



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Recidiva de endometriosis en pared abdominal. Reporte de caso



G.A. Domínguez Alvarado^{a,*}, D. D'vera Camargo^b, J. Leal Bernal^b, D.C. Reyes Espinel^b,
C.J. Rueda García^b y L.E. López Gómez^c

^a Centro Elite, Foscal Internacional, Grupo de Innovación e investigación quirúrgica – GIIQ, Bucaramanga, Santander, Colombia

^b Semillero Innovación e Investigación en Cirugía (SIIC), Universidad Autónoma de Bucaramanga, Santander, Colombia

^c Departamento de Cirugía, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Fundación oftalmológica de Santander – Clínica Ardila Lulle FOSCAL, Centro Elite. Bucaramanga, Santander, Colombia

Recibido el 14 de julio de 2020; aceptado el 8 de febrero de 2021

Disponible en Internet el 3 junio 2021

PALABRAS CLAVE

Endometriosis
extrapélvica;
Pared abdominal;
Cesárea;
Márgenes de escisión

Resumen

Introducción: La endometriosis de pared abdominal es una patología infrecuente, que generalmente se desarrolla en una cicatriz quirúrgica posterior a un procedimiento ginecológico y/o ginecoobstétrico.

Caso clínico: Mujer de 29 años, G3C2A1V2, antecedentes de esterilización quirúrgica, quien un año después a su última cesárea presenta cuadro de dolor pélvico crónico asociado a ciclo menstrual, que se acompañaba de sangrado menstrual abundante y sensación de masa en hipogastrio. Con diagnóstico de endometriosis en pared abdominal, razón por la cual realizan resección. Sin embargo, tras un año posterior al procedimiento recidiva de endometriosis en pared abdominal, en esta ocasión, con requerimiento de resección amplia de fascia, colocación de malla y cierre por planos.

Conclusiones: La endometriosis de pared abdominal es de difícil diagnóstico, ya que comparativamente es una entidad infrecuente, que no ha recibido una adecuada atención. Es importante sospecharla en mujeres con dolor abdominal cíclico y presencia de masa en la pared abdominal, adicionalmente con la utilización de imágenes diagnósticas. La resección quirúrgica es el tratamiento ideal, sin embargo, es importante recalcar la importancia de una resección amplia de márgenes para evitar recidivas. Adicionalmente el cierre por planos que evite defectos en la pared abdominal.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cirugia.semillero@gmail.com (G.A. Domínguez Alvarado).

KEYWORDS

Extrapelvic
endometriosis;
Abdominal wall;
Cesarean section;
Excision margins

Recurrence of endometriosis in the abdominal wall. A case report**Abstract**

Introduction: Abdominal wall endometriosis is an uncommon pathology, which usually develops in a surgical scar following a gynaecological and/or gynaecological-obstetric procedure.

Case study: Female, 29 years old, G3C2A1V2, history of surgical sterilization. One year after her last cesarean section, she presented with chronic pelvic pain associated with the menstrual cycle, accompanied by heavy menstrual bleeding and a sensation of a mass in the hypogastrium. She was diagnosed with endometriosis in the abdominal wall, and resection was performed. However, one year after the procedure, the endometriosis in the abdominal wall recurred, this time requiring wide fascia resection, mesh placement and layered closure.

Conclusions: Abdominal wall endometriosis is difficult to diagnose, since it is a comparatively infrequent entity, which has not received adequate attention. It is important to suspect it in women with cyclic abdominal pain and the presence of a mass in the abdominal wall, in addition to the use of diagnostic imaging. Surgical resection is the ideal treatment, however, it is important to emphasize the importance of a wide margin resection to avoid recurrence. Layered closure is also important to avoid defects in the abdominal wall.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La endometriosis es una enfermedad ginecológica dependiente de hormonas sexuales que se caracteriza por el crecimiento de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Generalmente se presenta en la pelvis, ovarios y peritoneo pélvico, sin embargo, en algunas ocasiones pueden encontrarse en sitios como cerebro, intestino, pulmón y pared abdominal^{1,2}.

La presencia de tejido endometrial ectópico en la capa adiposa subcutánea y los músculos de la pared abdominal se denomina endometriosis de la pared abdominal (EPA), que generalmente aparece como consecuencia de la implantación directa de tejido endometrial en las cicatrices quirúrgicas ginecoobstétricas (teoría de la implantación), especialmente en la incisión por Pfannenstiel, en donde con un aporte adecuado de nutrientes y estímulos hormonales, estas células endometriales sobreviven y proliferan. La incidencia aproximada de este hallazgo es de 0,03 a 0,45%³.

La presentación clínica más común de la EPA es la presencia de una masa palpable cercana a una cicatriz quirúrgica, asociada a dolor abdominal e inflamación relacionada con el ciclo menstrual, en pacientes en edad reproductiva. En algunas ocasiones las presentaciones pueden ser atípicas, planteando la necesidad de realizar diagnóstico diferencial con hernias, abscesos, granuloma por sutura o patologías malignas, dificultando un diagnóstico asertivo⁴⁻⁶.

La historia clínica y el examen físico adecuado contribuyen a la sospecha clínica, y aunque no existe consenso sobre los métodos de diagnóstico, los estudios de imagen como la resonancia magnética nuclear y la ultrasonografía abdominal ayudan a la localización de las lesiones, a su caracterización y a descartar diagnósticos diferenciales⁷⁻⁹. El tratamiento definitivo debe ser mediante una escisión quirúrgica adecuada que evite la recurrencia y en algunas ocasiones terapia hormonal adyuvante¹⁰.

Por lo anterior es de suma importancia realizar un manejo adecuado de la endometriosis de pared abdominal, mediante la resección amplia de la fascia, colocación de malla y cierre por planos de la pared abdominal.

Caso clínico

Paciente mujer de 29 años, G3C2A1V2, con antecedentes quirúrgicos de dos partos por cesárea y ligaduras de trompas uterinas (Pomeroy) en la última cesárea. Un año posterior a su segunda cesárea presentó clínica de dolor pélvico crónico intermitente, que se asocia con el ciclo menstrual y progresa hasta hacerse permanente; se acompañaba de sangrado menstrual abundante y sensación de masa en hipogastrio, razón que la lleva a consultar al servicio de ginecología; allí después de su valoración consideran que la paciente cursaba con endometriosis en pared abdominal y realizan resección quirúrgica. Tras un año de haberse intervenido reaparece sintomatología acompañada de dispareunia, que la lleva a consultar nuevamente, esta vez, al servicio de cirugía general.

Al examen físico se encontró a la exploración abdominal dos cicatrices paralelas en fosa iliaca derecha y transversa suprapúbica con piel preservada; a la palpación profunda, engrosamiento a nivel de lesiones cicatrizales de aproximadamente 5 x 4 cm. Ultrasonografía transvaginal la cual es informada como normal, y ultrasonografía de pared abdominal, en la cual como hallazgo, describen una imagen hipocogénica ovalada de contornos definidos con circulación central que midió 26 x 18 mm en el tejido celular subcutáneo de la fosa iliaca derecha, y otra de iguales características a 14 mm de profundidad debajo del extremo derecho de cicatriz de cesárea que mide 31 x 13 cm, con lo cual establecen como diagnóstico endometriosis de la pared abdominal (fig. 1) y concluyen que se trata de un implante de tejido endometrial a nivel de pared anterior del abdo-

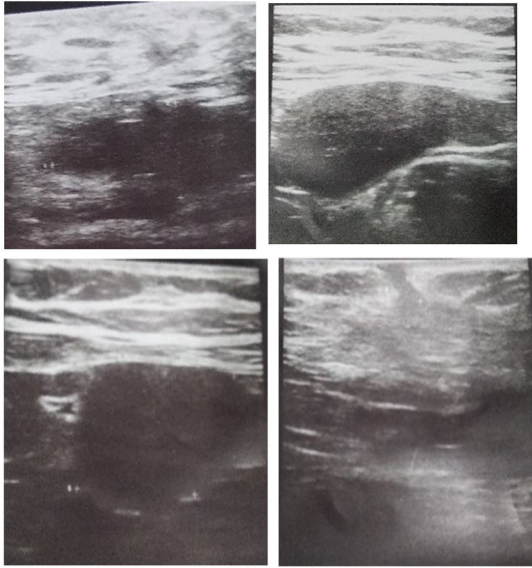


Figura 1 Ecografía de abdomen. Imágenes hipogénicas ova-ladas de contornos definidos con circulación central a nivel de fosa iliaca derecha y extremo derecho de cicatriz.

men secundario al procedimiento obstétrico descrito en los antecedentes de la paciente.

La paciente es llevada a cirugía, procediendo a realizar incisión Pfannenstiel de aproximadamente 6 cm de longitud encontrando masa inflamatoria con abundante fibrosis de aproximadamente 7x5x4 cm, múltiples quistes con sangre (fig. 2A y B), por lo que realizan disección de tejido subcutáneo y fascia, observando quistes con sangre retenida de aspecto «chocolatada» (fig. 3). Adicionalmente se realiza disección y resección de aponeurosis de recto anterior derecho y oblicuo externo hasta llegar a peritoneo.

Se extrae masa de aproximadamente 7x5x4 cm (figs. 4 y 5A), muestra enviada a patología, se lava cavidad abdominal con solución salina normal, se verifica ausencia de sangrado procediendo a suturar por afrontamiento el peritoneo con material absorbible calibre 3/0. Posteriormente se coloca malla en espacio preperitoneal en contacto con fascia de transversa (fig. 5B) anclada con puntos separados de polipropileno calibre 3/0 e inmediatamente por encima se sitúa otra malla, reproduciendo de esta forma las diferentes estructuras de la pared abdominal (reconstrucción anatómica) (fig. 5C). Finalmente se hace revisión exhaustiva,

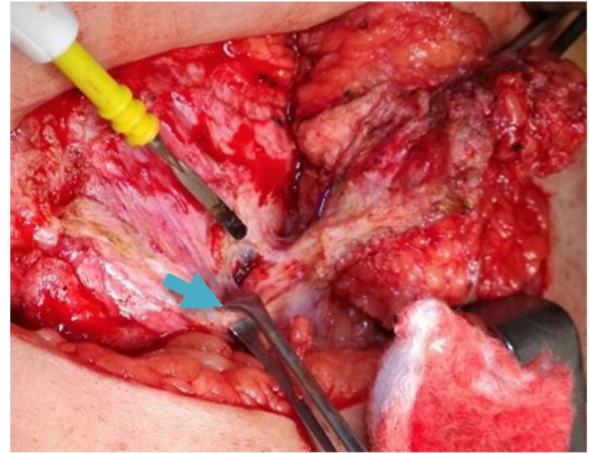


Figura 3 Fascia y músculo. La flecha señala masa inflamatoria, con múltiples quistes con sangre retenida «achocolatada».



Figura 4 Pieza quirúrgica. Tejido celular subcutáneo, nódulos producidos por la endometriosis y compromiso de fascia.

descartando presencia de sangrado o material, se lava con solución salina normal y se realiza cierre por planos.

Se contemplaron como posibles desventajas de esta técnica, el alto riesgo de sangrado intraoperatorio, pues por este territorio transcurren los vasos epigástricos que irrigan la pared abdominal y se consideró la posibilidad de dehiscencia de la sutura con presencia de hernias postoperatorias y deformidad de la pared abdominal; riesgos que generan el compromiso del cirujano en la optimización de la técnica quirúrgica a fin de evitarlos.

La paciente evolucionó de manera satisfactoria durante su postoperatorio inmediato, sin presencia de complicaciones. En el control ambulatorio realizado a los ocho días, se revisa informe de patología con hallazgos de tejido fibroconectivo con endometriosis (glándulas y estroma endometrial) asociado a fibrosis y abundantes hemosiderófagos, sin evidencia de malignidad, confirmando el diagnóstico de implante de endometriosis en pared abdominal.

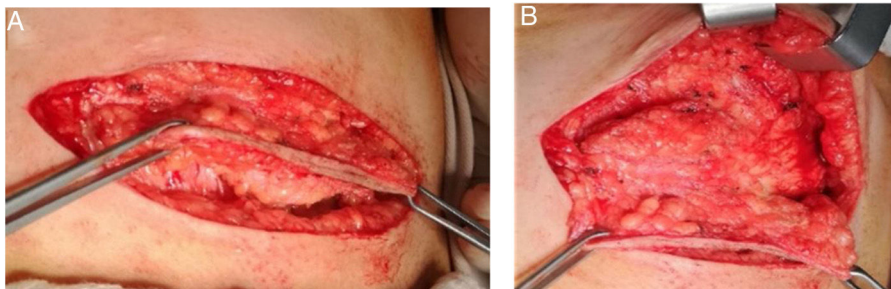


Figura 2 A) Resección de la cicatriz quirúrgica. B) Talla de colgajos, se eleva piel y grasa y abajo endometriosis.

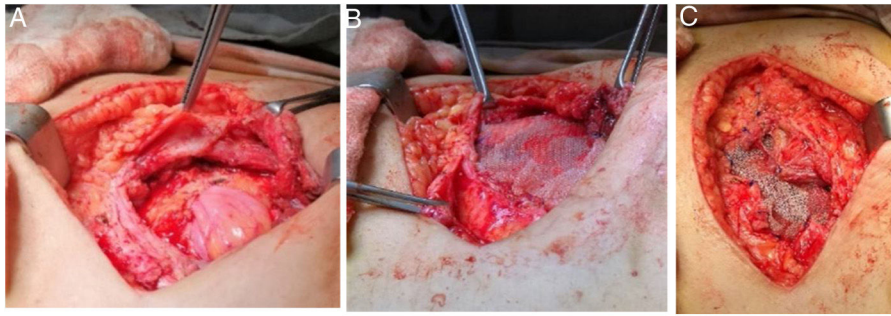


Figura 5 A) Defecto después de la escisión de la endometriosis que llega hasta el peritoneo, a los lados se parecían músculo recto anterior del abdomen y oblicuo externo. B) Colocación de malla profunda preperitoneal. C) Colocación de malla superficial adherida a la fascia del oblicuo externo.

Se consideró que el foco de endometriosis fue completamente resecado con técnica oncológica y los márgenes de resección completamente libres de enfermedad, por lo cual se considera adecuadamente tratado y no requiere de otras terapias farmacológicas.

Tras 24 meses de efectuado el procedimiento no se ha detectado ningún síntoma que refiera actividad inflamatoria.

Discusión

La endometriosis extrapélvica es infrecuente y es aún más rara la ubicación en la pared abdominal, presentando una prevalencia del 1,34%. La localización más frecuente de las endometriosis de pared abdominal se presenta como consecuencia de un procedimiento quirúrgico ginecológico o ginecoobstétrico, como es el caso de este informe¹¹. Con una incidencia del 0,03 – 1%.

Se han propuesto múltiples teorías para la génesis de esta patología, siendo la de la implantación directa de células endometriales en la incisión quirúrgica, la que más se correlaciona con nuestro caso, esto sucede como consecuencia de un inadecuado lavado de la incisión quirúrgica o en ocasiones la incisión es tan amplia que hay células que se alojan en los bordes distales de la incisión dificultando su erradicación con el simple lavado¹².

Actualmente las dos técnicas quirúrgicas más utilizadas para la realización del parto por cesárea son las incisiones de la línea media y la incisión de Pfannenstiel, siendo esta la de mayor riesgo para la presentación de EPA, esto puede ser explicado porque este tipo de incisión involucra planos de disección más amplios y más huecos, lo que dificulta el lavado de tejidos e inducen mucha más contaminación de las células endometriales. La segunda causa puede deberse a que debido a el patrón longitudinal de los vasos abdominales y la gran disección en la incisión de esta técnica provoca una mayor pérdida de sangre, lo que genera un suministro sanguíneo adecuado para la supervivencia de las células endometriales en sitios ectópicos^{13,14}.

A pesar de la escasa literatura de calidad sobre esta patología, algunos autores como Ping Zhang et al., compararon el periodo de latencia de endometriosis cicatricial por cesárea en pacientes con incisiones de Pfannenstiel vs. aquellos con incisiones de la línea media vertical. Observaron que existía una latencia significativamente más corta

para su presentación en aquellos procedimientos en donde fueron utilizadas las incisiones de Pfannenstiel (24,0 vs. 33, 0 meses, $P=0,006$). Concluyendo que la endometriosis cicatricial por cesárea en pacientes con incisiones de Pfannenstiel ocurrió antes que en pacientes con incisiones verticales y que existe una incidencia mayor en la presentación de endometriosis cicatricial por cesárea en aquellas pacientes en las cuales le fue practicada esta incisión².

Sin embargo, anatómica, fisiológica y estéticamente, la incisión por Pfannenstiel siempre será la técnica de elección para el parto por cesárea; y aunque existe el riesgo de generar EPA, su incidencia y prevalencia es tan baja, que no constituye un criterio de peso para no optar por esta técnica incisional en la realización de cesáreas, comparadas con la incisión vertical.

En la endometriosis de pared abdominal es frecuente la presentación de síntomas clínicos como el dolor abdominal cíclico, presencia de masa (más específicamente en las esquinas de las cicatrices), y otros menos comunes como sangrado por lesiones superficiales y dolor abdominal bajo. En el presente caso coincide el dolor cíclico y la presencia de masa, sin embargo, la paciente también presentaba sangrado abundante durante la menstruación y dispareunia, síntomas característicos de la endometriosis endopélvica, a pesar de ello, la ultrasonografía transvaginal descarta que la paciente cursara simultáneamente con esta patología¹⁵.

En el abordaje del paciente con esta patología, la sospecha inicial es clínica, y es por esto la importancia de una adecuada historia clínica, y el conocimiento de la existencia de esta patología; sin embargo, por la amplia gama de patologías abdominales, es importante la realización de imágenes diagnósticas, que nos ayuden a esclarecer y enfocar un adecuado diagnóstico. La más utilizada en este caso es la ultrasonografía abdominal (S:93% y E:96%), seguida de una resonancia magnética (S:95% y E: 91%) y en algunos casos donde no exista la posibilidad de RM, una tomografía computarizada. Generalmente la herramienta inicial de detección es el ultrasonido, ya que la mayoría de las instituciones cuenta con esta imagen diagnóstica, es de bajo costo y de fácil manejo^{16,17}.

Es importante recalcar que las características ecográficas y Doppler de la endometriosis de pared abdominal en incisiones por cesárea que adicionalmente presentan endometriomas, es diferente a la apariencia ecográfica habitual de la endometriosis pélvica. Los endometriomas anexales

de aspecto clásico son masas quísticas, con forma redondeada, márgenes regulares, paredes gruesas y ecos internos homogéneos de bajo nivel, por el contrario, los endometriomas cicatriciales se presentan como masas sólidas, de forma no homogénea, hipoeoica con un componente fibrótico que aparece con pequeñas manchas hipercoicas o hebras gruesas hipercoicas y márgenes irregulares, a menudo francamente espiculados⁸.

Según Giampero Francica et al. un escenario clínico adecuado (masa palpable cerca de la cicatriz de la cesárea y dolor, más específicamente si se produce durante ciclo menstrual) con un examen ecográfico cuidadoso de toda la pared abdominal es suficiente para un diagnóstico preoperatorio seguro, eficaz y oportuno⁸, además permite establecer el tamaño de la masa y evaluar si el nódulo de endometriosis invade o no la fascia abdominal y de esta forma decidir si el defecto generado en la pared abdominal requiere o no de colocación de malla^{18,19}.

La técnica adecuada para el tratamiento de la endometriosis de pared abdominal es la escisión amplia de la masa y foco de endometriosis, ya que si no se elimina por completo, puede volver a reaparecer o pueden formarse nuevas lesiones si se inocular en el parénquima vecino durante el procedimiento^{18,19}.

Para esta paciente se toma la decisión de realizar incisión de Pfannenstiel para la resección del foco de endometriosis, sustentado en los hallazgos documentados en la ultrasonografía abdominal de ingreso, su ubicación y tamaño. Por el gran defecto de la pared abdominal, requirió colocación de dos mallas, lavados exhaustivos de la región contaminada y como método preventivo de eventraciones o defectos en la pared abdominal, se realizó cierre por planos.

Por último, pocos reportes bibliográficos hablan sobre las estrategias preventivas para la endometriosis de pared abdominal, situación que puede disminuir la incidencia y prevalencia de la enfermedad, por lo que John Horton et al. sugieren que el ascenso del útero fuera de la pelvis antes de hacer la incisión uterina durante la cesárea reduce significativamente la probabilidad de desarrollar endometriosis en la pared abdominal, adicionalmente el uso de diferentes agujas para el cierre uterino y abdominal, lavar con abundante agua y a alta presión, no usar esponja para limpiar la cavidad endometrial y tratamiento hormonal después de la cirugía²⁰.

Conclusiones

La endometriosis de la pared abdominal es una patología infrecuente, que puede generar desafíos diagnósticos frente a otras patologías más cotidianas; no obstante, es importante sospecharla en mujeres con cuadros clínicos de dolor abdominal cíclico y presencia de masa en la pared abdominal, y más aún si su localización es cercana a una cicatriz ginecológica.

La cirugía de resección con márgenes amplios es el tratamiento de elección para la endometriosis de pared abdominal, dado su potencial curativo y el mínimo de consecuencias postoperatorias.

En casos de compromiso de aponeurosis, la corrección del defecto anatómico creado posterior a la exeresis puede necesitar el uso de malla para disminuir la tensión del tejido,

adicionalmente sugerimos el cierre por planos de la pared abdominal.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes

Financiación

Los autores declaran no tener financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Semillero de Innovación e Investigación Quirúrgica (SIIQ) y a la Doctora Nathalia Andrea Nova Herrera.

Bibliografía

1. Hoyle AT, Puckett Y. Endometrioma [Internet]. StatPearls. StatPearls Publishing;. 2020 [consultado 29 Sep 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32644656>.
2. Zhang P, Sun Y, Zhang C, Yang Y, Zhang L, Wang N, et al. Cesarean scar endometriosis: Presentation of 198 cases and literature review. BMC Womens Health. 2019;19:1–6.
3. Uçar MG, Şanlıkan F, Göçmen A. Surgical treatment of scar endometriosis following cesarean section, a series of 12 cases. Indian J Surg. 2015;77(December):682–6.
4. Rindos NB, Mansuria S. Diagnosis and management of abdominal wall endometriosis: A systematic review and clinical recommendations. Obstet Gynecol Surv. 2017;72:116–22.
5. Reid S, Condous G. Update on the ultrasound diagnosis of deep pelvic endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]. 2017;209:50–4. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.02.040>.
6. Johnson NP, Hummelshoj L. Consensus on current management of endometriosis. Hum Reprod. 2013;28:1552–68.
7. Andres MP, Arcoverde FVL, Souza CCC, Fernandes LFC, Abrão MS, Kho RM. Extrapelvic endometriosis: A Systematic Review [Internet]. Vol. 27. Journal of Minimally Invasive Gynecology Elsevier Inc.;. 2020:373–89. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.10.004>.
8. Francica G. Reliable clinical and sonographic findings in the diagnosis of abdominal wall endometriosis near cesarean section scar. World J Radiol. 2012;4:135.
9. Abdominal Wall Endometrioma; A 10-Year Experience and Brief Review of the Literature - Journal of Surgical Research [Internet]. [consultado 29 Sep 2020]. Disponible en: <https://www.journalofsurgicalresearch.com/action/showPdf?pii=S0022-4804%2810%2900641-4>.

10. Horne AW, Daniels J, Hummelshoj L, Cox E, Cooper KG. Surgical removal of superficial peritoneal endometriosis for managing women with chronic pelvic pain: time for a rethink? *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2019;126:1414–6.
11. Khan Z, Zanfagnin V, El-Nashar SA, Famuyide AO, Daf-tary GS, Hopkins MR. Risk factors clinical presentation, and outcomes for abdominal wall endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol* [Internet]. 2017;24:478–84. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2017.01.005>.
12. Ding Y, Zhu J. A retrospective review of abdominal wall endometriosis in Shanghai. China. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2013;121:41–4. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.11.011>.
13. Mathai M, Hofmeyr GJ, Mathai NE. Abdominal surgical incisions for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(5.).
14. McLaren J. Vascular endothelial growth factor and endometriotic angiogenesis. *Hum Reprod Update.* 2000;6:45–55.
15. Bektaş H, Bilsel Y, Sar YS, Ersöz F, Koç O, Deniz M, et al. Abdominal wall endometrioma; A 10-year experience and brief review of the literature. *J Surg Res* [Internet]. 2010;164:e77–81 [consultado 29 Sep 2020]. Disponible en: [http://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804\(10\)006414/fulltext](http://www.journalofsurgicalresearch.com/article/S0022-4804(10)006414/fulltext).
16. Kiesel L, Sourouni M. Diagnosis of endometriosis in the 21st century. *Climacteric* [Internet]. 2019;22:296–302. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1578743>.
17. Nisenblat V, Bossuyt PMM, Farquhar C, Johnson N, Hull ML. Imaging modalities for the non-invasive diagnosis of endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(2.).
18. Coledocolitiasis CO, Su EB, Laureano L, Porro S, Infecciosas E, Universitario H, et al. Coledocolitiasis: diagnóstico y terapéutica mediante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. *Arch Médico Camagüey.* 2010;14:0–11.
19. Lakshmi L, Londhe V, Varghese KTLJVNA. Abdominal wall endometriosis: accuracy of the diagnostic triad. *Int J Reprod Contraception, Obstet Gynecol.* 2015;4:1417–21.
20. Horton JD, DeZee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg.* 2008;196:207–12.