

PRESENTACIÓN DE CASOS

Pubalgia alta a causa de un endometrioma espontáneo de la pared abdominal

Reporte de un caso

MARTÍN A. ROFRANO BOTTA, JUAN PABLO SIMONE, FERNANDO JORGE,
PABLO SIERRA y VERÓNICA PRESAS

Hospital Alemán, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Caso clínico

Mujer de 31 años de edad, que consultó por pubalgia alta derecha. Dicho cuadro tenía 2 años de evolución, sin antecedente traumático o mecanismo desencadenante de importancia. La paciente sufría dolor ante esfuerzos físicos. Al año del inicio de los síntomas, refiere haber comenzado a palpar un tumor en el sitio del dolor. Presentaba, a su vez, una asociación irregular con sus ciclos menstruales, por lo cual realizó una consulta ginecológica sin que se hubiera determinado un diagnóstico concreto. Fue tratada con medicación analgésica y fisiokinesioterapia, sin obtener buenos resultados.

Luego de 2 años, consultó a nuestro Servicio con dolor, ahora constante, en las regiones pubiana y suprapubiana derecha, no asociado a ciclos menstruales y que afectaba el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Durante el examen físico, se palpaba un tumor duro elástico de 3 cm de diámetro aproximadamente, doloroso a la palpación, no adherido a partes blandas superficiales y sin movilidad en planos profundos. La paciente contaba con estudios solicitados en otro Centro, un año atrás: una resonancia magnética nuclear que informaba una imagen quística de 15 mm a nivel distal del recto anterior del abdomen y una ecografía que mostraba una imagen compatible con un hematoma.

Se solicitaron nuevos estudios complementarios, entre ellos, una radiografía de pelvis y un centellograma óseo

corporal total, que no revelaron particularidades. En una nueva ecografía Doppler (Fig. 1), se observó un área focal hipoecoica de 22 mm x 9 mm en el tejido celular subcutáneo y en contacto con la aponeurosis del recto anterior sin comprometerla, de bordes irregulares y acompañada de edema de partes blandas adyacentes. Podría corresponder a un hematoma organizado o a una formación de partes blandas con flujo periférico, de aspecto inespecífico, según dicho estudio.

Para obtener mayores detalles del tumor y observar planos con tejidos circundantes, se solicitó una resonancia magnética nuclear (Fig. 2), en la que se detectó una formación de partes blandas, con señal heterogénea en secuencias T2 con zonas hipointensas y otras hiperintensas, que impresionaba originarse en la inserción tendinosa entre el recto anterior del abdomen derecho y el del abductor mediano. No se apreciaba alteración en las señales de la estructura ósea.

Se decidió realizar una biopsia escisional del tumor. Se practicó un abordaje anterior transversal en el pubis sobre la tumoración, se disecó por planos, hasta identificar el tumor y se realizó la resección con márgenes libres. Esta consistió en una resección de tejidos blandos que midió 4,5 x 3 cm, de superficie pardo irregular que, al corte, presentaba áreas hemorrágicas. Histológicamente (Fig. 3) se observó tejido fibromuscular y adiposo, en el que se identificó una proliferación glandular revestida por núcleos ovoides sin atipia ni mitosis, los cuales se rodeaban de un estroma denso con células de ovoides a fusiformes, de apariencia estromal-endometrial, compatible con endometriosis.

A los 2 años de seguimiento, la paciente se encuentra asintomática y sin recurrencia de los síntomas ni del tumor. Realiza las actividades de la vida cotidiana sin dificultades.

Recibido el 15-1-2013. Aceptado luego de la evaluación el 29-8-2013.

Correspondencia:

Dr. MARTÍN A. ROFRANO BOTTA
martinrofrano@hotmail.com

Discusión

La pubalgia es un proceso inflamatorio que involucra la sínfisis pubiana y sus tejidos circundantes, como cartílago, ligamentos, músculo y ramas pubianas. Si bien la prevalencia de esta patología no está bien determinada, se estima que, en atletas, oscila entre el 0,5% y el 6,2%.¹⁻⁴

La etiología de la pubalgia es aún desconocida, aunque la teoría del trauma repetitivo es la más aceptada actualmente. La clínica consiste en dolor en el pubis, aunque puede presentarse como un dolor inespecífico en el abdomen inferior, la región inguinal, el muslo proximal, los testículos o el periné. Este dolor puede encontrarse sobre la línea media, ser unilateral o bilateral.¹⁻⁴

La endometriosis se define como el desarrollo por fuera de la cavidad uterina de glándulas y estroma endometrial. Este tejido ectópico puede desarrollarse de forma intrapelviana o extrapelviana. Afecta principalmente a mujeres de entre 25 y 35 años, y es infrecuente en niñas premenarca o posmenarca y es rara en mujeres posmenopáusicas que no reciban tratamiento hormonal. Esta patología afecta al 6%-10% de las mujeres en edad fértil. Comúnmente ocurre dentro de la pelvis en sitios, como el ovario, el fondo de saco anterior y posterior, los ligamentos uterinos, las trompas de Falopio, el colon sigmoidees, etc. Con menos frecuencia, se localiza fuera de la pelvis y, en este caso, la localización más habitual es la pared abdominal.⁵⁻⁸

Endometrioma es el término dado a la endometriosis extrapelviana cuando forma una masa no neoplásica bien circunscrita. Se han descrito endometriosis extrapelvianas en prácticamente todos los órganos, su localización más frecuente es la pared abdominal.⁶⁻⁹ Estos endometriomas se desarrollan habitualmente adyacentes a cicatrices de cirugías ginecológicas previas, entre las más frecuentes, cesáreas, histerectomías, episiotomías y ligaduras de trompas. Si bien es infrecuente, existen casos registrados de endometriomas abdominales espontáneos.^{7,8,10,11}

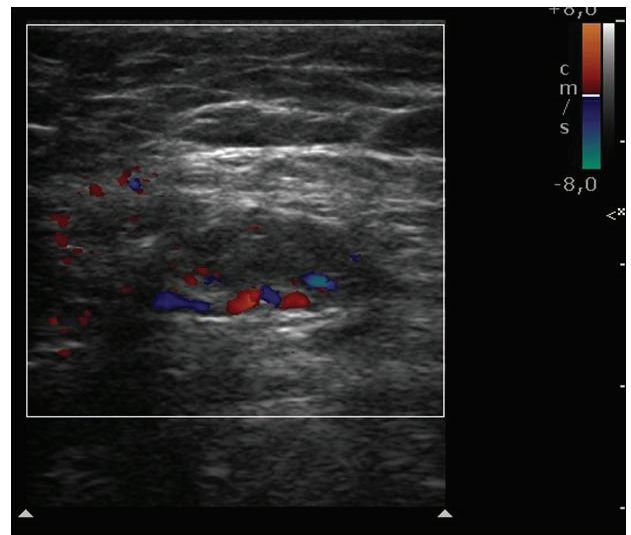


Figura 1. Imagen del tumor por ecografía Doppler.

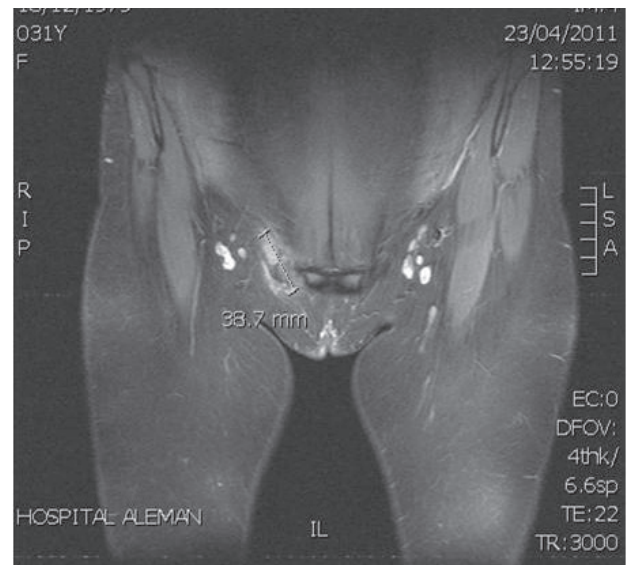


Figura 2. Resonancia magnética nuclear de pelvis, corte coronal. Se constata imagen tumoral de 33,7 mm.

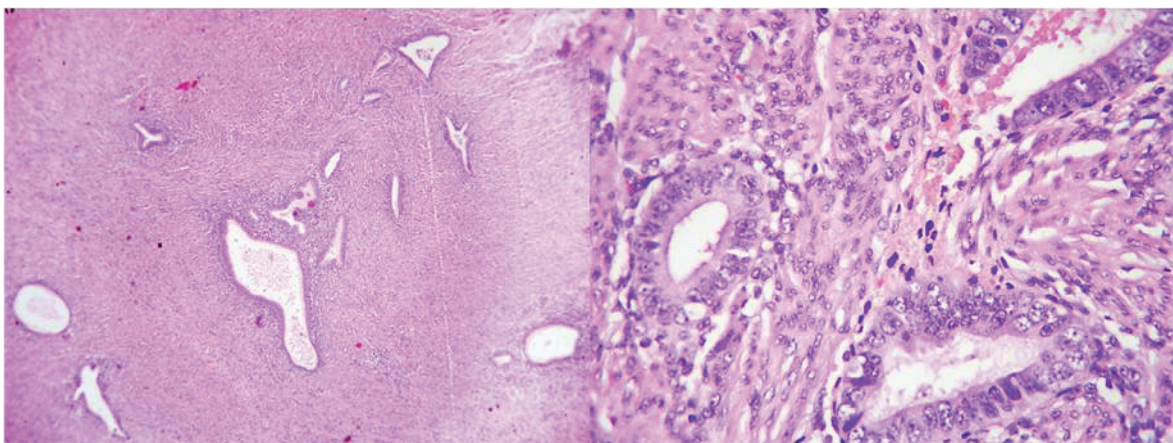


Figura 3. Histología del tumor.

Los endometriomas de pared abdominal suelen presentarse como una masa subcutánea dolorosa, asociada hasta en un 40% de los casos a dolor cíclico relacionado con el ciclo menstrual. Algunos autores se refieren a la presentación del dolor de forma no cíclica como una presentación atípica. Esta presentación atípica dificulta el diagnóstico. En su trabajo, Bektaş y cols. describen errores diagnósticos antes de la cirugía, en más del 50% de los casos, asociados a la inespecificidad de la clínica y a la gran cantidad de diagnósticos diferenciales existentes.¹¹⁻¹³

Se necesitan estudios complementarios para establecer el diagnóstico y planificar el tratamiento. La ecografía, económica y práctica, es uno de los métodos de elección para el estudio de las masas abdominales. Los endometriomas se visualizan ecográficamente como masas hipoeoicas y heterogéneas con ecos en su interior y, en algunos casos, como masas completamente sólidas. No existen hallazgos patognomónicos del endometrioma en la tomografía; el aspecto tomográfico depende de la fase del ciclo menstrual, la proporción estroma-glándula, la cantidad de sangrado, el grado de inflamación circundante. La resonancia magnética nuclear permite diagnosticar lesiones muy pequeñas identificando el patrón hemorrágico de estos tumores.^{11,14,15}

La punción aspiración con aguja fina no permite determinar el diagnóstico hasta en un 75% de los casos y, además, se asocia a aumento de la recurrencia de la lesión.¹⁶

El tratamiento de elección, incluso para las recurrencias, es la resección amplia de la lesión con 1 cm de márgenes sanos. La escisión completa puede llegar a requerir

la resección de la fascia profunda que exigirá la reconstrucción de la pared abdominal con una malla sintética. La cirugía es curativa en el 95% de los casos, el 4,3% de las pacientes tiene recurrencias, principalmente dentro del primer año, asociadas a una resección inadecuada. Si bien es infrecuente (1%), es preciso tener en cuenta la transformación maligna de los endometriomas abdominales cuando se trata esta patología.^{13,17}

En conclusión, la endometriosis de la pared abdominal debe ser considerada como uno de los diagnósticos diferenciales en caso de pubalgia alta asociada a una masa, en pacientes jóvenes de sexo femenino. Para diferenciar esta entidad de una pubalgia de origen osteoarticular, es imprescindible comenzar con una completa historia clínica. En la pubalgia clásica, habitualmente existe una correlación con la actividad deportiva. En el caso presentado, al comienzo de su evolución, había una clara asociación del dolor en aumento con el ciclo menstrual sin relación con eventos deportivos. Con respecto al examen físico, las pubalgias de origen osteoarticular, aunque no siempre se presentan con dolor puntual, no se asocian a masas palpables dolorosas.

Ante la discordancia de un cuadro clínico típico con el caso presentado, se debe avanzar en estudios complementarios.

El tratamiento de elección para los endometriomas primarios y para sus recurrencias es la resección amplia con márgenes sanos. El estudio anatomopatológico es indispensable para el diagnóstico, descartar lesiones malignas y asegurar la resección con márgenes amplios.

Bibliografía

1. **Sangi-Haghpeykar H, Poindexter AN 3rd.** Epidemiology of endometriosis among parous women. *Obstet Gynecol* 1995;85(6):983-92.
2. **Chatman DL, Ward AB.** Endometriosis in adolescents. *J Reprod Med* 1982;27(3):156-60.
3. **Olvie DL, Schwartz LB.** Endometriosis. *N Engl J Med* 1993;328(24):1759-69.
4. **Treloar SA, Bell TA, Nagle CM, Purdie DM, Green AC.** Early menstrual characteristics associated with subsequent diagnosis of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202(6):543.e1-6.
5. **Williams HE, Baesky S, Strino W.** Umbilical endometrioma (silent type). *Arch Dermatol* 1976;112(10):1435-6.
6. **Steck WD, Helwing EB.** Cutaneous endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1966;9(2):373-83.
7. **Markham SM, Carpenter SE, Rock JA.** Extrapelvic endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989;16(1):193-219.
8. **Ideyi SC, Shein M, Niazi M, Gerst PH.** Spontaneous endometriosis of the abdominal wall. *Dig Surg* 2003;20(3):246-8.
9. **Giudice LC, Kao LC.** Endometriosis. *Lancet* 2004;364(9447):1789-99.
10. **Chatterjee SK.** Scar endometriosis. A clinicopathologic study of 17 cases. *Obstet Gynecol* 1980;56(1):81-4.
11. **Bektaş H, Bilsel Y, Sarı YS, Ersöz F, Koç O, Deniz M, et al.** Abdominal wall endometrioma; a 10 year experience and brief review of the literature. *J Surg Res* 2010;164(1):e77-81.
12. **Koger KE, Shatney CH, Hodge K, McClenathan JH.** Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet* 1993;177(3):243-6.

13. **Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH.** Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg* 2003;185(6):596-8.
14. **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(3):616-20.
15. **Kinkel K, Frei KA, Balleyguier C, Chapron C.** Diagnosis of endometriosis with imaging: a review. *Eur Radiol* 2006;16(2):285-98.
16. **Bumpers HL, Butler KL, Best IM.** Endometrioma of the abdominal wall. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187(6):1709-10.
17. **Heaps JM, Nieberg RK, Berek JS.** Malignant neoplasms arising in endometriosis. *Obstet Gynecol* 1990;75(6):1023-8.