

# Endometriosis inguinal: evidencia de enfermedad agresiva. Informe de un caso

ABRAHAM MARTÍNEZ-RUIZ,<sup>a</sup> RUBÉN BOLAÑOS-ANCONA,<sup>b</sup>  
LUIS FERNANDO ESCOBAR-PONCE,<sup>a</sup> RAKESH KUMAR-MANGAL,<sup>c</sup> ROBERT RAY-FRANKLIN<sup>c</sup>

## RESUMEN

Se presenta caso de una mujer de 30 años que presenta dolor crónico en el cuadrante inferior derecho de la pelvis, irradiado a la porción anterior del muslo derecho. Además, la paciente refiere constipación, dispareunia y sensación de masa dolorosa en dicha región, la cual se incrementó en tamaño y se hizo más dolorosa durante la menstruación. La laparoscopia diagnóstica, seguida de laparotomía reveló: endometriosis estadio IV, con implantes a nivel intestinal. Se realizó excisión extensa de lesiones de endometriosis, resección-anastomosis del colon rectosigmoides, además de excisión de masa inguinal, con confirmación histopatológica de nódulo endometriósico inguinal.

**PALABRAS GUÍA:** Endometriosis, masa inguinal, dolor pélvico crónico, enfermedad infiltrante.

## INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad que puede afectar a órganos intrapélvicos y extrapélvicos. En localizaciones extrauterinas, el tejido endometrial se desarrolla en forma de nódulos, tumores, implantes o lesiones. Estas lesiones producen inflamación y dolor, o bien pueden causar síntomas como dismenorrea, dispareunia, dolor lumbar y dolor pélvico. En la endometriosis, los síntomas están generalmente relacionados con la menstruación. Sin embargo, en los casos de endometriosis extrapélvica, la presentación puede ser atípica, por ejemplo, ocasionar dolor cíclico en hombro y dolor en epigastrio en caso de endometriosis

diafragmática.<sup>1</sup> Cuando está afectado el canal inguinal, las lesiones producen una masa dolorosa de aparición cíclica en la región inguinal, que puede semejar diferentes cuadros quirúrgicos.<sup>2</sup> Debido a sus características anatomopatológicas y sintomáticas sugerimos que la endometriosis inguinal es una forma profundamente invasiva y agresiva de la enfermedad.

## INFORME DE CASO

Una mujer de 30 años de edad, gestaciones 1, para 0, aborto 1, con dolor pélvico crónico de dos años de evolución, fue referida para su evaluación ginecológica. La mayor molestia fue referida en el cuadrante inferior derecho de la pelvis. El dolor era punzante con irradiación a la porción anterior del muslo derecho, sin la presencia de dismenorrea. Sin embargo, en asociación con la menstruación, la paciente refería, además de constipación, dispareunia profunda. Existía la presencia de una masa inguinal derecha dolorosa, que se incrementó en tamaño y se hizo más dolorosa en asociación con la menstruación. El examen

<sup>a</sup> Fellow en Cirugía Reproductiva.

<sup>b</sup> Instituto Nacional de Perinatología.

<sup>c</sup> Cirujanos Reproductivos y Endocrinólogo Reproductivo. The Woman's Hospital of Texas. Obstetrics and Gynecological Associates. Houston, Texas.

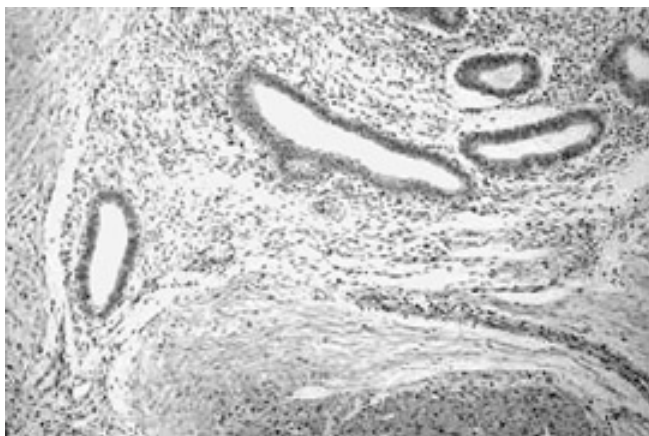
Correspondencia:

Abraham Martínez Ruiz, Cleveland 36-3, Col. Nochebuena, C.P. 03100, México, D.F.  
Correo electrónico: amtzruizmd@yahoo.com

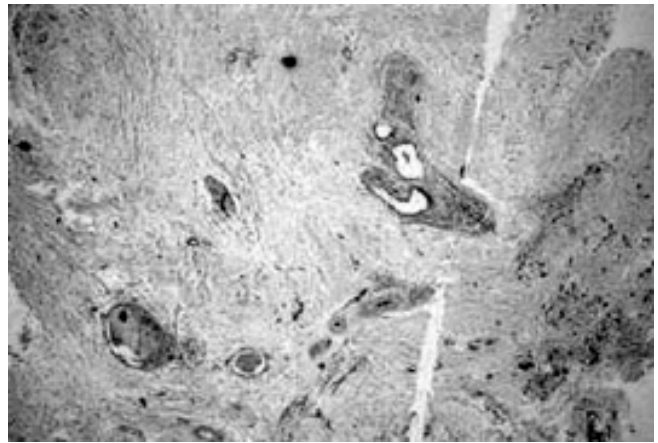
Recibido: 20 de mayo de 2004.

Aceptado: 28 de junio de 2004.

pélvico reveló engrosamiento del anexo derecho y en el fondo de saco de Douglas. En la región inguinal, así como a nivel del labio mayor derecho, se palpaba un nódulo doloroso de tres a cuatro cm de diámetro. La colonoscopia no mostró ningún dato patológico. La impresión diagnóstica al momento de admisión fue masa pélvica, dispareunia, endometriosis con posibles implantes a nivel intestinal y masa inguinal derecha. La laparoscopia diagnóstica seguida de laparotomía revelaron los siguientes hallazgos: implantes de endometriosis en ambos ligamentos uterosacros, intestino grueso y vejiga urinaria, un endometrioma en ovario derecho de 6 cm de diámetro y un nódulo endometriósico de 4 cm de diámetro, en el canal inguinal derecho. Se realizó excisión extensa de endometriosis con láser de dióxido de carbono, resección-reanastomosis de colon rectosigmoidees y cistectomía ovárica con reparación. La masa inguinal fue resecada y se confirmó, desde el punto de vista anatómopatológico, como nódulo endometriósico (Figuras 1 y 2). Después de la cirugía se inició tratamiento con agonistas de la GnRH (Lucrin Depot) 3.75 mg al mes, por tres meses. Los síntomas disminuyeron después de la cirugía. No hubo recurrencia después de un año de seguimiento.



**Figura 1**  
**Imagen de alta resolución que muestra una masa inguinal con características típicas de glándulas y estroma**



**Figura 2**  
**Imagen de baja resolución de una sección microscópica, que consiste en glándulas y estroma**

## DISCUSIÓN

En el caso, previamente descrito la paciente refería dispareunia, dolor pélvico, constipación y dolor a nivel de la región inguinal durante la menstruación. Se diagnosticó endometriosis estadio IV, de acuerdo con la Clasificación revisada de Endometriosis de la Asociación Americana de Fertilidad.<sup>3</sup> Se descubrieron implantes de endometriosis en el fondo de saco posterior, vejiga y área inguinal.

Han sido descritos 37 casos de endometriosis inguinal desde 1896.<sup>4</sup> Los cirujanos y ginecólogos tratantes de esta condición usualmente describen una masa inguinal que puede ser dolorosa y que fluctúa durante la menstruación. Algunos informes han indicado que las lesiones intrapélvicas no fueron encontradas en estas pacientes durante la realización de la cirugía laparoscópica.<sup>5-7</sup> En otros casos, la cirugía no fue realizada debido a la falta de síntomas ginecológicos.<sup>8</sup> Sin embargo, Candiani y cols. informaron de seis pacientes con endometriosis, tanto inguinal como intrapélvica, profundamente infiltrante. Las lesiones inguinales descritas estuvieron localizadas en la porción extraperitoneal del ligamento redondo, sin ninguna comunicación con la pelvis. Los autores recomendaron la excisión completa de la endometriosis inguinal

para evitar la diseminación, así como también, la realización de laparoscopia diagnóstica concomitante, debido a la alta asociación de ésta, con la presencia de endometriosis intrapélvica.<sup>9</sup>

La endometriosis es una condición que se caracteriza por la presencia de síntomas variados. Lesiones mínimas pueden estar asociadas con dolor severo, y por el contrario lesiones extensas pueden permanecer asintomáticas. Las formas infiltrantes de la endometriosis han sido descritas desde 1913. En esta forma particular de la enfermedad la endometriosis penetra por debajo de la superficie del peritoneo y puede no ser visible. Las lesiones de endometriosis que invaden más allá de cinco mm se definen como profundamente invasivas.<sup>10</sup> Debido a su localización subperitoneal, el diagnóstico es con frecuencia difícil, incluso por vía laparoscópica.<sup>11</sup> Estas formas infiltrantes están estrechamente relacionadas con dolor pélvico y dispareunia profunda. Asimismo, las lesiones están generalmente localizadas en el fondo del

saco de Douglas, ligamentos uterosacros y pliegue útero vesical. Junto con los endometriomas ováricos, estas lesiones son consideradas la manifestación más severa de la enfermedad.

## CONCLUSIONES

La endometriosis inguinal muestra características de lesiones profundamente infiltrantes que invaden el ligamento redondo y responden activamente a los cambios hormonales. Los nódulos formados son similares a aquellos encontrados en los ligamentos uterosacros. Éstos producen síntomas como dolor y edema.<sup>11</sup> Debido a sus características anatomopatológicas, y gran asociación con lesiones intrapélvicas, la endometriosis inguinal es considerada como una forma agresiva de la enfermedad que siempre deben tener en mente los cirujanos generales y ginecólogos. Cuando se sospecha la presencia de endometriosis inguinal se debe realizar laparoscopia diagnóstica para una completa evaluación de lesiones infiltrantes intrapélvicas.<sup>13</sup>

## ABSTRACT

A 30 year old woman experienced chronic right sided pelvic pain, radiated to her right thigh anteriorly, constipation, dyspareunia and right inguinal tender mass, which increased in size and became painful in association with her menstruation. A diagnostic laparoscopy followed by laparotomy revealed stage IV endometriosis, with bowel involvement. Extensive excision of endometriosis, rectosigmoid colon resection-anastomosis and excision of inguinal mass were performed, with histopathology confirmation of inguinal endometriotic nodule.

**KEY WORDS:** *Endometriosis, inguinal mass, chronic pelvic pain, infiltration disease.*

## REFERENCIAS

1. Mangal R, Taskin O, Nezhat C, Franklin Robert. *J Reprod Med* 1995; 41: 64-6.
2. Goh JT, Flynn V. Inguinal endometriosis. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 1994; 34: 121.
3. Revised American Fertility Society classification of endometriosis. *Fertil Steril* 1986; 43: 351-2.
4. Seydel AS, Sickel, JZ, Waerner ED. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg* 1996; 171: 239-41.
5. Sataloff DM, La Vorgna KA, McFarland MM. Extrapelvic endometriosis presenting as a hernia: clinical reports and review of literature. *Surgery* 1989; 105: 109-12.



6. Quagliarello J, Coppa G, Bigelow B. Isolated endometriosis in an inguinal hernia. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 688-9.
7. Majeski J. Scar endometriosis manifested as recurrent inguinal hernia. *S Med J* 2001; 94: 247-8.
8. Boggi U, Del Chiaro M, Pietrabissa A. Extrapelvic endometriosis associated with occult groin hernias. *Can J Surg* 2001; 44: 224-7.
9. Candiani GB, Vercellini P, Fedele L, Vendola N, Carinelli S, Scaglione V. Inguinal endometriosis: Pathogenic and clinical implications. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 191-4.
10. Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, Lesaffre E, Cornillie FJ. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fert Steril* 1991; 55: 759-65.
11. Kwok A, Lam A, Ford R. Deeply infiltrating endometriosis: implications, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol Survey* 2001; 55: 168-77.
12. Li AC, Siu WT, Li MK. Endometrioma simulating inguinal hernia: case reports. *JCC* 1999; 42: 387-8.
13. Khetan N, Torkington J, Watkin A. Endometriosis: presentation to general surgeons. *Ann R Coll Surg Engl* 1999; 81: 255-9.