

ENDOMETRIOSIS EXTRAPÉLVICA DE LOCALIZACIÓN INGUINAL CASO CLINICO

REPORTE DE UN CASO

Emilio E. Lozano S.*
Carlos G. Bellorín**
Jose R. Torrealba***

Resumen

La endometriosis es un diagnóstico ginecológico muy común. Esta interesante enfermedad puede observarse virtualmente en cualquier Órgano y sistema del organismo, planteando dificultades para el diagnóstico y tratamiento.

Se describe un raro caso de endometriosis extrapélvica de localización inguinal, con el objeto de enfatizar la importancia de incluir a esta enfermedad dentro de los diagnósticos diferenciales en la práctica quirúrgica general.

Palabras clave

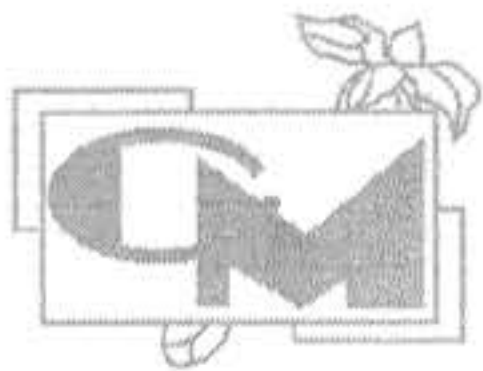
Endometriosis inguinal, Glándula endometrial, Endometrioma, Terapia Hormonal.

Abstract

Endometriosis is a common gynecologic diagnosis. This interesting disease may occur in virtually any organ system of the body, causing unusual symptoms and diagnostic dilemmas. One rare example of extrapelvic inguinal endometriosis is described to highlight the importance for the general surgeon, to include this disease in the differential diagnosis.

Key words

Endometriosis, Endometrial Gland, Endometrioma, Hormonal therapy.



- * Médico Cirujano, Investigador Asociado, Departamento de Medicina, Universidad de Wisconsin. Madison Wisconsin USA.
- ** Adjunto del Servicio de Cirugía II, Hospital Vargas de Caracas.
- *** Residente de Anatomía Patológica, University of Wisconsin Hospital and Clinics, Madison Wisconsin USA.

Introducción

Clásicamente se ha definido a la endometriosis como la presencia de glándulas endometriales funcionales y estroma fuera de la cavidad uterina. Esta entidad fue descrita por primera vez por Rokitansky en 1860⁽¹⁾. Se conocen dos variedades de endometriosis: la endometriosis interna, conocida también como adenomiosis, que consiste en la presencia de tejido endometrial benigno dentro del miometrio; y la endometriosis externa, que es la presencia del tejido endometrial fuera de la cavidad uterina y del miometrio, bien sea de localización pélvica o extrapélvica⁽²⁾. La endometriosis ocurre en aproximadamente un 8% a 15% de todas las mujeres en edad reproductiva y es un hallazgo incidental en un 15% a 20% de todas las laparotomías realizadas por indicación ginecológica⁽³⁾. La endometriosis de localización extrapélvica es una entidad nosológica poco frecuente, de difícil diagnóstico y tratamiento. De las diversas formas descritas, la localizada en la región inguinal es muy poco usual. En el presente reporte, describimos un raro caso de endometriosis inguinal en una paciente atendida en el Servicio de Cirugía II del Hospital Vargas de Caracas.

Caso clínico

Se trata de paciente femenino, de 34 años de edad, quien consultó por presentar nódulo en región inguinal izquierda, de cuatro años de evolución, acompañado de dolor en la zona, que se irradiaba a región interna del muslo izquierdo, exacerbándose con la menstruación. En ocasiones la piel suprayacente se tornaba de color violáceo. Consultó en centros hospitalarios en varias ocasiones, indicándosele tratamiento sintomático con antiinflamatorios no esteroideos y antibióticos, sin obtener mejoría. Entre los antecedentes de importancia, refirió menarquia a los 9 años, ciclos menstruales regulares e infertilidad primaria no estudiada. Desde hacía 4 años presentaba dismenorrea incapacitante y dispareunia. No refirió antecedentes quirúrgicos. A la palpación se evidenció nódulo en región inguinal izquierda, a nivel del tercio medio de la arcada inguinal, de aproximadamente 2 cm. de diámetro, renitente, muy doloroso y que impresionaba estar adherido a planos profundos. Se toma biopsia excisional de la lesión (fig. 1). El diagnóstico anatomopatológico fue de endometriosis (fig. 2). Se indica tratamiento a base de anticonceptivos orales durante 4 meses, sin obtener mejoría clínica. Se decide entonces realizar exploración quirúrgica de la región inguinal izquierda y durante el mismo acto operatorio una laparoscopia pélvica. Como hallazgo operatorio se obtuvo un tumor de aproximadamente 2 cm. de diámetro, de color pardo, en estrecha relación con el ligamento redondo. Ambas estructuras fueron resecadas. El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue el de endometriosis, con presencia de estroma y glándulas endometriales funcionales en contacto con el ligamento redondo, el cual no presentó lesiones. En el resto de la pelvis se evidenciaron múltiples focos de endometriosis con siembra dispersa y un endome-

trioma en el ovario izquierdo, el cual también fue reseado (fig. 3). La paciente continuó recibiendo tratamiento hormonal supresor, obteniéndose notable mejoría del cuadro clínico.

Conclusiones

Los síntomas más comunes de la endometriosis pélvica son: dismenorrea progresiva, irregularidad en el ciclo menstrual, dispareunia e infertilidad⁽⁴⁾. En la endometriosis extrapélvica, la localización de los focos endometriósicos determina los síntomas con los que se expresará la enfermedad. Los endometriomas han sido confundidos con hernias inguinales, umbilicales y ventrales, linfadenopatías y tumores de tejidos blandos⁽⁵⁾. Se han establecido tres posibles explicaciones acerca del origen de este tipo de lesiones, ninguna de las cuales se excluye recíprocamente:

1- Teoría de la Regurgitación Transtubárica: Sostiene que la menstruación retrógrada a través de las trompas de Falopio se produce regularmente incluso en mujeres sanas, y bien podría participar en la diseminación del tejido endometrial a la cavidad peritoneal.

2- Teoría de la metaplasia: Plantea que el endometrioma podría formarse directamente a partir de focos metaplásicos remotos de epitelio celómico, que es el origen del propio endometrio dentro de la cavidad uterina.

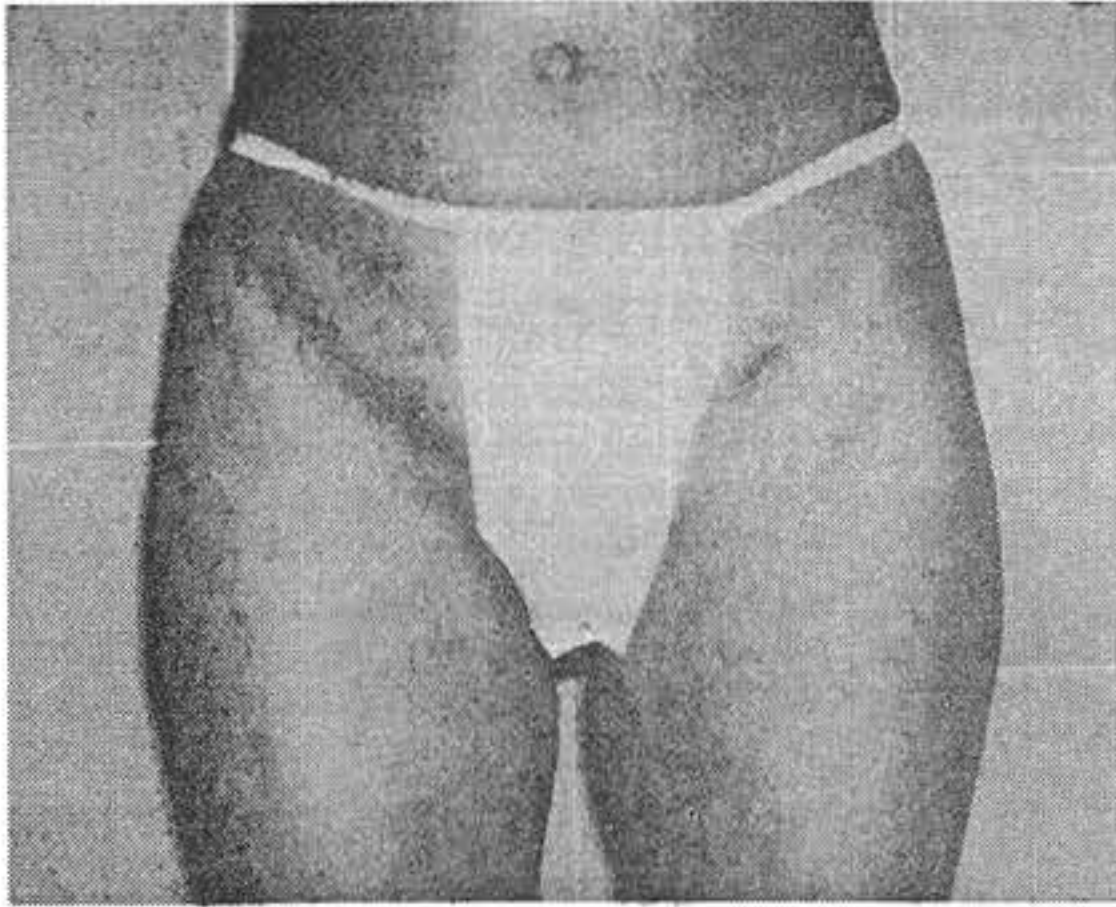
3- Teoría de la diseminación vascular o linfática: Esta pretende dar explicación a la presencia de lesiones de endometriosis en localizaciones como pulmón o ganglios linfáticos, fenómeno que difícilmente puede ser explicado por las otras dos teorías. Se han planteado factores genéticos, hormonales y hereditarios que pudieran dar explicación a la diferente predisposición de las mujeres a la endometriosis⁽⁶⁾.

La endometriosis en el área inguinal es muy poco frecuente. Fue descrita por primera vez por Allen en 1896 y desde entonces sólo 24 casos han sido reportados, todos en mujeres en edad reproductiva⁽⁷⁾. Solo 2 casos han estado relacionados con sacos herniarios; el resto de los casos estuvo en relación con el ligamento redondo^(8,9). Se plantea que esto se debe a la diseminación de la endometriosis intrapélvica hacia el área inguinal a través de dicho ligamento⁽¹⁰⁾. El diagnóstico preoperatorio correcto fue hecho en aproximadamente el 38% de los casos, siendo los diagnósticos presuntivos más frecuentes los de hernia encarcelada, linfadenitis e hidrocele del canal inguinal⁽⁷⁾. Según el consenso actual, el tratamiento para la endometriosis extrapélvica de localización inguinal es fundamentalmente quirúrgico^(2,10,11). Si de forma simultánea la paciente presenta endometriosis intrapélvica difusa, corroborada mediante diagnóstico clínico o laparoscópico, el tratamiento hormonal supresor puede estar indicado⁽⁹⁾. El tratamiento médico de la endometriosis, en la actualidad, es fundamentalmente endocrino, utilizando progestágenos, danazol, análogos de los agonistas de la GnRH, análogos de la LHRH, gestrinona, y los antiprogestágenos (RU-486), que aún se encuentran en etapa de investigación^(12,13).

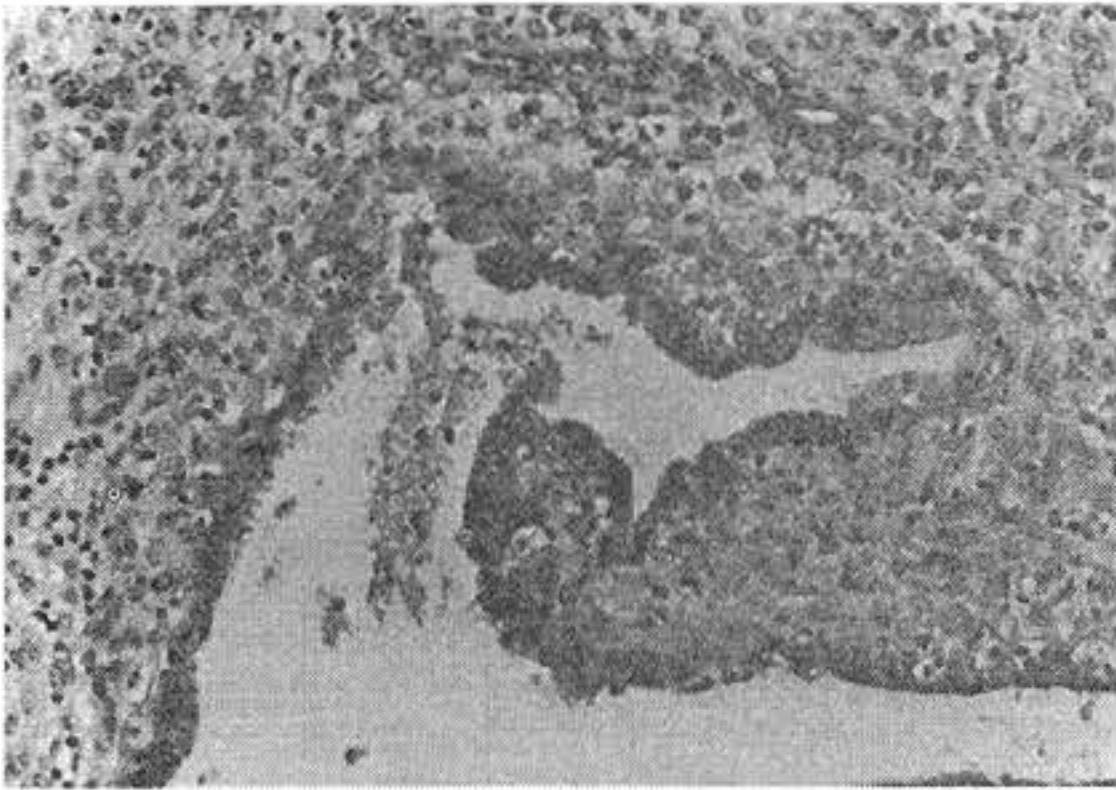
Dichas opciones terapéuticas son complejas y deben ser manejadas de forma individual, tomando en cuenta los efectos metabólicos y colaterales de cada compuesto. Los regímenes terapéuticos de adición (add-back therapy) son los mejores disponibles en la actualidad para el manejo médico de los síntomas de la endometriosis^(13,15). Consisten en la combinación de varias drogas para lograr el control de los síntomas de la enfermedad, evitando o reduciendo la aparición de efectos adversos debidos al hipoestrogenismo. Se ha demostrado definitivamente que ningún tratamiento médico disponible es citoreductor; ninguno provoca reabsorción de los implantes endometriales, solo supresión temporal de los mismos⁽¹⁴⁾. Cuando existe enfermedad localizada, susceptible a tratamiento quirúrgico, sólo esta modalidad terapéutica logra la curación definitiva.

Referencias bibliográficas

1. Molgaard CA, Golbeck AL, Gresham L. Current concepts in endometriosis. *West J Med*; 143:42-6. 1985.
2. Jubnyik KJ, Comite F. Extrapelvic endometriosis. *Obst Gyn Clin North Am.* 24(2):411-40. 1997.
3. Boyd ME. Endometriosis. *Can J Surg* 1985;6:471-473.
4. Luciano AA, Pitkin RM. Endometriosis approaches to diagnosis and treatment. *Ann Surg*;16:297-312. 1984.
5. Gitelis S, Petasnik JP, Turner DA, Ghisell RW, Miller AW. Endometriosis simulating a soft tissue tumor of the thigh. *J Comput Assist Tomogr*, 9:573-576. 1985.
6. Cotran, Kumar, Collins, Robbins, *Pathologic Basis of Disease*, 6 Ed. Mc Graw Hill, 1986
7. Demetriades D, Levy NB, Posen JA. Endometriosis of the inguinal canal. *S Afr J Surg* 1983;21:16-62
8. Brzezinski A, Durst A. Endometriosis presenting as an inguinal hernia. *Am J Obstet Gynecol*;146:982-3. 1983.
9. Quagliarello J, Goppa G, Bigellow B. Isolated endometriosis in an inguinal hernia. *Am J Obstet Gynecol*;152:688-9. 1983.
10. Sataloff DM, La Vorgna KA, Mc Ferland MM. Extrapelvic endometriosis presenting as a hernia: Clinical reports and review of the literature. *Surg*;:109-112. 1989.
11. Adamson GD, Nelson HP. Surgical Treatment of Endometriosis. *Obst Gyn Clin North Am.* 24(2):375-402. 1997
12. Cirkel U. Medical treatment of symptomatic endometriosis. *Human Reproduction.* 11 Suppl 3:89-101, Nov 1996.
13. Kettel LM, Hummel WP. Modern medical management of endometriosis. *Obst Gyn Clin North Am.* 24(2):361-73, 1997.
14. Vercellini P, Crosignani PG. Long term treatment of endometriosis? (Letters to the Editor). *Fertil Steril.* Vol66(4): 666. 1996.
15. Surrey ES. Steroidal and nonsteroidal add-back therapy: extending safety and efficacy of gonadotropin-releasing hormone agonist in the gynecologic patient. *Fertil Steril*: 64:673-85. 1995.



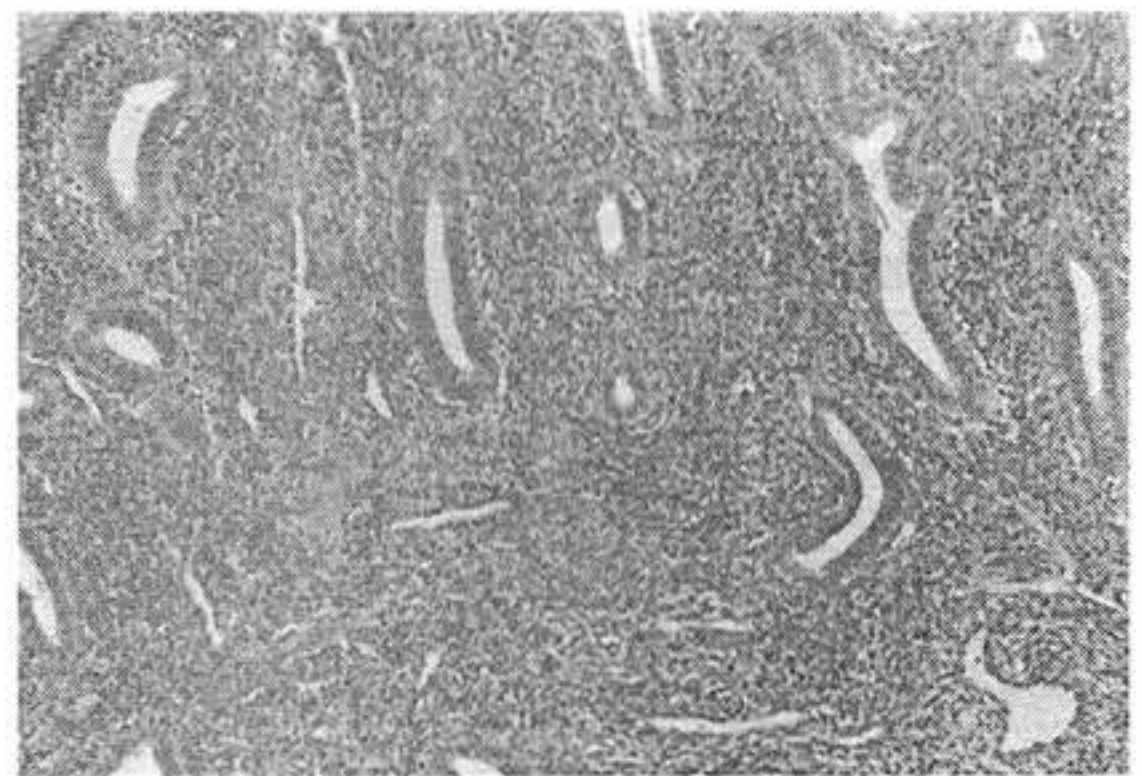
Fig#1: Localización de la lesión en la región inguinal.



Fig#3: Naturaleza del espécimen: Ovario izquierdo. Descripción macroscópica: Formación de 7x3.8x0.8 cms. superficie abollonada blanquecina, alternando con rojizo, con cuerpo amarillo y dos quistes uniloculares de contenido achocolatado, de 0.5 cms. aproximadamente. Se incluye completo. Descripción microscópica: Estroma ovárico con presencia focal de glándulas endometriales y abundantes macrófagos cargados de hemosiderina; signos de hemorragia antigua.



Fig#2: Naturaleza del espécimen: Material de biopsia incisional de tumor en región inguinal izquierda. Descripción macroscópica: Fragmento de tejido pardo amarillento, homogéneo irregular, de 1x1.5x0.5 cm. Descripción microscópica: Glándula dilatada revestida por epitelio cilíndrico alto y estroma endometrial, inmersos en estroma de tejido fibroconectivo. localizada en la unión de la dermis reticular con el tejido subcutáneo. Se observan macrófagos cargados de hemosiderina, evidencia de hemorragia antigua.



Fig#4: Descripción microscópica: Endometrio normal en fase proliferativa, se observan glándulas de lumen regular con epitelio columnar alto, sin secreción luminal y estroma celular con abundantes mitosis.