

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO

INFORME DE CASO: ENDOMETROSIS DE PARED
ABDOMINAL EN CICATRIZ DE CESÁREA

AUTORA: ALEJANDRA PAMELA RAMOS VEGA

ASESOR: OTHONIEL ABELARDO BURGOS CHÁVEZ

Trujillo-Perú

2020

REPORTE DE CASO

INFORME DE CASO: ENDOMETRIOSIS DE PARED ABDOMINAL EN
CICATRIZ DE CESÁREA

CASE REPORT: ENDOMETRIOSIS OF THE ABDOMINAL WALL IN
CESAREAN SCAR

Pamela Ramos Vega¹, Othoniel Burgos Chávez²,

1 Estudiante de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego,
Trujillo-Perú

2 Doctor del Servicio de Cirugía del Hospital Alta complejidad Virgen de la
Puerta, Trujillo-Perú

RESUMEN

Objetivos: Presentar un caso acerca de endometriosis de pared abdominal secundario a cicatriz de la incisión de Pfannenstiel o cesárea y realizar una revisión sistemática de literatura sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Materiales y métodos: Se presenta el caso de una paciente mujer de 30 años, con antecedente de 3 cesáreas, atendida en clínica particular ubicada en la ciudad de Trujillo en La Libertad, por presentar tumoración con aumento de volumen progresivamente desde hace 4 años, asociado a dolor con cada ciclo menstrual. Se realizó una revisión de la literatura publicada en las bases de datos Medline en PubMed, Scielo, Upto Date y Google Académico.

Resultados: Se encontraron reportes de casos y revisiones del tema, teniendo en común el estándar de oro para el diagnóstico positivo de esta enfermedad es el examen anatomopatológico. El tratamiento farmacológico empleado para el alivio de los síntomas son los antiinflamatorios no esteroideos y anticonceptivos orales, sin embargo, el tratamiento definitivo se logra a través de una extirpación quirúrgica total de la masa.

Conclusiones: La endometriosis en cicatriz de cesárea representa un reto diagnóstico para los cirujanos debido a las manifestaciones clínicas similares con otras patologías y por sus diagnósticos diferenciales como hernia incisional, inguinal o granuloma en sutura.

Palabras clave: Endometriosis, pared abdominal, cicatriz de cesárea

ABSTRACT

Objectives: To present a case about abdominal wall endometriosis secondary to a Pfannenstiel incision scar or cesarean section and to carry out a systematic review of the literature on diagnosis, treatment and prognosis.

Materials and methods: We present the case of a 30-year-old female patient, with a history of 3 cesarean sections, attended in a private clinic located in the city of Trujillo in La Libertad, for presenting a tumor with progressively increasing volume for 4 years, associated a pain with each menstrual cycle. A review of the literature published in the Medline databases in PubMed, Scielo, Upto Date and Google Academic was carried out.

Results: Case reports and reviews of the subject were found. Being the gold standard for the positive diagnosis of this disease is the pathological examination. The pharmacological treatment used to alleviate symptoms is non-steroidal anti-inflammatory drugs and oral contraceptives, however, definitive treatment is achieved through a total surgical removal of the mass.

Conclusions: Endometriosis in cesarean section scar represents a diagnostic challenge for surgeons due to the similar clinical manifestations with other pathologies and due to its differential diagnoses such as incisional hernia, inguinal or suture granuloma.

Key words: Endometriosis, abdominal wall, caesarean section scar.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica de tipo benigno, caracterizada por la localización ectópica de glándulas y estroma endometrial que normalmente se encuentran en el útero (1)

Afecta aproximadamente del 6 al 10% de las mujeres en edad reproductiva y representa una causa importante de dolor pélvico crónico y hasta el 35 al 50% de infertilidad. Puede ser intra o extrapelviana siendo el sitio más frecuente en la

pelvis que incluyen los ovarios, ligamentos uterinos, tabique rectovaginal y peritoneo. Otros sitios inusuales son la vejiga, intestino, apéndice cecal, cicatriz umbilical, saco herniario, pulmones, extremidades y cicatrices quirúrgicas (2)

Su etiología no se conoce con exactitud, pero se han identificado ciertos factores de riesgo, como un índice de masa corporal bajo, nuliparidad, menarquia temprana, menopausia tardía el antecedente de endometriosis en un familiar de primer grado(3)

El cuadro clínico secundario a intervenciones gineco- obstétricas se caracteriza por tumoración palpable cerca a la cicatriz de cesárea, que se vuelve más evidente con el ciclo menstrual manifestándose con el aumento de volumen e intensificación del dolor con la maniobra de Valsalva, incluso en algunos casos puede haber eritema o lesiones cutáneas (2).

La endometriosis de la pared abdominal fue descrita por primera vez en 1956 y se define como la presencia de tejido endometrial superficial al peritoneo, que puede afectar diversas estructuras desde la dermis, el tejido celular subcutáneo, hasta la fascia y los músculos de la pared abdominal (4)

Algunos casos están asociados a presencia de tejidos cicatriciales tras un procedimiento obstétrico o ginecológico como: histerectomía, episiotomía, cesárea, amniocentesis y laparoscopia. Siendo la tasa de incidencia secundario a una cesárea de 0,03 a 1% según diversos estudios (5), de los cuales tan solo el 1% pueden malignizarse (3).

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente mujer de 30 años de edad, casada, ama de casa, con procedencia de Laredo. Sin comorbilidades, ni antecedentes patológicos personales ni familiares relevantes, niega alergias, no hábitos tóxicos, menarquía a los 12 años de edad, uso de anticonceptivos orales antes de su primera gestación durante un año, ciclos menstruales 4/30, TPAL:3003; con tres gestaciones previas, culminadas con cesáreas, la primera hace 8 años por presentación podálica, la segunda hace 6 años y la última hace 2 años con ligadura tubárica bilateral.

Paciente acude a consultorio externo del servicio de cirugía general de clínica particular ubicada en Trujillo, por presentar tumoración de 4 años de evolución localizada en el borde derecho de la cicatriz de cesárea, dolorosa, que se intensifica con cada ciclo menstrual (8/10 EVA), que no cede con analgésicos ni antiinflamatorios, limitándole a realizar sus actividades cotidianas e incapacitándole para agacharse o al levantar peso.

Al examen físico se encuentra a paciente en bipedestación, con signos vitales y funciones biológicas conservadas. Se observó una tumoración sobre tercio derecho de la cicatriz quirúrgica de incisión de Pfannenstiel, sin secreción ni signos inflamatorios. A la palpación se evidencia una masa a nivel de la pared abdominal anterior sobre el músculo recto derecho de 6 x 5 cm de diámetro, con superficie y bordes irregulares, de consistencia sólida, fija a estructuras profundas, no reductible ni dolorosa. **(Figura N° 01)**



Figura N°01 Masa localizada en el lado superior derecho de la cicatriz de incisión de Pfannenstiel

Se solicitó ultrasonográfico transabdominal de partes blandas de la región suprapúbica **(Figura N° 02)**, observándose hueco herniario de 29.8 X 15.3mm, el cual a la maniobra de Valsalva se evidencia discreta movilización de contenido herniario que muestra una imagen hipocogénica levemente irregular, relativamente mal definida en la pared abdominal anterior sobre el tercio derecho de la cicatriz de cesárea. Hueco dista de la piel a 15.7mm. En conclusión, el estudio ultrasonográfico fue compatible con hernia incisional. Sus análisis

bioquímicos sanguíneos con resultados dentro de los parámetros normales, programándola inicialmente a la paciente para una Hernioplastia incisional.



Figura N°02 Imagen de estudio ultrasonográfico compatible con diagnóstico preoperatorio de hernia de pared abdominal inferior

Durante el intraoperatorio se determinó que no se trataba de una hernia incisional, sino de tumoración de la pared abdominal, concluyendo en resección amplia de tumor de pared abdominal sobre la cicatriz de cesárea, como estuvo comprometido varias estructuras de la pared abdominal anterior como aponeurosis, fue necesario reseccionar importante cantidad de tejido afectado dejando márgenes de 1cm libre de enfermedad y se empleó una malla de polipropileno como material de reparación. La tumoración tenía una apariencia quística con hemorragia focal en la pieza extraída (**Figura N° 03**). Finalmente, fue enviado a patología para confirmar el diagnóstico de endometriosis en cicatriz de cesárea. Al día siguiente de la cirugía (27/05/20) se le dio de alta a la paciente con analgésicos y control en los 7 días posteriores.

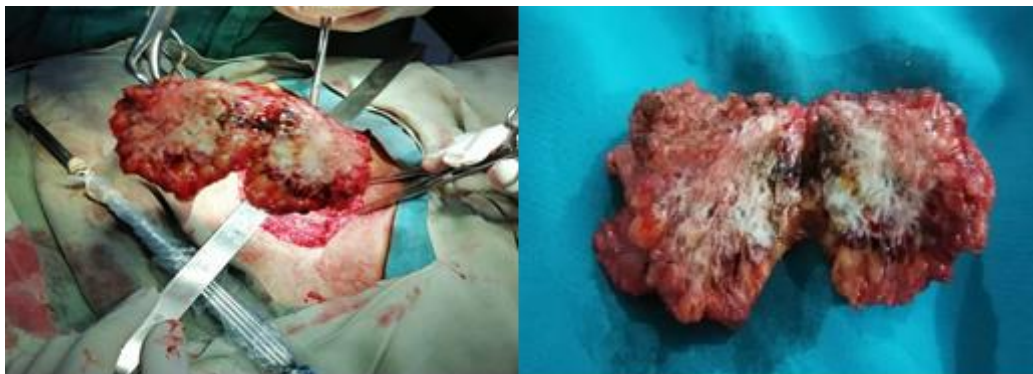


Figura N°03 Aspecto macroscópico de tumor con apariencia quística y con focos hemorrágicos

Al séptimo día, paciente acude a control por consultorio externo, sin presentar molestias ni complicaciones, para proceder al retiro de puntos de sutura. Se recogió el resultado de examen histopatológico (**Figura N°04**) con resultado macroscópico: tumoración de fascia constituido por tejido pardo-hemorrágico que mide 8.2 x 4 x 2.8 cm, al corte se observa tejido amarillento blanquecino, y microscópicamente tejido fibroso grueso benigno con múltiples glándulas endometriales y estroma, compatible con el diagnóstico positivo para endometriosis. En la actualidad la paciente se encuentra en óptimas condiciones generales.

Aspectos éticos: Se solicitó autorización de la paciente para la publicación del reporte de caso, garantizándole confidencialidad de información y privacidad de los datos de la paciente.

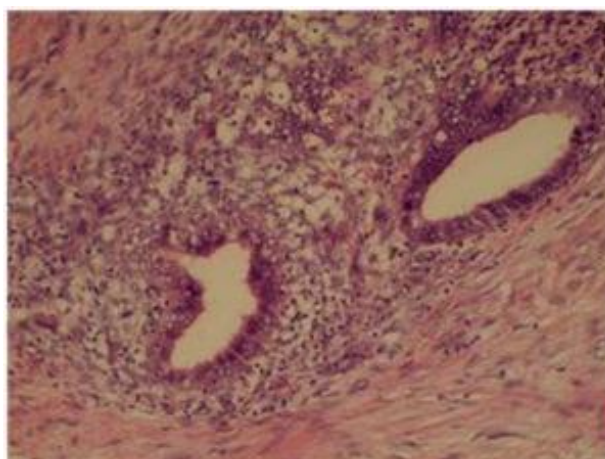


Figura N° 04 Aspecto microscópico de tumoración donde se muestra tejido fibroso grueso benigno con múltiples glándulas y estroma endometrial

DISCUSIÓN

En el presente caso se expone a paciente que inició con cuadro clínico desde hace 4 años, un año después de su segunda cesárea. Su sintomatología fue intensificándose en el tiempo y por motivos económicos no pudo tratarse desde un principio, hasta que el dolor y la incapacidad fueron muy marcados por lo cual decidió acudir por consultorio externo del servicio de cirugía.

Las limitaciones en esta presentación de caso fue que inicialmente se determinó un diagnóstico de hernia incisional, por el resultado ultrasonográfico, programando a la paciente en un inicio a una Hernioplastia con colocación de malla de polipropileno y durante el intraoperatorio se evidenció un tumor de la fascia que era más compatible con endometriosis de la pared abdominal en la cicatriz incisión de Pfannenstiel, que se confirmó mediante el estudio anatomopatológico.

La endometriosis afecta aproximadamente al 10% de las mujeres entre los 20 y 40 años de edad y es el responsable del 50% de los casos de infertilidad femenina en la edad reproductiva(6).Según diversos estudios entre el 0,03 y el 0,4% de las incisiones abdominales por cesárea acaba desarrollando, a lo largo del tiempo, el crecimiento de endometriomas(5)

La etiología de esta enfermedad es desconocida, sin embargo, se ha identificado ciertos factores de riesgo, como un índice de masa corporal bajo, nuliparidad, menarquia temprana, menopausia tardía y el antecedente de endometriosis en un familiar de primer grado (3)

La patogénesis de este tipo de endometriosis según su localización, se explica por una combinación de teorías, siendo la más aceptada la de una implantación directa por transporte de células endometriales durante el proceso quirúrgico, con proliferación de tejido, bajo la influencia hormonal y, al igual que el endometrio en el útero, induce a una metaplasia (7)

Se utilizan dos métodos para diagnóstico de endometriosis mediante histeroscopia y biopsia. Siendo el estándar de oro para el diagnóstico positivo de esta enfermedad el examen anatomopatológico(8), que muestra la presencia de

células endometriales de músculo liso, estroma, glándulas y macrófagos cargados de hemosiderina en el tejido(9).

Los diagnósticos diferenciales son hematoma, seroma, granuloma, absceso, hernia incisional, tumor desmoide, sarcoma, linfoma, cáncer primario o metastásico (2).

Para el tratamiento farmacológico de los síntomas asociados a la endometriosis son los antiinflamatorios no esteroideos y anticonceptivos orales(10), sin embargo el tratamiento final se logra a través de una extirpación quirúrgica total de la masa con tejido sano circundante de al menos 1 cm, esta escisión evita la aparición de una posible degeneración maligna o recurrencia. La malignización es rara, aunque es posible(11), con una frecuencia de recidiva de 1.5-9.1% (9).

Alrededor de un tercio de las mujeres con endometriosis tienen dificultad para quedar embarazadas siendo la infertilidad la complicación más importante, también es responsable de dolor pélvico crónico, rompimiento de grandes quistes ubicados en la pelvis, obstrucción intestinal o de vías urinarias y de cáncer (12).

Se mostró respeto por nuestra parte hacia la paciente, y de su parte colaboración y disposición, brindándonos toda la información necesaria para poder realizar el trabajo y permitiendo que su patología pueda ser publicada.

CONCLUSIONES

En este reporte de caso ha demostrado que es una patología de la pared abdominal, que debe considerarse en mujeres con antecedente de cesárea, en edad fértil con mayor incidencia entre los 20 a 40 años de edad, que se manifiesta con una masa en la pared abdominal anterior y dolor cíclico en la cicatriz de incisión de Pfannenstiel que coincide con el ciclo menstrual. El diagnóstico preciso y oportuno puede lograrse a través de un adecuado examen físico y mediante algunos exámenes de imagen para determinar la extensión y el tamaño de la lesión para mejorar su calidad de vida de las pacientes con una pronta intervención quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

1. Sosa-Durán EE, Aboharp-Hasan Z, Mendoza-Morales RC, García-Rodríguez FM, Jiménez-Villanueva X, Peñavera-Hernández JR. Adenocarcinoma de células claras originado de endometriosis en pared abdominal. *Cir Cir.* 1 de mayo de 2016;84(3):245-9.
2. Ramos-Mayo AE, Gil-Galindo G. Experiencia del departamento de hernias y pared en el manejo de endometriosis de pared abdominal durante 9 años. *Cir Cir.* 26 de junio de 2019;87(4):1859.
3. Gaba N, Gaba S, Gupta M, Singla M, Dua A. Endometriosis at Cesarean Scar Presenting As an Acute Abdomen. *Cureus [Internet].* [citado 1 de julio de 2020];12(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7170023/>
4. Restrepo J, Turizo A, Tabares S, Ortiz AF, Vélez A, Cuesta DP, et al. Abdominal wall endometriosis: A descriptive study of a series of 21 cases. *Rev Colomb Cir.* diciembre de 2019;34(4):338-45.
5. Esquivel-Estrada DV. Implante de endometriosis en cicatriz de operación cesárea. 2004;(2):4.
6. Miranda Mendoza I, López R, Puga M, Sandoval C, Donoso P, Espíndola L, et al. Endometriosis, el cáncer blanco. *Contacto Científico Clínica Alem.* julio de 2019;9(2):54-9.
7. Puyuelo ÁFG, Fleites RAC, Casal MEB. Endometrioma en herida quirúrgica postcesárea. Presentación de una paciente. *Acta Médica Cent.* 23 de mayo de 2016;10(2):55-8.
8. Huang W, Liu B, He Y, Xie Y, Liang T, Bi Y, et al. Variation of diagnostic criteria in women with chronic endometritis and its effect on reproductive outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Reprod Immunol.* 1 de agosto de 2019;140:103146.
9. Karapolat B, Kucuk H. A Rare Cause of Abdominal Pain: Scar Endometriosis. *Emerg Med Int [Internet].* 17 de abril de 2019 [citado 1 de julio de 2020];2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6500653/>
10. Uranga-Romano JG, Hernández-Valencia M, Zárate A, Basavilvazo-Rodríguez MA. Evaluación de dienogest en el tratamiento del dolor pélvico asociado a la endometriosis. Un metaanálisis de su efectividad. *Dienogest Useful Pelvic Pain Due Endometr Meta-Anal Its Ef.* 7 de agosto de 2017;55(4):452-5.
11. Sánchez PM, Meca LN, Campillo ARG, Díaz AN, Martínez JG. Endometriosis sobre ligamento redondo extrapélvico. :5.
12. Valverde M de LQ, Barragán LXV, Ortega ELM, Medranda SJL. La endometriosis y sus complicaciones. *RECIMUNDO.* 7 de abril de 2019;3(2):283-306.