

Endometriosis extrapélvica: reporte de tres casos y revisión narrativa de la literatura

Ricardo Ortiz Serrano, MD*

Eliana Maribel Quintero Roa, MD**

Resumen

La endometriosis extrapélvica se define como la presencia de tejido endometrial en sitios distantes del útero. Su presentación es muy variada y su verdadera prevalencia es desconocida. El diagnóstico generalmente es demorado, debido a que no se piensa en primera instancia en esta patología. La sospecha clínica es fundamental y parte del hecho de que los síntomas por lo general tienen un comportamiento cíclico. Se presentan tres casos de endometriosis extrapélvica, uno en la cicatriz de la cesárea y dos en la cicatriz de la episiotomía y se hace una revisión de la literatura. Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de Medline, ProQuest y Ovid de la literatura en inglés y español, siendo la mayoría de lo revisado reportes de casos. [Ortiz R, Quintero EM. *Endometriosis extrapélvica: reporte de tres casos y revisión narrativa de la literatura. MedUNAB 2005; 8:130-136*].

Palabras claves: Endometriosis extrapélvica, extragenital, cicatriz, episiotomía.

Summary

Extrapelvic endometriosis: report of three cases and narrative review. Extrapelvic endometriosis is the presence of endometrial tissue distant of the uterus. The diagnosis is delay because its prevalence is unknown and the clinic signs have many variations. Clinic suspicion is fundamental and is based in cyclic symptoms associated with the menstrual period. Three clinic cases, one in the cesarean scar, and two in the episiotomy scar and a review of English and Spanish publications in Medline, Proquest and Ovid are present.

Key words: endometriosis, extra pelvic, extra genital, scar, episiotomy

Introducción

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial (glándulas y estroma) por fuera de la cavidad uterina. Algunos autores refieren que para que se cumpla la definición, el tejido debe ser funcional.¹ Histológicamente se hace referencia a la endometriosis “típica” que es aquella que incluye la presencia de glándulas endometriales y estroma circundante y la “atípica” caracterizada por estructuras epiteliales glandulares o células estromales en lesiones no pigmentadas.²

Inicialmente la endometriosis fue descrita en dos grupos: La endometriosis interna, actualmente llamada adenomiosis y que corresponde a la presencia de tejido endometrial dentro del miometrio y la endometriosis externa que hace referencia a los implantes que se ubican por fuera del útero. Las características epidemiológicas, clínicas y diagnósticas difieren entre la endometriosis interna y externa.³ Por lo general la endometriosis externa se presenta en zonas cercanas al útero como son las trompas de

* Profesora Asociada, Coordinador Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

** Profesor Asociada, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Dr. Ortiz, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, calle 157 # 19-55, Cañaveral Parque, Bucaramanga, Colombia. E-mail: rortiz@unab.edu.co

Artículo enviado: 11 de julio de 2005; aceptado: 2 de agosto de 2005.

Falopio, ovarios y peritoneo local, pero puede ubicarse en sitios distantes a este, llamándose a este complejo endometriosis extrapélvica o extragenital, la cual es el objeto de esta revisión.

Se desconoce si la endometriosis pélvica y extrapélvica corresponde a la misma enfermedad y por lo tanto si el tratamiento debe ser el mismo;⁴ en tal sentido, la endometriosis extrapélvica se constituye en una enfermedad de mayor complejidad diagnóstica, sin un tratamiento de probada eficacia y con muchos interrogantes sobre su origen y comportamiento. En el presente artículo se presentan tres casos y se hace revisión de la literatura.

Caso 1. Mujer de 38 años, casada, ocupación hogar, procedente de Bucaramanga. Consulta al Hospital Local del Norte, institución de primer nivel de complejidad perteneciente a la ESE - Isabu, localizada en el Área Metropolitana de Bucaramanga, por cuadro clínico de tres años de evolución, caracterizado por masa de 3 cm de diámetro en el extremo derecho de la cicatriz de cesárea, la cual se hace más dolorosa una semana antes de la menstruación. Antecedentes patológicos negativos; quirúrgicos: colecistectomía hace año y medio, dos cesáreas; tóxicos y alérgicos negativo; menarquía: 14 años, ciclos: 28/5, última regla 15 días antes de la consulta; no planifica; última cesárea hace cuatro años. Al examen físico PA 120/60 mm Hg, frecuencia cardíaca: 78/min, frecuencia respiratoria 15/min. Buenas condiciones generales, normocéfala, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, mamas normales. Abdomen blando, depresible. Se aprecia masa móvil, cauchosa, de 3 cm de diámetro, dolorosa a la palpación, ubicada en el extremo derecho de cicatriz quirúrgica de incisión de Pfannestiel. Tacto vaginal: útero en anteverso-flexión de tamaño, forma y consistencia normal. No se palpan anexos. Extremidades y examen neurológico normales.

Se hace impresión diagnóstica de endometriosis de la cicatriz de la cesárea y se programa para resección quirúrgica, en la cual se extirpa masa subcutánea de 3 cm de diámetro de contenido achocolatado (figura 1), la cual se envía a evaluación por patología, que informa endometriosis de cicatriz de herida quirúrgica (figura 2). Evaluada 3 meses después refiere desaparición de los síntomas.

Caso 2. Mujer de 30 años, en unión libre, bordadora, procedente de Bucaramanga. Consulta al Hospital Local del Norte por presentar masa en vagina muy dolorosa, de dos años de evolución, la cual drena desde el día anterior material achocolatado. El dolor es más intenso durante la menstruación. Antecedentes patológicos negativos; quirúrgicos: cesárea + Pomeroy hace tres años; tóxicos y alérgicos negativo; menarquía a los 14 años, ciclos 28/3, última regla cuatro semanas atrás; G₂P₁C₁V₂, con parto vaginal cuatro años atrás y cesárea hace tres años por macrosomía fetal; citología cervicovaginal hace un año, normal. Al examen físico se encuentra PA 120/80 mm Hg, frecuencia cardíaca 70/min, frecuencia respiratoria 18/min, 63 kg de peso. Buenas condiciones generales,

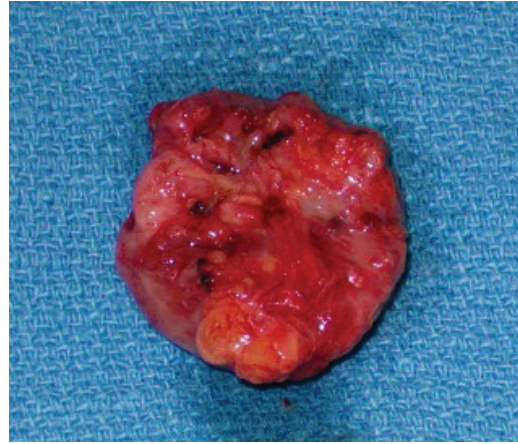


Figura 1. Pieza quirúrgica de resección de endometrioma de cicatriz cutánea de una cesárea. Obsérvese zonas de fibrosis y hemorragia color chocolate.

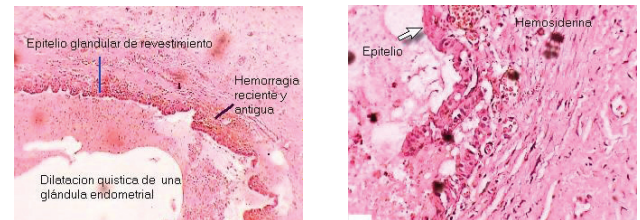


Figura 2. Panel izquierdo: tejido blando con presencia de glándula con características endometriales, con dilatación quística y evidencia de hemorragia (H-E 10x); panel derecho: glándula endometrial con presencia de hemorragia adyacente a tejido blando (H-E 40x). Cortesía del Grupo de Patología, Línea de Ciencias Médicas Básicas, Facultad de Medicina, UNAB).



Figura 3. Endometriosis en la cicatriz de la episiotomía. Obsérvese lesión violácea en periné, dolorosa a la palpación y que aumentaba de tamaño durante la menstruación.

orientada y afebril; cuello normal; cardiopulmonar con ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni sobreagregados; en abdomen se escuchan ruidos peristálticos, sin que se detecten masas o megalias. En genitales externos se encuentra nódulo de 5 mm de diámetro, violáceo, localizado en pared vaginal lateral izquierda, junto con masa profunda de 2 cm de diámetro en el introito, muy dolorosa a la palpación (figura 3). El útero está en retroverso flexión, siendo de tamaño normal, sin masas anexiales. Extremidades y examen neurológico normales.

Se hace impresión diagnóstica de endometriosis extrapélvica en cicatriz de episotomía y se realiza resección quirúrgica, extirpando masa de contenido achocolatado de 3 cm de diámetro que se envía a estudio histopatológico, cuyo informe indica endometriosis de cicatriz de episotomía. Evaluada tres meses después hay evolución satisfactoria con desaparición de los síntomas.

Caso 3. Mujer de 27 años, casada, comerciante, procedente de Bucaramanga. Consulta a una institución de carácter privado de Bucaramanga por presentar desde hace cinco años dolor en introito vaginal durante la menstruación, con presencia de masa violácea que desaparece en periodo post-menstrual. Antecedentes patológicos negativos; quirúrgicos: hemorroidectomía; tóxicos y alérgicos negativos. Menarquia a los 12 años, ciclos 30/4, G₁P₁ con parto hace ocho años; última citología hace seis meses, normal; última regla hace tres semanas. Historia familiar de madre con hipertensión arterial crónica y padre con diabetes mellitus tipo II. Al examen físico se encuentra PA 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca 72/min, frecuencia respiratoria 16/min; cardiopulmonar normal; mamas normales; abdomen normal. En el introito se aprecia masa violácea de 2 cm de diámetro, muy dolorosa a la palpación; el útero está en anteversoflexión de tamaño, forma y consistencia normal, sin masas anexiales.

Se punciona masa obteniendo secreción achocolatada que se envía a patología para estudio citológico, el cual reporta estroma endometrial. Se programa para extirpación quirúrgica, obteniendo dos nódulos de 2 y 1 cm de diámetro cada uno, conteniendo material achocolatado en su interior. El informe de patología señala endometriosis en cicatriz de la episotomía. Evaluada tres meses después, muestra mejoría sustancial de los síntomas.

Epidemiología

No se conoce la verdadera prevalencia de la endometriosis extrapélvica, ya que por la baja frecuencia de la enfermedad, la mayoría de artículos se limitan a describir casos aislados que no permiten sacar conclusiones definitivas. Uno de los informes más extensos es el de Douglas y colaboradores,⁵ en el cual se presenta una serie de 379 casos de endometriosis, de los cuales, 34 correspondieron a la variedad extrapélvica, lo cual representa un 8.9% de todos los casos de endometriosis. Por otro lado, Honoré y

colaboradores refieren la presencia de endometriosis en prácticamente todos los órganos a excepción del corazón y el bazo, lo cual podría explicarse por el efecto inmunológico que desempeña este último órgano.⁶

La diversa sintomatología que puede presentarse en una endometriosis extrapélvica es otro aspecto que dificulta su pronto diagnóstico, sumado al hecho de que pocas veces se tiene la sospecha clínica. La edad de presentación de la endometriosis pélvica oscila entre los 25 a 30 años, mientras que la endometriosis extrapélvica muestra una presentación mas frecuente en edades entre los 30 a 40 años.^{5, 7}

Aunque la endometriosis se considera una patología típicamente femenina, se han informado cuatro casos de endometriosis en hombres, generalmente ubicados en la vejiga y cuya característica común es estar recibiendo altas dosis de estrógenos como tratamiento para cáncer de próstata.⁸

Clasificación

Markham y colaboradores⁴ han propuesto una clasificación de la endometriosis extrapélvica, que es la que con mayor frecuencia se utiliza. Dependiendo del sitio de ubicación de las lesiones endometriósicas, las divide en cuatro clases, como se presenta a continuación.

Endometriosis del tracto gastrointestinal. Existe controversia respecto de cual es el sitio anatómico más comprometido por la endometriosis extrapélvica. Dependiendo del artículo revisado, el tracto gastrointestinal ocupará el primer o segundo lugar en orden de frecuencia.⁵

Al buscar una explicación del porqué de la localización de tejido endometrial ectópico en el tracto gastrointestinal, aparecen las teorías de la implantación metastásica por el flujo retrógrado,⁹ así como la teoría embriológica por la presencia de restos de tejido mulleriano a nivel del septo recto-vaginal, como las más aceptadas para explicar este fenómeno.^{9, 10}

Aunque es más frecuente encontrarla en pacientes durante la tercera década de la vida, existen informes de casos aún en mujeres post-menopáusicas.¹¹ Algunos artículos informan que entre el 5 al 15% de pacientes a las cuales se les realiza laparoscopia o laparotomía por dolor relacionado con endometriosis pélvica o infertilidad, pueden presentar endometriosis del tracto gastrointestinal.¹² Los sitios de mayor frecuencia de presentación son el recto y colon sigmoides¹³ y, en menor proporción, el tabique recto-vaginal,¹⁴ apéndice (5-20%), peritoneo, íleon, yeyuno, ciego y omentum.⁵ Como sitios de muy rara presentación están colon transversal,¹⁵ vesícula biliar,¹⁶ hígado¹⁷ y páncreas.¹⁸

Por lo general la capa serosa y la muscular están comprometidas, encontrándose a la inspección una induración

color blanco gris de consistencia firme además de adelgazamiento del espesor del segmento involucrado, pero definitivamente la característica común es que en la mayoría de los casos se respeta la mucosa intestinal.^{19, 20}

Los síntomas de la endometriosis gastrointestinal pueden ser muy variados e inespecíficos; como por ejemplo, dolor abdominal, disqu coastia, tenesmo, distensión abdominal vómito, diarrea, constipación, melena o hematoqu coastia, dependiendo del órgano comprometido.⁵ Existe discordancia respecto de la presentación cíclica de estos síntomas y de su asociación con la menstruación; así Minocha y colaboradores²¹ informan esta asociación hasta en un 40% de las pacientes, mientras que Douglas y colaboradores⁵ la relacionan tan solo en un 23.3% de los casos. Otra manifestación afortunadamente poco usual es la obstrucción intestinal, la cual puede ser parcial o completa.²¹ En esta circunstancia, las manifestaciones serán dolor abdominal intenso, fiebre, leucocitosis y hallazgos al examen físico de abdomen agudo. Aún menos frecuente es la presentación de una perforación intestinal como consecuencia de endometriosis; es frecuente encontrar informes aislados de caso de esta complicación en la literatura médica.²² Más del 50% de las pacientes con endometriosis gastrointestinal pueden cursar asintomáticas, de manera que en un alto porcentaje de casos será un hallazgo incidental de procedimientos quirúrgicos abdominales.

La transformación maligna de las lesiones endometriales intestinales ha sido también registrada.²³ Esto ha ocurrido en tracto urinario²⁴ y lesiones cutáneas,²⁵ aunque son menos de 70 los casos publicados de endometriosis extrapélvica con transformación neoplásica.

El diagnóstico por lo general es difícil, ya que la variedad de síntomas y la falta de sospecha de la enfermedad, conllevan a un sinnúmero de diagnósticos diferenciales, incluyendo el síndrome de colon irritable.²⁰ Una historia clínica completa debe ser realizada. En muchas ocasiones, aunque los síntomas son severos, al examen físico no se encuentran mayores hallazgos aparte de dolor abdominal leve a la palpación y algo de distensión.²⁰ El examen ginecológico, incluyendo la especuloscopia y el tacto recto-vaginal, son mandatorios, principalmente en los casos de compromiso del tabique recto-vaginal.²⁰

Los exámenes convencionales para el estudio de enfermedades gastrointestinales como la colonoscopia, el colon por enema, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear, no han demostrado una adecuada precisión diagnóstica para los casos de endometriosis que comprometen este sistema. El estándar de oro para el diagnóstico de la endometriosis sigue siendo la laparoscopia, pero en endometriosis gastrointestinal la laparotomía ha sido más efectiva como método de diagnóstico y tratamiento, aunque Nezhat y colaboradores²⁶ publicaron recientemente un artículo sobre manejo de casos de endometriosis hepática por laparoscopia.

No existen trabajos con la suficiente fortaleza metodológica que muestren cual es el mejor tratamiento. La resección quirúrgica se menciona como manejo adecuado, especialmente en aquellos casos en los cuales existe obstrucción intestinal o hay sospecha de malignidad.^{22, 23, 26} Desde el punto de vista médico, los fármacos propuestos son los mismos que se prescriben para la endometriosis pélvica, como el danazol, acetato de medroxiprogesterona, análogos de la GnRH y mifepristone (RU 486). Es importante resaltar que todas las alternativas de manejo disponibles son susceptibles de ser consideradas como empíricas; inclusive, hasta el manejo expectante también ha sido mencionado en casos de endometriosis con síntomas leves o asintomáticas.

Endometriosis del tracto urinario. Se estima que entre el 1 y el 4% de las pacientes con endometriosis pélvica puede estar asociado a endometriosis del tracto urinario.²⁷ No obstante, es difícil establecer la verdadera prevalencia, ya que algunas pacientes presentan la endometriosis del tracto urinario *de novo*.⁷ El 50% de las pacientes con este tipo de endometriosis tienen antecedentes de cirugías pélvicas, principalmente cesáreas,²⁸ pero también se encuentran pacientes sin historia de cirugía en las que la enfermedad aparece inclusive en la post menopausia cuando reciben terapia de reemplazo hormonal;²⁹ igualmente hay que considerar que un número importante de pacientes puede cursar su enfermedad de manera asintomática.

La mayor complicación es la obstrucción ya que en tal caso puede ocasionarse la pérdida funcional del riñón hasta en el 25 a 30% de las pacientes.³⁰ Al igual que la endometriosis gastrointestinal, los focos que se ubican en el tracto urinario también pueden presentar transformación maligna.³¹

La vejiga es el sitio más común de presentación de endometriosis urogenital, con 80 a 90% de los casos. Anatómicamente las lesiones se localizan principalmente a nivel del trígono, pared posterior o en la unión uretero-vesical.³² Las lesiones en el uréter que corresponden al 10 a 15% de los informes,⁴ casi siempre se ubican en su tercio distal y por lo general son unilaterales siendo el lado izquierdo el más frecuentemente afectado.³³ Es muy rara la presentación a nivel renal y uretral, con reportes aislados de casos.³⁴

Los síntomas de la endometriosis vesical son disuria, frecuencia urinaria, sensación de peso a nivel suprapúbico, nicturia, y dolor dorso lumbar.⁵ Estos síntomas se presentan hasta en el 80% de las pacientes.³³ La hematuria macroscópica se presenta en menos del 30% de los casos y la infección urinaria a repetición también ha sido registrada.⁷ Los síntomas pueden ser cíclicos, pero en procesos crónicos las manifestaciones clínicas se hacen permanentes sin un patrón definido de presentación. Cuando la enfermedad compromete el uréter, los síntomas más frecuentes son dolor en el flanco, disuria y urgencia. La hematuria es ca-

racterística cuando existe compromiso intrínseco ureteral y es más asidua que con la endometriosis vesical.

La presencia de sintomatología urinaria cíclica aunada al conocimiento o sospecha de una endometriosis pélvica permiten pensar en este diagnóstico. Por lo general el examen físico es inespecífico. A nivel vesical es posible encontrar la presencia de una masa hasta en el 50% de los casos,³⁵ hallazgo que no es suficiente para hacer el diagnóstico.

La tomografía y la resonancia magnética no tienen mucha utilidad en el diagnóstico definitivo, pero permiten la ubicación de las lesiones, el tamaño, su extensión y lo más importante descartar obstrucción, aunque focos muy pequeños pueden pasar desapercibidos. La ultrasonografía también es efectiva en la detección de masas, algunas de las cuales pueden escapar al examen de cistografía o urografía, sobre todo aquellas que se ubican a nivel seroso o intramuscular.³⁶ La pielografía intravenosa en caso de compromiso vesical puede ser normal o mostrar múltiples defectos de llenado que la hacen indistinguible de la imagen de un carcinoma.³⁷ En casos de lesiones a nivel ureteral o renal, la imagen que se revele podría ser la de una obstrucción.

La cistoscopia puede ser una herramienta importante en el diagnóstico de endometriosis vesical, particularmente si se realiza durante la menstruación, cuando las lesiones tienden a aumentar de tamaño. Estas se observan de color azul, edematosas y con algún grado de sangrado. Además de la apreciación macroscópica, es pertinente realizar biopsia de las lesiones para confirmar el diagnóstico histopatológico.³⁵ La mayoría de diagnósticos de endometriosis ureteral y renal son hallazgos incidentales cuando se realiza una laparotomía por otra causa, aunque se han descrito casos de diagnóstico laparoscópico.³⁸

Las decisiones sobre el mejor tratamiento se basan en el compromiso de la función renal, la extensión y la localización de la enfermedad, la severidad de los síntomas, la edad de la paciente y su deseo de paridad. El manejo médico empleado para la endometriosis pélvica es aplicable a la endometriosis del tracto urinario, sin embargo, al igual de lo que sucede en la endometriosis gastrointestinal, no existen estudios suficientes que demuestren su verdadera eficacia. Si la función renal está respetada, el tratamiento hormonal puede instaurarse, aún en presencia de una obstrucción anatómica parcial, obligando a una vigilancia muy estrecha. Considerando que el tratamiento farmacológico es prolongado y en algunos casos costoso ha mostrado una baja tasa de adherencia y por ende altas recidivas.³⁹

En algunas ocasiones el tratamiento quirúrgico es mandatorio debido a la presencia de importante fibrosis refractaria al manejo médico. La cistectomía parcial es el tratamiento de elección en casos de endometriosis vesical ya que la fulguración trans-uretral de los focos es inefectiva debido a la profundidad de estos en las paredes

de la vejiga.³⁵ Este manejo se puede realizar por cirugía abierta o por laparoscopia, dependiendo de la habilidad del médico tratante.⁴⁰

Endometriosis torácica. Se han reportado en la literatura algo más de 100 casos de endometriosis torácica,⁶ que incluyen casos de localización en el parénquima pulmonar y la pleura.⁴¹ La mayoría de lesiones se encuentran como un nódulo solitario, pero en menor proporción también han sido descritos algunos casos con diseminación miliar. El 90% de las lesiones se encuentran en el pulmón derecho, cuando el compromiso es pleural generalmente se localizan sobre la superficie diafragmática.⁴²

Su presentación ocurre con más frecuencia hacia los 35 años en promedio y hasta en el 80% de ellas se encuentra de manera concomitante endometriosis pélvica, sobre todo cuando la presentación se hace a nivel pleural, no así con las lesiones intraparenquimatosas.⁴² El tiempo promedio entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico es de ocho meses y su presentación en estrecha relación con la ocurrencia de la menstruación sugiere el diagnóstico. El dolor torácico, disnea, hemoptisis y tos son algunos de los síntomas que se pueden presentar y que no son específicos para sospechar esta enfermedad, salvo porque en la mayoría de las ocasiones pueden presentarse únicamente durante la menstruación.⁴³ Al examen físico puede encontrarse una marcada disminución del murmullo vesicular principalmente en el hemitórax derecho, secundario a la presencia de neumotórax. También es posible encontrar signos que revelen la presencia de derrame pleural o hemotórax.

Los rayos X pueden mostrar derrame pleural, neumotórax o hemotórax y con menor frecuencia pequeñas lesiones quísticas que aumentan o disminuyen de tamaño según la fase menstrual, similares a las observadas en la tuberculosis pulmonar o en procesos malignos. No obstante hay casos en los que los rayos X pueden ser normales. La tomografía computarizada es más sensible sobretodo cuando se realiza durante la menstruación, momento en el cual las lesiones se encuentran aumentadas de tamaño. La fibrobroncoscopia es útil en la valoración inicial de la hemoptisis aunque casi nunca es posible obtener tejido para estudio histopatológico. La toracentesis permite el drenaje del derrame pleural sanguinolento, pero su estudio de laboratorio es poco específico. El diagnóstico definitivo debe incluir la toma de biopsia para estudio histopatológico, lo cual no es posible la mayoría de veces por lo cual es válido ante la sospecha clínica, instaurar una prueba terapéutica.⁶

El tratamiento debe encaminarse inicialmente a resolver la complicación que surja de la enfermedad, como por ejemplo la presencia de un neumotórax y/o hemotórax, que obliguen inmediatamente a realizar toracotomía cerrada. La pleurodesis química o la pleurectomía pueden ser procedimientos que disminuyan la posibilidad de hemotórax o neumoperitoneo recurrentes, pero no influyen en la mejoría del dolor torácico o la hemoptisis.⁴³

La terapia hormonal incluyendo los anticonceptivos orales ha sido el manejo más utilizado aunque se reportan tasas de recurrencia que alcanzan hasta el 50%.⁴⁴ También el danazol ha mostrado altas tasas de fracaso terapéutico. Hay algunos reportes iniciales utilizando análogos de la GnRh, aunque los casos son pocos y se requiere de un mayor número de pacientes y un seguimiento prolongado que valoren su eficacia.^{44, 45}

Otros sitios de endometriosis extra-pélvica. La presentación más común de endometriosis extrapélvica es la cutánea, localizada principalmente en la cicatriz de una cirugía ginecológica u obstétrica, generalmente una cesárea.⁴⁶⁻⁴⁸ Douglas⁵ en su serie de casos de endometriosis extrapélvica, reportó una incidencia de 44.1% localizados sobre una cicatriz tipo Pfannestiel de cesárea previa. Se estima una incidencia general de endometriosis en cicatrices de cesáreas que oscila entre el 0.03 hasta el 1.7% de las cirugías realizadas.^{48, 49} Las teorías aceptadas como explicación para este tipo de endometriosis son la teoría del transporte de las células a localizaciones distantes formando endometriomas y la de la metaplasia de células pluripotenciales mesenquimales que se transforman en implantes endometriales. Aunque los endometriomas se presentan más frecuentemente después de cirugías uterinas o de las trompas de Falopio, también se encuentran después de apendicetomías, episiotomías, laparoscopias, amniocentesis o herniorrafias inguinales.⁴⁹

Los principales síntomas son dolor asociado al período menstrual y masa palpable al examen físico hasta en el 60% de los casos,^{5, 47, 49} los cuales se presentan entre seis meses y pocos años después del procedimiento quirúrgico, aunque apariciones espontáneas también han sido registradas.

El diagnóstico puede hacerse con una aspiración con aguja fina, aunque desde el punto de vista del estudio histopatológico los resultados generalmente son inespecíficos;⁴⁸ además, se corre el riesgo de diseminar implantes en otros sitios y aún de perforar una víscera hueca en el caso de una hernia encarcelada. Los diagnósticos diferenciales incluyen abscesos, hematomas, lipomas, granulomas, linfomas o enfermedades metastásicas.⁴⁹

La escisión quirúrgica es el tratamiento de elección y para prevenir la recurrencia, se recomienda la extirpación con márgenes amplios de tejido sano programada unos días después de la menstruación.⁴⁷ Cuando la lesión involucra la aponeurosis, se recomienda una resección parcial de esta, inclusive, si esto implica el uso de mallas sintéticas para reparar el defecto.⁴⁹ Esquivel y colaboradores recomiendan con el fin de evitar la presentación de endometriosis cutánea abdominal no usar el mismo material e instrumental quirúrgico durante el cierre de la histerotomía y la pared abdominal e irrigar con solución salina posterior al cierre de la aponeurosis.⁴⁷

Con mucha menor frecuencia que en los sitios mencionados anteriormente, puede encontrarse endometriosis en el

sistema nervioso central y periférico,⁵⁰ hueso,⁵¹ músculo esquelético,⁵² pared abdominal⁵ y cicatriz de la episiorrafia,⁴⁶ entre otros. La endometriosis localizada en la cicatriz de la episiorrafia y en vagina es bastante rara, considerándose que solo el 0.2% de las localizaciones extrapélvicas se ubican en estos sitios. Se han reportado 98 casos en la literatura médica de esta ubicación de endometriosis.⁴⁶ Los síntomas pueden iniciarse desde seis meses hasta 17 años posteriores al parto y se caracterizan como en los casos anteriores por dolor intenso muy localizado, dispareunia, sangrado y la presencia de una masa que por lo general tiene una base profunda, la cual aumenta de tamaño durante la menstruación. La biopsia escisional de la lesión y su estudio histopatológico confirman el diagnóstico y permiten un tratamiento definitivo.

La terapia hormonal ha sido utilizada como tratamiento complementario de la endometriosis cutánea. Fármacos como acetato de leuprolide y danazol han sido mencionados como manejo prequirúrgico, encontrándose un alivio significativo de los síntomas pero sin que se logre la disminución en el tamaño de la lesión. Es importante señalar que el número de casos reportados en la literatura a este respecto es pequeño, por lo tanto las recomendaciones respecto al uso farmacológico no son de gran trascendencia.

Conclusiones

La endometriosis extrapélvica es una enfermedad de difícil comprensión, que puede ocurrir de manera independiente de la endometriosis pélvica y localizarse en cualquier órgano de la economía, con un comportamiento clínico variado lo que dificulta su diagnóstico. Solo la sospecha clínica y el estudio histopatológico permiten llegar a su confirmación. El manejo quirúrgico parece tener las mejores respuestas pero en casos muy concretos relacionados con sitios de cirugías previas y de relativo fácil acceso. Respecto del manejo médico utilizado en la endometriosis pélvica, su uso en la endometriosis extrapélvica es una simple extrapolación con resultados indeterminados considerando la escasa cantidad de pacientes que se reportan.

Referencias

1. Lu PY, Ory SJ. Endometriosis current management. *Mayo Clin Proc* 1995; 70: 453.
2. Fujishita A, Nakane P, Koji T, Masuzaki H., Chavez P, Yamake T, Ishimuru T. Expression of estrogen and progesterone receptors in endometrium and peritoneal endometriosis: and immunohistochemical and in situ hybridization study. *Fert Steril* 1997; 67:856-64.
3. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N Engl J Med* 1993; 328: 1759.
4. Markham SM, Carpenter SE, Rock JA. Extrapelvic endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989; 16: 193.
5. Douglas C, Rotimi O. Extragenital endometriosis a clinicopathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations. *J Obstet Gyn* 2004; 24 (7): 804

6. Honoré G. Extrapelvic endometriosis. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1999; 42 (3): 699.
7. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, Jordan C, Miles WF, Macintyre IM, Greig JD. Presentation of endometriosis to general surgeons. *Br J Surg* 1995; 82: 1349.
8. Martin JDJ, Hauck AE. Endometriosis in the male. *Am Surg* 1985;51: 426.
9. Nisolle M, Donnez J. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis and adenomyotic nodules of the recto-vaginal septum are three distinct entities. *Fertil Steril* 1997; 68: 595-596.
10. Redwine DB. Treatment of endometriosis-associated pain. *Infert Reprod Med US* 1992; 3:697-720.
11. Petros JG, Spirito N, Gosshein R. Endometriosis causing colon obstruction in two postmenopausal women. *Mt Sinai J Med* 1992; 59: 362.
12. Sampson JA. The development of the implantation theory for the origin of peritoneal endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1939; 29: 549.
13. Weed JC, Ray JE. Endometriosis of the bowel. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 727.
14. Wright J. The diagnosis and management of infiltrating nodular recto - vaginal endometriosis. *Curr Op Obst Gynecol* 2000; 12: 283.
15. Miller R. Less frequent causes of lower gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 1994; 23: 21.
16. Kidney M, Goiney R, Cooperberg PL. Adenomyosis of the gallbladder. A pictorial exhibit *J Ultrasound Med* 1986; 5: 331.
17. Rovati V, Faleschini E, Vercellini P, Nerbetti G, tagliabue G, Benzi G. Endometrioma of the liver. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 1490.
18. Goswami AK, Sharma SK, Tandon SP, et al. Pancreatic endometriosis presenting as a hypovascular renal mass. *J Urol* 1986; 135: 112.19.
19. Daya D, O'Connell G, DeNardi F. Rectal endometriosis mimicking solitary rectal ulcer syndrome. *Modern Patology* 1995; 8: 599.
20. Wright YT. The diagnosis and management of infiltrating nodular recto-vaginal endometriosis. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2000; 12: 283-287.
21. Minocha A, Davis MS, Wrihth RA. Small bowel endometriosis masquerading as regional enteritis. *Dig Dis Sci* 1994; 39: 1126.
22. Goodman P, Raval B, Zimmerman G. Perforationj of the colon due to endometriosis. *Gatrountest Radiol* 1990; 15: 346.
23. Romanini C, Ciavattini A, Cignitti M. Endometriosis carcinoma arising in endometriosis: Case report. *Eur J Gynecol* 1992; *Oncol* 13: 228.
24. Brooks JJ, Wheeler JE. Malignancy arising in extragonadal endometriosis. *Cancer*1977; 40: 3065.
25. Hitti IF, Glasberg SS, Lubicz S. Clear cell carcinoma arising extraovarian endometriosis: Report of three cases and review of the literature. *Gynecol Oncol* 1990; 39: 314.
26. Nezhat C, Kazerooni T, Berker B, Lashay N, Fernandez S, Marziali M. Laparoscopic management of hepatic endometriosis: Report of two cases and review of the literature. *AAGL, Elsevier*. 2005.
27. Bergqvist A. Extragenital endometriosis: A review. *Eur J Surg* 1992; 188: 7.
28. Posner MP, Fowler JE, Meeks GR. Vesical endometriosis 12 years after a cesarean section. *Urology* 1994; 44: 285.
29. Lam AM, French M, Charnock FM. Bilateral ureteric obstruction due to recurrent endometriosis associated with replacement therapy. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 1992; 32: 83.
30. Slutsky JN, Callahan D. Endometriosis of the ureter can present as renal failure: A case report and review of endometriosis affecting the ureters. *J Urol* 1983; 130: 336.
31. Al-izzi MS, Horton LW, Kellejer J. Malignant transformation in endometriosis of the urinary bladder. *Histopathology* 1989; 14: 191.
32. Hyler DB, Baluch JD, Taylor RR. Intramural vesical endometriosis. *J Reprod Med* 1994; 39: 832.
33. Ryan JF, Booth CM. Endometriosis in the ureter. *Br J Urol* 1992; 69: 430.
34. Wu YC, Liang CC, Soong YK. Suburethral endometrioma. A case report. *J Reprod Med* 2003; 48: 204.
35. Makar AP, Wauters HA, Van Dijck HH. Vesical endometriosis: Value of laparoscopy. *Br J Urol* 1993; 72: 115.
36. Whitman GJ, McGovern FJ. Endometriosis of the bladder detected by pelvic ultrasonography. *J Ultrasound Med* 1994; 13: 155.
37. Vercellini P, Meschia M, DeGiorgio O, Panazza S, Cortesi LL, Crosignani PG. Bladder detrusor endometriosis: Clinical and pathogenic implications. *J Urol* 1996; 155: 84.
38. Nezhat C, Nezhat F, Green B. Laparoscopic treatment of obstructed ureter due to endometriosis by resection and ureteroureterostomy: A case report. *J Urol* 1992;148: 865.
39. Rivlin ME, Miller JD, Krueger RP, Patel RB, Bower JD. Leuprolide acetate in the management of ureteral obstruction caused by endometriosis. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 532.
40. Nezhar CR, Nezhat FR. Laparoscopic segmental bladder resection for endometriosis: A report of two cases. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 882.
41. Joseph J, Sahn SA. Thoracic endometriosis Syndrome: Mew observations from an analysis of 110 cases. *Am J Med* 1996;100: 164.
42. Elliot DL, Barker AF, Dixon LM. Catamenial hemoptysis: New methods of diagnosis and therapy. *Chest* 1985; 87: 687.
43. Joseph J, Reed C, Sahn SA. Thoracic endometriosis: Recurrence following hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy and succesful treatment with talc pleuodesis. *Chest* 1994; 106: 1894.
44. Lolis D, Adonakis G, Kontostolis E, Pneumatikos J, Malamou-Mitsi V. Succesful conservative treatment of catamenial pneumothorax with GnRH agonist. *Arch Gynecol Obstet* 1995; 256: 163.
45. Shek Y, DeLia JE, Pattillo RA. Endometriosis with a pleural effusion and ascites: Report of a case treated with nafarelin acetate. *J Reprod Med* 1995; 40: 540.
46. Diaz G, Niño A, Castillo M. Endometriosis en la cicatriz de episiotomía y en vagina: Informe de un caso y revisión de la literatura. *Ginecol Obstet Méx* 2002; 70: 281.
47. Esquivel-Estrada V, Briones-Garduño JC, Mondragón-Balasteros R. Implante de endometriosis en cicatriz de operación cesárea. *Cir Ciruj* 2004; 72: 113.
48. Taff L, Jones S. Cesarean scar endometriosis: A report of two cases. *J Reprod Med* 2002; 47: 50.
49. Dwivedi AJ, Agrawal SN, Silva YJ. Abdominal wall endometriosis. *Dig Dis Sci* 2002; 47: 456.
50. Duke R, Fawcett P, Booth J. Recurrent subarachnoid hemorrhage due endometriosis. *Neurology* 1995; 45: 1000.
51. Oei SG, Peters AA, Welvaart K, Bode PJ, Fleuren GJ. Agressive endometriosis in bone. *Lancet* 1992; 339: 1477.
52. Giangarra C, Gallo G, Newman R, Dofrman H. Endometriosis in the biceps femoris. *J Bone Joint Surg* 1987; 69A: 290.