

Cartas al director



Endometriosis extragenital como causa de dolor inguinal agudo en mujer fértil

Sr. Director:

La endometriosis es una enfermedad frecuente en mujeres de edad fértil, con una incidencia global del 8-15% y del 15-44% tras cirugía^{1,2}. La presencia de tejido endometrial a nivel inguinal fue descrita por primera vez en 1896 por Allen y desde entonces se han publicado apro-



Fig. 1. Corte axial de ecografía en 1/3 proximal del canal inguinal derecho. Lesión ovoidea (entre flechas) con un contenido mixto, sólido anterior (asterisco negro) y líquido más posterior (asteriscos blancos). A y V: arteria y vena femoral común.

ximadamente unos 68 casos de esta rara localización². Cuando se presenta en la pared abdominal, plantea problemas de diagnóstico diferencial con múltiples procesos: abscesos, lipomas, hematomas, quistes sebáceos, granulomas, hernia inguinal o incisional, tumores desmoides, sarcomas, linfomas, tumores primarios o metástasis^{3,4}. Recientemente hemos presenciado el caso de una mujer de 35 años que fue remitida por dolor inguinal intenso y recurrente que limitaba su actividad normal, con evaluaciones en urgencias y en ginecología sin hallazgos. La exploración física era normal. La ecografía inguinal localizó una lesión tumoral de contenido mixto sólido-líquido (fig. 1). La resonancia magnética confirmó la naturaleza de la lesión sobre el ligamento redondo y descartó lesión intraabdominal (fig. 2). Se realizó cirugía ambulatoria con exéresis amplia del tumor.

Aunque en la mayoría de los casos coexisten la enfermedad a nivel pelviano con la localización inguinal, lo llamativo de nuestro caso es la presencia única del implante inguinal, sin enfermedad pelviana ni tumor o hernia asociados. El diagnóstico de esta entidad se plantea habitualmente ante tumores dolorosos de pared abdominal que aumentan su tamaño durante la menstruación^{3,4}. En nuestro caso el dolor no era cíclico ni continuo, sino en forma de episodios recurrentes que imposibilitaban el desarrollo de una vida normal (conducir, trabajar, etc.). Este carácter atípico del dolor y la ausencia de tumor palpable fueron la causa del retraso en el diagnóstico preoperatorio, que oscila en la literatura médica entre el 20 y el 50% de los casos^{4,5}. Mientras lo usual parece ser el diagnóstico tras cirugía por hernia inguinal, nosotros pudimos llegar a un diagnóstico preoperatorio evitando una cirugía intraabdominal innecesaria, un ingreso hospitalario y una mayor morbilidad. El caso nos ilustra bien un problema de diagnóstico por el bajo índice de sospecha clínica de este proceso y nos aconseja considerar como parte del diagnóstico diferencial del dolor inguinal agudo a toda mujer fértil con antecedente de cirugía ginecológica, aun



Fig. 2. Imagen axial de resonancia magnética de pelvis potenciada en T1: la lesión inguinal derecha (entre flechas) muestra una porción anterior más hiperintensa (flechas negras), que corresponde a la parte sólida de la ecografía. Los implantes de endometriosis pueden mostrar esta hiperintensidad, al contrario de lo habitual en otros tejidos sólidos como el útero (U) o el músculo (M). La porción posterior de menor intensidad de señal (flechas blancas) es la parte líquida de la lesión, pero su intensidad de señal es mayor que la de un líquido puro como la orina de la vejiga (asterisco), comportamiento que concuerda con el de la sangre. A y V: arteria y vena femoral común.

en ausencia de tumor palpable o de cambios cíclicos menstruales.

Alfredo Moreno-Egea, Enrique Girela y José Luis Aguayo

Unidad de Pared Abdominal. Servicio de Cirugía General y de Radiología. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia. España.

Bibliografía

1. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Shein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. Am J Surg. 2003;185:596-8.
2. Licheri S, Pisano G, Erdas E, Ledda S, Casu B, Cherchi MV, et al. Endometriosis of the round ligament: description of acinicalcase and review of the literature. Hernia. 2005;9:294-7.
3. Hidalgo LA, Heredia A, Fantova MJ, Badia JM, Suñol X. Endometriomas de pared abdominal: aspectos diagnósticos. Cir Esp. 2001;70:34-7.
4. González G, Alcón A, Elósegui JL, Olaiola A, Berdejo L, Elorza JL. Endometriosis: un reto para el cirujano general. Cir Esp. 1997;62:435-8.
5. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Shein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. Am J Surg. 2003;185:596-8.