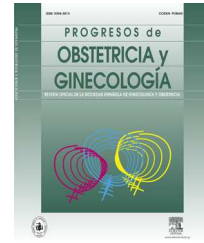


# PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

## Endometriosis de localización extraovárica. Nuestra casuística en 10 años



Esther Pilar García-Santos<sup>a,\*</sup>, Virginia Muñoz-Atienza<sup>a</sup>, Susana Sánchez-García<sup>a</sup>, Alejandro Puerto-Puerto<sup>b</sup>, Francisco Javier Ruescas-García<sup>a</sup>, María del Carmen Manzanares-Campillo<sup>a</sup>, Fernando Martínez-de Paz<sup>a</sup>, David Padilla-Valverde<sup>a</sup>, Rebeca Vitón-Herrero<sup>a</sup>, Lucía González-López<sup>c</sup> y Jesús Martín-Fernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

<sup>b</sup> Servicio de Urología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

<sup>c</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Recibido el 18 de septiembre de 2013; aceptado el 28 de octubre de 2013

Disponible en Internet el 17 de enero de 2014

### PALABRAS CLAVE

Endometriosis;  
Cicatriz;  
Cesárea;  
Extrapélvico

### Resumen

**Introducción:** La endometriosis es una enfermedad ginecológica cuya prevalencia oscila alrededor del 5-10% de las mujeres. La localización es pélvica en la mayoría de los casos; sin embargo, en un pequeño grupo de pacientes, puede presentarse en regiones diferentes de esta.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de las historias clínicas de 26 pacientes intervenidas quirúrgicamente de endometriosis de localización extraovárica en el Hospital General Universitario de Ciudad Real en el período comprendido entre enero del 2003 y enero del 2013.

**Resultados:** Nuestra serie consta de 26 pacientes intervenidas de endometriosis de localización extraovárica. Las localizaciones, por orden de frecuencia, fueron: pared abdominal, ombligo, vulva, apéndice, íleon, saco herniario y colon.

**Discusión:** La localización extrapélvica de la endometriosis se presenta con muy baja frecuencia. El tratamiento quirúrgico es la elección, llevando a cabo una resección con márgenes suficientes que permitirá reducir las posibilidades de recidiva.

© 2013 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Endometriosis;  
Scar;  
Cesarean;  
Extrapelvic

### Extraovarian endometriosis. Our 10-year casuistics

#### Abstract

**Introduction:** Endometriosis is a gynecological disease with a prevalence of about 5% to 10% of women. Localization is usually pelvic but in a small group of patients the disease can be localized elsewhere.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [esther\\_garcia\\_santos@hotmail.com](mailto:esther_garcia_santos@hotmail.com) (E.P. García-Santos).

**Material and methods:** We performed a descriptive, observational and retrospective study of the medical records of 26 patients treated surgically for extraovarian endometriosis at the University General Hospital of Ciudad Real between January 2003 and January 2013.

**Results:** Our series included 26 patients who underwent surgery for extraovarian endometriosis. In order of frequency, the locations were the abdominal wall, umbilicus, vulva, appendix, ileum, hernia sac and colon.

**Discussion:** The frequency of extrapelvic endometriosis is very low. The treatment of choice is surgery. Resection with adequate margins reduces the chances of recurrence.

© 2013 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La endometriosis es una afección ginecológica cuya prevalencia oscila alrededor del 5-10% de las mujeres y se define como la existencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina<sup>1,2</sup>. La localización es pélvica en la mayoría de los casos; sin embargo, en un pequeño grupo de pacientes, puede presentarse en regiones diferentes de esta.

## Objetivo

Presentar la casuística de pacientes intervenidas por endometriosis de localización extraovárica en nuestro centro.

## Material y métodos

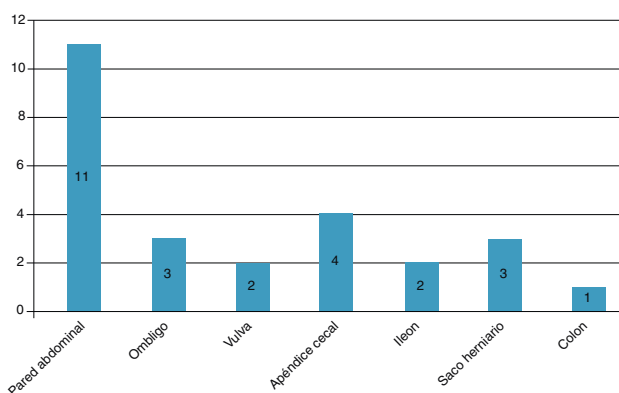
Se realiza un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de las historias clínicas de 26 pacientes intervenidas quirúrgicamente de endometriosis de localización extraovárica en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo en el Hospital General Universitario de Ciudad Real, en el periodo comprendido entre enero del 2003 y enero del 2013.

Las variables analizadas fueron la edad, los antecedentes personales, la localización del foco endometriósico, la estancia hospitalaria y las complicaciones.

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 18.0 para Windows.

## Resultados

Nuestra serie consta de 26 pacientes intervenidas de endometriosis de localización extraovárica. La media de edad fue



**Figura 1** Localizaciones de endometriosis más frecuentes en nuestro estudio.

de 36,2 años (21-52). De todas las pacientes, solo 2 estaban diagnosticadas de endometriosis en seguimiento y tratamiento por el Servicio de Ginecología.

Once de las pacientes tenían antecedente de cesárea previa, mientras que las 15 pacientes restantes no presentaban antecedentes ginecológicos relevantes. En la figura 1 se exponen por orden de frecuencia las localizaciones más frecuentes de nuestro estudio.

La estancia hospitalaria media fue de 7,36 días (0,5-15). Entre las complicaciones menores, una paciente presentó un seroma en la herida quirúrgica, que se resolvió de forma espontánea, y entre las complicaciones mayores, tan solo una paciente presentó un cuadro de peritonitis secundaria a dehiscencia de anastomosis tras resección intestinal.

Actualmente, el 74% de las pacientes siguen revisiones por parte del Servicio de Ginecología, llevando a cabo un tratamiento hormonal para control de la endometriosis.

## Discusión

La localización típica de la endometriosis es fundamentalmente pélvica, representando los ovarios y las trompas de Falopio el 88% de todos los casos. Otros órganos, como intestino, peritoneo, páncreas, sistema nervioso central, hueso, sistema urinario o la piel, también han sido descritos en la literatura de manera excepcional<sup>3</sup>.

La localización extrapélvica se presenta con muy baja frecuencia. La población afectada son mujeres en edad fértil entre la segunda y la cuarta décadas de la vida<sup>4</sup>. Durante la menopausia es excepcional su aparición, si bien es cierto que mujeres tratadas con terapia hormonal sustitutiva también son susceptibles de desarrollar focos endometriósicos, lo cual parece relacionarse con la activación de antiguos implantes que hasta entonces se encontraban latentes<sup>5</sup>.

Rokitansky describió la endometriosis a mediados del siglo XIX y fue Von Recklinhausen en 1885 quien describió por primera vez la endometriosis cutánea. Tan solo un año más tarde, Villar presentó el primer caso de enfermedad primaria espontánea a nivel umbilical<sup>6</sup>.

Markham clasificó la endometriosis extrapélvica según su localización en 4 tipos: gastrointestinal, del tracto urinario, torácico y de otros sitios. En este último grupo, se incluyen los implantes localizados en la pared abdominal<sup>7</sup>. Todas ellas son consideradas secundarias, ya que se observan fundamentalmente tras cirugías obstétricas, bien sea un aborto o una cesárea, mientras que las formas primarias son aquellas que aparecen sin el antecedente personal de cirugía previa. La cesárea constituye un antecedente muy infrecuente,

presentándose en un porcentaje entre el 0,003 y el 0,45% de todos los partos por cesárea<sup>8-10</sup>.

En cuanto al mecanismo fisiopatológico, existen diversas teorías que tratan de explicar el origen la endometriosis de localización extrapelviana: a) el desarrollo de un tumor endometriótico podría deberse a la implantación de tejido endometrial, en aquellos casos que tras un parto por cesárea; b) la teoría de la transformación metaplásica, debido a algún factor externo de carácter irritativo; c) la migración por los vasos sanguíneos o linfáticos sería la explicación para las localizaciones extrapelvianas alejadas y también para las localizadas en la pared abdominal de origen primario, y d) otras teorías, como la mutacional o genética<sup>11,12</sup>.

La tríada clásica que define la endometriosis cutánea consiste en efecto masa, dolor (a menudo cíclico, en relación con el ciclo menstrual) y el antecedente de cirugía ginecológica previa. El intervalo entre la última cirugía y la presentación de la afección es, en promedio, de 2 a 6 años<sup>13,14</sup>. Este detalle está presente en nuestro caso, pues los síntomas comenzaron 2 años después de su última cirugía obstétrica.

El análisis de laboratorio no muestra hallazgos significativos para el diagnóstico de esta entidad. La ecografía puede evidenciar masas sólidas, quísticas o mixtas, de contornos definidos y el eco-Doppler color logra identificar un pedículo vascular en gran parte de los casos y vascularización intralésional en endometriomas mayores de 3 cm de diámetro<sup>15,16</sup>. Otras pruebas de imagen, como la tomografía computarizada o la resonancia magnética nuclear, no han demostrado aportación relevante, si bien es cierto que pueden identificar la extensión de la enfermedad para conseguir un mejor planteamiento de la estrategia quirúrgica<sup>17,18</sup>.

La realización de una punción espirativa con aguja fina es un buen método para obtener un diagnóstico preoperatorio, ya que el diagnóstico definitivo lo proporciona el estudio histológico<sup>19,20</sup>. Deben reunirse al menos 2 criterios: glándulas endometriales, estroma endometrial y depósitos de hemosiderina<sup>9</sup>. Las tinciones con hematoxilina-eosina muestran glándulas y estroma endometrial sobre un fondo de tejido fibroadiposo, y el estudio inmunohistoquímico puede ser de ayuda en casos dudosos, ya que las estructuras glandulares expresan citoqueratina, receptores de estrógenos y progesterona<sup>20</sup>.

El diagnóstico diferencial ha de hacerse con entidades que comparten la misma localización. Han de tenerse en cuenta: granulomas por cuerpo extraño, lipomas, quistes epidérmicos, hernias, neuromas, hematomas, tumores anexiales sudoríparos, hemangiomas, granuloma piógeno, sarcomas o metástasis entre otros<sup>6</sup>.

En cuanto al tratamiento, existen diversas terapias médicas que solo han aportado alivio sintomático transitorio y se ha visto que la enfermedad reaparece al suspenderlo. La cirugía es el tratamiento de elección, con márgenes amplios de al menos un centímetro para evitar posibles recidivas<sup>8</sup>.

Es importante investigar la coexistencia de endometriosis pélvica, sobre todo en pacientes que refieren dismenorrea o dispareunia. Dicha asociación oscila en un 26%<sup>6,8</sup>.

En general, el pronóstico es bueno. La transformación maligna es rara, aunque se han visto casos en la literatura en pacientes con larga historia de evolución, recurrente o no tratada<sup>21</sup>. El tumor maligno más frecuente es el carcinoma de células claras seguido del endometrial. También existen casos de adenocarcinoma y adenosarcoma. La incidencia

de cáncer ovárico se estima en un 1%, aproximadamente, mientras que la incidencia de transformación maligna en casos de endometriosis extrapélvica aún se desconoce<sup>22</sup>.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Martín JDJ, Hauck AE. Endometriosis in the male. *Am Surg.* 1985;51:426.
- González Sanz G, Alcon Caravaca A, Elósegui Aguirrezabala JL, Olaizola Ayerdi A, Berdejo Lambarri L, Elorza Orúe JL. Endometriosis, un reto diagnóstico para el cirujano general. *Cir Esp.* 1997;62:435-8.
- Maira González N, Vidal Santana F, Castro Sánchez A, Pérez Quintela BV. Endometriosis cutánea: a proposito de un caso. *Prog Obstet Ginecol.* 2013;56:156-8.
- Vanrell JA, Calaf J, Balasch J, Viscasillas P. Endometriosis y esterilidad. Fertilidad y esterilidad humanas. Tomo I. En: Esterilidad e infertilidad. Barcelona: Masson; 1999: 89-106.
- Singh K, Lessells A, Adam D. Presentation of endometriosis to general surgeons: A 10 years experience. *Br J Surg.* 1995;82:1349-51.
- Parra P, Caro J, Torres G, Malagón FJ, Tomás F. Endometriosis primaria de pared abdominal, una enfermedad que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones de la pared abdominal. *Cir Esp.* 2006;79:64-5.
- Jubanyik KJ, Comite F. Extrapelvic endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1997;24:411-40.
- Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg.* 2003;185:596-8.
- Zhao X, Lang J, Leng J, Liu Z, Sun D, Zhu L. Abdominal wall endometriomas. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005;90:218-22.
- Esquivel-Estrada V, Briones-Garduño JC, Mondragón-Ballesteros R. Implante de endometriosis en cicatriz de operación cesárea. *Cir Cir.* 2004;72:113.
- Sampson J. Peritoneal endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissue in to peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol.* 1927;14:422-30.
- Scott R, Telinde R. Clinical external endometriosis. Probable viability of menstrually shed fragments of endometrium. *Obstet Gynecol.* 1999;42:699-711.
- Fernández-Acenero M, Córdoba S. Cutaneous endometriosis: Review of 15 cases diagnoses at a single institution. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283:1041-4.
- Carvajal A, Braghetto I, Carvajal R, Miranda C. Endometriosis de pared abdominal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2007;72:105-10.
- Hassanin-Negila A, Cardini S, Ladam-Marcus V, Palot JP, Diebold ND, Marcus C. Endometriomas of the abdominal wall: Imaging findings. *J Radiol.* 2006;87:1691-5.

16. Erkan N, Hacıyanh M, Sayhan H. Abdominal wall endometriomas. *Int J Gynecol Obstet.* 2005;89:59–60.
17. González Valverde FM, Ballester A, Méndez M, Montesinos JM, Parra P, Soriano H. Endometriosis extraperitoneal. *Cir Esp.* 1999;66:265–7.
18. Gallardo Arteaga J, Marin Calderón L, Barboza Beraun A, Rivas Wong L, Frisancho Velarde O. Colorectal cancer endometriosis resembling stenosing extrapelvic: Report of two cases. *Rev Gastroenterol Peru.* 2012;32:411–7.
19. Bordel Gómez MT, Román Curto C, Cardeñoso Álvarez E, Santos Duran JC, Sanchez Estella J, Corral de la Calle M. Endometriosis cutánea umbilical espontánea. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:666–8.
20. Brooks J, Wheeler J. Malignance arising in extragonadal endometriosis. A case report and a summary of world literature. *Cancer.* 1987;40:3065–73.
21. Sataloff DM, La Vorgna KA, McFarland MM. Extrapelvic endometriosis presenting as a hernia: Clinical reports and review of the literatura. *Surgery.* 1989;105:109–12.
22. Slomovitz BM, Soslow RA, Chang RC, Golub R, et al. Serous adenocarcinoma of the inguinal region arising from endometriosis followed by a successful pregnancy. *Gynecol Oncol.* 2002;87:152–4.