

Nota clínica

Endometriosis del conducto inguinal, una infrecuente causa de tumoración de la pared abdominal



Endometriosis of the inguinal canal, an infrequent cause of abdominal wall tumour

**María Ruiz Soriano¹, Francisco Javier Ortiz de Solórzano Aurusa¹,
Beatriz de Andrés Asenjo¹, Laura Casadiego Matarranz², Estíbaliz Obregón Martínez³,
Juan Beltrán de Heredia Rentería¹**

Servicios de ¹Cirugía General y Aparato Digestivo, ²Anatomía Patológica y ³Radiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid (España)

Recibido: 30-12-2017
Aceptado: 15-01-2018

Palabras clave:

Endometriosis, ligamento redondo, tumoración de pared abdominal.

Key words:

Endometriosis, inguinal round ligament, abdominal wall tumor.

Resumen

Introducción: La endometriosis en la región inguinal es una entidad poco frecuente, que aparece en el 0.3-0.6 % de las mujeres con endometriosis.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una mujer de 41 años con una tumoración inguinal derecha con un dolor que se exacerbaba con los ciclos menstruales. Como antecedentes presenta infertilidad y endometriosis pélvica. Se completó el estudio con una resonancia magnética. Se intervino quirúrgicamente realizando una exéresis de la lesión.

Discusión: El estudio anatomopatológico informó de una endometriosis.

Abstract

Background: Endometriosis in the inguinal region is a rare entity, which appears in 0.3-0.6% of women with endometriosis.

Case report: We present the clinical case of a 41-year-old woman with a right inguinal lump with pain that is exacerbated with menstrual cycles. As background, she presented a history of infertility and pelvic endometriosis. The study was completed with a magnetic resonance. He was operated performing an excision of the lesion.

Discussion: The anatomopathological study reported an endometriosis.

* Autor para correspondencia: María Ruiz Soriano. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. C/ Ramón y Cajal, s/n. 47005 Valladolid (España)
Correo electrónico: mruizsoriano92@gmail.com

Introducción

La endometriosis en el conducto inguinal (ECI) es una afección rara. Se presenta en el 0.3-0.6 % de las pacientes con endometriosis, aumentando su incidencia al 15-44 % cuando existen antecedentes de cirugía ginecológica u obstétrica^{1,2}. El primer caso fue descrito por Cullen en 1896³, y, hasta fechas recientes, se han comunicado en la literatura mundial unos 100 casos de endometriosis en el ligamento redondo y 150 casos de endometriosis inguinal². La clínica característica es una tumoración de lento crecimiento en la región inguinal, que se acompaña de dolor con exacerbaciones durante los períodos menstruales^{4,5}.

Caso clínico

Mujer de 41 años de edad, nulípara con varios intentos de inseminación artificial. Intervenido a los 24 años, por vía laparoscópica, de una endometriosis ovárica; en tratamiento habitual con anticonceptivos orales. Acude a la consulta por presentar una tumoración en la región inguinal derecha, con dolor que se exagera con los ciclos menstruales. En la exploración se palpa un nódulo yuxtapúbico derecho, doloroso, sin evidencia de patología herniaria. Se solicitó una resonancia magnética nuclear (RMN) pélvica en la que se apreció una tumoración en el canal inguinal derecho, bien delimitada, de $3 \times 2 \times 1.6$ cm de diámetro, medial a los vasos femorales, con un componente sólido hipointenso y otro hiperintenso en T1 y T2 con discreta restricción a la difusión (fig. 1).

Con la sospecha diagnóstica de un endometrioma inguinal, la paciente fue intervenida quirúrgicamente bajo anestesia raquídea. Se realizó una incisión inguinal derecha, apreciándose una tumoración quística en el ligamento redondo, sin patología herniaria asociada. Se practicó una exéresis de la lesión, que al abrirla contenía un líquido achocolatado (figs. 2 y 3). El posoperatorio fue favorable, siendo dada de alta a las 24 horas. En la revisión en consulta, a las 8 semanas, la paciente se encontraba asintomática.

El estudio histopatológico informó de: fragmento fibroadiposo con presencia de focos de estroma densamente celular, con glándulas de aspecto endometrial de diversos tamaños, sin atipias, con áreas de hemorragia y acúmulos de histiocitos con pigmento hemosiderínico en sus citoplasmas. Asimismo, se observan células mesoteliales reactivas que revisten la superficie de los fragmentos. El marcador inmunohistoquímico del estroma endometrial CD10 fue positivo. El diagnóstico fue quiste endometrial (fig. 4).

Discusión

La endometriosis es una enfermedad crónica que se caracteriza por la presencia de tejido endometrial ectópico. Afecta aproximadamente al 8-22 % de las mujeres en edad fértil, al 21 % de las que tienen problemas de fertilidad y al 15-50 % con dolor pélvico crónico^{6,7}.

La localización más frecuente de la endometriosis es intrapélvica, aunque puede afectar al peritoneo y a cualquier otro órgano de la cavidad abdominal. Las estructuras más frecuentemente implicadas son los ovarios, la superficie uterina, el ligamento ancho, el peritoneo parietal, el mesenterio del íleon, el sigma y el apéndice vermiforme⁸. La endometriosis extraperitoneal (EEP) supone el

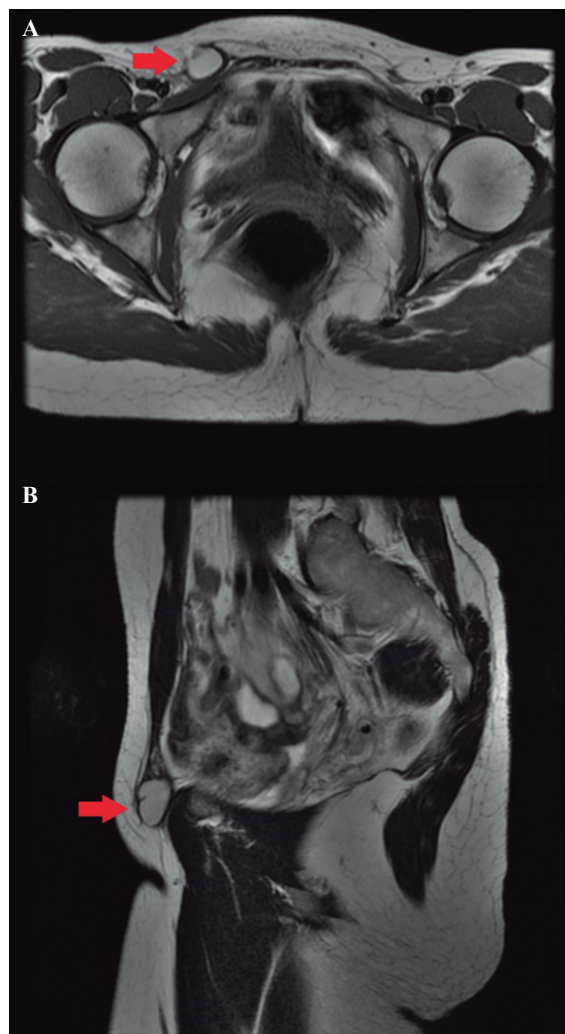


Figura 1. A. Resonancia magnética, corte axial T1. Nódulo bien definido fundamentalmente hiperintenso (componente hemático antiguo) en canal inguinal (flecha). B. Resonancia magnética corte sagital T2. Nódulo fundamentalmente hiperintenso con componente sólido periférico en canal inguinal (flecha).

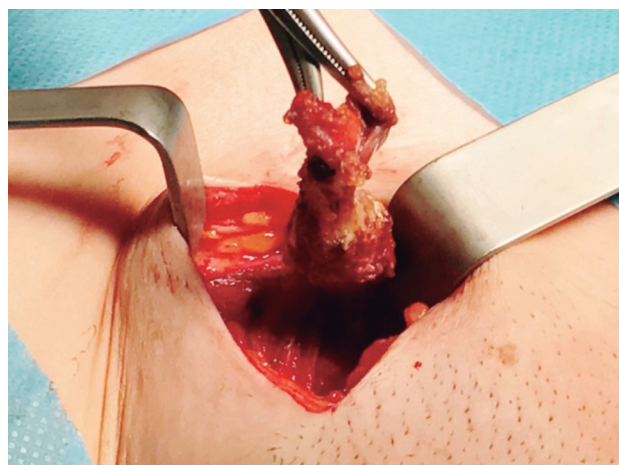


Figura 2. Imagen intraoperatoria de la lesión.

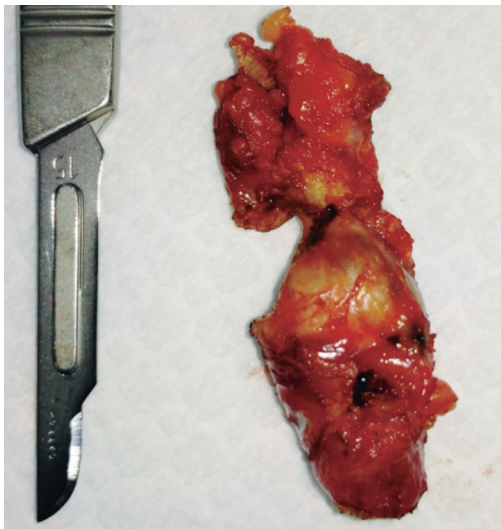


Figura 3. Pieza operatoria de la tumoración quística en el ligamento redondo.

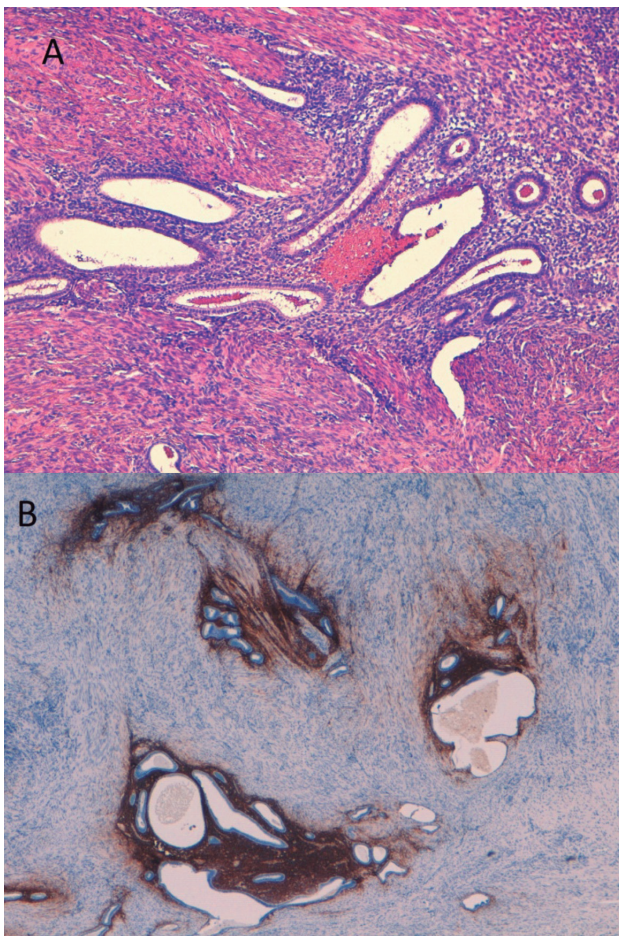


Figura 4. A. Imagen al microscópico óptico (H.E. $\times 10$) en la que se observa un fragmento fibroadiposo con presencia de focos de estroma densamente celular con glándulas de aspecto endometrial de diversos tamaños, sin atipias y áreas de hemorragia con acúmulos de histiocitos con pigmento hemosiderínico en sus citoplasmas. B. Imagen al microscopio óptico $\times 10$ con marcador inmunohistoquímico CD 10 positivo.

0.5-1 % de los casos y se puede presentar en el pulmón, la piel, la pleura (neumotórax catamenial), los ganglios linfáticos o en el conducto inguinal^{2,4}.

La afectación inguinal del ligamento redondo se presenta en el 0.07 % de las mujeres con endometriosis y supone el 0.3-0.6 % de los casos de EEP². Se han sugerido varias teorías sobre la patogénesis de la ECI como son: la implantación de tejido endometrial por regurgitación transtubárica durante el ciclo menstrual, metástasis a través de vasos venosos o linfáticos, activación hormonal de células embrionarias del conducto de Müller, metaplasia de células mesoteliales y extensión directa desde la pelvis a lo largo del ligamento redondo^{9,10}.

El 90-94 % de los casos de ECI se han descrito en la región inguinal derecha, como en nuestro caso, siendo infrecuente la presentación bilateral⁶. Sun *et al.*¹¹ justifican el predominio de la localización derecha debido a la protección de la región inguinal izquierda por el colon sigmoide y por la circulación del líquido intraperitoneal en el sentido de las agujas del reloj.

La endometriosis en la mayoría de los casos es asintomática aunque puede ocasionar problemas de infertilidad (hasta en el 50 %), alteraciones menstruales, dispareunia y dolor pélvico crónico⁶. En la EEP la clínica suele ser más atenuada, con molestias a nivel local que varían con los ciclos menstruales⁴, como en el caso de nuestra paciente. A pesar de presentar una clínica tan característica tan solo se diagnostican preoperatoriamente el 37 % de los casos⁴. La ECI se asocia hasta en un 37-40 % con hernias inguinales y en raras ocasiones a una hernia crural¹². Hay que destacar la posible, aunque poco frecuente, malignización (carcinoma endometriode) en cualquier foco de endometriosis¹³.

El diagnóstico diferencial de las tumoraciones en la región inguinal es amplio. Las principales causas son: hernias inguinales o crurales, adenopatías, lipomas, neurofibromas, tumores desmoides, abscesos, hidroceles, hematomas, sarcoma, aneurismas, etc.¹⁴ Como lesiones exclusivas en la mujer, además de la endometriosis, hay que tener presente el quiste de Nuck también llamado hidrocele femenino y la adenomiosis¹⁵.

Como pruebas de imagen para el diagnóstico de la ECI pueden ser útiles la ecografía, la tomografía computarizada (TC) o la RMN. La apariencia de los focos de endometriosis en el ligamento inguinal no es específica, pudiendo presentarse con un componente sólido, quístico o mixto¹⁶. La RMN es la técnica más precisa, ya que es la única capaz de detectar pequeños focos de hemosiderina y metahemoglobina, típicos de la endometriosis⁵. Gaeta *et al.*¹⁷ describen dos tipos de ECI en la RMN, tipo I: quistes hiperintensos en secuencias T1-T2; tipo II: lesiones con componentes sólidos con alta intensidad en T1 y baja o moderada en T2⁵. La PAAF puede ser útil para confirmar el diagnóstico y excluir malignidad antes de la cirugía. En aquellos casos en los que se realiza el diagnóstico preoperatorio, se recomienda descartar endometriosis intraperitoneal realizando una laparoscopia exploratoria^{4,18}.

El tratamiento de la ECI es la extirpación quirúrgica de la lesión. Se puede asociar un tratamiento hormonal en un intento de prevenir su recurrencia y en pacientes con endometriosis intraabdominal sintomática asociada, está indicado su tratamiento mediante laparoscopia o laparotomía^{4,18}.

Como conclusión exponemos que, a pesar de ser una entidad poco frecuente, la endometriosis siempre debe estar presente en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones inguinales en la mujer; ya que su diagnóstico es relativamente sencillo al tener una clínica típica y su tratamiento quirúrgico es eficaz.

Bibliografía

1. Silberman E, Quildrian S, Vigovich F, Porto E. Endometriosis del ligamento redondo inguinal. *Cir Esp*. 2011;89:469-78.
2. Chiantera V, Abesadze E, Ibrahim M, Dückelmann A, Mechscer S. An atypical manifestation of the inguinal endometriosis in the extra pelvic part of the round ligament: a case report. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2016;5:3202-7.
3. Cullen TS. Adenomyoma of the round ligament. *Bull Johns Hopkins Hosp*. 1896;7:112-4.
4. Bruma M, Martín G, Dávila D, Rayón J, Roig J. Falsa hernia inguinal por endometriosis en el ligamento redondo. *Prog Obstet Ginecol*. 2010;5:320-3.
5. Kim D, Kim M, Kim M, Park J, Lee J. Inguinal endometriosis in a patient without a previous history of gynecologic surgery. *Obstet Gynecol Science*. 2014;57:172-5.
6. Tsuchie H, Tomite T, Okada K, Miyakosh N, Nagasawa H, Chida S, et al. Endometriosis of Right Inguinal Subcutaneous Tissue. *Med Cases*. 2016;7:98-101.
7. Crispi P, Pereira de Souza C, Oliveira P, Dibi R, Cardeman L, Sato H, et al. Endometriosis of the Round Ligament of the Uterus. *J Minim Invasive Gynecol*. 2012;19(1):46-51.
8. Kapan M, Kapan S, Durgun A, Godsoy E. Inguinal endometriosis. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271:76-8.
9. Wong W, Lim C, Luo X. Inguinal Endometriosis: An Uncommon differential Diagnosis as an inguinal tumour. *ISRN Obstetrics and Gynecology*. 2011: DOI: 10.5402/2011/272159
10. Clausen I, Nielsen KT. Endometriosis in the groin. *Int J Gynaecol Obstet*. 1987;25:469-71.
11. Sun ZJ, Zhu L, Lang JH. A rare extrapelvic endometriosis: inguinal endometriosis. *J Reprod Med*. 2010;55:62-6.
12. Romera E, Sánchez A, Gávez S, Castañer J, Navarro M, Carrillo M, et al. Hernia inguinal asociada a endometriosis del ligament Redondo. *Cir Esp*. 2015;93:738.
13. Elemenoglu J, Skopelitou A, Nomikos I. Carcinoma in the inguinal region arising from endometriosis of the round ligament. Report of a case. *Eur J Gynecol Oncol*. 1993;14:28-32.
14. Prabhu R, Krishna S, Shenoy R, Thangavelu S. Endometriosis of the extrapelvic round ligament, a diagnostic dilemma for physicians. *BMJ Case Rep* published online; 2013: DOI: 10.1136/bcr-2013-200465
15. Cagnacci A, Xholli A, Grandi G, Ficarra G, Pecchi A. Adenomyosis of the Extrapelvic Portion of the Round Ligament. *J Gynecol Surg*. 2016;32:204-6.
16. Saadeh F, Wahab NA, Gleeson N. *BMJ case rep* Publish online. DOI: 10:1136/bcr2014-204270
17. Gaeta M, Minutoli F, Mileto A, Racchiusa S, Donato R, Bottari A, et al. Nuck canal endometriosis: MR imaging findings and clinical features. *Abdom Imaging*. 2010;35:737-41.
18. Candiani G, Vercellini P, Fedele L, Nicoletta S, Scagkione V. Inguinal endometriosis; pathogenetic and clinical implications. *Obstet Gynecol*. 1991;78:191-4.