

Editorial: Hospital Metropolitano
ISSN (impreso) 1390-2989 - **ISSN (electrónico)** 2737-6303
Edición: Vol. 29 N° 2 (2021) Abril - Junio
DOI: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/2/2021/55-58>
URL: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/178>
Pág: 55-58

Endometriosis en localización inusual: Reporte de un caso

Endometriosis in unusual location: Case report

Karla Alexandra Andrade Ruiz ¹, Hugo Marcelo Garzón Avila ¹,
Katterin Lisset Romero Bello ¹, Saskia Josefa Mendoza García ¹

Médico Tratante de Ginecología y Obstetricia, Hospital Metropolitano, Quito, Ecuador¹

Recibido: 03/02/2021 Aceptado: 20/03/2021 Publicado: 01/03/2021

RESUMEN

La endometriosis en la cicatriz de cirugía previa es una entidad poco común. La endometriosis es la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Su diagnóstico preoperatorio es un desafío debido a la clínica inespecífica que puede presentar y, por lo tanto, es subdiagnosticada. La mayoría de los casos se presentan posterior a cirugías obstétricas o ginecológicas. Aunque el diagnóstico definitivo es confirmado por histopatología, las imágenes preoperatorias, como la ecografía, tomografía computarizada y resonancia magnética, pueden resultar útiles para la valoración. Se presenta un caso de endometriosis en cicatriz de apendicetomía previa, confirmada a través del estudio histopatológico, que se acompañó de una presentación clínica clásica e imágenes ecográficas sugestivas.

Palabras claves: Endometriosis, apendicetomía, pared abdominal, reporte de caso.

ABSTRACT

Endometriosis in the previous surgery scar is a rare entity. It is defined as the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity. Its preoperative diagnosis is a challenge due to the nonspecific symptoms that it can present with and, therefore it is underdiagnosed. Most cases occur after obstetric or gynecological surgeries. Although the definitive diagnosis is confirmed by histopathology, preoperative images such as ultrasonography, computed tomography, and magnetic resonance imaging, can be useful its assessment. We present a case report of endometriosis in a previous appendectomy scar, confirmed with a histopathological study, with a classic clinical presentation and suggestive ultrasound images.

Keywords: Endometriosis, appendectomy, abdominal wall, case report.

IDs Orcid

Karla Alexandra Andrade Ruiz:
Hugo Marcelo Garzón Avila:
Katterin Lisset Romero Bello:
Saskia Josefa Mendoza García:

<https://orcid.org/0000-0001-6504-8564>
<https://orcid.org/0000-0003-1280-4551>
<https://orcid.org/0000-0001-6833-7505>
<https://orcid.org/0000-0003-0902-7085>

Correspondencia: Dra. Karla Alexandra Andrade Ruiz
Teléfonos: 0998115095
e-mail: kandradejv@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como la presencia de tejido funcional endometrial fuera de la cavidad uterina. Representa un problema significativo para las mujeres en edad reproductiva, afectando a un 6-10% del total, usualmente entre los 25 y 35 años^{1,2}.

El diagnóstico puede ser realizado a través de la combinación de tres pilares fundamentales, la historia clínica, el examen físico y los estudios por imágenes. El diagnóstico definitivo de esta entidad solo se logra mediante el análisis histopatológico de las lesiones.

La presencia de endometriosis fuera de la cavidad pélvica es una patología relativamente rara. Se ha reportado en diferentes localizaciones y supone solo el 0,4% de los casos³. Es más común en la pared abdominal anterior, específicamente en el sitio de incisión posterior a cirugías ginecológicas.

A continuación, se presenta un caso de una paciente con endometriosis en la cicatriz de apendicectomía previa, que se desarrolló 9 años después del procedimiento, confirmado por histopatología. Este reporte de caso ha utilizado la metodología CARE⁴ y busca enfatizar que la valoración y manejo de la endometriosis de localización extra pélvica continúa siendo un desafío diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 32 años, sin antecedentes ginecológicos de relevancia. Consulta a su ginecólogo con un cuadro clínico de aproximadamente 6 meses de evolución caracterizado por dolor abdominal intermitente localizado en fosa iliaca derecha, constante, que no se irradia. Además, se intensifica durante la menstruación con una puntuación 7/10 en la Escala Análoga Visual (EVA), que cede parcialmente con analgésicos, y limita sus actividades diarias. El dolor se localiza en la región de la incisión de la apendicectomía realizada hace 9 años. No refería otros antecedentes patológicos de interés.

A la exploración física se evidenció dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha y una masa compleja dolorosa en pared abdominal, de aproximadamente 2,5 centímetros. Sin datos francos de irritación peritoneal; el examen pélvico no mostraba alteraciones.

La ecografía durante la menstruación reveló una masa de aproximadamente 2 cm, con halo ecolúcido alrededor de la masa que podría corresponder a proceso inflamatorio vs. líquido serohemático (*Figura 1*).

Se decidió la resolución quirúrgica del caso. Durante el procedimiento quirúrgico se evidenció una cicatriz previa transversal en cuadrante inferior derecho, tipo Rocky Davis. Posterior a la disección por planos, se encontró un endometrioma subaponeurótico que involucra el músculo oblicuo mayor, con infiltraciones hasta peritoneo y ligamento inguinal derecho, que se disecciono y extirpó con amplitud. Además, entre los hallazgos relevantes, se encontró múltiples adherencias Zuhlke tipo III de pared a peritoneo. Al realizar la escisión de la masa, se observó áreas achocolatadas y abundante fibrosis.

Durante el postoperatorio la paciente no presentó complicaciones, fue dada de alta a las 24 horas del procedimiento. El informe anatomopatológico confirmó el diagnóstico de endometriosis. Al examen macroscópico de la muestra, se observan varios fragmentos irregulares de tejido blando, de aspecto fibroadiposo, de entre 0,5 a 2 centímetros de diámetro. La superficie es irregular con efecto de diatermia. Al corte fibrosos, con áreas rosadas (*Figura 2*).

La valoración microscópica describe fragmentos de músculo estriado, tejido fibroconectivo y adiposo de pared abdominal. Constituida por glándulas y estroma endometrial dispuestas en medio de tejido fibroconectivo densamente hialinizado entre los haces de músculo estriado. Se acompaña de grupos de siderófagos, focos de infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y calcificaciones distróficas aisladas (*Figuras 3, 4 y 5*).

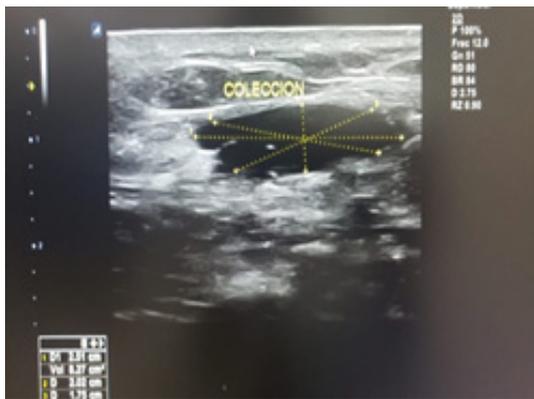
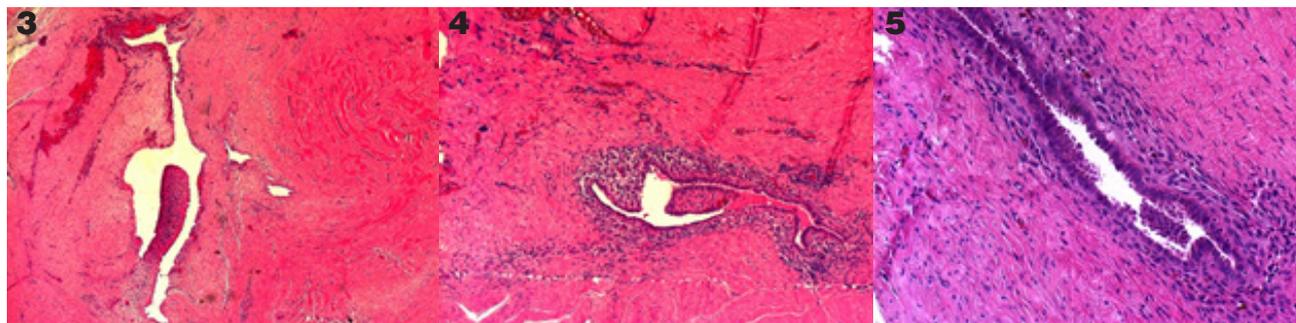


Figura 1. Ecografía durante la menstruación.



Figura 2. Tejido blando.



Figuras 3, 4, 5. Cortes histopatológicos.

DISCUSIÓN

La endometriosis se define como la presencia ectópica de glándulas endometriales funcionales y estroma en cualquier órgano que no sea el útero⁵. Es mayoritariamente una patología endopélvica cuya localización más común son los ovarios, ligamento uterino, cérvix y peritoneo pélvico.

La presencia de endometriosis en una cicatriz previa es una entidad poco común, pero se puede presentar posterior a una episiotomía, procedimientos laparoscópicos, amniocentesis, herniorrafia inguinal o apendicectomía, como en el caso presentado⁶. Se ha observado que, de las pacientes con endometriosis, solo el 34 (1,34%) tenían endometriosis de la pared abdominal⁷.

La etiología principal no está del todo dilucidada. Se han planteado varias hipótesis para el desarrollo de endometriosis. Las más aceptadas son: menstruación retrógrada, metaplasia celómica, metástasis ganglionar y linfática, y el trasplante mecánico de lesiones preexistentes⁸. Esta última podría explicar el desarrollo de endometriosis en cicatrices de cirugías anteriores, no ginecológicas, aunque no logran explicar todos los casos.

Para realizar el diagnóstico, una herramienta útil es la historia clínica detallada y el examen físico. La

forma típica de presentación es una masa palpable subcutánea próxima a cicatrices quirúrgicas que se asocian a dolor e inflamación cíclico asociado a la menstruación². Desafortunadamente, no todas las pacientes presentan esta triada clásica.

Los síntomas que usualmente se presentan son masa abdominal palpable y dolorosa, con un dolor que puede ser relacionado o no con la menstruación, dismenorrea, una masa que crece cíclicamente en la cicatriz de la incisión o junto a ella, aunque en algunas mujeres no experimentan ningún síntoma⁹. Las pacientes pueden presentar endometriomas meses o años después de un procedimiento quirúrgico. Aunque a menudo se localiza en el tejido subcutáneo, posiblemente puede infiltrar en el músculo, así como en la fascia, por lo tanto; las imágenes preoperatorias son cruciales para la planificación quirúrgica.

La mayoría de los casos se remiten a cirujanos generales para su evaluación porque pueden imitar otras condiciones clínicas. Comúnmente se diagnostican en forma errónea como granulomas, hematomas, hernias incisionales, queloides o malignidad^{10,11}.

El tratamiento quirúrgico y el análisis histopatológico son el estándar de oro para el diagnóstico de endometriosis. Se confirma si dos de las siguientes características clásicas están presentes: estroma en-

dometrial, glándulas endometriales o hemosiderina, ya sea dentro de los macrófagos o en el estroma⁹, como en el caso presentado.

Se presenta un caso en una paciente con historia previa de apendicectomía. En el reporte se describe endometriosis en una cicatriz tipo Rocky Davis. Se llegó al diagnóstico definitivo mediante el estudio histopatológico.

CONCLUSIÓN

La presencia de endometriosis en la cicatriz previa de apendicectomía es una patología de baja frecuencia y de difícil diagnóstico preoperatorio por la clínica inespecífica que puede presentar. La historia y el examen clínico cuidadoso pueden, proporcionar un diagnóstico preciso. No contamos con un protocolo de manejo específico para estas pacientes. Se debe tener una alta sospecha diagnóstica en mujeres con dolor y una masa palpable en la cicatriz de una cirugía previa, no solo en casos de cirugía pélvica. El manejo definitivo es quirúrgico con confirmación por histopatología de endometriosis.

Contribución de los autores

Concepción y diseño del trabajo, redacción del manuscrito: HG, KR, SM.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés personal, financiero, intelectual, económico o corporativo con el Hospital Metropolitano y los miembros de la revista Metrociencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Practice bulletin N°.114: Management of endometriosis [Internet].** Vol. 116, Obstetrics and Gynecology. Obstet Gynecol; 2010 [cited 2020 Sep 28]. p. 223–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20567196/>
2. **Aydin Ö.** Scar endometriosis - A gynaecologic pathology often presented to the general surgeon rather than the gynaecologist: Report of two cases. *Langenbeck's Arch Surg* [Internet]. 2007 Jan [cited 2020 Oct 2];392(1):105–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17043902/>
3. **Amini M, Moghbeli M.** Appendectomy Scar Endometriosis: A Case Report. *Middle East J Dig Dis* [Internet]. 2018 Mar 14 [cited 2020 Oct 2];10(2):114–6. Available from: [/pmc/articles/PMC6040921/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16990031/)
4. **CARE Case Report Guidelines [Internet].** [cited 2020 Oct 17]. Available from: <https://www.care-statement.org/>
5. **Ululuk M, Cakmak H, Arici A.** The Role of Endometrium in Endometriosis [Internet]. Vol. 13, *Journal of the Society for Gynecologic Investigation. J Soc Gynecol Investig*; 2006 [cited 2020 Oct 3]. p. 467–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16990031/>
6. **Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH.** Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg* [Internet]. 2003 Jun 1 [cited 2020 Oct 2];185(6):596–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12781893/>
7. **Khan Z, Zanfagnin V, El-Nashar SA, Famuyide AO, Daftary GS, Hopkins MR.** Risk Factors, Clinical Presentation, and Outcomes for Abdominal Wall Endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol* [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2020 Oct 5];24(3):478–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2017.01.005>
8. **Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA.** Endometriosis [Internet]. Longo DL, editor. Vol. 382, *New England Journal of Medicine. Massachusetts Medical Society*; 2020 [cited 2020 Sep 28]. p. 1244–56. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1810764>
9. **Kocher MR, Hardie A, Schaefer A, McLaren T, Kovacs MD.** Cesarean-Section Scar Endometrioma: A Case Report and Review of the Literature. *J Radiol Case Rep* [Internet]. 2017 Dec 17 [cited 2020 Oct 3];11(12):8–15. Available from: <http://www.radiologycases.com/index.php/radiologycases/article/view/3178>
10. **Tatli F, Gozeneli O, Uyanikoglu H, Uzunkoy A, Yalcin HC, Ozgonul A, et al.** The clinical characteristics and surgical approach of scar endometriosis: A case series of 14 women. *Bosn J Basic Med Sci* [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 5];18(3):275–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29285999/>
11. **Alnafisah F, Dawa SK, Alalfy S.** Skin Endometriosis at the Caesarean Section Scar: A Case Report and Review of the Literature. *Cureus* [Internet]. 2018 Jan 14 [cited 2020 Oct 5];10(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29545986/>

Andrade KA, Garzón HM, Romero KL, Mendoza SJ. Endometriosis en localización inusual: Reporte de un caso. *Metro Ciencia* [Internet]. 29 de abril de 2021; 29(2): 55-58. <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/2/2021/55-58>