

## Endometrioma de pared abdominal en cicatriz de cesárea: reporte de un caso

*Abdominal wall endometrioma in cesarean scar: Case report*

Rodrigo Álvarez de Araya L<sup>1</sup>, Antonio Cabezas M<sup>1</sup>, Claudio Barrientos H<sup>1</sup>, Cynthia Aguilera M<sup>1</sup>, Henry Castro A<sup>2</sup>

1. Médico cirujano. Facultad de Medicina,  
Universidad de Concepción, Concepción,  
Chile

2. Ginecólogo Obstetra. Servicio de  
Ginecología y Obstetricia, Hospital Guillermo  
Grant Benavente, Concepción, Chile

### Correspondencia a:

Rodrigo Isaías Álvarez de Araya López  
Galvarino 347, Departamento 704,  
Concepción  
ralvarezdearaya@udec.cl

Sin fuentes de financiamiento externo

### Palabras Clave

Endometriosis  
Endometrioma  
Cesárea

### Key Words

Endometriosis  
Endometrioma  
Cesarean

Recibido para publicación:  
25 de Abril de 2015

Aceptado para publicación:  
5 de Diciembre de 2016

Los autores declaran no tener conflictos de  
intereses en relación a este artículo

### Citar como:

Álvarez de Araya R, Cabezas A, Barrientos  
C, Aguilera C, et al. Abdominal wall  
endometrioma in cesarean scar: Case  
report. Rev ANACEM 2016; 10(1): 22-24

### RESUMEN

**Introducción:** La endometriosis es una patología ginecológica común, caracterizada por la presencia de tejido glandular y estromal del endometrio fuera de la cavidad uterina. Es una enfermedad crónica, dependiente de estrógenos, que afecta entre el 8 al 15% de las mujeres en edad reproductiva y se presenta clínicamente con dolor abdominal crónico e infertilidad. Los endometriomas corresponden a un proceso circunscrito bien delimitado de tejido endometrial que pueden presentarse en la pared abdominal, usualmente secundarios a cicatrices quirúrgicas ginecoobstétricas, con una incidencia de 0,03 a 1,7% posterior a una cesárea. **Presentación del caso:** Mujer de 27 años, multípara de uno, con antecedente de cesárea hace ocho años, sexualmente activa, ingresó por sospecha de endometrioma de pared abdominal de aproximadamente siete años de evolución caracterizado por dolor abdominal cíclico asociado a menstruación. Al examen físico presentó masa en fosa iliaca izquierda de aproximadamente 8 x 6 cm, solevantada 3 cm del plano abdominal en vértice de cicatriz de cesárea y coloración café-violácea en la piel que recubre y circunda la masa. Se realizó resección con bordes amplios. Biopsia compatible con endometriosis. La paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio. **Discusión:** Siempre debemos pensar en endometrioma de pared abdominal frente a una paciente con aumento de volumen y/o cambio de coloración de la piel asociado a cicatrices gineco-obstétricas y dolor abdominal cíclico crónico. El tratamiento de elección es la resección con márgenes amplios para evitar recurrencia. Dada las complicaciones del cuadro, cabe destacar la importancia de realizar una pesquisa oportuna y un tratamiento quirúrgico precoz.

### ABSTRACT

**Introduction:** Endometriosis is a common gynecological disease, characterized by the presence of glandular and stromal endometrial tissue outside the uterine cavity. It is a chronic disease, estrogen-dependent, affecting between 8 to 15 % of women of reproductive age and presents clinically with chronic abdominal pain and infertility. The endometriomas correspond to a circumscribed process well-defined of endometrial tissue may occur in abdominal wall usually secondary to gynecobstetric surgical scars, with an incidence of 0.03 to 1.7% after a cesarean. **Case report:** Woman-27 years, multiparous of 1 with caesarean, sexually active, arrived for hospitalized for suspected abdominal wall endometrioma about 7 years of evolution characterized by cyclic abdominal pain associated with menstruation. On examination shows mass in left iliac fossa of about 8x6 cm, it is uplifted 3 cm of abdominal plane in vertex cesarean scar and brown-violet colored skin that covers and surrounds the mass. Resection is performed with wide edges. Biopsy was consistent with endometriosis. Postoperatively the patient progressed favorably. **Discussion:** We must always think of abdominal wall endometrioma in a patient with increased volume and/or discoloration of the skin

associated with ginecoobstetric scars and chronic cyclical abdominal pain. The treatment of choice is resection with wide margins to prevent recurrence. Given the complications of this disease, he stressed the importance of making a timely screening and early surgical treatment.

## INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como el crecimiento de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina. Es una enfermedad crónica y dependiente de estrógenos que afecta entre 8 y el 15% (1) de las mujeres en edad reproductiva y es una causa frecuente de dolor abdominal crónico e infertilidad (2). Los endometriomas corresponden a un proceso circunscrito bien delimitado de tejido endometrial que pueden presentarse en la pared abdominal usualmente secundarios a cicatrices gineco-obstétricas, como es el caso de la cesárea, donde se ha encontrado una incidencia que va del 0.03 a 1.7% (3).

La fisiopatología de la endometriosis por cicatriz de cesárea podría deberse a una implantación directa de tejido endometrial viable en la cicatriz durante la cirugía. Estas células proliferan bajo un apropiado estímulo hormonal o se produce una metaplasia del tejido circundante (4).

A través de la presentación de este caso clínico se busca entregar las herramientas necesarias para lograr una sospecha clínica frente a una enfermedad de baja incidencia así como también de escasos reportes en la literatura.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 27 años, multípara de uno por cesárea hace ocho años, usuaria de dispositivo intrauterino desde entonces. Relató que cuatro meses posterior a su cesárea, apareció un nódulo de aproximadamente 1 cm en fosa iliaca izquierda (FII) en relación a la cicatriz operatoria, acompañado de dolor abdominal cíclico asociado a menstruación. Tres años más tarde, el nódulo evolucionó con aumento de tamaño, cambio en la coloración de la piel y persistencia del dolor, incluso luego de finalizada sus menstruaciones. No presentó dispareunia durante este periodo.

Consultó en el servicio de ginecología y obstetricia siete años después de iniciada la sintomatología, presentando una masa en FII de 8 x 6 cm, solevantada 3 cm del plano abdominal abarcando el 40% de la cicatriz de Pfannenstiel, de consistencia dura, adherida a planos profundos, dolorosa a la palpación y de coloración cafeviolácea en piel que recubría y circundaba la masa (Figura 1). En estudio con ultrasonido se informó tumoración sólida de bordes regulares, con escaso flujo doppler color, supraaponeurótica de 6,0 x 4,4 x 5,5cm. Debido a duda sobre la existencia de compromiso aponeurótico, se decidió complementar estudio imagenológico con tomografía computarizada (TC) de abdomen, que informó masa de bordes irregulares en pared abdominal en FII, sin claro plano de clivaje respecto al musculo recto anterior izquierdo de 6,0 x

Figura 1. Endometrioma de pared abdominal de 8 x 6 cm en fosa iliaca izquierda, solevantada 3 cm del plano abdominal abarcando el 40% de la cicatriz de Pfannenstiel



Figura 2. Resección con márgenes amplios de endometrioma de pared abdominal.



4,5 x 6,2cm. Se realizó además medición de Ca-125 que resultó en 100 U/mL. Se decidió resolución quirúrgica por sospecha clínica de endometrioma de pared abdominal (EPA).

Se realizaron dos incisiones de 10 cm y se extirpó tumoración que estaba adherida a la aponeurosis (Figura 2), resecándose con márgenes amplios. En el estudio histopatológico del tumor se demostraron múltiples focos de estroma y glándulas endometriales, confirmando el diagnóstico de EPA. El post-operatorio resultó sin complicaciones (Figura 3). En el control de las cuatro semanas, la heri-

Figura 3. Cicatriz postoperatoria posterior a la resección con márgenes amplios de endometrioma de pared abdominal



da operatoria se encontraba con buena cicatrización, disminución significativa del dolor y con CA-125 de 31,7 U/mL.

## DISCUSIÓN

Al enfrentarnos a una paciente que consulta por masa abdominal, es probable que, dada la baja incidencia del EPA, no se considere dentro de nuestros diagnósticos diferenciales y se planteen distintas hipótesis diagnósticas como hernia, hematoma, linfadenopatía, linfoma, lipoma, granuloma por cuerpo extraño (5). La asociación de esta masa a dolor cíclico y cicatriz de cesárea se considera como la presentación clásica del cuadro. La sintomatología se presenta en promedio a los 2,3 años posterior a la cirugía ginecológica, con rango variable entre un mes y 16 años (6). En nuestro caso clínico la sintomatología se presentó de forma precoz y de carácter progresivo.

La medición de CA-125 es ampliamente utilizado para el diagnóstico de endometriosis y su progresión. Su uso en EPA es controversial, ya que se ha demostrado que los niveles séricos de CA-125 no tienen utilidad diagnóstica (6). En el caso de nuestra paciente los niveles volvieron a rangos normales en el control post-operatorio.

El estudio imagenológico es inespecífico, pero sirve para descartar otros diagnósticos, determinar el tamaño de las lesiones y excluir patología intraabdominal concomitante (7). La ultrasonografía parece ser una buena alternativa por ser un examen poco invasivo y por su gran disponibilidad en los centros de salud (3). La TC y la resonancia magnética pueden ser útiles para evaluar el compromiso de la pared y planificar la cirugía posterior (7).

La excisión quirúrgica del tumor es la mejor opción para el diagnóstico y tratamiento definitivo del EPA, con bordes negativos de por lo menos 1 cm (6). La tasa de recurrencia es de un 4,3% (5). Un estudio de casos con 14 pacientes mostró recidiva en cuatro

de ellas, de las cuales tres tuvieron un diagnóstico inicial incorrecto, a las que se les realizó resección amplia pero sin verificar límites libres de enfermedad (7).

En este caso destaca el gran tamaño del tumor, cuyas dimensiones superan ampliamente el promedio documentado, que es de 2,9 cm de diámetro (6). La transformación maligna de la endometriosis es un evento raro (entre 0,3 y 1%) (7). Se ha reportado un caso de malignización de un EPA de gran tamaño (12 x 12cm) (5), por lo que la biopsia no sólo es útil en la confirmación diagnóstica, sino también en la detección de una posible neoplasia maligna.

Se debe sospechar clínicamente el diagnóstico de endometrioma de pared abdominal en toda paciente que presente una masa abdominal palpable, que tenga antecedentes de cesárea y presente dolor crónico cíclico asociado a las menstruaciones. El tratamiento debe ser quirúrgico con márgenes amplios para evitar la recidiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ecker AM, Donnellan NM, Shepherd JP, Lee TT. Abdominal wall endometriosis: 12 years of experience at a large academic institution. *Am J Obstet Gynecol* 2014;211:363.e1-5.
- (2) Bektaş H, Bilsel Y, Sari YS, Ersöz F, Koç O, Deniz M, Boran B, Huq GE. Abdominal Wall Endometrioma; A 10-Year Experience and Brief Review of the Literature. *J Surg Res*. 2010;164(1):e77-81.
- (3) Troncoso J, Ricci P, Díaz L. Endometrioma de músculo recto abdominal en paciente con cicatriz de cesárea. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008; 73(2): 119-123.
- (4) Nominato NS, Prates LF, Lauar I, Morais J, Maia L, Geber S. Caesarean section greatly increases risk of scar endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010;152(1):83-5.
- (5) Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg*. 2008;196(2):207-12
- (6) Ding, Y., Zhu, J. A retrospective review of abdominal wall endometriosis in Shanghai, China. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;121(1):41-4.
- (7) Carvajal A, Braghetto I, Carvajal R, Miranda C. Endometriosis de la pared abdominal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 72(2): 105-110