

## CONTENIDO

## SEMINARIOS

- ▶ Caso anterior
- ▶ Caso siguiente
- ▶ Título preliminar
- ▶ Presentación
- ▶ Imágenes
- ▶ Resumen
- ▶ Introducción
- ▶ Discusión
- ▶ Diagnóstico
- ▶ Referencias
- ▶ PDF

## MUJER DE 37 AÑOS DE EDAD CON NODULACIÓN DOLOROSA EN PARED ABDOMINAL

*M. A. Torroba Carón, A. Giménez Bascuñana, A. Nieto Olivares , N. Navarro Martínez..*

*Hospital Morales Meseguer. Murcia, España.*

IV-CVHAP 2001 SEMINARIO-CASOS - 035

Fecha recepción: 12/02/2001

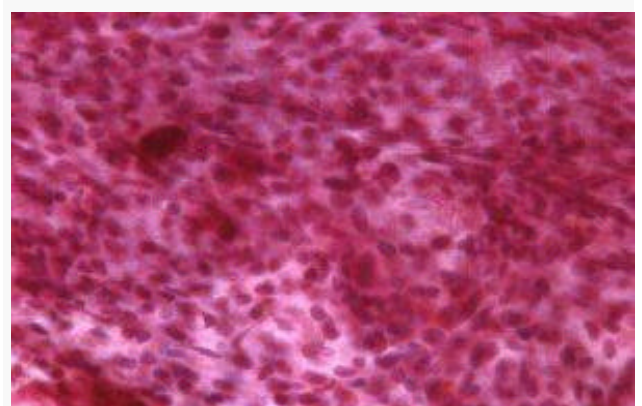
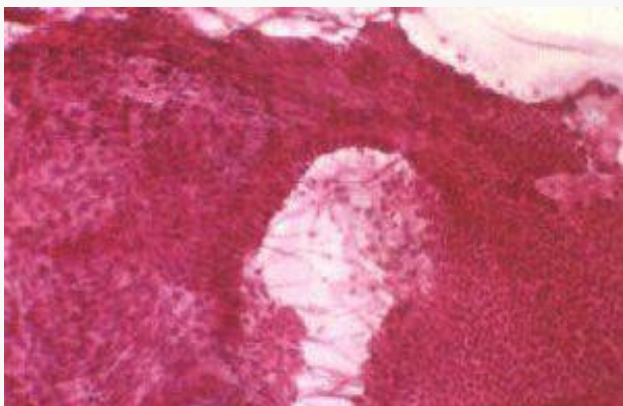
Fecha publicación: 30/06/2001

Evaluación: Ver "Taller de Seminario de Casos"

### PRESENTACIÓN DEL CASO: HISTORIA CLÍNICA

**ANTECEDENTES:** El caso que presentamos es el de una mujer de 37 años en la que, por encima de la cicatriz de cesárea ( ocurrida ésta hace 2 años) y hacia el lado derecho de la misma, presenta un nódulo cutáneo en la pared abdominal de poco más de un año de evolución, muy doloroso y que varía con el ciclo de la mujer (curso "catamenial"). Se nos envía a la consulta con el diagnóstico clínico de lipoma. Se procede a la punción de dicho nódulo, obteniéndose material de aspecto hemático. Los extendidos se fijan en alcohol de 90° y se tiñen con la técnica del Papanicolau. En la punción aspiración con aguja fina y en el seno de abundante hemorragia se reconocen acúmulos sólidos más o menos regulares de células epiteliales cúbicas (Figura 1), pseudoestratificadas, junto a hemosiderina abundante (Figura 2). Tras su extirpación quirúrgica, se nos remite un fragmento irregular de tejido de aspecto fibroadiposo que mide 7x4x3cm. y que al corte presenta una zona de color grisáceo de límites mal definidos y de consistencia aumentada, que mide aproximadamente 3cm. de diámetro máximo. Tras la inclusión en parafina de la muestra remitida se realizan cortes a 4 micras y tinción con hematoxilina-eosina, observándose en el seno de un tejido adiposo acúmulos más o menos regulares de glándulas embebidas en un estroma de características distintivas (Figura 3).

### IMÁGENES





CONTENIDO

SEMINARIOS

▣ Caso anterior

▣ Caso siguiente

▣ Título

▣ Presentación

▣ Imágenes

▣ Resumen

▣ Introducción

▣ Discusión

▣ Diagnóstico

▣ Referencias

▣ PDF

**ENDOMETRIOSIS EN PARED ABDOMINAL.  
DIAGNOSTICO POR P.A.A.F. Y  
CONFIRMACIÓN BIÓPSICA.**

*M. A. Torroba Carón, A. Giménez Bascañana, A. Nieto Olivares , N. Navarro Martínez..*

*Hospital Morales Meseguer. Murcia, España.*

IV-CVHAP 2001 SEMINARIO-CASOS - 035

Fecha recepción: 12/02/2001

Fecha publicación: 30/06/2001

Evaluación: Ver "Taller de Seminario de Casos"

**RESUMEN**

**Introducción :** Se conocen pocos casos en la literatura de endometriomas que surjan en el trayecto de cicatrices. Suelen ocurrir después de operaciones como cesáreas, apendicectomías, episiotomías o histerectomías. El intervalo que transcurre entre el acto quirúrgico y la aparición de síntomas es muy variable, con una media de 4,8 años, y cuando lo hace suele debutar como un nódulo muy doloroso en pared abdominal, como el caso que comunicamos. **Material y Métodos:** Presentamos un caso de una nodulación dolorosa en pared abdominal que vino con el diagnóstico clínico de lipoma y que por P.A.A.F. se diagnosticó de sospechosa de endometriosis. Posteriormente se extirpó , confirmándose plenamente el diagnóstico. **Resultados:** En la P.A.A.F. se veían acúmulos sólidos más o menos regulares de células epiteliales cúbicas, pseudoestratificadas, que sugería epitelio endometrial, unido a los datos de variaciones cíclicas que contaba la paciente. El examen histológico posterior confirmó la presencia, en la pared abdominal, de focos de epitelio-estroma

endometrial. **Conclusión:** Ante cualquier nodulación que surja en el trayecto de cualquier cicatriz de pared abdominal en una mujer , y sobre todo si cursan como masas cíclicas muy dolorosas en relación con la menstruación es aconsejable la realización de una P.A.A.F.. Esta determinará una población bifásica de células estromales y glandulares. El tratamiento de elección ante este diagnóstico citológico siempre será el quirúrgico.

**Palabras clave:** endometriosis | pared abdominal | citología | punción aspiración |

## INTRODUCCIÓN

**ANTECEDENTES:** El caso que presentamos es el de una mujer de 37 años en la que, por encima de la cicatriz de cesárea ( ocurrida ésta hace 2 años) y hacia el lado derecho de la misma, presenta un nódulo cutáneo en la pared abdominal de poco más de un año de evolución, muy doloroso y que varía con el ciclo de la mujer (curso “catamenial”). Se nos envía a la consulta con el diagnóstico clínico de lipoma.

Se procede a la punción de dicho nódulo, obteniéndose material de aspecto hemático. Los extendidos se fijan en alcohol de 90° y se tiñen con la técnica del Papanicolau. En la punción aspiración con aguja fina y en el seno de abundante hemorragia se reconocen acúmulos sólidos más o menos regulares de células epiteliales cúbicas (Figura 1), pseudoestratificadas, junto a hemosiderina abundante (Figura 2).

Tras su extirpación quirúrgica, se nos remite un fragmento irregular de tejido de aspecto fibroadiposo que mide 7x4x3cm. y que al corte presenta una zona de color grisáceo de límites mal definidos y de consistencia aumentada, que mide aproximadamente 3cm. de diámetro máximo. Tras la inclusión en parafina de la muestra remitida se realizan cortes a 4 micras y tinción con hematoxilina-eosina, observándose en el seno de un tejido adiposo acúmulos más o menos regulares de glándulas embebidas en un estroma de características distintivas (Figura 3).

## DIAGNÓSTICO FINAL

***DIAGNOSTICO: ENDOMETRIOSIS EN PARED ABDOMINAL (ENDOMETRIOMA).***

## DISCUSIÓN

Hasta la fecha, los casos descritos de endometriosis sobre antiguas cicatrices quirúrgicas son relativamente escasos. Mas aún los que previamente han sido diagnosticados por PAAF ante la presencia de un nódulo en la pared abdominal doloroso, que aumenta de tamaño y/o dolor durante la menstruación. Ante un nódulo así no es necesario muchos estudios preoperatorios, bastando con un examen ecográfico y una PAAF (2), y a veces también un TAC (3).

Hemos de tener en cuenta que la imagen citológica del material obtenido por PAAF del nódulo endometriósico es distinta a la obtenida por otros métodos exfoliativos; así, las células endometriales tienden a disponerse en grupos sincitiales en el aspirado, y más en grupos tridimensionales en el material exfoliado (4).

La combinación de glándulas y estroma endometrial junto a macrófagos cargados con hemofuscina o hemosiderina es diagnóstica. Si no hay estroma la lesión no puede ser diagnosticada con seguridad. En ocasiones en donde sólo hay estroma (endometriosis estromal) la posibilidad de confusión con un sarcoma estromal endometrial existe, aunque se distingue la endometriosis estromal del sarcoma estromal endometrial por su pequeño tamaño y por la ausencia de criterios de infiltración en la perifería de la lesión (5). A veces podemos encontrarnos sólo células estromales decidualizadas, prominentes, en un fondo mixoide característico, lo que se encuadraría como una endometriosis decidualizada (6).

La mayoría de los casos descritos de endometriosis cutáneas ocurren dentro de cicatrices quirúrgicas o, más raramente, dentro del trayecto de una aguja; el resto son espontáneos (ambos tipos se asocian raramente con endometriosis pélvica). Por tanto, el sitio más frecuentemente afecto es la pared abdominal; el ombligo se afecta con menor frecuencia. Igualmente, la mayoría de casos de endometriosis de vagina inferior o vulva ocurren sobre las cicatrices de la episiotomía. Otros casos de endometriosis surgidos en cicatrices se dan también después de intervenciones quirúrgicas no ginecológicas, como tras apendicectomías o reparación de hernias inguinales. Otros casos de endometriosis espontáneas afectan el ombligo y, menos frecuente, las regiones inguinales y perianales (1).

Los síntomas están relacionados con la aparición de un nódulo o masa que, en los casos relacionados con cicatriz, aparece semanas a años después de la cirugía; el intervalo medio postoperatorio es de 30 meses aproximadamente. Un incremento “catamenial” en el tamaño y dolor del nódulo y, a veces, sangrado a través de la lesión, sugiere el diagnóstico. Las lesiones pueden recurrir tras la excisión, aunque en series no se haya constatado ninguna recurrencia (2). El ciclo menstrual recurrente, la inflamación y los cambios fibróticos dentro de las lesiones endometriósicas

son los responsables de la mayor parte de los síntomas, aunque normalmente no hay relación directa entre la extensión de la enfermedad y la severidad de los síntomas.

En el examen clínico, las lesiones son nódulos únicos que varían de unos pocos milímetros hasta seis centímetros. Varían de rosadas o pardas hasta marrones o azuladas, dependiendo de la edad de la lesión y la profundidad dentro de la piel. La superficie de corte en las lesiones relacionadas con cicatrices es blanco-grisácea, con o sin áreas focales de reciente o antigua hemorragia (1).

Al examen microscópico la endometriosis puede afectar la dermis, el tejido celular subcutáneo o ambos, e incluso en ocasiones el músculo esquelético subyacente. Cuando hay endometriosis pélvica asociada normalmente no se ve continuidad o unión entre las lesiones cutáneas y las peritoneales. La endometriosis se caracteriza por glándulas revestidas por células de tipo endometrial con núcleos orientados basalmente sin atipias. Puede haber estratificación celular y algunas de las células pueden tener cilios, lo que sugiere benignidad (5).

La asociación de endometriosis con cicatrices cutáneas abdominales o con episiotomías sugiere implantación de tejido endometrial como la causa patogénica más probable, habiéndose podido demostrar linfáticos entre la pelvis y el ombligo que pueden explicar casos de endometriosis espontánea en el último sitio. Dos teorías se han propuesto en la patogénesis de la endometriosis: “metástasis” de tejido endometrial hacia localizaciones ectópicas (teoría metastásica), o desarrollo metaplásico de tejido endometrial en el sitio ectópico (teoría metaplásica).

La endometriosis puede afectar a varios sitios, tanto dentro como fuera de la cavidad peritoneal. Frecuentemente lo hace sobre ovarios, ligamentos uterinos (uterosacro, redondo, ancho,.), septo rectovaginal, Menos frecuentemente sobre mucosas intestinales, vagina, cérvix, vejiga, uréter, piel (cicatrices, ombligo, vulva, perineo,.); raro en pulmón, pleura, mama, hueso, estómago, páncreas, hígado, riñón, cerebro (1).

Algunos casos de endometriosis se han descrito en hombres que han recibido terapia estrogénica durante largo tiempo para carcinoma prostático. Con la excepción de un caso que afectaba la pared abdominal la mayor parte de los casos quedan confinados al tracto genitourinario, especialmente la vejiga, próstata y región paratesticular (1).

Los tumores malignos que crecen a partir de endometriosis ocurren en aproximadamente 0,3-0,8% de los casos de endometriosis ováricas. Sin embargo, la frecuencia de cáncer sobre focos endometriósicos pélvicos no se conoce (7). El carcinoma endometriode es el tumor más frecuente que crece en endometriosis, y constituye casi el 70% de los casos. El

carcinoma de células claras es el segundo tumor en frecuencia que se origina sobre endometriosis (14%). Otros son el cistadenoma seroso ovárico de bajo potencial maligno, tumores mucinosos benignos y malignos y carcinomas de células escamosas. También tumores mixtos mesodérmicos malignos, tumor del saco vitelino, tumor de los cordones sexuales (1). Sin embargo, tampoco hay estudios importantes sobre la presencia de tumores malignos en focos endometriósicos de la pared abdominal.

En resumen, y como conclusiones, se ha de tener en cuenta que ante cualquier nodulación que surja en el trayecto de alguna cicatriz de pared abdominal en una mujer, y sobre todo si cursan como masas cíclicas muy dolorosas en relación con la menstruación, es aconsejable la realización de una PAAF además de una ecografía. Esto determinará una población bifásica de células estromales y glandulares. Es muy importante diagnosticar preoperatoriamente esta lesión y hacer diagnóstico diferencial con otras entidades, para determinar el tratamiento adecuado. El tratamiento de elección ante este diagnóstico citológico siempre será el quirúrgico.

No hay estudios definitivos acerca de la presencia de tumores malignos en los focos endometriósicos de pared abdominal.

## NOTAS AL PIE DE PÁGINA

**Correspondencia:** M. A. Torroba Carón. Hospital Morales Meseguer. Murcia, España. <mailto:watson1@teleline.es>

## REFERENCIAS

1. Clement PB: Diseases of the peritoneum (including endometriosis). En: Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract. Fourth edition. Edited by RJ Kurman. New York, Springer-Verlag, 1994; 647-703.
2. Koger KE, Shatney CH, Hodge K, McClenathan JH. Surgical scar endometrioma. Surg Gynecol Obstet 1993; 177: 243-6.
3. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. Am Surg 1999; 65: 36-9.
4. Griffin JB, Betsill WL. Subcutaneous endometriosis diagnosed by fine needle aspiration cytology. Acta Cytol 1985; 29: 584-8
5. Kurman RJ, Norris HJ, Wilkinson E. Tumors of the cervix, vagina and vulva. En: Atlas of tumor pathology. Fascicle 4, Third Edition. Armed Forces Institute of Pathology, Washington, DC, 1992; 123.

6. Berardo MD, Valente PT, Powers CN. Cytodiagnosis and comparison of nondecidualized and decidualized endometriosis of the abdominal wall. A report of two cases. *Acta Cytol* 1992; 36: 957-62.
7. Akin MR, Ho CS, Nguyen GK. Cystic Endometriosis and related neoplasms arising from extragonadal endometriosis diagnosed by transvaginal fine needle aspiration biopsy. *Acta Cytologica* 1999; 43: 536-8.