

Endometriosis asociada a cicatriz de episiotomía

Endometriosis associated with episiotomy scar

Brenda Gentile¹, Carla Chessé¹, Jorgelina Vidal², Carolina Innocenti³ y Viviana Parra²

RESUMEN

La endometriosis se define como el crecimiento de glándulas y estroma de tipo endometrial por fuera de la cavidad uterina. Es la segunda patología ginecológica en frecuencia que afecta a mujeres en edad reproductiva y puede comprometer sitios anatómicos intrapélvicos y extrapélvicos. La endometriosis sobre una cicatriz de cirugía ginecológica o una cesárea es poco frecuente. Se presenta como nódulos eritemato-violáceos o del color normal de la piel, que se congestionan y causan dolor en relación con la menstruación. El diagnóstico definitivo se realiza con

el estudio histopatológico y su tratamiento consiste en la resección quirúrgica completa. Se describen dos casos de pacientes con diagnóstico de endometriosis sobre una cicatriz de episiotomía previa.

Palabras clave: endometriosis, endometriosis cicatrizal, endometriosis cutánea.

Dermatol. Argent. 2019, 25 (3): 115-118

ABSTRACT

Endometriosis is defined as the growth of endometrial glands and stroma, outside the uterine cavity. It is the second gynecological pathology in frequency in women of reproductive age, and it can affect intra and extra-pelvic anatomical sites. Endometriosis over a scar from gynecological surgery or cesarean section is rare. It presents as erythematous-violaceous or normal-colored nodules, which becomes congested and causes pain in relation to menstruation. The definitive

diagnosis depends on the histopathological study; and its treatment consists of complete surgical resection. We report two cases of female patients diagnosed with endometriosis on a previous episiotomy scar.

Key words: endometriosis, scar endometriosis, cutaneous endometriosis.

Dermatol. Argent. 2019, 25 (3): 115-118

¹ Residente de Dermatología, Hospital L. C. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina

² Médica Dermatóloga, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina

³ Médica Dermatopatóloga, Hospital L. C. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina

Contacto del autor: Brenda Gentile

E-mail: bren_gentile@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 2/5/2019

Fecha de trabajo aceptado: 20/9/2019

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

INTRODUCCIÓN

El término endometriosis se refiere al crecimiento de glándulas y estroma de tipo endometrial por fuera de la mucosa uterina. Constituye la segunda enfermedad ginecológica más frecuente en las mujeres en edad fértil y se asocia a situaciones dependientes del estrógeno. Puede afectar múltiples sitios anatómicos intrapélvicos y extrapélvicos. Dentro de estos, el desarrollo sobre cicatrices es de presentación infrecuente. Clínicamente se observa como una masa subcutánea palpable de coloración variable, dolorosa, que aumenta de tamaño en relación con el ciclo menstrual. Los estudios complementarios, más allá del estudio histológico, no suelen ser necesarios y el tratamiento definitivo es la resección quirúrgica completa. Se presentan los casos de dos pacientes con diagnóstico de endometriosis sobre cicatrices previas en la zona pélvica.

SERIE DE CASOS

Caso clínico 1

Una mujer de 21 años, con antecedente de una gestación y un parto (1G, 1P), consultó por una lesión en la vulva de 2 meses de evolución sobre una cicatriz de episiotomía realizada durante el parto. En el examen físico presentaba un nódulo eritemato-violáceo, de unos 2 × 2 cm de diámetro, localizado en la cara interna del labio mayor derecho, sobre una cicatriz (Foto 1).



FOTO 1: Lesión nodular eritemato-violácea localizada en la cara interna del labio mayor derecho.

El nódulo era doloroso espontáneamente y a la palpación y no presentaba una importante variación de tamaño y de la sintomatología con el ciclo menstrual.

Caso clínico 2

Una mujer de 32 años, con antecedentes de dos gestaciones y dos partos (2G, 2P) y una cicatriz de episiotomía realizada en el último parto, consultó por una lesión en la vulva de un año de evolución. En el examen físico se evidenciaron pequeños nódulos dispuestos en forma lineal, eritemato-violáceos, dolorosos a la palpación, sin cambios de volumen ni de la sintomatología referida, con el ciclo menstrual. Se encontraban en el extremo inferior del labio mayor derecho, sobre una cicatriz de episiotomía (Foto 2).

En ambas pacientes se realizaron biopsias de la piel para el estudio histopatológico, que informaron epidermis con acantosis, papilomatosis e hiperpigmentación de la capa basal. En la dermis se observaron glándulas revestidas por epitelio cilíndrico simple, rodeadas de tejido conjuntivo laxo, con histiocitos y proliferación de vasos de pequeño calibre. Se apreció, además, extravasación de eritrocitos y depósito de hemosiderina (Fotos 3 y 4). El diagnóstico de ambas biopsias de la piel resultó compatible con endometriosis.



FOTO 2: Pequeños nódulos dolorosos sobre una cicatriz de episiotomía previa.

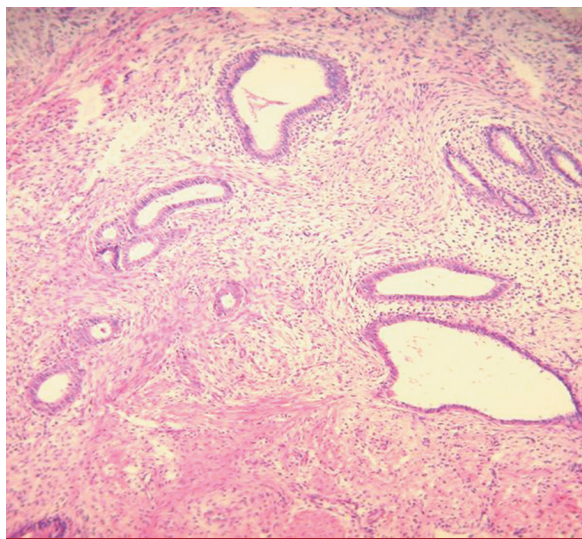


FOTO 3: En la dermis, glándulas rodeadas de tejido conjuntivo laxo con proliferación de vasos de pequeño calibre (HyE, 100X).

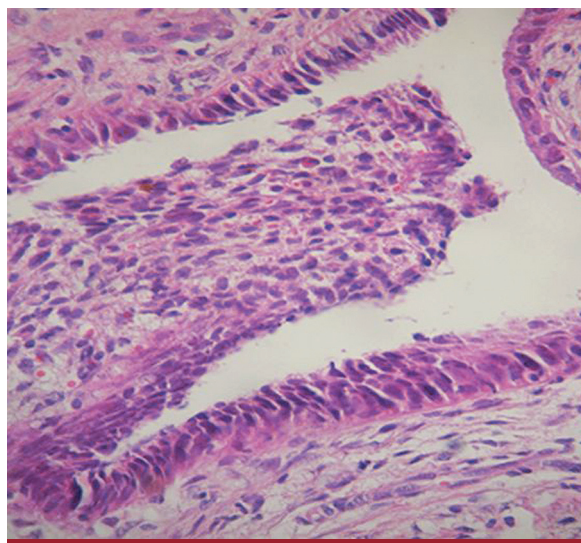


FOTO 4: Glándulas revestidas por un epitelio cilíndrico simple y extravasación de glóbulos rojos (HyE, 400X).

Se realizó la resección quirúrgica completa de la lesión en ambos casos, sin evidenciarse recidiva en los controles efectuados durante un año posterior a esa intervención.

COMENTARIOS

La endometriosis es una enfermedad benigna y crónica, definida como la presencia de tejido endometrial funcional (glándulas y estroma) fuera de la cavidad uterina¹. Constituye la segunda enfermedad ginecológica en orden de frecuencia en las mujeres en edad fértil y afecta al 3-10% de este grupo etario².

El compromiso puede ser tanto intrapélvico como extrapélvico y los sitios de mayor afectación son: ovarios (30%), ligamentos uterinos (18-24%), peritoneo pélvico y trompas de Falopio (20%). También se la describió en el cérvix (0,5%), la vagina, el intestino, el hígado, el pulmón, la pleura y el ombligo³.

Si bien se ha comunicado su presentación sobre cicatrices secundarias a una cirugía ginecológica o una cesárea (0,5-1,5%), el desarrollo en el sitio de episiotomía es muy poco frecuente, lo que dificulta su caracterización^{2,3}.

La endometriosis fue descrita por primera vez por Rokitsky como una proliferación de glándulas epiteliales y estroma que asemejan a los del revestimiento de la mucosa uterina, pero por fuera de esta².

Se han propuesto varias teorías para intentar explicar su etiopatogenia. La más aceptada es la implantación retrógrada de las células endometriales en el peritoneo a través de las trompas de Falopio. Para justificar la ocurrencia en otros sitios anatómicos, se ha planteado la teoría de la metaplasia celómica, linfática y la diseminación hemática. El mecanismo fisiopatogé-

nico de la endometriosis en las cicatrices quirúrgicas se relaciona con el trasplante iatrogénico de endometrio durante el parto o durante una cirugía ginecológica. Además, se han visto implicados factores inmunitarios, genéticos y familiares^{4,5}.

Clínicamente se presenta como una pápula o nódulo bien definido, de color rosa, marrón o eritemato-violáceo, localizado en las cercanías de una cicatriz quirúrgica, acompañado de dolor y congestión en relación con la menstruación. Este cuadro típico ocurre solo en el 50% de las mujeres, ya que puede asociarse también a dolor no cíclico o prurito, como en el segundo caso descrito⁶. El tiempo promedio estimado desde el acto quirúrgico hasta la aparición de la sintomatología es de aproximadamente 38 meses. En las pacientes de los casos comentados, ese período fue más breve, de entre 2 y 12 meses.

Para arribar al diagnóstico definitivo se debe realizar el estudio histopatológico de la lesión, en el cual se observan, a nivel dérmico, múltiples glándulas con epitelio cilíndrico simple rodeadas de un estroma con fibrosis y vasodilatación, además de depósitos de hemosiderina, que son un hallazgo característico en la biopsia de la endometriosis⁷.

Se ha propuesto como prueba diagnóstica la determinación del antígeno CA-125 en el suero, con un valor de corte de 35 UI/ml. Sin embargo, su utilidad es mayor para el seguimiento y la evaluación de la respuesta terapéutica a la endometriosis que para su diagnóstico⁸.

Los estudios por imágenes no suelen ser necesarios, pero pueden resultar beneficiosos para planear la cirugía electiva en los casos de lesiones extensas y para descartar otras patologías. Algunos autores proponen

que la ecografía Doppler sería útil, al objetivar un alto flujo^{1,9}. Por otro lado, la resonancia magnética cuenta con una sensibilidad del 92% y una especificidad del 91-98%, sobre todo para identificar las masas muy pequeñas y diferenciar los endometriomas del tejido circundante³. En los dos casos comentados en este artículo, no precisamos realizar estudios complementarios, ya que las lesiones eran pequeñas y localizadas en un área de fácil abordaje quirúrgico.

En los casos de difícil diagnóstico, la inmunohistoquímica confirma el origen de las células tumorales en el estroma endometrial, por la coexpresión de CD10 y de los receptores de estrógeno y progesterona^{10,11}.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con hernia inguinal, cicatriz queloide, hematoma, granuloma, absceso, quiste o neoplasia de otro origen, hidradenitis y melanoma^{1,9}.

Se han propuesto diferentes métodos para prevenir el desarrollo de la endometriosis cicatrizal. Las principales sugerencias son el cierre del peritoneo visceral y parietal durante la cesárea, y el uso de dosis altas de progesterona durante los primeros 6 meses después de la histerectomía. Por otro lado, el lavado del área de la incisión con solu-

ción salina después de la cesárea puede reducir el riesgo de endometriosis al disminuir la carga celular¹².

La evolución de estas lesiones hacia la degeneración maligna es poco frecuente (0,3-1%). Se describe, en primer lugar, el carcinoma endometriode, seguido por el carcinoma de células claras, el adenocarcinoma seroso y el adenosarcoma⁶.

El tratamiento de primera línea es la resección quirúrgica completa de la lesión, con baja tasa de recurrencias. Algunos autores recomiendan asociar a la cirugía un tratamiento médico hormonal para disminuir la posibilidad de recidiva^{3,5,13}. Cabe destacar que las dos pacientes presentadas no recibieron tratamiento médico hormonal complementario a la cirugía.

CONCLUSIÓN

El interés de la publicación es presentar dos casos de endometriosis asociada a una cicatriz de episiotomía previa, muy infrecuente para esta patología. Cabe resaltar, además, la importancia de hacer un interrogatorio completo que conduzca a la realización de una biopsia para confirmar el diagnóstico y planificar el tratamiento, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Demir M, Yildiz A, Ocal I, Yetimlar MH, et al. Endometriosis in episiotomy scar: a case report. *J Cases Obstet Gynecol* 2014;1:8-10.
- Plotogea MN, Secureanu FA, Ionescu OA, Ionescu SI, et al. Episiotomy scar endometriosis. A case report (en línea), *Revista Ginecologia.ro*, diciembre 2015;3 (10):45-48. Disponible en: <<http://www.revistaginecologia.ro/index.php/arhiv/119>> [Consulta: mayo 2018].
- Odobasic A, Pasic A, Iljazovic-Latifagic E, Arnautalic L, et al. Perineal endometriosis: a case report and review of the literature. *Tech Coloproctol* 2010;14:25-27.
- Buda A, Ferrari L, Marra C, Passoni P, et al. Vulvar endometriosis in surgical scar after excision of the Bartholin gland: report of a case. *Arch Gynecol Obstet* 2008;277:255-256.
- Nasu K, Okamoto M, Nishida M, Narahara H. Endometriosis of the perineum. *J Obstet Gynaecol Res* 2013;39:1095-1097.
- Torres-Cepeda D, Reyna-Villasmil E, Santos-Bolívar J. Endometriosis vulvar. Reporte de caso. *Avan Biomed* 2014;3:38-41.
- Weedon D. Cysts, sinuses and pits. En: Weedon D. *Weedon's skin pathology*. 3.ª ed. Elsevier; 2010:455.
- Hernández-Valencia M. Diagnóstico de la endometriosis. *Perinatol Reprod Hum* 2009;23:25-29.
- Li J, Shi Y, Zhou C, Lin J. Diagnosis and treatment of perineal endometriosis: review of 17 cases. *Arch Gynecol Obstet* 2015;292:1295-1299.
- Sánchez-Ferrer ML, Ferri-Ñíguez B, Schuldt M, Nogales FF. Endometrial stromal nodule of the vaginal wall with a review of vulvovaginal endometrial stromal neoplasms. *Gynecol Oncol Rep* 2014;11:13-15.
- Panizzardi A, Vallarino C, Vargas A, Casas J, et al. Endometriosis umbilical primaria. *Dermatol Argent* 2014;20:130-132.
- Kaplanoglu M, Kaplanoğlu DK, Dincer Ata C, Buyukkurt S. Obstetric Scar Endometriosis: Retrospective Study on 19 Cases and Review of the Literature. *Int Sch Res Notices* 2014; 2014:417042.
- Jeyaseelan S, Kwatra N. A Rare Case of Episiotomy Scar Endometriosis. *J Obstet Gynaecol India* 2016;66:654-655.