

## Endometriosis en la cicatriz de una cesárea

Juan Villalta<sup>a</sup>, Ángel L. Custardoy<sup>a</sup>, José A. Carrasquer<sup>a</sup>, Marta Pujala<sup>b</sup> y Paula Gambó<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Salud de Barbastro. Barbastro. Huesca. España.

<sup>b</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Salud de Barbastro. Barbastro. Huesca. España.

<sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Salud de Barbastro. Barbastro. Huesca. España.

### Resumen

La endometriosis extrapelviana, localizada en incisiones de la pared abdominal, es una entidad poco frecuente que puede plantear dificultades diagnósticas. No obstante, en la población femenina premenopáusica, la presencia de un nódulo cíclicamente doloroso y situado en el espesor de una cicatriz laparotómica, por anteriores procedimientos obstétricos o ginecológicos, debe resultar sospechoso de dicha complicación, una vez excluidos otros procesos más comunes como eventraciones, abscesos tardíos o granulomas por suturas. El diagnóstico de certeza preoperatorio puede hacerse mediante punción-aspiración con aguja fina del nódulo, mientras que la mayoría de pruebas de imagen sólo contribuyen a su localización anatómica y al cribado de hernia incisional.

Presentamos 2 casos de endometriosis de pared abdominal desarrollados 7 años después de cesárea. En ambos se orientó el diagnóstico preoperatorio, por sospecha clínica en el primero y por examen citológico del aspirado en el segundo. La extirpación quirúrgica, con márgenes de resección suficientes, fue resolutive.

**Palabras clave:** *Endometriosis extrapelviana. Endometrioma en cicatriz laparotómica. Cesárea.*

### ENDOMETRIOSIS IN A LAPAROTOMIC SCAR AFTER CESAREAN SECTION: REPORT OF TWO CASES

Extrapelvic endometriosis in an abdominal wall surgical scar is a rare entity that is difficult to diagnose. However, it should be suspected in any woman of childbearing age complaining of a cyclic painful nodule in a scar from a previous obstetric or gynecologic procedure, after excluding other conditions such as incisional hernia, late abscess, or suture granuloma. Fine-needle aspiration biopsy provides an accurate preoperative diagnosis. Imaging studies such as ultrasound, computed tomography, or magnetic resonance imaging are non-specific, but may be helpful in identifying the exact anatomical location of the lesion and in excluding other surgical conditions.

We present two cases of endometriosis in an abdominal wall scar that developed after cesarean section performed 7 years previously. In both patients, preoperative diagnosis, based on clinical suspicion in the first patient and aspiration cytology in the second, was correct. Wide local excision was curative in both patients.

**Key words:** *Extrapelvic endometriosis. Endometrioma in a surgical scar. Cesarean section.*

### Introducción

El diagnóstico y el tratamiento de las complicaciones tardías de las incisiones laparotómicas, con independencia de su procedimiento original, siguen encomendados a la cirugía general. Con mayor frecuencia se trata de hernias ventrales, y en menos casos de granulomas por

suturas. Sin embargo, otras entidades patológicas pueden radicar en la antigua cicatriz, algunas de difícil catalogación inicial<sup>1</sup>, por lo que son motivo de consultas recurrentes o de error diagnóstico preoperatorio. En la población femenina premenopáusica, una vez excluidos los procesos más comunes, debe considerarse el diagnóstico de endometriosis ectópica en la cicatriz, máxime si existen antecedentes de laparotomía<sup>2</sup> o laparoscopia<sup>3</sup> por intervención obstétrica o ginecológica. A continuación, presentamos los casos de 2 pacientes con nódulo doloroso en la cicatriz de laparotomía por cesárea, clínicamente sugestivos de endometriosis extrapelviana, confirmada por el examen anatomopatológico tras su extirpación.

Correspondencia: Dr. J. Villalta.  
Hospital Salud de Barbastro.  
Ctra. Nacional 240, s/n. 22300 Barbastro. Huesca. España.  
Correo electrónico: jvillalta@salud.aragob.es

Manuscrito recibido el 24-1-2005 y aceptado el 18-3-2005.

## Casos clínicos

### Caso 1

Mujer de 30 años, con antecedentes de cesárea 7 años antes. Consulta por dolor en incisión laparotómica media infraumbilical desde hacía 4 meses, de características más o menos cíclicas, y ocasionalmente intenso en el período premenstrual. No refería otros antecedentes patológicos de interés, salvo dismenorrea de reciente instauración. En la exploración física, se apreciaba, en el tercio superior de la cicatriz, una zona indurada y mal definida de 4 cm, selectivamente dolorosa y fija en la pared abdominal; el resto del examen era normal. Con la sospecha clínica de endometrioma laparotómico se practicó una tomografía computarizada (TC) de abdomen, que mostraba un nódulo de 1,5 cm de diámetro, compatible con la orientación diagnóstica, por encima de la unión de ambos músculos rectos anteriores (fig. 1). En la intervención, tras la resección de la cicatriz cutánea, se halló, en el espacio celular subcutáneo, un nódulo no encapsulado de 2 cm, adherido al plano aponeurótico, que se extirpó con amplitud. El curso postoperatorio fue normal. El informe anatomopatológico confirmaba el diagnóstico de endometriosis.

### Caso 2

Mujer de 33 años, con antecedentes de cesárea hacia 7 años. Consulta por dolor selectivo, de características cíclicas intermenstruales, en el extremo derecho de la cicatriz de Pfannenstiel y en la proximidad a una incisión de apendicectomía remota. En la exploración destacaba dolor a punta de dedo, sin nódulo palpable. La ecografía-Doppler demostraba, en el tercio inferior del músculo recto anterior derecho, una formación nodular sólida de 9 x 4 mm que, repetida en período premenstrual, presentaba hipervascularización (fig. 2). La punción-aspiración con aguja fina confirmó citología compatible con tejido endometrial. En la intervención quirúrgica, se realizó una exéresis del nódulo descrito por la ecografía en su localización muscular. El curso postoperatorio no presentó complicaciones. El examen anatomopatológico del nódulo resecado confirmó el diagnóstico de endometriosis. Dos años después fue intervenida, en otro centro hospitalario, de endometriosis pelviana sintomática sin detectarse recidiva en la incisión.

## Discusión

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, y ocurre con mayor frecuencia en el espacio pelviano. En torno a un 8-15% de la población femenina en edad reproductiva padece este trastorno. Su presentación extrapelviana se ha descrito en numerosas instancias y en diversas localizaciones anatómicas, aunque la mayor incidencia asienta en las cicatrices laparotómicas tras la cirugía ginecológica u obstétrica. Entre el 0,03 y el 0,4% de las incisiones abdominales por cesárea<sup>4</sup> acaba desarrollando, a lo largo del tiempo, el crecimiento de endometriomas. Su fisiopatología es controvertida y podría obedecer a cualquiera de las 2 teorías más aceptadas<sup>5,6</sup>. La primera de ellas consistiría en el transporte y depósito 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, las cuales experimentarían, bajo estímulos específicos, una transformación endometriósica. En los casos clínicos descritos, cualquiera de los 2 mecanismos podría hallarse involucrado, aunque la teoría del implante directo se ajustaría mejor al primer caso, mientras que en el segundo caso la existencia de una grave endometriosis



Figura 1. TC abdominal, con contraste intravenoso. Lesión nodular de 1,6 cm de límites ligeramente irregulares, que se realza de forma discreta con el contraste intravenoso a nivel infraumbilical y por delante de la unión de ambos músculos rectos anteriores.

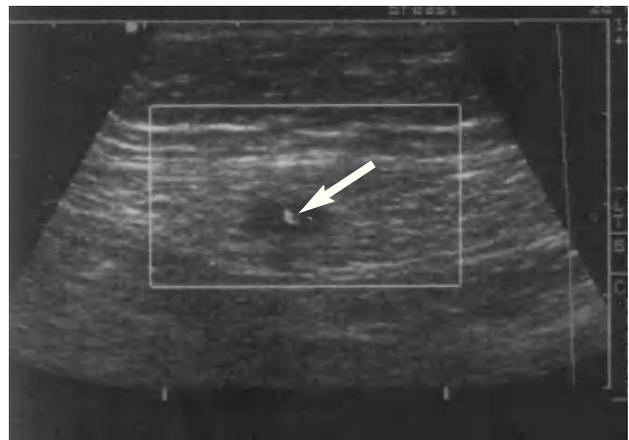


Figura 2. Ecografía con Doppler Color. Nódulo sólido de 9 mm, hipoeoico y bastante bien delimitado, en el espesor de las fibras del músculo recto anterior derecho, detectándose moderado flujo vascular en su interior.

pelviana podría correlacionarse con evolución metaplásica producida bajo estímulos endocrinos mantenidos en el tiempo. También se han descrito endometriomas en los puertos de trocares laparoscópicos<sup>3</sup>, así como sin cirugía previa de ningún tipo<sup>7</sup>, aunque su prevalencia en la bibliografía es baja.

El diagnóstico de la endometriosis incisional debe emprenderse desde la sospecha clínica y tras considerar las causas más frecuentes de las alteraciones tardías en la herida laparotómica, como eventraciones, granulomas a suturas, abscesos crónicos y otras menos frecuentes, como tumores desmoides, sarcomas 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, cuando menos, altamente sugestiva de endometriosis ectópica, 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 –a ciegas o mejor guiada por ecografía– puede resultar patognomónica<sup>8</sup>, si bien su negatividad no la descarta. Se utilizó este procedimiento para el segundo caso clínico referido, que confirmó el proceso. Los métodos de imagen<sup>9</sup>, la ecografía, la TC y la resonancia magnética, contribuyen fundamentalmente a la localización precisa de la lesión endometriósica y al diagnóstico diferencial con otras enfermedades más frecuentes, sobre todo con eventraciones laparotómicas, aunque no poseen una alta sensibilidad ni una especificidad de certeza.

El tratamiento de la endometriosis ectópica incisional es quirúrgico, una vez establecido el diagnóstico o con sospecha de éste. La extirpación amplia de la lesión, con márgenes libres, es lo apropiado. En pocas ocasiones debe recurrirse al empleo de mallas protésicas para la cobertura de los defectos fasciales, y se desaconseja incluso su implantación para la reparación de hernias de la pared abdominal en mujeres con endometriosis pelviana<sup>10</sup> por riesgo de metaplasia local. Pueden existir recurrencias que deben tratarse con una nueva extirpación. Se ha recomendado la administración de danazol (antigonadotropina) en la prevención de recidivas, máxime si existe endometriosis pelviana concomitante.

Como conclusión, la aparición de endometriosis incisional en mujeres con antecedentes quirúrgicos obstétri-

cos o ginecológicos, si bien es de baja frecuencia, plantea problemas diagnósticos que suelen resolverse con un grado de sospecha clínica adecuado y/o recurriendo a la citología tras la punción de la lesión; en la mayoría de casos la extirpación es curativa.

## Bibliografía

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, et al. 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, lymphomatic and hematogenous metastasis. *Cancer.* 1949;2:399-410.
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, et al. 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.