

healing of peristomal pyoderma gangrenosum in inflammatory bowel disease. *Dis Colon Rectum*. 2009;52:311-4.

8. Cerdán J, Cantero R, Martínez S, García C, Torres-Melero J, Balibrea JL. Pyoderma gangrenosum at the colostomy site in a patient with Crohn's disease. *Coloproctology*. 1994;16:407-10.
9. Cerdan-Santacruz C, Caparrós-Sanz MR, Lancharro-Bermúdez M, Mendoza-Hernández JL, Cerdán-Miguel J. Peri-ileostomy pyoderma gangrenosum. Case report. *Rev Esp Enferm Dig*. 2014;106:285-8.
10. Brown ER, Charles KA, Hoare SA, Rye L, Jodrell DI, Aird RE, et al. A clinical study assessing the tolerability and biological effects of infliximab, a TNF-alpha inhibitor in patients with advanced cancer. *Ann Oncol*. 2008;19:1340-6.

Raúl Vicente Olmedo Martín*, Víctor Amo Trillo, Susana López Ortega y Miguel Jiménez Pérez

Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raulolmedo1976@yahoo.es (R.V. Olmedo Martín).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.05.001>

Endometriosis en el músculo recto anterior del abdomen sobre cicatriz de cesárea



Rectus abdominal endometriosis on cesarean scar

La endometriosis es una entidad frecuente con una prevalencia del 8-15%¹⁻⁵. Consiste en la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina^{1-3,5}. Su implantación extrapélvica se ha descrito en el 8,9% de los casos de endometriosis² y se presenta en prácticamente cualquier órgano. Su localización en el músculo recto anterior del abdomen es rara, normalmente asociada con cesárea previa^{1,3,5,6}. Su diagnóstico preoperatorio es infrecuente y, normalmente, se obtiene después de la resección de la lesión^{1,3}.

Presentamos el caso de un endometrioma del músculo recto anterior del abdomen en relación a una cesárea previa.

Mujer de 32 años en seguimiento en las consultas externas de aparato digestivo por enfermedad de Crohn ileocólica, que tras 10 años de un parto por cesárea, comienza con dolor abdominal cíclico y aparición de masa próxima a la cicatriz de la cesárea. Se le realiza una ecografía abdominal en la que se observa en el interior del músculo recto anterior del abdomen derecho, una lesión sólida de unos 4,7 × 3 cm, hipoeoica con respecto al músculo y que no presenta flujo con el estudio Doppler color, además de 3 lesiones quísticas en su periferia (figs. 1 y 2). Todos hallazgos sugerentes de endometrioma. Se solicita RMN para mejor caracterización, donde se observa hipointensa en T1 con respecto al tejido muscular que le rodea, con focos en el interior hiperintensos en T1 con supresión grasa, sugerente de focos hemorrágicos (figs. 3 y 4). Se le realiza una PAAF guiada por ecografía, obteniéndose anatomía patológica compatible con endometriosis. Se decide hacer inicialmente seguimiento ecográfico de la lesión, ya que la paciente se encuentra asintomática y no desea ser intervenida. Actualmente la paciente se encuentra exclusivamente con tratamiento analgésico a demanda, con el que controla los episodios de molestias abdominales cíclicas. En las ecografías de control la lesión se ha mantenido estable, con un tamaño similar al del inicio del diagnóstico.

La endometriosis localizada en el músculo recto anterior del abdomen es una entidad poco frecuente, y hasta

ahora solo se conoce una serie de casos descritos en la literatura médica¹. Se relaciona con el antecedente de cesárea previa⁶, al igual que los endometriomas de la pared abdominal anterior en general, donde se estima que entre el 0,03-1% de las cesáreas lo presentan^{1-3,5} con un aumento leve de la incidencia en los últimos años a una media del 0,8% (probablemente por el aumento de las cesáreas que se realizan)⁵. Es más frecuente en mujeres jóvenes en la tercera década de la vida^{1,6}, y los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, en ocasiones asociado a una masa^{1,6}. En concordancia con los de la pared abdominal en general, que se presentan con dolor abdominal, el 75% de los casos no catamenial, aunque se considere como característico el dolor asociado al ciclo menstrual, y en el 84,1% asociado a una masa abdominal^{1,3-5,7}.

Hay varias teorías que intentan explicar su patogénesis. La teoría de la implantación, la más aceptada, sugiere que las células endometriales salen a través de las trompas de Falopio o de la incisión quirúrgica, y se implantan en estructuras pélvicas. Otras teorías proponen una metaplasia de células endometriales, diseminación vascular o linfática^{1-5,7}.

En general para los endometriomas de la pared anterior del abdomen, el diagnóstico principalmente se hace por ecografía o RMN⁶. Sus características ultrasonográficas son una masa hipoeoica y heterogénea, con ecos internos, más raramente sólida o incluso con cambios quísticos (coleciones de sangre secundarias a un sangrado reciente). Suele acompañarse de un halo hiperecoico debido a la inflamación del tejido circundante^{4,5}. Con Doppler color se observa un pedículo vascular en la periferia, sin señal intralesional⁷. En la TC aparece como una masa sólida isodensa al músculo y en la RMN isointensidad con el músculo en T1 y alta intensidad en T2, ambos con captación de contraste en fase arterial⁵. Todas las características muy inespecíficas para hacer un correcto diagnóstico preoperatorio, que solo se consigue en el 20-50% de los casos^{4,5,7}, probablemente debido a la baja sospecha clínica por la sintomatología inespecífica, y el desarrollo de los síntomas tardío (entre los 2-5 años después de la cirugía)^{2,3,5,7}. La PAAF guiada por ecografía constituye una primera aproximación para determinar la naturaleza de la lesión. Sus limitaciones son la escasa celularidad en lesiones quísticas o con hemorragia, insuficientes para un correcto diagnóstico histológico, además de la frecuente atipia de las células glandulares que hace difícil el diagnóstico diferencial. La presencia de 2 de los



Figura 1 Ecografía del abdomen donde se observa en el espesor del músculo recto anterior del abdomen derecho, una lesión sólida, heterogénea e hipocóica con respecto al músculo.

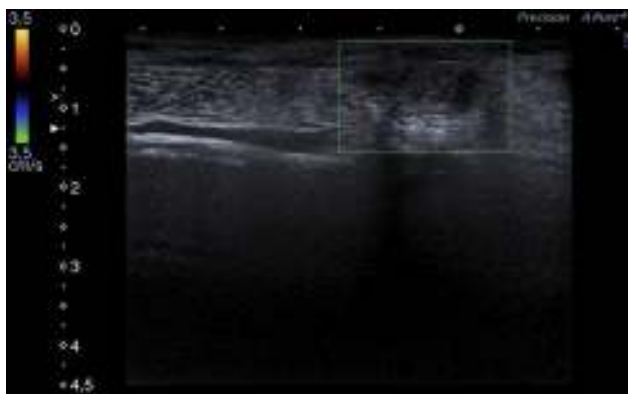


Figura 2 Ecografía Doppler color en la que se observa el endometrioma sin señal Doppler en su interior.



Figura 3 Corte coronal de RMN en secuencia T1, se observa lesión hipointensa con respecto al músculo circundante de unos 24 x 11 mm.

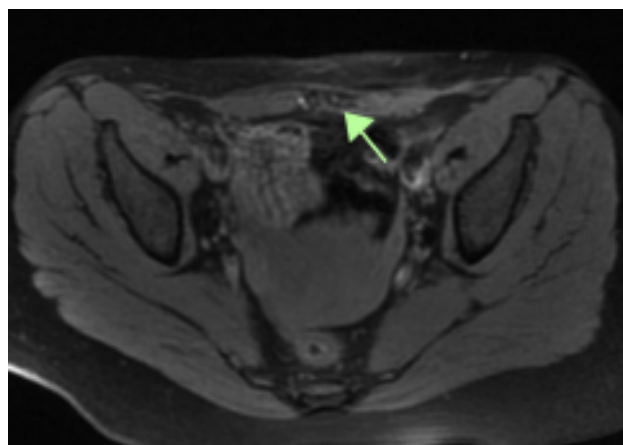


Figura 4 Corte axial de RMN en secuencia T1 con saturación grasa, en el que se observa lesión hipocóica, con imágenes hiperintensas en el interior compatibles con focos hemorrágicos.

3 componentes típicos (células glandulares endometriales, células estromales o macrófagos con hemosiderina) confirma el diagnóstico de endometriosis por PAAF^{8,9}. Su uso no está aún claro por el riesgo de crear nuevos implantes⁴. La determinación del CA-125 no se recomienda debido a su baja sensibilidad^{1,7}.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica amplia con márgenes negativos^{1,3-6}. Cuando su localización es en la musculatura abdominal como en nuestro caso, requiere además de una resección en bloque de la fascia subyacente¹⁻³. Se ha descrito una tasa de recurrencia del 4,3%, sin que se conozca cómo influye el tamaño del margen quirúrgico a esta recidiva^{3,4}. Algunos autores recomiendan el uso de hormonoterapia preoperatoria para reducir el tamaño previo a la cirugía, aunque no hay mucha evidencia al respecto^{2,3,7}. La malignización de la lesión es posible (1%) y está descrita en algunos casos de endometriomas de la pared anterior del abdomen⁴.

En conclusión, podemos decir que la endometriosis del recto anterior del abdomen es una entidad rara que hay que tener en cuenta en las mujeres con cesárea previa y dolor abdominal recurrente.

Bibliografía

1. Giannella L, la Marca A, Ternelli G, Menozzi G. Rectus abdominis muscle endometriosis: Case report and review of the literature. *J Obstet Gynaecol Res.* 2010;36:902-6.
2. Gourgiotis S, Veloudis G, Pallas N, Lagos P, Salemis NS, Villias C. Abdominal wall endometriosis: Report of two cases. *Rom J Morphol Embryol.* 2008;49:553-5.
3. Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: A surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg.* 2008;196:207-12.
4. Bektas H, Bilsel Y, Sar YS, Ersöz F, Koc O, Deniz M, et al. Abdominal wall endometrioma; A 10-year experience and brief review of the literature. *JSR.* 2010;164:e77-81.
5. Hensen JH, van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Abdominal wall endometriosis: Clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *AJR Am J Roentgenol.* 2006;186: 616-20.

6. Mostafa HA, Saad JH, Nadeem Z, Alharbi F. Rectus abdominis endometriosis A descriptive analysis of 10 cases concerning this rare occurrence. *Saudi Med J.* 2013;34:1035-42.
7. Ding Y, Zhu J. A retrospective review of abdominal wall endometriosis in Shanghai, China. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;121:41-4.
8. Kim JY, Kwon JE, Kim HJ, Park K. Fine-needle aspiration cytology of abdominal wall endometriosis: A study of 10 cases. *Diagn Cytopathol.* 2013;41:115-9.
9. Pathan SK, Kapila K, Haji BE, Mallik MK, Al-Ansary TA, George SS, et al. Cytomorphological spectrum in scar endometriosis: A study of eight cases. *Cytopathology.* 2005;16:94-9.

María del Carmen García-Gavilán*,
Francisco Fernández-Pérez, Jennifer Hinojosa-Guadix
y Martha Lucía González-Bárceñas

*Unidad de Digestivo, Hospital Costa del Sol, Marbella,
Málaga, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marigarciagavilan@hotmail.es
(M.C. García-Gavilán).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.04.015>