 g/dl (12-14), Hematocrito 38.4 % (38.0-47.0), Leucocitos 6.8 10^3 /ul (5.0-10.0), Plaquetas 277×10^3 /ul (150.0-450.0), Tiempo de protrombina 10.6 seg (testigo 11.8), Tiempo parcial de tromboplastina 30.1 seg (testigo 29). *Química sanguínea*. Glucosa 110 mg/dL (74-106), Urea 32.1 mg/dL (9.0-23.0), Creatinina 0.9 mg/dL (0.00-1.20), Bilirrubina total 0.4 mg/dL (0.30-1.20), Albúmina 5.3 gr/dL (3.2-4.8), Alaninoaminotransferasa 10 UI/L (10-49), Aspartatoaminotransferasa 16 UI/L (0-34), Fosfatasa alcalina 74 UI/L (53.0-

128.0). *Marcadores tumorales.* Alfafetoproteína 3.2 u/L (0-13.4), Antígeno carcinoembrionario 0.48 U/ml (<40 U/ml), CA125 82.5 U/ml (<35), CA19.9 20.2 ng/mL (<4). El tratamiento médico consistió en resección quirúrgica del tumor (Fig. 1 y 2), y posterior a la cirugía, tres dosis I.M. de acetato de leuprolide 3.75 mg.

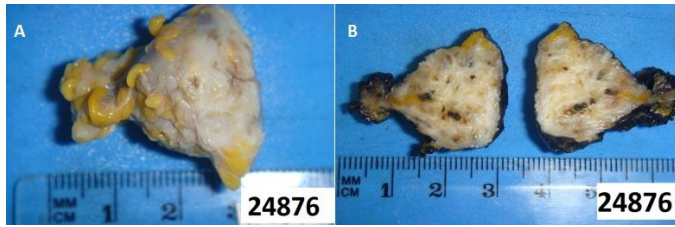


Fig 1. A. Imagen macroscópica de la superficie externa del endometrioma, la cual está rodeada por tejido fibroso. **B.** Imagen macroscópica al corte de la masa, que muestra un aspecto microquístico en su superficie interna.

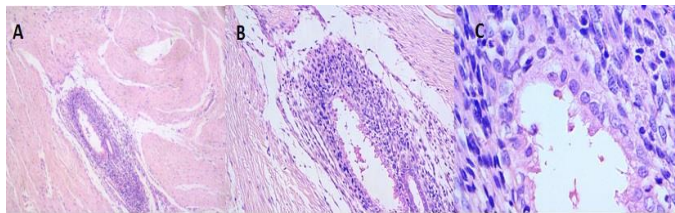


Fig. 2. A. Imagen microscópica en panorámica (4x) con tinción de hematoxilina/eosina, muestra tejido fibroso cicatricial que rodea al tejido glandular endometrial. **B.** Imagen microscópica (10x) con tinción de hematoxilina/eosina, muestra tejido endometrial en forma de glándulas revestidas de epitelio cúbico simple, sin evidencia de malignidad. **C.** Imagen a mayor aumento (40x) con tinción de hematoxilina/eosina, muestra epitelio glandular sin evidencia de malignidad.

DISCUSIÓN

Ante la presencia de masa abdominal palpable, dolor cíclico, niveles séricos elevados de CA125, en una mujer en edad reproductiva y antecedente

de operación cesárea, hacen alta la sospecha clínica de endometrioma de pared abdominal. Esto coincide con la historia clínica de las series de casos reportada por Horton y cols.²⁴, en su estudio de 455 pacientes, 87% de los pacientes presentaron masa abdominal dolorosa, de las cuales 57% presentaron dolor de manera cíclica con la menstruación y antecedente de cesárea. En cuanto al diagnóstico, Hirsch y cols.²⁵, muestran que en mujeres sintomáticas con endometriosis confirmada por estudio histopatológico, comparadas con mujeres sanas, reportaron especificidad de 96%, sensibilidad de 57%, y likelihood ratios positivos (LR +) de 15.8. Lo cual significa que estos datos clínicos y de laboratorio tienen alto valor predictivo, y que la prueba CA125 “positiva” – niveles séricos por arriba de lo normal – enrola a la paciente a estudios con mayor sensibilidad, en el proceso de diagnóstico diferencial. En este caso, la resección quirúrgica del endometrioma con bordes libres de lesión y la aplicación intramuscular de acetato de leuprolide 3.75 mg cada mes, durante tres meses después de la cirugía, mostró desaparición de la sintomatología y niveles séricos de CA125 normales, para una mujer sana en edad reproductiva.

CONCLUSIÓN

Hasta el momento, el mecanismo fisiopatológico de la endometriosis extrapélvica en la pared abdominal se desconoce. Reportes recientes sugieren que la endometriosis extrapélvica, es más comúnmente debido a la siembra de tejido endome-

trial en la herida quirúrgica, durante la cirugía ginecológica u obstétrica¹⁵ Otra posible vía, podría ser la metástasis a través de la vía vascular^{6,26}. Lo cual no necesariamente implica la exportación de células endometriales solamente, sino de otro tipo celular, con capacidad de diferenciarse y formar endometriomas extrapélvicos²⁷⁻²⁹.

REFERENCIAS

1. De Ziegler D, Borghese B, Chapron C. Endometriosis and infertility: pathophysiology and management. *Lancet*. 2010;376:730-738.
2. Lessey BA, Kim JJ. Endometrial receptivity in the eutopic endometrium of women with endometriosis: it is affected, and let me show why. *Fertil Steril*. 2017;108(1):19-27.
3. Young K, Fisher J, Kirkman M. Clinicians perceptions of women's experiences of endometriosis and of psychosocial care for endometriosis. *Aust N Z Obstet Gynaecol*. 2017;57:87-92.
4. Rogers PA, D'Hooghe TM, Fazleabas A, Gargett CE, Giudice LC, Montgomery GW, Rombauts L, Salomonsen LA, Zondervan KT. Priorities for endometriosis research: recommendations from an international consensus workshop. *Reprod Sci* 2009;16(4):335-346.
5. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet*. 2004;364:1789-1799.
6. Sampson JA. Metastatic or embolic endometriosis, due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the venous circulation. *Am J Pathol*. 1927;3(2):93-110.
7. Burney RO, Giudice LE. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertil Steril*. 2012; 98:511-519.
8. Brosens I, Puttemans P, Benagiano G. Endometriosis: a life cycle approach?. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209(4):307-316.
9. Borghese B, Zondervan KT, Abrao MS, Chapron C, Vaiman D. Recent insights on the genetics and epigenetics of endometriosis. *Clin Genet*. 2017;91:254-264.
10. Weimar CH, Macklon NS, Uiterweer ED, Brosens JJ, Gellersen B. The motile and invasive capacity of human endometrial stromal cells: implications for normal and impaired reproductive function. *Hum Reprod Update*. 2013;19(5):542-557.
11. Hernández-Guerrero C, Vadillo-Ortega F, Beltrán-Montoya J, Farina-Granja M, Avila-Vergara MA, Bustos-López H, Arriaga-Pizano L. Inducción de la síntesis de óxido nítrico en células mononucleares en cultivo utilizando líquido peritoneal de mujeres con endometriosis, en relación al porcentaje de linfocitos T y células NK identificado en dicho ambiente. *Ginecol Obstet Mex*. 2001; 69:12-23.
12. Uimari O, Rahmioglu N, Nyholt DR, Vincent K, Missner SA, Becker C, Morris AP, Montgomery GW, Zondervan KT. Genome-wide genetic analyses highlight mitogen-activated protein kinase (MAPK) signaling in the pathogenesis of endometriosis. *Hum Reprod*. 2017;32(4):780-793.
13. Bulum SE. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2009;360:268-279.
14. Chapron C, Tosti C, Marcellin L, Bourdon M, Lafay-Pillet MC, Millischer AE, Streuli I, Borghese B, Petraglia F, Santulli P. Relationship between the magnetic resonance imaging appearance of adenomyosis and endometriosis phenotypes. *Hum Reprod*. 2017;32(7):1393-1401.
15. Davis AC, Goldberg JM. Extrapelvic endometriosis. *Semin Reprod Med*. 2017;35(1):98-101.

16. Rindos NB, Mansuria S. Diagnosis and management of abdominal wall endometriosis: a systematic review and clinical recommendations. *Obstet Gynec Surv.* 2017; 72(2):116-122.
17. Çöl C, Yilmaz EE. Cesarean scar endometrioma: case series. *World J Clin Cases.* 2014;2(5):133-136.
18. Ozel L, Sagiroglu J, Unal E, Gunes P, Baskent E, Aka N, Titiz MI, Tufekci EC. Abdominal wall endometriosis in the cesarean section surgical scar: a potential diagnostic pitfall. *J Obstet Gynaecol Res.* 2012;38(3):526-530.
19. Ecker AM, Donnellan NM, Shepherd JP, Lee TT. Abdominal wall endometriosis: 12 years of experience at a large academic institution. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;211(4):363.e1-5.
20. D'Hooghe TM, Mihalyi AM, Simsa P, Kyama CK, Peeraer K, De Loeker P, Meeuwis L, Segal L, Meuleman C. Why we need a noninvasive diagnostic test for minimal to mild endometriosis with a high sensitivity. *Gynecol Obstet Invest.* 2006;62(3):136-138.
21. Rogers PA, D'Hooghe TM, Fazleabas A, Gargett CE, Giudice LC, Montgomery GW, Rombauts L, Salamonsen LA, Zondervan KT. Priorities for endometriosis research: recommendations from an international consensus workshop. *Reprod Sci.* 2009;16(4):335-346.
22. Angioni S, Cofelice V, Pontis A, Tinelli R, Socolov R. New trends of progestins treatment of endometriosis. *Gynecol Endocrinol.* 2014; 30(11):769-773.
23. Hirsch M, Duffy JMN, Deguara CS, Davis CJ, Khan KS. Diagnostic accuracy of cancer antigen 125(CA125) for endometriosis in symptomatic women: a multi-center study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;210:102-107
24. Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg.* 2008;196(2):207-212.
25. Hirsch M, Duffy JMN, Deguara CS, Davis CJ, Khan KS. Diagnostic accuracy of cancer antigen 125(CA125) for endometriosis in symptomatic women: a multi-center study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;210:102-107.
26. Ueki M. Histologic study of endometriosis and examination of lymphatic drainage in and from uterus. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;165(1):201-209.
27. Mutsaers SE, Prêle CM, Pengelly S, Herrick SE. Mesothelial cells and peritoneal homeostasis. *Fertil Steril.* 2016;106(5):1018-1024.
28. Greaves E, Critchley HO, Horne AW, Saunders PT. Relevant human tissue resources and laboratory models for use in endometriosis research. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017;96:644-658.
29. Jafarabaldi M, Salehnia M, Sadaf R. Evaluation of two endometriosis models by transplantation of human endometrial tissue fragments and human endometrial mesenchymal cells. *Int J Bio-Med.* 2017;15(1):21-32.