

Manejo del nódulo en cicatriz de Pfannenstiel en régimen de CMA: diagnóstico diferencial y actitud terapéutica

J. I. Miota, P. González, M. Cortiñas¹, J. A. González, P. Cascales, J. Valer²

Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo, ¹Anestesiología-Reanimación y ²Anatomía Patológica. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia (UCMA). Complejo Hospitalario y Universitario de Albacete

RESUMEN

Introducción: Un nódulo descubierto en torno a una cicatriz de tipo Pfannenstiel es un reto diagnóstico por su múltiple y variada etiología. Se debe considerar la posibilidad de que se trate de una endometriosis cicatricial.

Pacientes y método: Se estudiaron de forma retrospectiva 17 pacientes que consultaron por nódulo doloroso pericicatricial. Se analizaron las variables: edad, antecedentes médicos, sintomatología, estudios de imagen, diagnóstico preoperatorio y postoperatorio, tratamiento realizado y estudios posteriores. El procedimiento quirúrgico se realizó en régimen ambulatorio.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 33,7 años (rango 25-44), con una mediana de 33. En 14 casos la cirugía previa fue cesárea y en 3 fueron histerectomías. El motivo de consulta en todos los casos fue la existencia de un nódulo o masa sobre la antigua cicatriz, con un dolor cíclico en 6 de ellos. El diagnóstico preoperatorio fue de hernia (5 casos); granuloma a cuerpo extraño (7 casos); y endometrioma (5 casos). El diagnóstico anatomopatológico de endometrioma se dio en 9 casos. El tratamiento fue la exéresis de los endometriomas y granulomas, y la hernioplastia con prótesis en los casos de hernia laparotómica. No hubo morbilidad asociada. El seguimiento de los casos de endometriosis incluyó los controles ginecológicos, descubriéndose afectación ovárica con posterioridad en 7 de los 9 casos estudiados.

Discusión: Una buena anamnesis junto con las pruebas de imagen pertinentes facilita el diagnóstico diferencial del nódulo pericicatricial. Es posible realizar con éxito el procedimiento quirúrgico en régimen ambulatorio. En los casos de endometriosis es indispensable el seguimiento ginecológico posterior.

Palabras clave: Cirugía ambulatoria. Endometriomas. Cicatriz abdominal.

ABSTRACT

Introduction: A nodule discovered around a scar of Pfannenstiel type raises diagnostics doubts to the facultative. We must consider the possibility in question of a cicatricial endometriosis.

Patients and method: 17 patients were studied in a retrospective form who consulted by pericicatricial painful nodule. The age of the patients, medical antecedents, symptomatology, studies of image, preoperating diagnosis, postoperating diagnosis, later treatment and studies were analyzed. The surgical procedure was made in ambulatory regime.

Results: The average age of the patients was 33,7 years (rank 25-44), median of 33. In 14 cases the previous surgery was caesarean and 3 were hysterectomies. The reason for consultation in all the cases was nodule or mass on the old scar, related to cyclical pain in 6 them. The preoperating diagnosis was hernia (5 cases); granuloma to strange body (7 cases); and endometrioma (5 cases). The pathologic diagnosis of endometrioma occurred in 9 cases. The treatment was the exeresis of endometriomas and granulomas, and hernioplastia with prothesis in the cases laparotomic of hernia. There was no morbidity. The pursuit of the cases of endometriosis included the gynaecological controls, being discovered ovarian affection later in 7 of the 9 studied cases.

Discussion: A good anamnesis along with the pertinent tests of image facilitates the differential diagnosis of the pericicatricial nodule. The later gynaecological pursuit is possible successfully to make intervention surgical in ambulatory regime. In the cases of endometriosis is indispensable.

Key words: Ambulatory surgery. Endometriomas. Abdominal scar.

Miota JJ, González P, Cortiñas M, González JA, Cascales P, Valer J. Manejo del nódulo en cicatriz de Pfannenstiel en régimen de CMA: diagnóstico diferencial y actitud terapéutica. *Cir May Amb* 2007; 12: 17-21.

INTRODUCCIÓN

A la consulta de cirugía general se remiten numerosos pacientes con el diagnóstico de “masa” o “nódulo” pericicatricial, en ocasiones acompañados de dolor de tipo somático o

Recibido: marzo 2006.

Aceptado: mayo 2006.

Correspondencia: José Ignacio Miota de Llama. C/ Ríos Rosas, 17, piso 5. 02204 Albacete. e-mail: jimiotad@sescam.jccm.es

neuropático. Cuando ese nódulo se localiza en torno a una cicatriz de cesárea como la de Pfannenstiel, su diagnóstico es un reto (1), que se ha de superar con una adecuada anamnesis y exploración. El uso de diversas pruebas de imagen y, en los casos de duda, el diagnóstico citológico mediante punción con aguja fina (2) son de notable ayuda para su diagnóstico preoperatorio. Se debe considerar a la endometriosis pericicatricial entre las diversas etiologías clínicas.

Con este trabajo pretendemos enfocar el diagnóstico diferencial del nódulo pericicatricial, el cual determina claramente la actitud quirúrgico-anestésica a seguir; basándonos en la experiencia de un grupo de pacientes intervenidos en régimen ambulatorio, que han presentado diagnósticos postoperatorios diferentes ante una situación clínica muy similar. Todo ello refrendado por la revisión de la bibliografía al respecto.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal de 17 pacientes intervenidos en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) y Corta Estancia (CCE), las cuales acudieron a consultas externas de cirugía general entre los años 2000-2005. Su motivo de consulta fue "masa" o "nódulo" pericicatricial tras cirugía obstétrico-ginecológica, a través de incisión de Pfannenstiel.

Se diseñó una hoja de recogida de datos que incluyó el número de historia clínica, edad, antecedentes médicos y quirúrgicos, sintomatología clínica y diagnóstico preoperatorio, estudios de radiodiagnóstico y citológicos, intervención realizada, procedimiento anestésico utilizado y el diagnóstico postoperatorio definitivo.

El *procedimiento quirúrgico* fue la excisión en los casos de nódulo subcutáneo o supra-aponeurótico y la hernioplastia en los casos de hernia. Una de las pacientes presentó un nódulo endometriósico de localización en plano músculo-aponeurótico, por lo que también se reparó el defecto con una prótesis de polipropileno (Figs. 1 y 2).

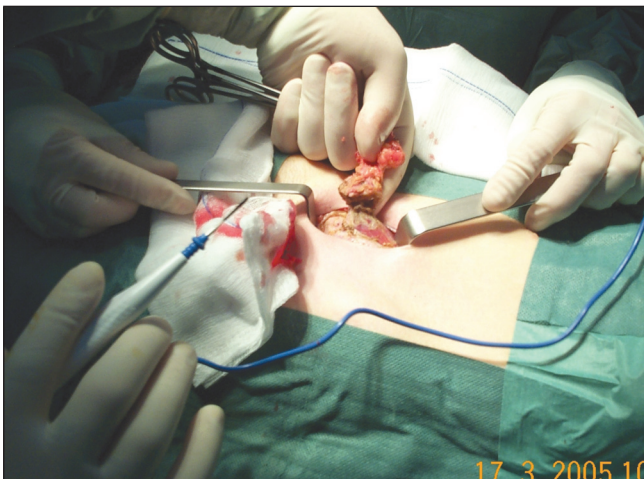


Fig. 1. Nódulo endometriósico en plano músculo-aponeurótico.

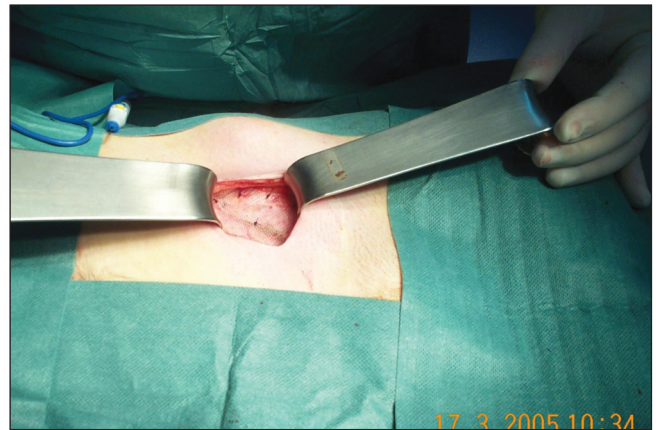


Fig. 2. Reparación del defecto músculo-aponeurótico con prótesis de polipropileno.

El seguimiento postoperatorio y los estudios posteriores se llevaron a cabo al mes, tres meses y a los seis meses de la cirugía, siendo evaluados por el Servicio de Ginecología mediante anamnesis y exploración clínicas, estudios analíticos y con ecografía abdomino-pélvica.

RESULTADOS

Los aspectos clínicos y diagnósticos se reflejan en la tabla I. Observamos que la edad media de las pacientes se sitúa en la tercera década de la vida y que el antecedente quirúrgico-obstétrico más común es la intervención de cesárea. La *clínica* referida en todos los casos fue "masa" o "nódulo"; generalmente doloroso y relacionado o no con las variaciones hormonales del ciclo menstrual. En ocasiones aumentaba con las maniobras de valsalva. En nuestra serie, la existencia de un nódulo o masa dolorosa que variaba en intensidad con carácter catamenial coincidió con el diagnóstico definitivo de endometriosis en el 100% de los casos; no obstante no todos los casos de endometriosis presentaron este carácter cíclico del dolor.

La *prueba de imagen* más comúnmente solicitada fue la ecografía de partes blandas (82,35%), seguida de la TAC y la radiografía de abdomen. Estas pruebas fueron de gran ayuda especialmente en los casos de hernia laparotómica y en 5 de los casos de endometriosis en que el diagnóstico ecográfico fue sospechado acertadamente. Las figuras 3 y 4 revelan algunos de los hallazgos radiológicos.

El *diagnóstico preoperatorio* de sospecha fue acertado en 10 de los 17 casos estudiados (58,82%).

El *diagnóstico postoperatorio* definitivo fue de endometriosis en 9 casos, de los cuales se sospecharon preoperatoriamente sólo 5 (55,6%); todas ellas mediante anamnesis, exploración clínica y la ayuda de la ecografía de partes blandas.

El procedimiento quirúrgico se realizó en 12 casos (70,6%) bajo anestesia local; 4 (23,5%) mediante anestesia

TABLA I

ASPECTOS CLÍNICOS Y DIAGNÓSTICOS DE LA SERIE

<i>n</i>	<i>Edad</i>	<i>Procedimiento quirúrgico</i>	<i>Clínica</i>	<i>Pruebas radiológicas</i>	<i>Diagnóstico preoperatorio</i>	<i>Diagnóstico postoperatorio</i>
1	25	Cesárea	Masa, dolor cíclico	ECO, Rx abdomen	Endometrioma	Endometrioma
2	28	Cesárea	Masa indolora	Rx abdomen	Granuloma a cuerpo extraño	Endometrioma
3	33	Cesárea	Masa, dolor	ECO	Hernia	Hernia
4	31	Cesárea	Nódulo, dolor cíclico	ECO	Endometrioma	Endometrioma
5	42	Histerectomía	Masa, dolor cíclico	ECO	Endometrioma	Endometrioma
6	31	Cesárea	Nódulo indoloro	TAC, ECO	Hernia irreductible	Endometrioma
7	36	Cesárea	Nódulo aumenta con el valsalva	ECO	Granuloma	Hernia
8	35	Histerectomía	Masa, dolor no cíclico	TAC, ECO	Hernia	Hernia
9	36	Cesárea	Masa, no dolor	ECO	Granuloma	Endometrioma
10	30	Cesárea	Nódulo indoloro, aumenta con valsalva	Rx abdomen, ECO	Granuloma	Hernia encarcerada
11	29	Cesárea	Masa dolorosa	ECO, Rx abdomen	Hernia	Hernia
12	26	Cesárea	Nódulo dolor no cíclico	ECO	Intolerancia hilo sutura	Granuloma
13	35	Cesárea	Masa que aumenta con el valsalva	TAC	Hernia	Hernia
14	39	Cesárea	Nódulo, no dolor	Rx abdomen	Granuloma	Endometrioma
15	44	Histerectomía	Masa dolorosa	ECO	Granuloma	Hernia
16	33	Cesárea	Nódulo, dolor cíclico	ECO	Endometrioma	Endometrioma
17	40	Cesárea	Masa dolorosa	ECO	Endometrioma	Endometrioma



Fig. 3. Ecografía de partes blandas. Nódulo endometriósico sobre cicatriz de Pfannenstiel.

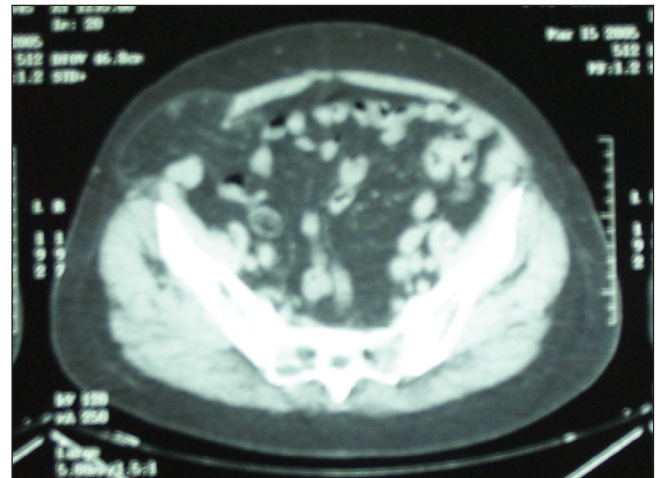


Fig. 4. TAC abdominal. Hernia de pared abdominal a nivel de cicatriz de Pfannenstiel.

sia locorreional y 1 (5,9%) con anestesia general. Todas las pacientes se intervinieron en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

El *informe anatomopatológico* en los casos de endometriosis fue de área nodular formada por tejido conectivo denso y glándulas revestidas por epitelio cilíndrico y

estroma celular con hemosiderina y macrófagos (Figs. 5 y 6).

Las pacientes con endometriosis se evaluaron de forma sucesiva en consulta de Ginecología, descubriéndose nuevos focos en 7 de las 9 pacientes (71,7%); todos ellos de localización ovárica. No hubo recidivas locales.

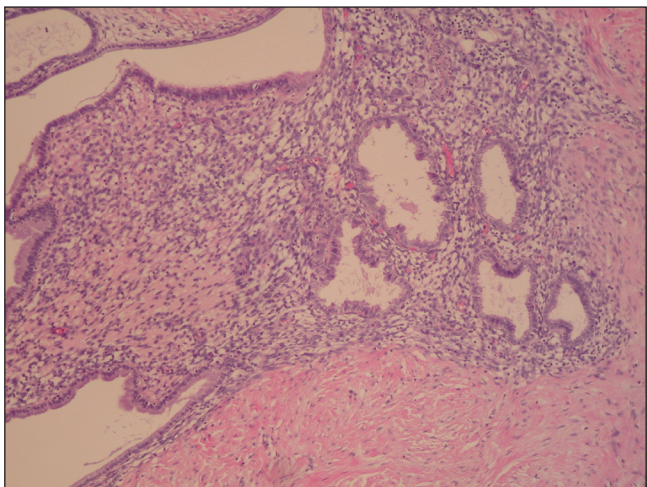


Fig. 5. Glándulas endometriales revestidas por epitelio cilíndrico y separadas por estroma endometrial. HE 10x.

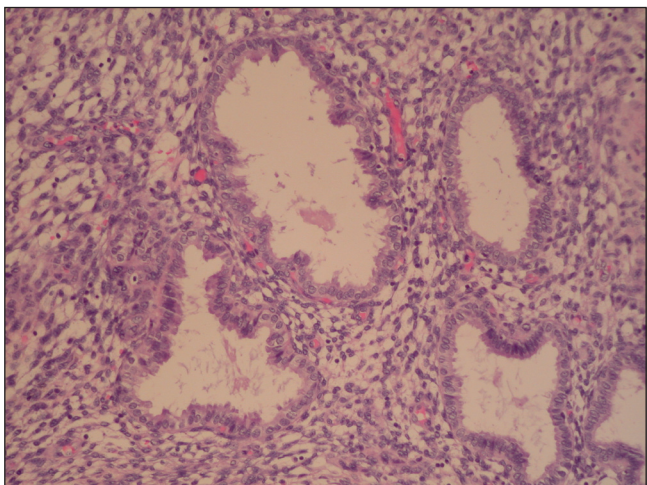


Fig. 6. Glándulas endometriales revestidas por epitelio cilíndrico y separadas por estroma endometrial. HE 20x.

DISCUSIÓN

Se define la endometriosis como el crecimiento anormal de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, su localización habitual (3-5). En su patogenia se consideran distintas teorías (linfática, sanguínea, metaplásica, inmunológica, genética, etc.) (1,6), pero ninguna de ellas es capaz por sí sola de explicar todos los casos. Es relativamente frecuente, pues aparece en el 8-15% de las mujeres en edad fértil. No obstante, la localización extrapélvica de la endometriosis es más rara, estimándose en un 12% de las mujeres con endometriosis pélvica ya conocida (5). Esto, unido a que la incidencia de otras patologías como son las eventraciones laparotómicas, abscesos y granulomas es mucho más alta, hace que la endometriosis en una

cicatriz sea a menudo un hallazgo inesperado para el cirujano general y que se confunda con otras patologías.

Es relativamente frecuente que los pacientes consulten por presentar un nódulo o masa sobre una cicatriz de intervención quirúrgica. Si se trata de una incisión suprapúbica tipo Pfannenstiel se plantean varias alternativas diagnósticas: eventración, granuloma a cuerpo extraño, hematoma, absceso o foco endometriósico (2).

En especial una buena anamnesis (*cualquier tumoración que asiente en una antigua cicatriz, especialmente en mujeres en edad fértil, debe hacer sospechar el diagnóstico de endometrioma*) (2); pero en muchos casos la ayuda de las diversas pruebas de imagen y citológicas (PAAF) nos permiten plantear un adecuado enfoque diagnóstico que condicionará la actitud quirúrgica a seguir. No obstante, no es fácil realizar un diagnóstico preoperatorio acertado pues muchos de los síntomas son comunes a distintas patologías (3). El dolor que empeora con la tos y los esfuerzos, una masa palpable de tamaño variable; e incluso las pruebas radiológicas nos pueden crear dudas sobre la etiología del proceso y posibles defectos de continuidad de la pared abdominal. El estudio anatomopatológico mediante punción con aguja fina (PAAF) puede ser de gran ayuda si la sospecha de endometriosis es alta y se descarta clínicamente la presencia de una hernia.

No existe acuerdo sobre si las pruebas de diagnóstico radiológico (ECO, TAC, RNM) son necesarias o no; así mientras hay quien defiende su utilidad para valorar la naturaleza quística o sólida de la lesión (4,6,7), otros defienden que sólo estarían justificadas en casos de sospecha de hernias o eventraciones (2), apoyados en la inespecificidad, manifiesta en muchas ocasiones, de las imágenes. Nosotros pensamos que pueden ser de gran ayuda para delimitar y cuantificar la extensión y localización del nódulo o masa en cuestión. Su realización preoperatoria está mucho más justificada cuando el abanico de posibilidades es tan amplio que incluye en el diagnóstico diferencial hernias, hematomas, endometriosis, granulomas a cuerpo extraño, abscesos cronicados, tumores de partes blandas, neuromas, adenopatías y quistes epidérmicos (2,4,5,8,9).

La histología de las lesiones generalmente revela estructuras glandulares y tejido estromal, típicos de tejido endometrial. Si coexisten hemorragia o respuesta inflamatoria secundaria se pueden observar macrófagos con hemosiderina, leucocitos, linfocitos e incluso células gigantes multinucleadas.

El tratamiento de elección es siempre el quirúrgico (4,10), siendo las recidivas excepcionales y puede realizarse en régimen de cirugía mayor ambulatoria bajo anestesia local o locorregional en la mayoría de los casos.

Hemos observado un alto porcentaje de endometriosis ovárica coexistente durante el seguimiento posterior, por lo que creemos indispensable el control ginecológico en los casos de endometriosis cicatricial, como ya se constata en la bibliografía revisada (1,2,5).

Por todo ello podemos concluir que en el manejo del nódulo pericicatricial:

1. Es fundamental la realización de una buena anamnesis e historia clínica.
2. Las distintas pruebas de radioimagen (ECO, TAC, RNM) (7) pueden ser de gran ayuda.
3. El diagnóstico preoperatorio acertado es difícil.
4. Los procedimientos quirúrgicos se pueden realizar en muchas ocasiones bajo anestesia local y sedación, en régimen ambulatorio.
5. Ante un nódulo pericicatricial hay que considerar siempre la posibilidad diagnóstica de un endometrioma (11,12).

BIBLIOGRAFÍA

1. González Sanz G, Alcón Caracena A, Elósegui Aguirrezabala JL, Olaizola Ayerdi A, Berdejo Lambarri L, Elorza Orúe JL. Endometriosis: un reto diagnóstico para el cirujano general. *Cir Esp* 1997; 62: 435-8.
2. Hidalgo LA, Heredia A, Fantova MJ, Badía JM, Suñol X. Endometriomas de pared abdominal: aspectos diagnósticos. *Cir Esp* 2001; 70: 34-7.
3. Wolf Y, Haddad R, Werbin N, Skornik Y, Kaplan O. Endometriosis in abdominal scars: A diagnostic pitfall. *Ann Surg* 1996; 62: 1042-4.
4. González Valverde FM, Ballester A, Méndez M, Montesinos JM, Parra P, Soriano H. Endometriosis extraperitoneal. *Cir Esp* 1999; 66: 265-7.
5. Friedman P, Joyce Rico M. Endometriosis cutánea. *Dermatol J* 2000; 6 (1): 8.
6. Parra PA, Caro J, Torres G, Malagón FJ, Tomás F. Endometriosis primaria de pared abdominal, una enfermedad que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones de pared abdominal. *Cir Esp* 2006; 79 (1): 64-6.
7. Francica G, Giardello C, Angelote G, Cristiano S, Finelli R, Tramontano G. Abdominal wall endometriomas near caesarean delivery scars: Sonographic and colour doppler findings in a series of 12 patients. *J Ultrasound Med* 2003; 22 (10): 1041-7.
8. Vélez SE, Piccinni DJ, Caminos S, Spitale LS, Ferrari JC. Abdominal wall endometriosis: Case report. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba* 2004; 61 (1): 29-34.
9. Donati M, Gandolfo L, Cavallaro G, Ciancio F, Brancato G. Endometriosis of the abdominal wall (authors' experience). *Ann Ital Chir* 2004; 75 (1): 29-34.
10. Paterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: Report of eight cases. *Ann Surg* 1999; 65: 36-9.
11. Occipinti KA, Frankel SD, Hricak H. The ovary computed tomography and magnetic resonance imaging. *Radiol Clin North Am* 1993; 31: 1115-32.
12. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *J Surg* 2003; 185 (6): 596-8.