



## CASO CLÍNICO

# Endometriosis en cicatriz de cesárea anterior

M.I. Pardo\*, S. Campos, O. Ouviaña, N. Caramés, R. Vidal y M. Vázquez-Rodríguez

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

Recibido el 5 de agosto de 2008; aceptado el 30 de septiembre de 2008  
Disponible en Internet el 27 de septiembre de 2009

### PALABRAS CLAVE

Endometriosis;  
Endometrioma;  
Pared abdominal;  
Cesárea

### KEYWORDS

Endometriosis;  
Endometrioma;  
Abdominal wall;  
Cesarean section

### Resumen

La endometriosis de la pared abdominal es una patología infrecuente que ocurre habitualmente tras un proceso quirúrgico obstétrico o ginecológico con histerotomía. La endometriosis en la cicatriz de una cesárea anterior suele presentarse como un nódulo cíclicamente doloroso, situado en el espesor de la cicatriz. Presentamos el caso de una paciente con un endometrioma en la cicatriz de una cesárea previa que se manifiesta como una masa en el tercio externo de la cicatriz.  
© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Endometriosis in a previous cesarean section scar

### Abstract

Abdominal wall endometriosis is a rare entity, which usually occurs after obstetric or gynecologic procedures with hysterotomy. Endometriosis in a cesarean section scar usually appears as a cyclically painful nodule located in the scar tissue. We report a case of endometriosis in a cesarean section scar, which manifested as a mass in the external third of the scar.  
© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La endometriosis extrapelviana es un fenómeno relativamente infrecuente. En la mayoría de los casos ocurre en tejidos cicatriciales tras un procedimiento obstétrico o ginecológico, tal como histerotomía, episiotomía, cesárea, amniocentesis y laparoscopia<sup>1</sup>. La endometriosis de pared

abdominal tras cesárea varía según los estudios de un 0,03 a un 0,4%<sup>2-3</sup>.

Presentamos el caso de una paciente con endometriosis en la pared abdominal que se presenta como una tumoración en la cicatriz de la cesárea realizada dos años antes.

## Caso clínico

Paciente de treinta años, sin antecedentes familiares ni personales de interés. Como antecedentes ginecoobstétricos,

\*Autor para correspondencia.

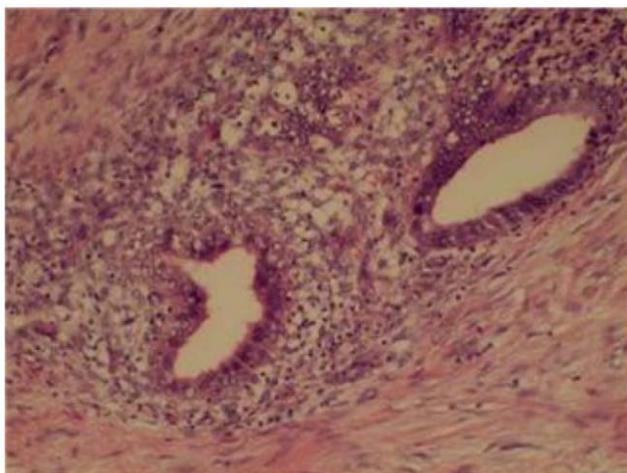
Correo electrónico: isabelpp76@hotmail.com (M.I. Pardo).

tiene una cesárea por presentación podálica de hace dos años sin complicaciones.

La paciente acude a nuestras consultas externas por tumoración en el tercio externo del lado izquierdo de la cicatriz de la cesárea, doloroso, y que aumenta de tamaño adquiriendo una coloración azulada durante el período menstrual.

A la exploración física, se objetiva un nódulo bien delimitado, de aproximadamente 1,5 cm de diámetro máximo, con bordes regulares y no adherido a planos profundos, en el tercio externo izquierdo de la cicatriz de Pfannenstiel previo. Dada la sintomatología de la paciente, se incluye en lista de espera quirúrgica para exéresis de la tumoración con sospecha diagnóstica de endometriosis de pared abdominal, realizándose la intervención sin incidencias y con anestesia local.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica informa de endometriosis de nódulo subcutáneo, con CD10 positivo en el estudio inmunohistoquímico (figs. 1 y 2).



**Figura 1** Estructuras glandulares correspondientes a las glándulas endometriales rodeadas de estroma endometrial.



**Figura 2** Estudio inmunohistoquímico con CD10 que tiñe de marrón el estroma endometrial.

## Discusión

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial, glándulas y estroma fuera de la cavidad uterina. Un endometrioma es una masa de endometriosis bien circunscrita<sup>4</sup>. Se considera endometriosis de la pared abdominal aquella que aparece como una masa en la cicatriz de una cesárea anterior, o cerca de ésta, o bien en la cicatriz de otro procedimiento ginecológico. Los endometriomas en la cicatriz de una intervención ginecológica pueden aparecer meses o años después de ésta<sup>5</sup>, variando desde unos meses hasta varios años, siendo la media de 30 meses<sup>1,6</sup>. En nuestro caso, el endometrioma apareció a los dos años de la realización de la cesárea. La clínica característica consiste en dolor de tipo cíclico, coincidiendo con la menstruación en paciente con antecedentes de cesárea (o intervención ginecológica previa), y tumoración dentro o cerca de la cicatriz de la cesárea. Sin embargo, se ha visto que en algunos casos se presenta de manera asintomática o con dolor no asociado al ciclo menstrual<sup>7</sup>. El diagnóstico de endometriosis de la pared abdominal puede ser complicado cuando el dolor cíclico no está presente, incluyendo el diagnóstico diferencial: abscesos, hematomas, lipomas, granulomas y cáncer primario o metastásico.

El aspecto ecográfico de un endometrioma de pared puede ser quístico, poliquístico, de ecogenicidad mixta o sólido.

La patogénesis de este proceso se explica por una combinación de teorías, siendo la más extendida la de la implantación directa durante el proceso quirúrgico; desde este punto, el tejido prolifera bajo la influencia hormonal y, al igual que el endometrio en el útero, induce una metaplasia del tejido fascial, dando lugar a la formación de un endometrioma. Otras teorías apoyan la llegada de células endometriales a la cicatriz de la cesárea a través de la vía linfática o hematógena<sup>1</sup>.

La escisión amplia con al menos 1 cm de margen libre de lesión se considera el tratamiento de elección, incluso en lesiones recurrentes. También se ha empleado el tratamiento hormonal, pero se ha visto que los síntomas recurren al cesar éste<sup>8</sup>. Algunos autores recomiendan el uso de tratamiento adyuvante tras la escisión quirúrgica con análogos de factor liberador de gonadotropinas (GnRH) o danazol<sup>9</sup>.

En conclusión, la endometriosis de la pared abdominal es habitualmente causada por inoculación iatrogénica de tejido endometrial en la herida quirúrgica, por tanto, es recomendable la limpieza de la herida tras la cirugía. La escisión amplia de la lesión suele ser curativa.

## Bibliografía

1. Chen-Chih T, Han-Ming Y, Kuang-Fa C, Chi-Yui Y, Lien-Sheng C, Chuen-Long K. Abdominal wall endometriosis: An overlooked but possibly preventable complication. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2008;47:42–8.
2. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: Report of eight cases. *Am Surg.* 1999;65:36–9.
3. Chatterjee SK. Scar endometriosis: A clinicopathologic study of 17 cases. *Obstet Gynecol.* 1980;56:81–4.

4. Ray G, Vellore S, Parithivel M, Ajai K, Milton A, Moshe S, et al. Abdominal wall endometriosis. *The American Journal of Surgery*. 2003;185:596–8.
5. Nirula R, Greaney G. Incisional endometriosis: An under-appreciated diagnosis in general surgery. *J Am Coll Surg*. 2000: 90.
6. Bumpers H, Butler K, Best I. Endometrioma of the abdominal wall. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187:1709–10.
7. Sing K, Lessll M, Adam D, Jordan C; W Miles; IM Macintyre. Presentation of endometriosis to general surgeon: A 10 year experience. *Br J Surg*. 1995;82:1349–51.
8. Witz C. Current concepts in the pathogenesis of endometriosis. *Clin Obstet Gynecol*. 1999;42:566–85.
9. Wang P, Juang C, Chao H, Yu K, Yuan CC, Ng H. Wound endometriosis: Risk factor evaluation and treatment. *J Chin Med Assoc*. 2003;66:113–9.