

Biopsia aspiración con aguja fina (BACAF) en el diagnóstico de endometriosis

Fine-Needle Aspiration Biopsy (FNAB) for the diagnosis of endometriosis

Ángela María Pérez Herrera¹, Edgar Armando Zapata Jaramillo¹, Luis Felipe Roldán Zapata², Alejandro Vélez Hoyos³

RESUMEN

La Biopsia por Aspiración con Aguja Fina (BACAF) es el método de elección en el diagnóstico de nódulos tiroideos, mamarios, ganglios linfáticos y glándulas salivares. En piel y tejidos blandos ha sido utilizada con poca frecuencia. Presentamos dos casos de endometriosis extrapélvica, localizada en tejidos blandos y pared abdominal. Se trata de dos mujeres con nódulos dolorosos en la pared abdominal y sobre cicatriz de cirugía ginecológica.

El diagnóstico se confirmó en una de las pacientes con biopsia excisional, otra recibió tratamiento médico.

Palabras clave: Endometriosis, biopsia con aguja fina

ABSTRACT

Fine-Needle Aspiration Biopsy is the method of choice for the diagnosis of thyroid, breast, lymph and salivary glands nodules; nevertheless, its use has been poor regarding skin and soft tissues evaluation. In the following paper, the authors present two cases of extrapelvic endometriosis, located on soft tissues and abdominal wall, in two women with tender nodes on abdominal wall and over a gynecologic surgery scar.

Diagnosis was confirmed on one of the patients via excisional biopsy; the other one underwent medical management.

Key words: Endometriosis, biopsy, fine-needle

INTRODUCCIÓN

La Endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, se puede encontrar en cualquier parte del organismo, aunque ocurre con mayor frecuencia en la región pélvica en mujeres premenopáusicas, lugar en el que se forman nódulos llamados endometriomas que, en ocasiones, responden al influjo hormonal como lo hace el tejido endometrial normal. Las masas localizadas en la pared abdominal, con mucha frecuencia, en cicatrices antiguas por

antecedentes de laparoscopia, por intervención obstétrica o ginecológica, pueden generar dolor y hacen consultar a las pacientes. Su cuadro clínico es bizarro y por ello el diagnóstico de endometriosis extrapélvica se ve encubierto por otras patologías, entre las que se incluyen granulomas, tumores de tejidos blandos, hernias de pared abdominal, abscesos y neoplasias.

La biopsia aspiración con aguja fina (BACAF) usa una aguja delgada, toma una pequeña muestra de tejido de un órgano o tumor y retira células mediante una jeringa adaptada a la

¹ Practicantes de Tecnología en Citohistología del Colegio Mayor de Antioquia

² Residente Cirugía Universidad Pontificia Bolivariana

³ Patólogo Hospital Pablo Tobón Uribe y Dinámica IPS. Profesor de Patología de la Universidad Pontificia Bolivariana y Universidad CES

Correspondencia: Alejandro Vélez Hoyos. Correo electrónico: alejovelez31@hotmail.com

Fecha recibido: 21 de julio de 2009

Fecha aprobado: 28 de septiembre de 2009

aguja. Cuando la muestra se ha retirado, la examina un patólogo para buscar el diagnóstico final. Se puede realizar por palpación o con un ultrasonido o tomografía computarizada, de acuerdo con el sitio de la lesión. El diagnóstico es rápido, confiable y económico en comparación con otros procedimientos¹.

Las complicaciones más frecuentes de las laparotomías son hernias y granulomas de cuerpo extraño¹. En la población femenina premenopáusica, cuando son descartados los procesos más comunes, debe considerarse el diagnóstico de Endometriosis en la cicatriz, máxime si existen antecedentes de laparotomía² cesárea o laparoscopia³ por intervención obstétrica o ginecológica.

A continuación, presentamos dos pacientes con nódulo doloroso en la cicatriz de laparotomía por cesárea, clínicamente sugestivos de Endometriosis extrapélvica, diagnosticada por BACAF y confirmada por el examen anatomopatológico en una de ellas.

Con esta publicación se pretende brindar información sobre la importancia que adquiere la biopsia aspiración con aguja fina para el diagnóstico de Endometriosis, ya que en el mundo esta técnica ha sido utilizada con resultados muy positivos, ligeros y con bajos costos. Con esta técnica se evitaría el complejo proceso que se requiere en una intervención quirúrgica como es la anestesia, la cicatriz y demás consecuencias. Además, no existe actualmente ninguna publicación que esté referida a esta técnica en nuestro medio.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: mujer de 32 años con historia de 1 año de evolución de dolor tipo cólico, cada mes, asociado con masa en hipogastrio con múltiples tratamientos con analgésicos y antiinflamatorios, pero sin mejoría. La paciente relata que el dolor aumenta en intensidad y la masa crece en el período. Como antecedente quirúrgico abdominal, le fue realizada una cesárea hace cuatro años.

Al examen físico masa indurada en el hipogastrio de aproximadamente 6x4 cm, dura y de aspecto fibroso. Se realizó ecografía abdominal que informa masa en región hipogástrica que sugiere descartar tumor, inflamación de cuerpo extraño o Endometriosis.

Se realizó BACAF, en el laboratorio de Patología Dinámica IPS, de la lesión que mostró glándulas de aspecto benigno, histiocitos y hemorragia con diagnóstico de Endometriosis. Ver Figura 1.

Posteriormente, se realizó biopsia de la lesión y se observó presencia de glándulas y estroma endometrial. Ver Figura 2.

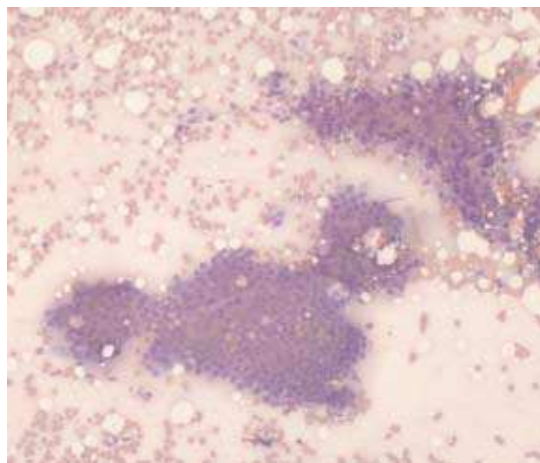


Figura 1. Presencia de glándulas endometriales



Figura 2. Biopsia con presencia de glándulas y estroma endometrial

Caso 2: paciente de 38 años con presencia de masa umbilical, de aproximadamente dos años de evolución dolorosa a la palpación, nódulo de consistencia firme irregular. Se solicitó BACAF del nódulo histológico para descartar metástasis umbilical, signo de la hermana José. El diagnóstico citológico fue de Endometriosis.

La paciente tenía antecedentes de laparoscopia por Endometriosis y una cesárea hace cinco años. El resto de los estudios y exámenes fueron normales y la paciente continúa en iguales condiciones.

“Los autores solicitaron consentimiento informado a las pacientes del presente artículo para su publicación. Dicho consentimiento se encuentra a disposición para revisión por el Comité Editorial de la Revista Medicina UPB”.

DISCUSIÓN

La Endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, tiene una incidencia aproximada de 8 a 15% de la población femenina en edad reproductiva y ocurre con mayor frecuencia en el espacio pélvico, pero también podemos encontrar tejido endometrial ectópico en los pulmones, intestinos, uréteres, cerebro, pared abdominal e incluye cicatrices de cirugías previas⁴. Tal como ocurrió en los casos presentados. En este caso la implantación del tejido endometrial podría haberse dado de manera inadvertida durante el procedimiento quirúrgico. En la bibliografía revisada hemos encontrado un porcentaje inferior al 2% para la Endometriosis en cicatriz pos histerectomía y un 0.03% luego de cesárea⁶. Las manifestaciones clínicas suelen ser variadas e inespecíficas tales como dolor y masa en la cicatriz, con una fase latente sintomática desde meses hasta años⁷.

La localización umbilical es menos frecuente aún. Se han publicado poco más de 100 casos desde la primera comunicación en 1860. Una característica clínica descrita es la sensibilidad a la palpación, la coloración rojo oscuro y la variación del tamaño en relación con el ciclo menstrual.

Su fisiopatología es controvertida y podría obedecer a cualquiera de las 2 teorías más aceptadas^{5,6}. La primera de ellas consiste en el transporte de células endometriales por regurgitación a través de las trompas de Falopio, por diseminación vascular o linfática o por implante directo en la cicatriz, tras la apertura uterina. La segunda se basaría en fenómenos de metaplasia en células con capacidad multipotencial, localizadas fuera del tracto uterino, que experimentarían, bajo estímulos específicos, una transformación endometriósica. También, se han descrito endometriomas en los puertos de trocares laparoscópicos³, así como sin cirugía previa de ningún tipo⁷, aunque su prevalencia es baja.

El diagnóstico de la Endometriosis debe hacerse clínicamente, además de hacerse diagnóstico diferencial con eventraciones, granulomas de cuerpo extraño, abscesos, como tumores desmoides o nódulos metastásicos. La valoración, tras una historia clínica minuciosa, de un nódulo cíclicamente doloroso y localizado en una cicatriz laparotómica ginecológica u obstétrica previa, en una mujer en edad reproductiva, resulta altamente sugestiva de Endometriosis y algunos autores consideran la indicación quirúrgica sin más pruebas complementarias. En cuanto a los procedimientos diagnósticos directos, la citología obtenida por punción-aspiración con aguja fina o BACAF, por palpación o guiada por ecografía, puede resultar patognomónica⁸, si bien su negatividad no la descarta. Los métodos de imagen⁹, la ecografía, la TC y la resonancia magnética, contribuyen en la localización precisa de la lesión endometriósica y al diagnóstico diferencial con otras enfermedades más frecuentes.

El tratamiento de elección para la Endometriosis en la pared abdominal es la excisión local ampliada de la lesión con márgenes negativos¹²⁻¹⁵. El tratamiento quirúrgico ofrece tanto manejo de la patología con diagnóstico definitivo luego de un BACAF. El tratamiento de lesiones que involucren el tejido muscular abdominal requiere resección en bloque de las estructuras miofaciales de la pared. El cirujano debe

estar preparado para la coexistencia de una hernia, y los pacientes deben ser conscientes de la necesidad de reparación con malla del defecto¹⁰. Es importante tratar de minimizar el uso de mallas protésicas debido a la posibilidad de reimplante de lesión endometrial. Todos los tractos, por donde se toma la biopsia con BACAF, deben ser resecaos por la posibilidad de reimplantación endometrial^{15,16}.

Los procedimientos se realizan con anestesia local, pero los hallazgos inesperados en el procedimiento quirúrgico requieren, posiblemente, un cambio de plan general y puede ser necesaria la anestesia general. Por lo tanto, estos procedimientos deben ser hechos en un escenario quirúrgico adecuado.

La literatura reporta una tasa de recurrencia hasta del 4.3%. Por tanto, la correcta resección quirúrgica es esencial para obtener un buen resultado. Los diferentes estudios no han logrado establecer el tamaño ideal para los márgenes de resección y si éstos afectan la incidencia de recurrencia. No hay claridad sobre si los pacientes se benefician del manejo médico luego de una intervención quirúrgica, ni cómo puede afectar esto la incidencia de recaída. Sin embargo, esta conducta podría ser apropiada en pacientes con una historia clínica de Endometriosis pélvica¹⁷.

No hay estrategias preventivas estudiadas. Múltiples conductas y técnicas quirúrgicas se refieren, en la literatura, para prevenir el desarrollo de lesiones secundarias, pero faltan estudios adecuados para recomendarlas.

Como conclusión, la aparición de Endometriosis en mujeres con antecedentes quirúrgicos obstétricos o ginecológicos, si bien es de baja frecuencia, plantea problemas diagnósticos que suelen resolverse con un grado de sospecha clínica o recurriendo a la citología tras la punción aspiración de la lesión. En la mayoría de casos, la extirpación es curativa.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Nirula R, Greaney GC. Incisional endometriosis: an underappreciated diagnosis in general surgery. *J Am Coll Surg.* 2000; 190:404-7.
2. Singh KK, Lesselles AM, Adam DJ, Jordan C, Miles WF, Macintyre M. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10 year experience. *Br J Surg.* 1995; 82:1349-51.
3. Healy JT, Wilkinson NW, Sawyer M. Abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar track. *Am Surg.* 1995; 61:962-3.
4. Chatterjee SK. Scar endometriosis: a clinicopathologic study of 17 cases. *Obstet Gynecol.* 1980; 56:81-4.
5. Javert CT. Pathogenesis of endometriosis based on endometrial homeoplasia direct extension, exfoliation and implantation, lymphatic and hematogenous metastasis. *Cancer.* 1949; 2:399-10.
6. Stech WD, Helwing EB. Cutaneous endometriosis. *JAMA.* 1965; 191:167-70.
7. Ideyi SC, Schein M, Niazi M, Gerst PH. Spontaneous endometriosis of the abdominal wall. *Dig Surg.* 2003; 20:246-8.
8. Simsir A, Thorner K, Waisman J, Cangiarella J. Endometriosis in abdominal scars: a report of three cases diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. *Am Surg.* 2001; 67:984-9.
9. Balleyguier C, Chapron C, Chopin N, Hélénon O, Menu Y. Abdominal wall and surgical scar endometriosis: results of magnetic resonance imaging. *Gynecol Obstet Invest.* 2003; 55:220-4.
10. Majeski J, Craggie J. Scar endometriosis developing after an umbilical hernia repair with mesh. *South Med J.* 2004; 97:532-4.
11. Kellicker P. Biopsia con aguja fina [Internet]. *Loa Angeles: The Doctors of USC; 2009* [fecha de acceso enero de 2009]. Disponible en: <http://www.doctorsofusc.com/condition/document/104095>
12. Koger KE, Shatney CH, Hodge K, McClenathan JH. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet.* 1993; 177:243-6
13. Seydel AS, Sickel JZ, Warner ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg.* 1996; 171:239.
14. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of weight cases. *Am Surg.* 1999; 65:36-9.

15. Hensen JH, Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *AJR Am J Roentgenol.* 2006; 186: 616–20.
15. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbo MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg.* 2003; 185:596–8.
16. Kaunitz A, Di Sant'Agnese PA. Needle tract endometriosis: an unusual complication of amniocentesis. *Obstet Gynecol.* 1979; 54:753–5.
17. Xiang Y, Lang J, Wang Y, Huang R, Lian L. Abdominal scar endometriosis: report of 28 cases. *Chin Med Sci J.* 1995; 10:188–90