



O-371 - ENDOMETRIOSIS DE PARED ABDOMINAL. REVISIÓN DE UNA SERIE DE 21 CASOS

E. Romera Barba, S. Gálvez Pastor, I. Navarro García, J. Castañer Ramón-Llín, A. Sánchez Pérez, F.J. Espinosa López, J.M. Rueda Pérez y J.L. Vázquez Rojas

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcionante extrauterino. Afecta a un 8-15% de mujeres en edad fértil, siendo su localización más frecuente intrapélvica. Las formas extrapélvicas afectan a un 12% de las mujeres con endometriosis, asentando en diversas localizaciones como el tracto gastrointestinal, genitourinario, pulmón o pared abdominal. La endometriosis de pared abdominal es rara y, aunque puede aparecer de forma primaria, habitualmente suele ser secundaria a intervenciones ginecológicas u obstétricas localizándose sobre cicatrices laparotómicas, laparoscópicas o perineales.

Métodos: Realizamos un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de las pacientes intervenidas por endometriosis de pared abdominal en nuestra Unidad de Cirugía de Pared Abdominal entre 2000 y 2013. Se realizó la revisión de las historias clínicas de las pacientes, recogiendo las variables clínicas (edad, antecedentes de cirugía o endometriosis conocida, clínica, método diagnóstico, tratamiento) y de seguimiento.

Resultados: Se intervinieron 21 pacientes con endometriosis de pared abdominal, con una edad media de 37,7 (\pm 6,80) años. En 13 pacientes (61,9%) existía antecedente de cirugía previa, 12 cesáreas y 1 laparotomía por esplenectomía, y la lesión se hallaba sobre la cicatriz de la misma, mientras que 6 se localizaban a nivel umbilical, 1 paraumbilical y una inguinal, sin relación a cirugía. El tamaño medio de las lesiones fue de 3,78 (\pm 1,89) cm. Todas las pacientes presentaban una tumoración dolorosa, asociada a sangrado en 3 casos (14,28%). En 17 pacientes (80,95%) la sintomatología fue cíclica, relacionada con la fase del ciclo menstrual. El diagnóstico preoperatorio correcto se realizó en 16 pacientes (76,19%), mediante la clínica y la realización de pruebas de imagen como ecografía (7), TC (2) y RNM (2), asociado a PAAF de la lesión, en tanto que las otras 5 se intervinieron con diagnóstico de eventración incarcerationada (1), hernia umbilical (2), hernia inguinal (1) y lipoma (1). El tratamiento consistió en todos los casos en una exéresis amplia de la lesión, y reconstrucción de la pared mediante sutura simple (13) o prótesis (8). El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico, demostrando la presencia de glándulas endometriales rodeadas de estroma en la dermis. No existieron complicaciones en el postoperatorio. La estancia hospitalaria media fue de 1,7 (\pm 0,62) días. Todas las pacientes fueron derivadas al servicio de ginecología para realizar estudio de coexistencia de endometriosis pélvica, detectándose focos de endometriosis ovárica bilateral en 4 pacientes (19,04%). El seguimiento a largo plazo (rango: 3-159

meses), se realizó en la consulta de nuestra Unidad de Cirugía de Pared Abdominal, donde se comprobaron dos casos de recidiva (9,52%) a los 2 y 4 años, respectivamente, siendo reintervenidas.

Conclusiones: La endometriosis de pared abdominal es una patología poco frecuente en el campo de la cirugía general, muchas veces confundida con otras entidades clínicas con mayor prevalencia en nuestro ámbito quirúrgico, como la eventración, hernia inguinal y umbilical, granulomas, linfadenopatías, neuromas, lipomas, abscesos o hematomas. Debe incluirse en el diagnóstico diferencial en mujeres en edad fértil con tumoraciones en pared abdominal, sobre todo cuando aparecen sobre cicatrices de intervenciones ginecológicas u obstétricas o presentan sintomatología cíclica. Las técnicas de imagen, como la ecografía, TC o RNM ayudan a valorar la extensión y establecer el diagnóstico diferencial. El tratamiento de elección es la exéresis con márgenes adecuados, que es al mismo tiempo diagnóstica y curativa. La recidiva es infrecuente, así como el riesgo de malignización (0,3-1%). En cualquier caso, debe investigarse la presencia de endometriosis genital o pélvica debido a que se encuentra asociada en un 25% de los casos.