

PROGRESOS de
OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog

CASO CLÍNICO

Falsa hernia inguinal por endometriosis en el ligamento redondo

Marcos Bruna ^{a,*}, Gonzalo Martín ^a, David Dávila ^a, José Miguel Rayón ^b y José Vicente Roig ^a

^a Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital 9 de Octubre, Grupo NISA, Valencia, España

Recibido el 28 de mayo de 2009; aceptado el 28 de diciembre de 2009

Accesible en línea el 1 de julio de 2010

PALABRAS CLAVE

Endometriosis;
Ligamento redondo;
Hernia inguinal

KEYWORDS

Endometriosis;
Round ligament;
Inguinal hernia

Resumen La localización extraperitoneal de la endometriosis es muy infrecuente; el ligamento redondo es una zona de posible asentamiento, lo que condiciona la aparición de una tumoración inguinal en ciertas ocasiones.

Presentamos el caso de una paciente de 43 años que consulta por tumoración inguinal derecha de 2 años de evolución con aumento progresivo de su tamaño y molestias locales. A la exploración, se aprecia una tumoración dolorosa que protruye por el orificio inguinal externo. Se la interviene por vía preperitoneal y se evidencia una tumoración adherida al ligamento redondo sin orificios herniarios, por lo que se practica una exéresis amplia y completa de la lesión. El informe histopatológico indicó la presencia de tejido altamente sugestivo de endometriosis del ligamento redondo.

Las formas extraperitoneales de endometriosis son infrecuentes y, entre ellas, las de la pared abdominal suelen localizarse en cicatrices laparotómicas y perineales tras intervenciones quirúrgicas. Pueden presentar dispareunia, irregularidades menstruales, dismenorrea e infertilidad o, en ciertos casos, la clínica puede pasar inadvertida. La exéresis completa es la estrategia más apropiada en la enfermedad inguinal localizada; es importante el estudio de exclusión de la endometriosis pélvica intraperitoneal, ya que la asociación de ambas entidades alcanza un 25%.
© 2009 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

False inguinal hernia due to endometriosis in the round ligament

Abstract An extraperitoneal endometriosis is a rare condition, with the round ligament being a possible location, sometimes leading to inguinal tumours.

A 43 year-old women, who was seen due to having a tumour in right groin of 2 years progression gradually increasing in size and with local discomfort. On examination a painful tumour was found which protruded from the external inguinal orifice. She was intervened using a preperitoneal approach, showing evidence of tumour adhered to the round ligament with no hernial orifices. An extensive and complete exeresis was performed. The histopathology report indicated the presence of tissue highly suggestive of an endometriosis of the round ligament.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drbruna@comv.es (M. Bruna).

Extra-peritoneal forms of endometriosis are uncommon, and among them, they are usually located in the abdominal wall in laparotomy and perineal scars after surgical interventions. They can present as dyspareunia, irregular periods, dysmenorrhea and infertility, or in some cases, the clinical picture may pass unnoticed. Complete removal is the most appropriate strategy in localised inguinal disease, with the study to exclude intraperitoneal pelvic endometriosis being important, since both conditions reach percentages of 25%.

© 2009 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La endometriosis se define como la presencia, por implantación «primaria» y proliferación, de tejido endometrial fuera del útero, sin que haya existido traumatismo o intervención quirúrgica previa sobre el área genital o pélvica. Entre las implantaciones extragenitales y extraperitoneales posibles son infrecuentes las del ligamento redondo, dentro del conducto inguinal, asociadas o no a una hernia inguinal¹⁻³, como ocurrió en nuestra paciente.

Caso clínico

Paciente de 43 años, fumadora de 20-30 cigarrillos al día, que consultó por una tumoración inguinal derecha de 2 años de evolución, con aumento discreto de las dimensiones, de forma lenta y progresiva, produciéndole desde hace 2 meses molestias locales con los esfuerzos físicos, la tos y la defecación, pero asintomática con el reposo. Tuvo 2 embarazos dentro de la normalidad y su catamenio discurre sin alteraciones. Las revisiones ginecológicas son normales y sus molestias no están relacionadas con el ciclo menstrual; no refiere otros antecedentes de interés.

En el examen físico se apreció una tumoración inguinal derecha de unos 30 mm de diámetro, dolorosa a la palpación, que protruía a través del orificio inguinal externo y propulsó con la maniobra de Valsalva. Se la reintrodujo fácilmente en el canal inguinal, bien por presión manual o espontáneamente con el decúbito. El resto de la exploración física fue normal.

Con el diagnóstico de hernia inguinal derecha se intervino a la paciente quirúrgicamente, bajo anestesia epidural, mediante nuestro abordaje preperitoneal estandarizado (tipo Nyhus modificado)⁴. Intraoperatoriamente no se evidenció saco femoral ni inguinal directo, y al disecar el orificio inguinal profundo, liberar y traccionar del ligamento redondo apareció una tumoración pardo-grisácea sólidamente adherida a él. No se observó un conducto de Nuck ni un saco herniario proximal; dicha tumoración fue el motivo de la «falsa» hernia. Se realizó la exéresis completa del segmento de ligamento redondo en su trayecto preperitoneal e inguinal; se finalizó la intervención mediante la colocación de una malla autoadhesiva (Parietene Progrid[®]) en la pared inguinal posterior como cobertura preventiva de una recidiva a través del orificio inguinal explorado.

El postoperatorio cursó con normalidad y se dio de alta a la paciente a las 16 h de la intervención. A las 2 semanas presentó normalidad en la cicatrización de la herida con ligeras molestias en ella, que no le condicionan la toma de analgésicos.

El informe histopatológico de la tumoración extirpada junto al ligamento redondo indicó la presencia de un tejido fibromuscular y una zona de peritoneo con presencia de formaciones glanduliformes de morfología serosa en el seno de un tejido celular estromal, sin que se apreciaran restos hemorrágicos, compatible con endometriosis del ligamento redondo (fig. 1).

Posteriormente, se remitió a la paciente a su ginecólogo para continuar el control clínico, y se la revisó al tercer mes mediante ecografía pélvica y transvaginal, en las que no se aprecia ningún indicio de enfermedad endometriósica. A los 21 meses, la paciente sigue asintomática con catamenios normales.

Discusión

La endometriosis es una afección relativamente frecuente, en la que se produce el asentamiento de células endometriales fuera de la cavidad uterina, las cuales, regularmente sometidas a los estímulos hormonales, participan y facilitan la expresión de los síntomas propios del ciclo menstrual. Incide en el 10% de las mujeres entre los 30 y 40 años; su padecimiento se cifra en torno al 2% de la población femenina⁵ y aparece en la región inguinal tan sólo en el 0,3-0,6% de los casos⁶.

Estos implantes celulares «primarios» se localizan con preferencia en los ovarios, la superficie uterina, el ligamento ancho, el peritoneo parietal, la serosa y el mesenterio del íleon, el sigma y el apéndice vermiforme. Más atípicas son las localizadas en la vagina y los genitales externos, la vejiga, el riñón, el pulmón, los huesos, la piel, la pleura o en los

Figura 1 Imagen microscópica de la pieza.

ganglios linfáticos, y con más rareza, en la ingle, el conducto inguinal o en el propio ligamento redondo, concurriendo o imitando a una hernia inguinal², como aconteció en nuestra paciente.

Las endometriosis «secundarias» son más frecuentes y casi siempre debidas a traumatismos pélvicos, cesáreas o una cirugía ginecológica previa⁷, implantándose las células en zonas anatómicas expuestas por la cirugía, como en la cicatriz quirúrgica, peritoneo endopélvico o ingle. Incluso, excepcionalmente, se ha notificado un foco de endometriosis en una hernia inguinal recidivada, cuyo saco herniario estaba histológicamente libre de endometriosis en la primera herniorrafia⁸.

La primera referencia sobre tejido endometrial en la región inguinal fue hecha por Cullen⁹ en 1896, que reporta posteriormente Clausen¹⁰ en 1987 un total de 30 casos, casi todos relacionados con una hernia inguinal. Miranda y et al¹¹, en el 2001, recogen 25 casos más de la literatura científica, con endometriosis en hernia inguinal o asociada a ella. En otra revisión de la literatura científica hasta el año 2002, se recogen 61 casos³, a los que Licheri et al⁷ en 2005 añaden 7 casos más.

En la región inguinal, la enfermedad puede progresar a través del ligamento redondo hacia el orificio inguinal superficial, acompañando o no a un saco herniario, o al conducto de Nuck¹². El 37% de las endometriosis de ligamento redondo se asocian a una hernia inguinal y en alguna rara ocasión, a una femoral³. Es curioso que más del 90% de las endometriosis inguinales asienten en el lado derecho sin una clara justificación fisiopatológica, y la presentación bilateral es extremadamente infrecuente¹³.

La enfermedad se caracteriza por dispareunia, alteraciones menstruales, dismenorrea o infertilidad, que aparecen en hasta el 50% de las pacientes². Únicamente el 38% de los casos se diagnostican de forma preoperatoria⁵, de tal manera que, en la mayor parte de los casos, la endometriosis del ligamento redondo es un hallazgo intraoperatorio¹⁴. En las mujeres con endometriosis extrapélvica, la sintomatología suele ser más atenuada y pasar inadvertida; en ocasiones, se manifiesta como una simple tumoración herniaria inguinal. Normalmente, genera molestias o dolor local, es de consistencia blanda, como cualquier hernia inguinal no complicada, y suma, a veces, las propias molestias del ciclo menstrual¹⁵, característica más sugestiva para el diagnóstico, y ausente en nuestro caso.

Por las características citadas, dicha tumoración inguinal podría confundirse con otras entidades nosológicas, como el lipoma inguinal, quiste peritoneal, ovario, quiste de Nuck, apéndice vermiforme herniado, adenopatía retroinguinal, metástasis, granulomas, neurinomas, absceso del psoas y hematomas, entre otras. Es anecdótica la malignización a carcinoma endometriode sobre un antiguo foco de endometriosis en el ligamento redondo o en el área inguinal, como apunta la bibliografía¹⁶.

Las exploraciones complementarias, como la ecografía en color, puede mostrar imágenes nodulares hipoeoicas y sin flujo vascular¹⁷. La tomografía computarizada no suele distinguir entre un nódulo endometriósico y un hematoma, pero sí los distingue la resonancia magnética por su mayor especificidad¹⁸. De cualquier forma, estas exploraciones complementarias, además de aproximar muchas veces al diagnóstico, permiten detectar o descartar otros focos de enfermedad

local o a distancia⁷, aunque raramente se indican ante la insospechada naturaleza de estas tumoraciones.

Histológicamente, el nódulo endometriósico se caracteriza por la presencia de los dos componentes del tejido endometrial, las glándulas y el estroma, y se aprecian estructuras glandulares revestidas por un epitelio cilíndrico, cuya apariencia puede variar según el ciclo hormonal, con fenómenos de hemorragia y células de respuesta inflamatoria secundaria¹⁹.

Si contásemos con un diagnóstico de presunción de endometriosis inguinal, se podrían emplear fármacos de supresión hormonal del tipo anticonceptivos orales, progestágenos, análogos de hormona liberadora de gonadotropinas o danazol²⁰, pero al presentarse habitualmente como una hernia inguinal, se procederá a resolver el supuesto defecto herniario mediante cirugía, por cualquiera de los abordajes conocidos. La elección de una u otra vía o modalidad está más en función de la experiencia del equipo quirúrgico que de la capacidad resolutoria de cada técnica. Nosotros empleamos con asiduidad el abordaje preperitoneal tipo Nyhus modificado para resolver cualquier tipo de hernia ya que, por esta vía, la exposición de la región posterior de la ingle es excelente, rápida y segura. De esta forma, se extirpó íntegramente el segmento de ligamento redondo afectado. Sin embargo, por el aspecto macroscópico no fue posible establecer la etiología de la lesión de forma intraoperatoria. De haberla establecido, podríamos haber sumado una laparoscopia diagnóstica por vía la transperitoneal habitual¹³, o bien por la vía transinguino-peritoneal (a través del saco herniario)²¹, evaluando así el grado de afectación pélvica de la enfermedad, como recomiendan algunos autores²², porque hasta en el 25% de los casos existen focos de endometriosis intraperitoneal concomitante²³. Sin embargo, en caso de ausencia de síntomas específicamente asociados a la endometriosis no se justifica el empleo sistemático de esta exploración²⁴, opción que compartimos.

Por tanto, la endometriosis del ligamento redondo inguinal debe formar parte del diagnóstico diferencial de las tumoraciones de esta región, especialmente en mujeres en edad fértil y con exacerbación de la clínica en el período menstrual. En las no sospechadas, concurra o no con una hernia inguinal, la disección con extirpación lesional completa seguida de la reparación herniaria es, en nuestra opinión, lo recomendable.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. González Valverde FM, Ballester A, Méndez M, Montesinos JM, Parra P, Soriano H. Endometriosis extraperitoneal. *Cir Esp*. 1999;66:265–7.
2. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, Jordan C, Miles WF, Macintyre IM, et al. Presentations of endometriosis to general surgeons: a 10 year experience. *Br J Surg*. 1995;82:1349–51.
3. Proposito D, Negro P, Gossetti F, Di Paola M, Montemurro L, Gallina S, et al. Endometriosi extrauterina: quale interesse per il chirurgo generale? Presentazione di 3 casi clinici e revisione della letteratura. *Chir Ital*. 2002;54:699–708.

4. Dávila D, Trullenque R. Vía preperitoneal en el tratamiento de las hernias de la ingle. Técnica e indicaciones. En: Porrero JL, coordinador. Cirugía de la pared abdominal. 1.ª ed. Barcelona: Masson; 1997. p. 118–28.
5. Sataloff DM, La Vorgna KA, McFarland MM. Extrapelvic endometriosis presenting as a hernia: clinical reports and review of the literature. *Surgery*. 1989;105:109–12.
6. Strasser EJ, Davis RM. Extrapelvic inguinal endometriosis. *Am Surg*. 1977;43:421–2.
7. Licheri S, Pisano G, Erdas E, Ledda S, Casu B, Cherchi MV, et al. Endometriosis of the round ligament: description of a clinical case and review of the literature. *Hernia*. 2005;9:294–7.
8. Ducarme G, Uzan M, Poncelet C. Endometriosis mimicking hernia recurrence. *Hernia*. 2007;11:175–7.
9. Cullen TS. Adenomyoma of the round ligament. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*. 1896;896:62–3.
10. Clausen I, Nielsen KT. Endometriosis in the groin [review]. *Int J Gynecol Obstet*. 1987;25:469–71.
11. Miranda L, Settembre A, Capasso P, Piccolboni D, De Rosa N, Corcione F. Inguinal endometriosis or irreducible hernia? A difficult preoperative diagnosis. *Hernia*. 2001;5:47–9.
12. Brzezinski A, Durst AL. Endometriosis presenting as an inguinal hernia. *Am J Obstet Gynecol*. 1983;146:982–3.
13. Candiani GB, Vercellini P, Fedele L, Nicoletta V, Carinelli S, Scagkione V. Inguinal endometriosis: pathogenetic and clinical implications. *Obstet Gynecol*. 1991;78:191–4.
14. Kapan M, Kapan S, Durgun AV, Goksoy E. Inguinal endometriosis. *Arch Gynecol Obstet*. 2005;271:76–8.
15. Hagiwara Y, Hatori M, Katoh H, Kokubun S. A case of inguinal endometriosis with difficulty in preoperative diagnosis. *Upsala J Med Sci*. 2002;107:159–64.
16. Elemenoglu J, Skopelitou A, Nomikos I. Carcinoma in the inguinal region arising from endometriosis of the round ligament. Report of a case. *Eur J Gynecol Oncol*. 1993;14:28–32.
17. Wolf C, Obrist P, Esinger C. Sonographic features of abdominal wall endometriosis. *Am J Roentgenol*. 1997;69:916–7.
18. Gitelis S, Petasnick JP, Turner DA, Ghiselli RW, Miller III AW. Endometriosis simulating a soft tissue tumor of the thigh. *J Comput Assist*. 1985;9:573–6.
19. González Merlo J. Endometriosis, editors In: *Ginecología*. 3.ª ed. Barcelona: Salvat. 1983. p. 222–3.
20. Gordon PH, Schottler JL, Balcos EG, Goldberg SM. Perianal endometrioma: report of five cases. *Dis Col Rec*. 1976;19:260–5.
21. Glesson RE, Horgan LF. Endometriosis in an inguinal hernia. *Hernia*. 1997;1:147–8.
22. Mashfiqul MAS, Tan YM, Chintana CW. Endometriosis of the inguinal canal mimicking a hernia. *Singapore Med J*. 2007;48:157–9.
23. Wolf Y, Haddad R, Werbin N, Skornick Y, Kaplan O. Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall. *Am Surg*. 1996;62:1042–4.
24. Seydel AS, Sickel JZ, Warner ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. 1995; 177:239–41.