

Endometriosis en saco herniario crural

Juan Pastor Roldán Aviña, María Jesús Pérez de la Fuente, Silvia Merlo Molina y Francisco Javier Torres Gómez.

Hospital de Alta Resolución Sierra Norte (Agencia Pública Sanitaria Bajo Guadalquivir), Constantina, Sevilla

Resumen

La endometriosis se caracteriza por la presentación de tejido endometrial ectópico, siendo la localización extraperitoneal rara, y aún más infrecuente que aparezca en un saco herniario inguinal o crural.

Presentamos a una mujer de 45 años que presentaba tumoración en región inguinal derecha de un mes de evolución estudiada por Medicina Interna por probable bloque adenopático confirmado inicialmente mediante ecografía y TAC, y con analítica normal (incluyendo serología y marcadores tumorales). Se remite a Cirugía para valoración por crecimiento, completando el estudio con nueva ecografía y TAC, así como PAAF y posteriormente RMN que informan de quiste en región inguinal. Se intervino quirúrgicamente encontrando saco herniario crural con contenido exclusivamente líquido serosanguinolento, apreciándose implantes endometriales en el saco.

PALABRAS CLAVE: endometriosis. Saco herniario. Hernia crural.

Introducción

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial ectópico (glándulas y estroma) y que responde al estímulo hormonal ovárico. Su frecuencia de presentación varía entre 3-15% de las mujeres en edad fértil y su localización más frecuente es en el interior de la cavidad abdominal¹. Entre los implantes extragenitales y extraperitoneales, son posibles los implantes en el ligamento redondo, conducto de Nuck, asociados o no a la existencia de hernia².

La clínica suele ser la de una tumoración que produce molestias y que puede sufrir cambios en su tamaño a lo largo del ciclo menstrual³. El diagnóstico diferencial incluye las hernias inguinales y crurales, adenopatías, tumoraciones de partes blandas (lipomas, quiste sebáceo,...) y patología vascular (varices de la safena interna, aneurismas de la arteria femoral,...)⁴.

Se realiza una revisión bibliográfica y se discuten el manejo diagnóstico y el terapéutico.

Caso clínico

Mujer de 45 años de edad con dolor en FID y región inguinal derecha, intermitente, de varios años de evolución y que relaciona con la menstruación. Desde un mes antes de consultar el dolor es más intenso y frecuente, con sospecha clínica de hernia crural derecha no reductible. Se solicita ecografía no aprecia saco herniario ni defecto en región crural, visualizando adenopatías inguinales derechas. Se completa el estudio mediante TAC de abdomen que tampoco visualiza hernias a nivel de pared abdominal y región inguinal y si un bloque adenopático de 4,2 cm en región inguinal derecha. La paciente queda a cargo de Medicina Interna que completa estudio analítico incluyendo serología y marcadores tumorales que son todos negativos. Se sugiere la posibilidad de PAAF-ecoguiada (figura 1) que también se realiza obteniendo como resultado 30 cc de líquido serosanguinolento que es informado como material hemático. Se realiza un segundo TAC de abdomen que continúa describiendo una lesión lobulada de 4,5 cm de predominio quístico-líquido inclinándose más por una lesión inducida por un traumatismo como hematoma en resolución, seroma o linfocele, sin poderse descartar adenopatía necrosada (figura 2).

La paciente es remitida a la consulta de Cirugía para valoración de biopsia exéretica. Se reexplora a la paciente que presenta una tumoración no reductible en región crural derecha,

Correspondencia: Juan Pastor Roldán Aviña. Hospital de Alta Resolución Sierra Norte (Agencia Pública Sanitaria Bajo Guadalquivir). Calle Doctor Larrauri s/n. 41.450 – Constantina. Sevilla. juanp.roldan.sspa@juntadeandalucia.es

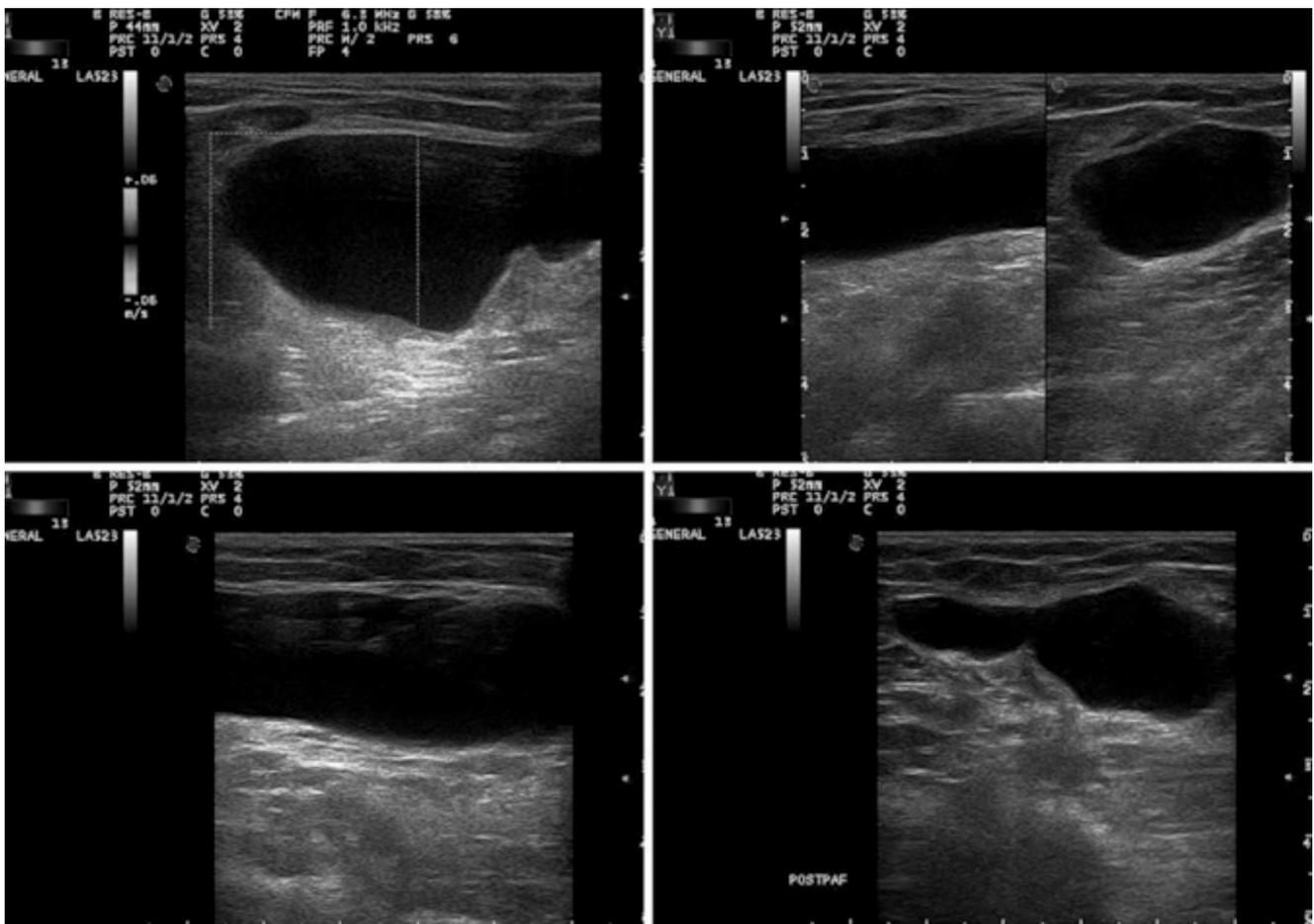


Figura 1. Hallazgos ecográficos, incluyendo aspecto post-punción.

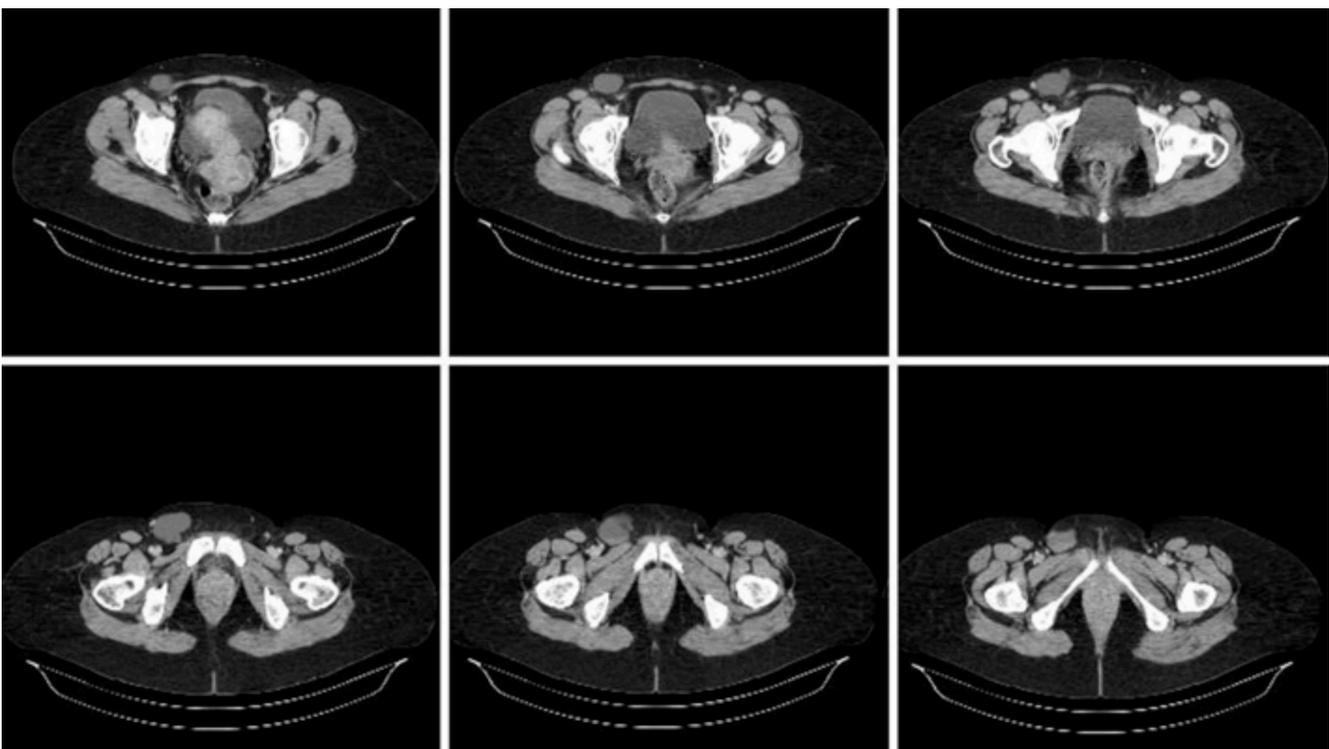


Figura 2. TAC de abdomen.

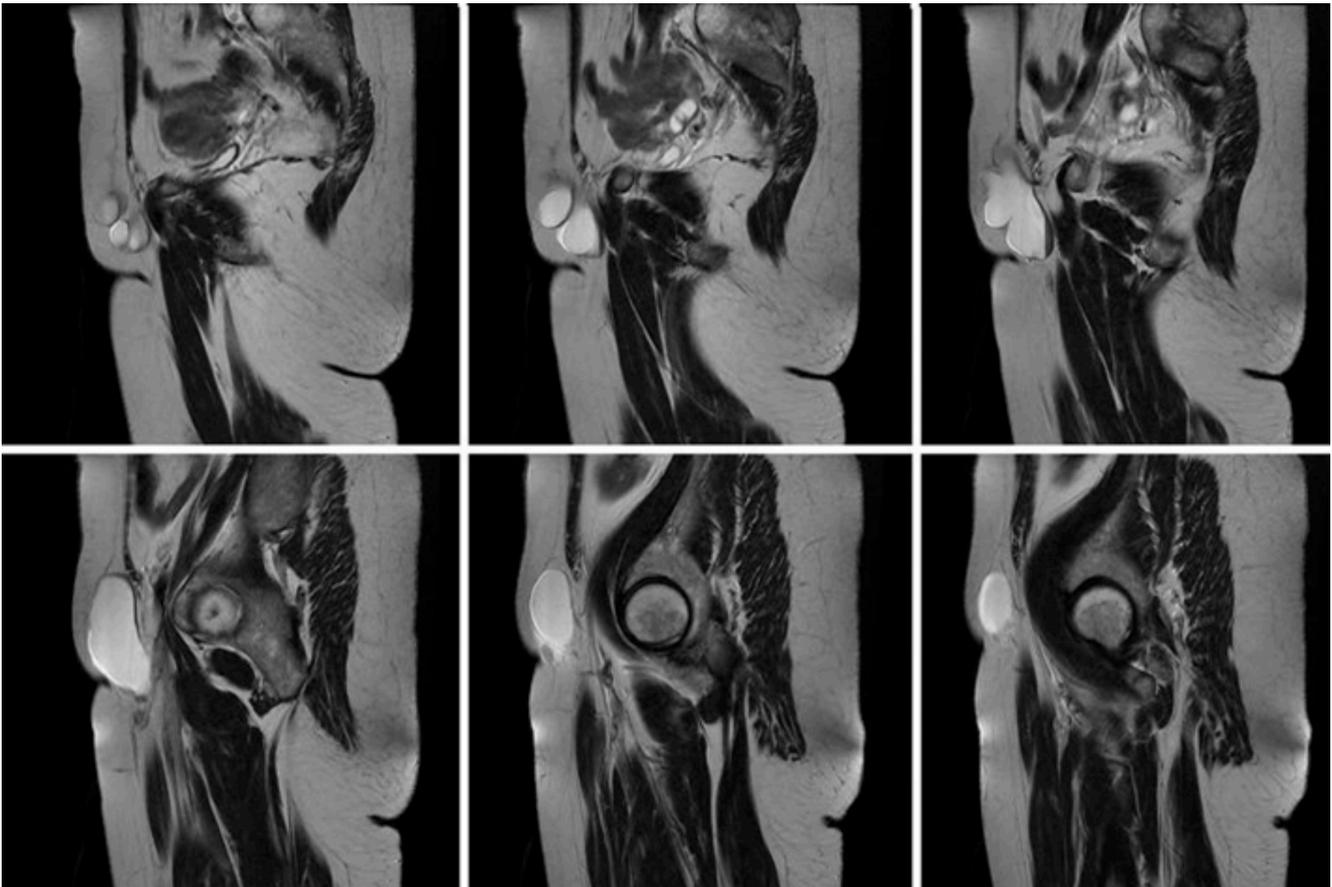


Figura 3. RMN de abdomen (cortes sagitales).

de consistencia blanda y elástica, no dolorosa, de alrededor de 4x6 cm con eje mayor longitudinal. Previo a la cirugía, y sospechando por la forma de presentación del dolor característicamente previo a la menstruación que pudiese existir una endometriosis, se solicita RMN pelvis que visualiza lesión de comportamiento quístico de 70 × 45 × 37 mm en región inguinal derecha, sin captación de contraste (figura 3).

Finalmente la paciente es intervenida de forma programada, bajo anestesia raquídea y sedación, con profilaxis antibiótica con Cefazolina 2 g IV. Se realiza incisión en región crural derecha apreciando justo bajo el tejido celular subcutáneo una tumoración quística rellena de líquido violáceo que parece corresponder a saco herniario crural. Se procede a su vaciamiento parcial extrayendo 10 c que se remiten para estudio citológico. Se confirma la existencia de un mínimo defecto a nivel crural con un orificio de menos de 1 cm. Se realiza apertura del saco vaciándolo de contenido y observando zonas marronáceas de 1-2 mm en su interior que parecen corresponder con implantes endometriales. Se realiza ligadura alta del saco y resección del mismo remitiéndolo para estudio histopatológico. La intervención se completa mediante hernioplastia preperitoneal anterior con tapón de polipropileno que se fija con puntos sueltos de polibutéster 2/0 al pubis por debajo y al ligamento inguinal por arriba. El postoperatorio cursó sin incidencias, encontrándose la paciente asintomática tras las intervenciones pendiente de valoración por Ginecología

El diagnóstico citológico e histopatológico es de hallazgos compatibles con endometriosis.

Discusión

La endometriosis es relativamente frecuente, donde un grupo de células endometriales se implantan fuera de la cavidad uterina, continuando bajo estímulo hormonal por lo que los síntomas suelen ser cíclicos. Estos implantes celulares se localizan preferentemente en los ovarios, serosa uterina, ligamento ancho, peritoneo parietal y mesenterio. Más atípicas son la localización en vagina y genitales externos, y aún con más rareza en la ingle, conducto inguinal o el propio ligamento redondo (0,3-0,6% de los casos)²

Respecto a los síntomas puede asociarse de forma variable a dolor (permanente o intermitente), dispareunia, dismenorrea y excepcionalmente a infertilidad⁵, además una tumoración en la región inguinal predominantemente en el lado derecho como en nuestro caso y asociándose a hernia inguinal en alrededor de un 25% de las pacientes⁶.

En cuanto a las pruebas diagnósticas⁷ la ecografía se muestra como la que proporciona mayor información pudiendo presentar patrones quísticos, sólidos o mixtos, con o sin septos en su interior. Es útil la punción-ecoguiada sobre todo para

descartar procesos malignos. El TAC y la RMN suelen mostrar hallazgos inespecíficos y no añaden valor al examen ecográfico.

La exéresis del saco es suficiente para el tratamiento de esta localización de endometriosis^{6,8}, y si se detecta intraoperatoriamente y es posible, se recomienda la realización de una laparoscopia diagnóstica⁸.

Bibliografía

- 1.- González-Santín V, Robres J, Farreras N, Ortiz L, Buqueras C, Bachs E et al. Endometriosis de la pared abdominal. Revisión de una serie de 17 casos. *Clin Invest Gin Obst.* 2.008; 35(1): 2-6.
- 2.- Bruna M, Martín G, Dávila D, Rayón JM, Roig JV. Falsa hernia inguinal por endometriosis en el ligamento redondo. *Prog Obstet Ginecol.* 2.010; 53(8): 320-3.
- 3.- Silverman EA, Quildrian SD, Vigovich FA, Porto EA. Endometriosis del ligamento redondo inguinal. *Cir Esp.* 2.011. 89(7): 469-70.
- 4.- Boereboom CL, Watson N, Sivakumar R, Atwal G, Tierney GM. Endometriosis presenting as an acute groin swelling: a case report. *Cases Journal.* 2.009; 6438.
- 5.- Carvajal A, Braghetto I, Carvajal R, Miranda C. Endometriosis de la pared abdominal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2.007; 72(2):105-10.
- 6.- Apostolidis S, Michalopoulos A, Papavramidis T, Papadopoulos V, Paramythiotis D, Harlaftis N. Inguinal endometriosis: three cases and literature review. *South Med J.* 2.009; 102(2): 206-7.
- 7.- Dal MY, Hyun CK, Jung KR, Joo WL, Gyo YK. Sonographic findings of inguinal endometriosis. *J Ultrasound Med.* 2.010; 29:105-10.
- 8.- Uzunlar AK, Yilmaz F, Yaldiz M, Kaya O, Özeydin M. Inguinal endometriosis: a report of two cases and review of the literature. *Turk J Med Sci.* 2.000; 30: 389-92.