



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-450 - ENDOMETRIOSIS DE LA PARED ABDOMINAL: TRES CASOS DE ENDOMETRIOMAS SOBRE CICATRIZ DE CESÁREA

Alonso Batanero, Sara<sup>1</sup>; Rubio Sánchez, Teresa<sup>2</sup>; González Muñoz, Ignacio<sup>2</sup>; Silva Benito, Isabel<sup>2</sup>; Trébol López, Jacobo<sup>2</sup>; García Plaza, Asunción<sup>2</sup>; Sánchez Casado, Ana Belén<sup>2</sup>; Muñoz Bellvís, Luis<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital el Bierzo, Ponferrada; <sup>2</sup>Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

### Resumen

**Introducción:** Presentación de dos casos de endometriosis de pared abdominal (EA) tratados satisfactoriamente en nuestro centro; y descripción de las principales características de esta patología y su manejo quirúrgico. La endometriosis afecta al 8-15% de mujeres en edad fértil y consiste en la presencia de tejido endometrial ectópico, generalmente a nivel pélvico. Puede estar presente en otras localizaciones, siendo la pared abdominal la localización extrapélvica y no visceral más frecuente.

**Casos clínicos:** Se presentan los datos en las tablas.

Casos	Nº1	Nº2	Nº3
Edad (años)	22	40	46
Parto	Cesárea 2017	Cesárea 2010 (gemelar)	Cesárea 2002/Cesárea 2008
Motivo de consulta	Dolor en Pfannenstiel, exacerbado con menstruaciones	Dolor en pared abdominal, exacerbado con menstruaciones	Dolor en fosa ilíaca izquierda
Exploración física	Tumoración dolorosa, móvil, bien delimitada	Palpación dificultada por obesidad	Tumoración dolorosa a la palpación
Localización	Hipogastrio	Fosa ilíaca izquierda	Fosa ilíaca izquierda
Ecografía	Imagen quística tabicada (1,9 × 2,1 cm)	Formación hipoecogénica de aspecto estrellado e infiltrativo (2,3 × 2,2 × 2,4 cm)	Masa sólida hipoecóica, mal delimitada y espiculada
TAC	No	Tumoración mal definida, adyacente a músculo recto sin plano de separación	No

RMN	No	No	Imagen fusiforme, bien delimitada, en el espesor del músculo recto abdominal. Isointensa T1/Hiperintensa T2 (5,3 × 2,9 × 7,4 cm)
Sospecha diagnóstica	Tumoración benigna de partes blandas	Tumoración maligna de partes blandas	Tumor desmoide
Plan	Cirugía programada	Cirugía programada	Cirugía programada
Resultados			
Casos	Nº1	Nº2	Nº3
Hallazgos	Tumoración inferior a vaina anterior de músculo recto	Lesión adherida a aponeurosis del oblicuo mayor	Tumoración en espesor de músculo recto
Técnica	Exéresis + malla polipropileno supra-aponeurótica	Exéresis + marcaje con clips bordes de resección	Exéresis + malla polipropileno premuscular retroaponeurótica
Anatomía patológica	Endometrioma: lesión quística multilocular achocolatada	Endometrioma: CK20-, CK7+, vimentina+, receptores de estrógenos y progesterona+	Endometrioma
Revisión cirugía	Sin incidencias	Sin incidencias	Eventración a los 2 años reparada con eventroplastia
Revisión ginecológica	Sin patología	Sin patología	Essure. Sin patología
Tratamiento hormonal	Anticonceptivos orales	DIU	Ninguno
Seguimiento (años)	0,5	1	4

**Discusión:** Se estima que la incidencia de EA es de 0,03-1,7% de las mujeres sometidas a cirugía ginecológica. Debemos sospechar la presencia de EA en tumoraciones cercanas a cicatrices con aumento de tamaño y dolor de forma cíclica, o sangrado por la piel. Su patogénesis es incierta, pero se cree que su origen podría ser consecuencia de la diseminación e implante de tejido endometrial durante los procedimientos ginecológicos y su estimulación hormonal posterior, o llegar por vía linfática o hematológica. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y la RMN es la prueba de imagen de elección, si bien la confirmación diagnóstica nos la da el examen histológico (PAAF, BAG o biopsia escisional). Su diagnóstico diferencial son las tumoraciones de partes blandas: lipomas, tumores desmoides, necrosis grasa, fibromatosis, etc. El tratamiento incluye el manejo expectante, supresión hormonal y extirpación quirúrgica con márgenes amplios para evitar recidivas. La cirugía es el tratamiento más eficaz, ya que al suspender el tratamiento farmacológico suele recidivar. Pueden ser necesarias técnicas quirúrgicas complejas y/o colocación de mallas para la reconstrucción de la pared abdominal. La decisión de dar “adyuvancia” con terapias hormonales debe individualizarse.