



## CASO CLÍNICO

# Endometriosis de la pared abdominal: a propósito de un caso raro

*Endometriosis of the abdominal wall: regarding a rare case*

Meriem Boui<sup>a</sup>, Oujidane Zamani<sup>a</sup>, Tarik Salaheddine<sup>a</sup>, Jamal El Fenni<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Radiología. Hospital Militar de Instrucción Mohammed V. Rabat, Marruecos.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del Artículo:

Recibido: 19 04 2023

Aceptado: 06 07 2023

#### Key words:

Endometriosis; Magnetic Resonance Imaging; Ultrasound, Diagnostic.

#### Palabras clave:

Endometriosis; Imagen de resonancia magnética; Ultrasonido, Diagnóstico.

### RESUMEN

*La endometriosis de la pared abdominal se define como la implantación ectópica de tejido endometrial a nivel de la pared abdominal. Es una condición rara y a menudo pasada por alto. Su fisiopatología sigue siendo poco conocida, generalmente se presenta sobre cicatrices de una cirugía abdominal, ginecológica u obstétrica. La presentación clínica típica es la de una masa parietal asociada a dolor que se acentúa por la menstruación. La imagen juega un papel clave en el diagnóstico, en particular la ecografía, que es el primer examen que se debe realizar ante la sospecha de endometriosis parietal. La resonancia magnética abdominal y pélvica tiene un papel clave en el diagnóstico positivo, el diagnóstico diferencial y la planificación quirúrgica. El diagnóstico definitivo se confirma por histología.*

*Presentamos el caso de una paciente que consultó por dolor cíclico, a nivel de fosa ilíaca izquierda, cuya ecografía y resonancia magnética mostraron una lesión de pared abdominal anterior lateralizada a izquierda sugerente de endometriosis parietal y cuyo diagnóstico fue confirmado por histología.*

### ABSTRACT

*Abdominal wall endometriosis is defined as the ectopic implantation of endometrial tissue on the abdominal wall. It is a rare and often overlooked condition with a poorly understood physiopathology, that generally occurs on scars from abdominal, gynecological or obstetrical surgeries. The typical clinical presentation is that of a parietal mass associated with pain accentuated by the menstrual cycle. Imaging plays a key role in the diagnosis, ultrasound in particular, since it is the first examination to be carried out in the event of suspicion of parietal endometriosis. Abdominal and pelvic magnetic resonance imaging play a key role in the diagnosis, as well as surgical planning. The definitive diagnosis is confirmed by histology.*

*We present the case of a patient who consulted due to cyclical pain in the left iliac fossa and in whom ultrasound and magnetic resonance imaging revealed a lesion of the anterior abdominal wall lateralized to the left suggestive of parietal endometriosis and whose diagnosis was confirmed by histology.*

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: bouimeriem@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2023.07.005>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2023 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



## INTRODUCCIÓN

La endometriosis corresponde a la presencia de tejido endometrial funcional en situación ectópica, es decir, fuera de la cavidad uterina. Su localización en la pared abdominal es poco habitual, desarrollándose con mayor frecuencia sobre una cicatriz quirúrgica tras una intervención abdominal, ginecológica u obstétrica<sup>1</sup>. La endometriosis de la pared abdominal ha sido descrita en diferentes ubicaciones: los músculos rectos del abdomen<sup>2-4</sup>, el ombligo<sup>1,5,6</sup>, cicatrices de cesárea, piel, tejidos adyacentes a cicatrices de cirugía abdominal o pélvica<sup>7</sup>, el trayecto de una aguja de amniocentesis<sup>8</sup> y sobre el orificio del trocar laparoscópico<sup>9</sup>. La endometriosis parietal se ha reportado entre un 4 a 12% en algunas series de casos analizadas del total de casos de endometriosis (genitales y extra genitales)<sup>10,11</sup>, y su incidencia después de la cesárea varía, según los estudios, hasta el 1% de los casos<sup>12,13</sup>.

Presentamos un caso de endometriosis parietal en una paciente de 30 años para ilustrar el aspecto imagenológico de esta entidad.

## PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años, con antecedente de cesárea hace 3 años y 5 meses. La paciente consulta por dolor crónico en fosa ilíaca izquierda de 7 meses de evolución, con evolución catamenial y en cuyo examen clínico se encontró una pequeña tumefacción de la pared abdominal anterior lateralizada a la izquierda. La ecografía de partes blandas mostró una lesión subcutánea de pared abdominal anterior a nivel de fosa ilíaca izquierda bien delimitada, de contornos irregulares, tejido hipocogénico, finamente heterogéneo de 15 x 16 mm (Figura 1). A la paciente se le realizó una resonancia magnética pélvica que reveló una lesión de tejidos blandos de la pared abdominal anterior a nivel de la fosa ilíaca izquierda, en hiposeñal T1 heterogénea e hiposeñal T2 realizada tras la inyección de Gadolinio (Figura 2). La paciente fue sometida a una resección de la masa parietal. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de endometriosis parietal. No se presentaron complicaciones en el post-operatorio y el seguimiento a 10 meses no mostró ninguna recurrencia.

**Figura 1. Ecografía de la pared abdominal**



Un nódulo de tejido hipocogénico finamente heterogéneo con contornos irregulares (flecha blanca)

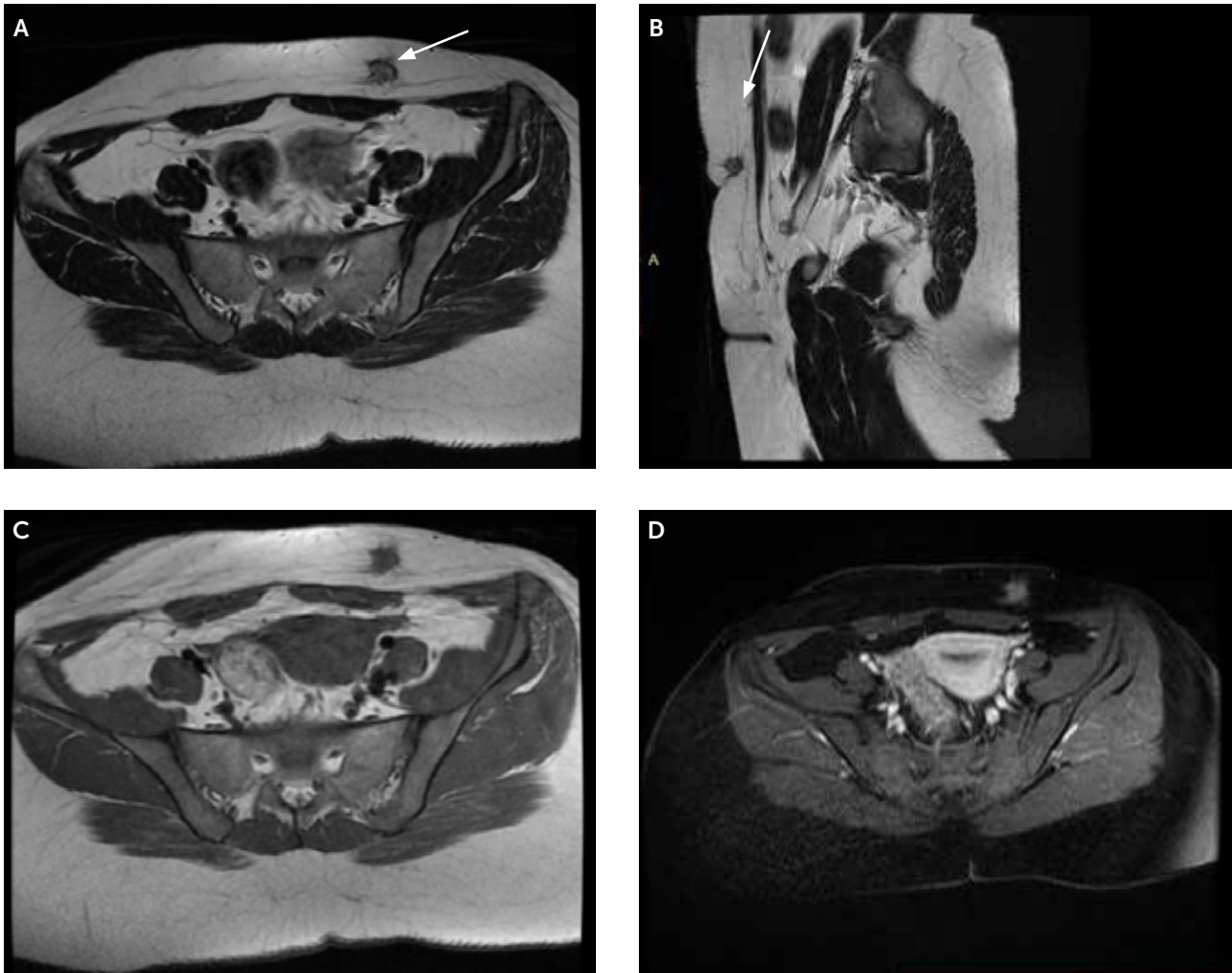
## DISCUSIÓN

La endometriosis de la pared abdominal es una entidad rara, a menudo poco sospechada<sup>14-16</sup>. En la gran mayoría de los casos, se localizan en cicatrices quirúrgicas, ya sean laparoscópicas, en los diferentes sitios de inserción de los trócares, por laparotomía<sup>14,15,17-19</sup>, o incluso en el tracto de la amniocentesis<sup>8,14,15,18</sup>. Todas las intervenciones ginecológicas predisponen a esta patología, pero las que involucran histerectomía y especialmente la morcelación uterina exponen a un mayor riesgo de endometriosis<sup>8,14-17,20</sup>. Sin embargo, se han reportado algunos casos de endometriosis parietal primaria<sup>5</sup>, especialmente en el ombligo, los músculos rectos y la región inguinal, secundaria a diseminación por vía vascular o linfática<sup>14</sup>. La localización de la cicatriz se debería a la implantación directa de células endometriales seguida de una inflamación secundaria probablemente inducida por factores inmunológicos y por un alto potencial de desarrollo de estas células endometriales en áreas no epitelizadas<sup>8,15,19</sup>. La endometriosis parietal se manifiesta clásicamente por: una masa firme palpable de tamaño variable<sup>14</sup>; lateralizado y adherido a la fascia; generalmente al lado de una cicatriz, con un aumento gradual de volumen. El dolor cíclico, con exacerbación catamenial, es un elemento importante de orientación, pero no confirma el diagnóstico<sup>14,20,21</sup>.

La palpación de la lesión permite apreciar el tamaño y profundidad. La masa frecuentemente invade los músculos abdominales y su vaina. El tiempo de aparición sigue siendo muy variable (2 meses a 15 años después de la cirugía)<sup>22</sup>. En el caso de un cuadro típico, el diagnóstico puede plantearse fácilmente. No obstante, en el 37% de los casos, el diagnóstico es un hallazgo anatomopatológico<sup>15,23</sup>. El primer examen a solicitar es la ecografía<sup>24</sup>, un examen no invasivo y de fácil acceso, que juega un papel importante en la orientación diagnóstica<sup>25</sup> y la valoración preoperatoria aunque no permita ningún diagnóstico formal. Un estudio realizado por Benedetto C. et al.<sup>24</sup>, observacional y descriptivo, de 83 mujeres con endometriosis abdominal parietal, reveló que en el 78,3% de los casos la ecografía fue suficiente para realizar el diagnóstico. La mayoría de las veces es una masa bien delimitada, de contornos espiculados, tisular, hipocogénica, pero la lesión puede ser quística, sólida o mixta<sup>14,26</sup> y variar en tamaño entre 0,5 a 20 cm. El Doppler color a menudo muestra una masa altamente hipervascularizada con vasos aferentes dilatados<sup>26</sup>.

La imagen en la tomografía computarizada de las localizaciones subcutáneas de la endometriosis no es característica. Puede presentar engrosamiento o masa localizada sólida, quística o mixta de la pared muscular abdominal<sup>27</sup>. La resonancia magnética podría ser más específica al permitir la detección de sangrado reciente o hemosiderina residual resultante de un sangrado anterior. El estudio de Pascoal et al. recomienda realizar la resonancia magnética como segunda opción en el diagnóstico de la endometriosis, especialmente porque es más costosa y no está tan accesible<sup>25</sup>. Nódulo iso o hipointenso en T1 y T2 acentuado por focos hiperintensos en T1

**Figura 2. Resonancia magnética abdómino-pélvica**



Cortes axiales y sagitales en secuencias potenciadas en T2 (A y B) que muestran una lesión en hiposeñal (flecha blanca), con contornos irregulares y corte axial T1 (C) que muestra una lesión en hiposeñal T1 realizada tras la inyección de Gadolinio (D) (flecha blanca).

y T2<sup>20</sup>. La biopsia puede ayudar a establecer el diagnóstico o confirmarlo antes de considerar el tratamiento quirúrgico<sup>28</sup>. La confirmación del diagnóstico se basa en el estudio histológico del material extirpado. La resección constituye el tratamiento de elección. Las recurrencias no son infrecuentes, alcanzando del 10 al 15%. Se ha evaluado el tratamiento médico con agonistas LH-RH o progestágenos, y aunque mejora los síntomas, no permite la cicatrización de las lesiones que recidivan rápida y sistemáticamente cuando se suspende<sup>2</sup>. Asimismo, dicho tratamiento puede utilizarse para inducir una disminución del tamaño de la masa y así reducir el tamaño del defecto residual post quirúrgico sobre la aponeurosis del músculo recto abdominal u oblicuos.

En ciertos casos de nódulos voluminosos, se debe evaluar la posibilidad de posicionar una malla para reparar el defecto resi-

dual post quirúrgico sobre la aponeurosis del músculos rectos abdominales u oblicuos, y así disminuir el riesgo de una hernia abdominal post resección.

### CONCLUSIÓN

Se sugiere considerar el diagnóstico de endometriosis parietal en cualquier paciente que, en el corto o largo plazo después de una cirugía ginecológica, presente una masa en la pared abdominal con dolor cíclico. Ante esta sospecha, la ecografía es la primera exploración a solicitar para orientar el diagnóstico, pudiendo complementarse con una resonancia nuclear magnética pélvica en busca de signos de sangrado. El examen histológico dará el diagnóstico definitivo.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Consideraciones éticas

Se ha realizado el proceso de consentimiento informado de la paciente para publicar su caso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jaouad K, Abdellah BH, Mehdi E, Driss M, Mohamed D. L'endométriose ombilicale: à propos d'un cas. *Médecine Reprod.* 2010;12(4):324-327. doi:10.1684/mte.2010.0311
2. Toullalan O, Baqué P, Benchimol D, Bernard JL, Rahili A, Gillet JY, et al. Endométriose des muscles grands droits de l'abdomen. *Ann Chir.* 2000;125(9):880-883. doi: 10.1016/S0003-3944(00)00014-6
3. Foley CE, Ayers PG, Lee TT. Abdominal Wall Endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2022;49(2):369-380. doi: 10.1016/j.ogc.2022.02.013
4. Slaiki S, Jamor J. Endometriosis of the rectus abdominis muscles: a rare case of dual location. *J Surg Case Rep.* 2020;2020(9):rjaa360. doi: 10.1093/jscr/rjaa360
5. Zebbakh H, Imrani K, Retal H, Nassar I, Moatassim Billah N. Primary umbilical endometriosis revealed by tender and hemorrhagic umbilical swelling during menstruation. *Radiol Case Rep.* 2022;18(2):685-688. doi: 10.1016/j.radcr.2022.10.094
6. Newme K, Hajong R, Newme R, Newme K. A case report on umbilical endometriosis. *J Family Med Prim Care.* 2021;10(7):2716-2717. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_2375\_20
7. Boumlik K, Jbara O, Mahdar I, Dalal L, Chbani K, Siham S. Parietal Endometriosis: Imaging Features of an Unknown Late Complication of Cesarean Section. *SAS J Med.* 2022;11:786-788. doi: 10.36347/sasjm.2022.v08i11.002
8. Hughes ML, Bartholomew D, Paluzzi M. Abdominal wall endometriosis after amniocentesis. A case report. *J Reprod Med.* 1997;42(9):597-599.
9. Thylan S. Re: abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract: a case report. *Am Surg.* 1996;62(7):617-617.
10. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg.* 2003;185(6):596-598. doi: 10.1016/s0002-9610(03)00072-2
11. Chang Y, Tsai EM, Long CY, Chen YH, Kay N. Abdominal wall endometriomas. *J Reprod Med.* 2009;54(3):155-159.
12. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, Jordan C, Miles WF, Macintyre IM, Greig JD. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. *Br J Surg.* 1995;82(10):1349-1351. doi: 10.1002/bjs.1800821017
13. Karo J, Owczarek A, Gwiazdowska B, Patek J. Analiza przypadków endometrioz w 10-letnim materiale operacyjnym [Analysis of endometriosis cases from 10-years of surgical material]. *Wiad Lek.* 1993;46(5-6):199-200. Polish.
14. Audebert A. Les endométrioses iatrogènes de la femme avant la ménopause: principaux enjeux [Iatrogenic endometriosis during reproductive age: main issues?]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2013;41(5):322-327. French. doi: 10.1016/j.gyobfe.2012.06.001
15. Hafidi R, Kouach J, Yakka M, Salek G, Oukabli M, Moussaoui RD, et al. L'endométriose cicatricielle de la paroi abdominale. *Imag Femme.* 2011;21(3):125-127. French. doi: 10.1016/j.femme.2011.07.005
16. Victory R, Diamond MP, Johns DA. Villar's nodule: a case report and systematic literature review of endometriosis externa of the umbilicus. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007;14(1):23-32. doi: 10.1016/j.jmig.2006.07.014
17. Siritto R, Puppo A, Centurioni MG, Gustavino C. Incisional hernia on the 5-mm trocar port site and subsequent wall endometriosis on the same site: a case report. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(3 Pt 1):878-880. doi: 10.1016/j.ajog.2005.02.121
18. Jayi S, Laadioui M, Bouguern H, Chaara H, Melhouf A. L'endométriose de la paroi abdominale: à propos d'un cas rare [Endometriosis of the abdominal wall: report of a rare case]. *Pan Afr Med J.* 2013 Jul 4;15:86. French. doi: 10.11604/pamj.2013.15.86.2905
19. Goda TB, Altaf F. Case Report of a Rare Case of Cesarean Scar Endometriosis. *J MAR Gyn.* 2022;2(5). Available in: [https://www.medicalandresearch.com/previous\\_issue/18/2/5](https://www.medicalandresearch.com/previous_issue/18/2/5)
20. Jayi S, Bouguern H, Bouchikhi C, Amhager N, Chaara H, Melhouf MA, et al. Greffe endométriosique postobstétricale, à propos de 2 cas. *Médecine Maghreb.* 2008;154:21-25. French.
21. Khelifi A, Kouira M, Anis M, Sonia Z, Ines L, Habib S, et al. Endométriose pariétale sur cicatrice de césarienne: à propos de 3 cas. [Abdominal scar endometrioma following cesarean section: Report of 3 cases]. *Imag Femme.* 2012;22(3):156-161. French. doi: 10.1016/j.femme.2012.06.003
22. Tica VI, Tomescu CL, Tomescu A, Micu L, Zaher M, Bafani S, Beghim M, Serbănescu L, Tica I. Asymptomatic abdominal wall endometrioma 15 years after cesarean section. *Rom J Morphol Embryol.* 2006;47(3):301-304.
23. Picod G, Boulanger L, Bounoua F, Leduc F, Duval G. Endométriose pariétale sur cicatrice de césarienne: à propos de 15 cas. [Abdominal wall endometriosis after caesarean section: report of fifteen cases]. *Gynécologie Obstétrique Fertilité.* 2006;34(1):8-13. French. doi: 10.1016/j.gyobfe.2005.11.002
24. Benedetto C, Cacoza D, de Sousa Costa D, Coloma Cruz A, Tessmann Zomer M, Cosma S, et al. Abdominal wall endometriosis: Report of 83 cases. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022;159(2):530-536. doi: 10.1002/ijgo.14167
25. Pascoal E, Wessels JM, Aas-Eng MK, Abrao MS, Condous G, Jurkovic D, et al. Strengths and limitations of diagnostic tools for endometriosis and relevance in diagnostic test accuracy research. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022;60(3):309-327. doi: 10.1002/uog.24892
26. Francica G, Giardiello C, Angelone G, Cristiano S, Finelli R, Tramontano G. Abdominal wall endometriomas near cesarean delivery scars: sonographic and color doppler findings in a series of 12 patients. *J Ultrasound Med.* 2003;22(10):1041-1047. doi: 10.7863/jum.2003.22.10.1041
27. Merran S, Karila-Cohen P. Endométriose sous cutanée sur cicatrice de la paroi abdominale antérieure: À propos de deux observations. *J Radiol.* 2004;85(4):409-410. doi: 10.11604/pamj.2018.31.4.10732
28. Simsir A, Thorne K, Waisman J, Cangiarella J. Endometriosis in abdominal scars: a report of three cases diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. *Am Surg.* 2001;67(10):984-986.