



Revista argentina de radiología

ISSN: 1852-9992

ISSN: 0048-7619

Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT)

Bautista-Del Valle, Juan; Rendón, Fausto O.; Ducrey, Gabriel; del Valle-Jaén, Ana
Endometriosis sobre cicatriz de cesárea: presentación de un caso
Revista argentina de radiología, vol. 87, núm. 1, 2023, Enero-Marzo, pp. 36-39
Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT)

DOI: <https://doi.org/10.24875/RAR.22000006>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382575474007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Endometriosis sobre cicatriz de cesárea: presentación de un caso

Scar endometriosis: a case report

Juan Bautista-Del Valle¹, Fausto O. Rendón^{1*}, Gabriel Ducrey¹, Ana del Valle-Jaén²

¹Departamento de Radiología Intervencionista; ²Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Estimados editores,

La endometriosis es una patología frecuente que afecta a mujeres en edad reproductiva. Se caracteriza por la presencia de tejido endometrial funcional por fuera de la cavidad uterina, pudiendo afectar a cualquier órgano; sin embargo, la mayoría de los implantes endometriales están ubicados en la pelvis¹. Las pacientes con antecedentes de instrumentación quirúrgica uterina tienen mayor riesgo de presentar implantes endometriales extrapélvicos. La endometriosis sobre cicatriz de cesárea es una forma infrecuente de endometriosis. Por este motivo, nuestro objetivo será repasar sus características e ilustrar con un caso propio.

La endometriosis sobre la cicatriz de cesárea es la forma de presentación más frecuente de las variantes extrapélvicas^{1,2}. La clínica es variable, desde asintomática hasta dolor severo crónico, o puede presentarse como una tumoración y el motivo de consulta puede estar referido a motivos estéticos. El tejido endometrial puede depositarse desde el tejido celular subcutáneo hasta la profundidad de la cavidad pelviana, incluso a distancia sobre vísceras huecas o en el tórax, generando afección y sintomatología locorregional. Si bien la presentación clínica puede ser inespecífica, la presencia de una tumoración asociada a dolor menstrual es patognomónica de esta afección. Concomitantemente, la endometriosis pelviana tradicional puede presentarse con trastornos de fertilidad, dismenorrea o alteraciones menstruales¹.

Existen dos teorías que argumentan el desarrollo de los focos de endometriosis: la primera explica que células multipotenciales mesenquimáticas, bajo un estímulo

adecuado, pueden sufrir metaplasia y devenir en endometriomas; la segunda indica que existen traslado y migración de células endometriales, las cuales -luego de estímulos hormonales- desarrollarían a distancia focos de endometriosis³.

Si bien existe discrepancia en cuanto al porcentaje exacto de mujeres que sufren endometriosis, según el metaanálisis de Moradi et al.⁴ la prevalencia estimada de endometriosis a nivel mundial es del 18%, con mayor afectación en los países en desarrollo. Por otro lado, la incidencia de la endometriosis en cicatriz de cesárea es baja, con un estimado del 0.03-0.45%. Algunos autores sugieren que este valor no es real debido a la falta de datos epidemiológicos y que puede ser una subestimación, ya que existen pacientes asintomáticas⁵.

Los estudios por imágenes sirven para descartar patología relacionada con la instrumentación previa, como la eventración. Si bien podrían acercarse al diagnóstico definitivo, son inespecíficos si se toman aisladamente sin el contexto clínico, debiendo tener en cuenta como diagnósticos diferenciales el granuloma y lesiones tumorales como, por ejemplo, el tumor desmóide, el sarcoma, el linfoma y las metástasis.

El rol fundamental de las imágenes es la valoración prequirúrgica y la determinación de la extensión regional de la lesión, siendo la ecografía transvaginal y la resonancia magnética (RM) los métodos utilizados para el estudio de la endometriosis profunda como la afectación de los espacios subperitoneales¹. La apariencia de la endometriosis cicatrizal en la pared abdominal es variable y dependerá de la fase del ciclo menstrual, la

*Correspondencia:

Fausto O. Rendón

E-mail: omar.rendon@hospitalitaliano.org.ar

Fecha de recepción: 03-01-2022

Fecha de aceptación: 22-11-2022

DOI: 10.24875/RAR.22000006

Disponible en internet: 02-03-2023

Rev Argent Radiol. 2023;87(1):36-39

www.revistarar.com

1852-9992 / © 2022 Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT). Publicado por Permaner. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

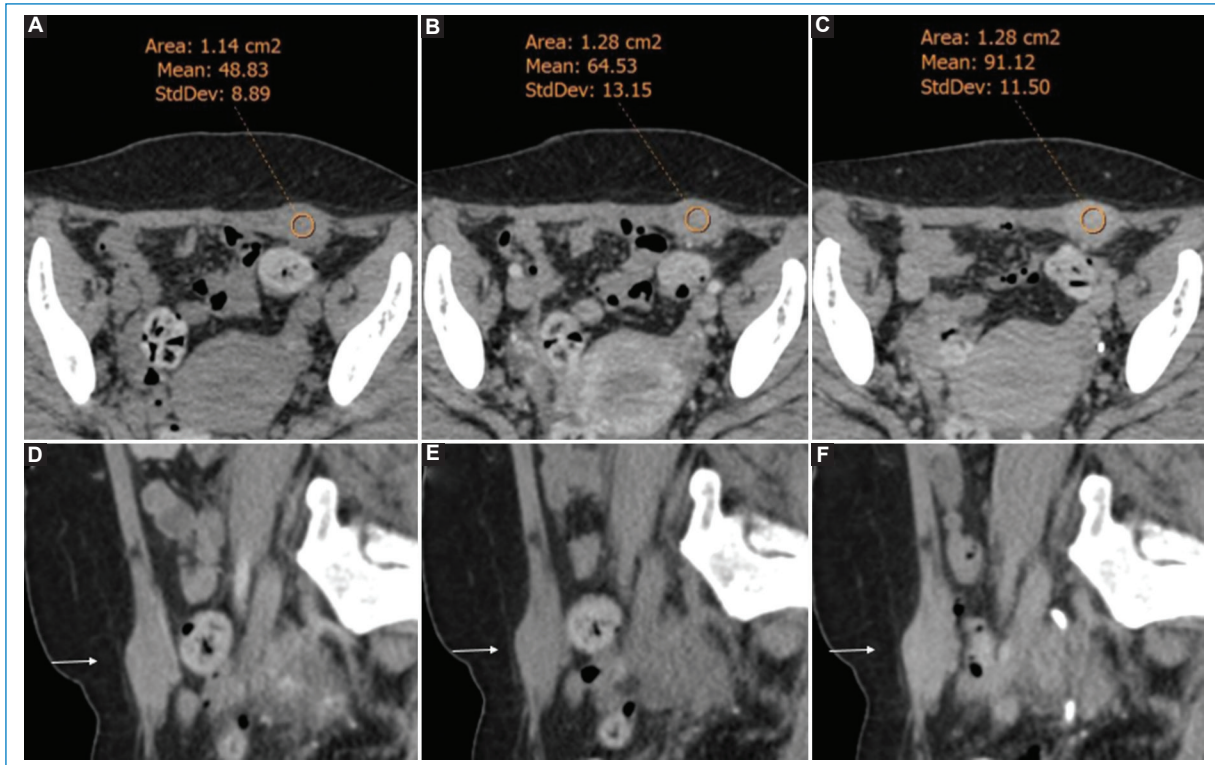


Figura 1. (A1, A2) TC abdomino-pelvis sin contraste. (B1, B2) Con contraste endovenoso en fase arterial. (C1, C2) Fase tardía/excretora en los planos axial y sagital respectivamente. Se evidencia una imagen nodular en el espesor del músculo recto anterior del abdomen del lado izquierdo con realce luego de la administración de contraste endovenoso. El ROI marca su densidad: 48,8 UH (A1), 64,5 UH (B1) y 91,1 UH (C1).

cronicidad y la cantidad de elementos estromales o glandulares. Por RM, la formación suele ser hiperintensa y heterogénea en T1 y T2, como resultado de hemorragia subaguda en las criptas endometriales, aunque esto puede variar¹. Por tomografía computada (TC) se observa como una formación nodular de densidad de partes blandas en relación a la cicatriz de cesárea, puede ser levemente hiperdensa con respecto al músculo y realza moderadamente con el contraste endovenoso.

La punción-biopsia bajo ecografía es un método accesible y mínimamente invasivo para el diagnóstico de endometriosis de cicatriz. El hallazgo de tejido glandular endometrial, células estromales y macrófagos cargados con hemosiderina confirma el diagnóstico de endometriosis⁶⁻⁸.

Si bien existe tratamiento médico, el tratamiento por excelencia es la resección quirúrgica con márgenes de seguridad para evitar la recidiva local. La afectación de planos musculares obliga a la resección en bloque⁸. Como alternativa terapéutica mínimamente invasiva se ha planteado la posibilidad de crioablación bajo guía tomográfica para casos seleccionados⁹.

Presentamos el caso de una paciente de 37 años, con antecedentes de cesárea (G1P0C1) dos años atrás, que consulta por una masa palpable no móvil en la pared abdominal anterior, en situación parasagital izquierda, en relación a una cicatriz de cesárea, de un año de evolución. La masa presentaba pequeño tamaño y se asociaba a dolor cíclico que aumentaba durante la menstruación, disminuyendo en los días intermenstruales. No se revelaron otros antecedentes de importancia al momento de la consulta. El médico derivante ordenó una TC abdominopélvica con contraste oral y endovenoso, que demostró la presencia de una imagen nodular con realce luego de la administración de contraste endovenoso en el espesor del músculo recto anterior izquierdo del abdomen, sin compromiso de la cavidad abdominal (Fig. 1). Debido a los hallazgos evidenciados y los antecedentes ginecológicos (cesárea previa y aumento del dolor en el ciclo menstrual), la probabilidad era muy alta para enfermedad endometrial, por lo que se descartó proseguir con otros estudios imagenológicos¹⁰ y se solicitó una punción-biopsia guiada por ecografía (Fig. 2).

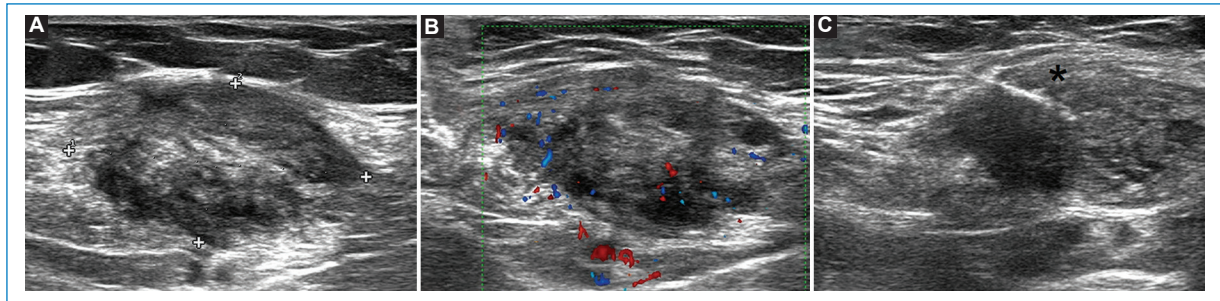


Figura 2. (A) Ecografía. (B) Doppler color. (C) Punción bajo guía ecográfica. Se evidencia una imagen nodular heterogénea en el espesor del músculo recto anterior del lado izquierdo. La misma presenta refuerzo Doppler positivo sobre su periferia y en el interior (B). Evidencia de la aguja Franseen de 20 G (asterisco) dentro de la lesión (C).

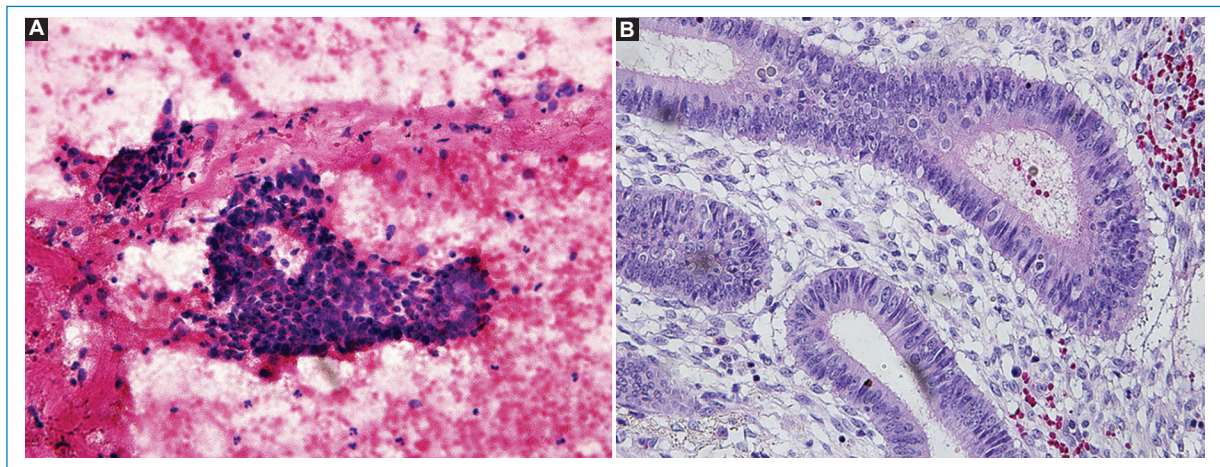


Figura 3. (A) Estudio citológico. (B) Estudio histológico, microfotografía 40× teñida con hematoxilina-eosina. En el extendido citológico se observan células epiteliales sueltas y en grupos con núcleos con moderado aumento de tamaño, hiper cromáticos y con escaso citoplasma. Se hallan sueltas y formando estructura glandulares y tubulares. Los cortes histológicos muestran fragmentos de tejido conectivo que alterna con estroma edematoso que incluye glándulas endometriales.

Este procedimiento se llevó a cabo utilizando un transductor lineal de 7.5 MHz (ecógrafo Esaote MyLab Twice) y una aguja Franseen de 20 G. La biopsia, mediante estudio citológico e histológico, confirmó el diagnóstico de endometriosis (Fig. 3).

Dado el resultado, se decidió realizar la resección tumoral mediante incisión suprapúbica por la cicatriz de cesárea previa. Actualmente, luego de tres años, la paciente permanece en seguimiento por ginecología y cirugía de paredes abdominales, sin hallazgos vinculables a su antecedente.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido ninguna fuente de financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Chamié LP, Ribeiro DMFR, Tiferes DA, Macedo Neto AC de, Serafini PC. Atypical sites of deeply infiltrative endometriosis: clinical characteristics and imaging findings. *Radiographics*. 2018;38:309-28.
2. Gidwaney R, Badler RL, Yam BL, Hines JJ, Alexeeva V, Donovan V, et al. Endometriosis of abdominal and pelvic wall scars: multimodality imaging findings, pathologic correlation, and radiologic mimics. *Radiographics*. 2012;32:2031-43.
3. Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertil Steril*. 2012;98:511-9.
4. Moradi Y, Shams-Beyranvand M, Khateri S, Gharahjeh S, Tehrani S, Varse F, et al. A systematic review on the prevalence of endometriosis in women. *Indian J Med Res*. 2021;154:54.
5. Alnafisah F, Dawa SK, Alalfy S. Skin endometriosis at the caesarean section scar: a case report and review of the literature. *Cureus*. 2018;10:e2063.
6. Busard MPH, Mijatovic V, van Kuijk C, Hompes PGA, van Waesberghe JHTM. Appearance of abdominal wall endometriosis on MR imaging. *Eur Radiol*. 2010;20:1267-76.
7. Pachori G, Sharma R, Sunaria R, Bayla T. Scar endometriosis: diagnosis by fine needle aspiration. *J Cytol*. 2015;32:65-7.
8. Pathan ZAAK, Dinesh U, Rao R. Scar endometriosis. *J Cytol*. 2010;27:106-8.
9. Dibble EH, D'Amico KC, Bandera CA, Littrup PJ. Cryoablation of abdominal wall endometriosis: a minimally invasive treatment. *AJR Am J Roentgenol*. 2017;209:690-6.
10. Institute of Medicine (US) Council on Health Care Technology, Sox H, Stern S, Owens D, Abrams HL. The use of diagnostic tests: a probabilistic approach. Assessment of diagnostic technology in health care: rationale, methods, problems, and directions: monograph of the Council on Health Care Technology. National Academies Press (US); 1989.