



Endometriosis Parietal Posterior a Cesárea

Parietal Endometriosis Following Cesarean Section

Silvia del Pilar Nuñez-Arroba
ua.docentespna@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0000-1299-6552>

Doménica Fernanda Chuqui-Guisha
ma.domenicafcg41@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0007-8100-3842>

María Paz Sacancela-Gabilanes
ma.mariapsg43@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0000-7528-6064>

Stalyn Fernando Alban-Ajitimbay
ma.stalynfaa31@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0004-5311-7736>

RESUMEN

Objetivo: analizar la endometriosis parietal posterior a cesárea. **Método.** Revisión sistemática. **Resultados y Conclusión:** La endometriosis en cicatriz de cesárea anterior es una entidad infrecuente pero clínicamente relevante que requiere alto índice de sospecha en mujeres con antecedente de cesárea que presenten dolor cíclico y masa palpable en la pared abdominal. **Descriptor:** endometriosis; cesárea; cicatrización. (Fuente, DeCS).

ABSTRACT

Objective: To analyse post-caesarean parietal endometriosis. **Method.** Systematic review. **Results and Conclusion:** Endometriosis in the scar of a previous caesarean section is a rare but clinically relevant condition that requires a high index of suspicion in women with a history of caesarean section who present with cyclical pain and a palpable mass in the abdominal wall. **Descriptors:** endometriosis; caesarean section; scarring. (Source, DeCS).

Recibido: 18/11/2024. Revisado: 23/11/2024. Aprobado: 25/11/2024. Publicado: 05/12/2024.

Original breve

INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como la presencia de glándulas y estroma endometrial funcionalmente activos fuera de la cavidad uterina (1). Esta patología crónica, estrógeno-dependiente, afecta aproximadamente al 10-15% de mujeres en edad reproductiva, con un impacto significativo en la calidad de vida y fertilidad (2). Aunque la localización pélvica es la más frecuente, las formas extrapélvicas representan menos del 12% de todos los casos (3).

La endometriosis en cicatriz de cesárea anterior constituye la manifestación extrapélvica más común, con una incidencia reportada entre 0.03% y 0.45% de todas las cesáreas realizadas (4). Esta cifra podría estar subestimada debido a que muchas pacientes permanecen asintomáticas o presentan sintomatología inespecífica que retrasa el diagnóstico (5).

La fisiopatología de esta entidad se explica principalmente por dos teorías: la teoría de la metaplasia celómica, que propone la transformación de células mesenquimáticas multipotenciales en tejido endometrial bajo estímulos hormonales, y la teoría de la implantación directa, que sugiere la diseminación mecánica de células endometriales durante el procedimiento quirúrgico (6). El diagnóstico representa un desafío clínico debido a la variabilidad de presentaciones y la necesidad de diferenciación con otras patologías de la pared abdominal como hernias incisionales, granulomas de sutura o neoplasias (7).

Se tiene como objetivo analizar la endometriosis parietal posterior a cesárea.



MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo las directrices PRISMA 2020 (8). La búsqueda se ejecutó en las bases de datos PubMed, ResearchGate y Google Académico, utilizando los descriptores DeCS: "endometriosis", "endometriosis en cicatriz de cesárea", "cesárea anterior" y "endometriosis extrapélvica".

Criterios de inclusión: Estudios publicados entre 2017-2024, en idiomas español, inglés y portugués, que abordaran específicamente la endometriosis en cicatriz de cesárea anterior, incluyendo series de casos, reportes de caso, revisiones sistemáticas y estudios observacionales.

Criterios de exclusión: Estudios anteriores a 2017, publicaciones en idiomas diferentes a los especificados, artículos sin acceso al texto completo y estudios que no abordaran específicamente la temática de interés.

RESULTADOS

La endometriosis en cicatriz de cesárea presenta un amplio espectro clínico. La manifestación más característica es el dolor cíclico en relación con la menstruación, presente en aproximadamente 70-85% de las pacientes sintomáticas (9). Este dolor se localiza típicamente en el sitio de la cicatriz quirúrgica y puede irradiarse hacia regiones adyacentes.

La presencia de masa palpable constituye el segundo signo más frecuente, identificándose en 60-80% de los casos. Estas lesiones pueden variar en tamaño desde pocos milímetros hasta varios centímetros de diámetro (10). En algunos casos, las pacientes reportan cambios en el tamaño y consistencia de la masa en relación con el ciclo menstrual, aumentando durante la fase secretora y disminuyendo posterior a la menstruación.

El sangrado cíclico a través de la cicatriz, aunque menos frecuente (15-20% de

casos), representa un signo patognomónico cuando está presente (11). Otras manifestaciones incluyen dispareunia, dismenorrea y, ocasionalmente, preocupaciones estéticas relacionadas con la deformidad de la pared abdominal.

Factores de Riesgo

El principal factor de riesgo identificado es el antecedente de cesárea previa, con un riesgo proporcional al número de procedimientos realizados (12). Otros factores asociados incluyen la edad joven al momento de la cesárea (menor a 30 años), técnicas quirúrgicas inadecuadas con contaminación del campo operatorio, y la presencia de endometriosis pélvica concomitante.

Métodos Diagnósticos

El diagnóstico de endometriosis en cicatriz de cesárea requiere una combinación de evaluación clínica, estudios de imagen y, en casos seleccionados, confirmación histopatológica.

Ultrasonografía: Constituye el método de imagen inicial. La ecografía transvaginal y transabdominal pueden identificar lesiones hipoecoicas heterogéneas con componentes quísticos internos. La evaluación doppler puede mostrar vascularización periférica (13).

Resonancia Magnética: Representa el gold standard para la evaluación imagenológica. Las lesiones típicamente muestran señal hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, con áreas de alta señal en T1 que sugieren productos hemáticos. La administración de gadolinio puede revelar realce heterogéneo (14).

Biopsia: La confirmación histopatológica mediante biopsia con aguja gruesa guiada por ultrasonografía puede ser útil en casos dudosos, aunque no siempre es necesaria cuando la presentación clínica e imagenológica es característica.

Opciones Terapéuticas



Tratamiento Médico: Para pacientes con sintomatología leve a moderada, el manejo inicial incluye antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y anticonceptivos orales combinados. Los análogos de GnRH pueden considerarse como terapia de segunda línea, aunque su uso está limitado por efectos secundarios y el riesgo de recurrencia al suspender el tratamiento (15).

Tratamiento Quirúrgico: La resección quirúrgica completa representa el tratamiento definitivo y de elección. El procedimiento debe incluir la excisión amplia de toda la lesión visible con márgenes de seguridad de al menos 1-2 cm para minimizar el riesgo de recurrencia. En casos donde la resección compromete extensas áreas de la fascia, puede requerirse reconstrucción con malla protésica.

Terapias Alternativas: La crioablación guiada por tomografía computarizada ha emergido como una opción mínimamente invasiva para casos seleccionados, especialmente en pacientes con alto riesgo quirúrgico o lesiones pequeñas y bien delimitadas.

La endometriosis en cicatriz de cesárea representa un desafío diagnóstico y terapéutico significativo debido a su presentación clínica variable y baja incidencia (4,5). A pesar de afectar únicamente entre 0.03% y 0.45% de todas las cesáreas, el aumento en las tasas de cesárea a nivel mundial sugiere que esta entidad podría volverse más frecuente en el futuro (2,6).

Nuestros hallazgos coinciden con la literatura previa que identifica el dolor cíclico como la manifestación más característica, presente en 70-85% de casos sintomáticos (9,10). Esta correlación temporal con el ciclo menstrual distingue claramente la endometriosis de otras patologías de la pared abdominal. El diagnóstico diferencial debe incluir hernias incisionales, granulomas de sutura, lipomas, fibromas desmoides, sarcomas y metástasis, siendo la naturaleza cíclica de los síntomas el elemento clínico más valioso para orientar el diagnóstico (7,11).

La resonancia magnética ha demostrado ser superior a la ultrasonografía para la



caracterización de estas lesiones, con una sensibilidad reportada del 90-95% para el diagnóstico de endometriosis en pared abdominal (1,14). La presencia de áreas hiperintensas en T1 que sugieren productos hemáticos constituye un hallazgo altamente sugestivo cuando se correlaciona con la sintomatología clínica.

Respecto al tratamiento, la evidencia actual respalda la resección quirúrgica completa como la terapia de elección, con tasas de curación superiores al 95% cuando se realiza con márgenes adecuados (12,13). El tratamiento médico con análogos de GnRH, aunque puede proporcionar alivio sintomático temporal, no constituye una solución definitiva debido a las altas tasas de recurrencia al suspender el tratamiento (15).

La prevención de esta complicación iatrogénica requiere técnicas quirúrgicas meticulosas durante la cesárea, incluyendo la irrigación abundante del campo operatorio antes del cierre y la aspiración cuidadosa de líquido amniótico (8,13). El manejo multidisciplinario que incluya ginecólogos, cirujanos generales y especialistas en endometriosis es fundamental para optimizar los resultados terapéuticos, tal como sugieren Sengul et al. en su análisis sobre el manejo integral de esta patología (13).

CONCLUSIÓN

La endometriosis en cicatriz de cesárea anterior es una entidad infrecuente pero clínicamente relevante que requiere alto índice de sospecha en mujeres con antecedente de cesárea que presenten dolor cíclico y masa palpable en la pared abdominal. El diagnóstico se basa en la correlación clínica, imagenológica e histopatológica. El tratamiento quirúrgico con resección completa y márgenes adecuados constituye la terapia de elección, con tasas de curación superiores al 95% cuando se realiza apropiadamente. La prevención mediante técnicas quirúrgicas óptimas durante la cesárea representa la estrategia más efectiva para reducir la incidencia de esta complicación.



FINANCIAMIENTO

No monetario

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la dirección de investigación de UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Chamié LP, Ribeiro DMFR, Tiferes DA, Macedo Neto AC, Serafini PC. Atypical sites of deeply infiltrative endometriosis: Clinical characteristics and imaging findings. *RadioGraphics*. 2018;38(1):309–28. doi:10.1148/rg.2018170093
2. Moradi Y, Shams-Beyranvand M, Khateri S, et al. A systematic review on the prevalence of endometriosis in women. *Indian J Med Res*. 2021;154(3):446–54. doi:10.4103/ijmr.IJMR_817_18
3. Alnafisah F, Dawa SK, Alalfy S. Skin endometriosis at the caesarean section scar: A case report and review of the literature. *Cureus*. 2018;10(1):e2063. doi:10.7759/cureus.2063
4. Sgarbossa N, Ibáñez Cobaisse M, González Cianciulli G, Bracchiglione J, Franco JVA. Systematic reviews: Key concepts for health professionals. *Medwave*. 2022;22(9):e2622. doi:10.5867/medwave.2022.09.2622
5. Valle Jd, Rendón F, Ducrey G. Endometriosis sobre cicatriz de cesárea: presentación de un caso. *Revista Argentina de Radiología*. 2023;87(1):36–9. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/3825/382575474007/>
6. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n160. Published 2021 Mar 29. doi:10.1136/bmj.n160
7. Domínguez Alvarado GA, D'vera Camargo D, Leal Bernal J, Reyes Espinel DC, Rueda García CJ, López Gómez LE. Recidiva de endometriosis en pared abdominal. Reporte de caso. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2021;48(4):100669. doi:10.1016/j.gine.2021.100669
8. Hernández A, Quiroz C, Sánchez M. Endometriosis: una enfermedad compleja con impacto en la calidad de vida de las mujeres. *Revista Médica Sinergia*. 2023;8(8):e1089. doi:10.31434/rms.v8i8.1089



9. Cárdenas J, Cornejo D, Barahona O, Macias G, Paredes K. Endometriosis. Revisión bibliográfica. Reporte de un caso. *Hospital Metropolitano*. 2021;29(3):113–8. doi:10.47464/MetroCiencia/vol29/4/2021/113-118
10. Pardo MI, Campos S, Ouviña O, Caramés N, Vidal R, Vázquez-Rodríguez M. Endometriosis en cicatriz de cesárea anterior. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2010;37(1):35–7. doi:10.1016/j.gine.2008.08.004
11. Dordević M, Jovanović B, Mitrović S, Dordević G, Radovanović D, Sazdanović P. Rectus abdominis muscle endometriosis after cesarean section--case report. *Acta Clin Croat*. 2009;48(4):439–43.
12. Manterola C, Espinosa ME. Endometriosis de la pared abdominal en relación con cicatriz de operación cesárea. Serie de casos. *Int J Morphol*. 2022;40(3):608–12.
13. Sengul D, Sengul I, Soares Junior JM. Caesarean section scar endometriosis: quo vadis? *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2022;68(1):1–2. doi:10.1590/1806-9282.20211074
14. Horton J, Sterrenburg M, Lane S, Maheshwari A, Li TC, Cheong Y. Reproductive, obstetric, and perinatal outcomes of women with adenomyosis and endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2019;25(5):592–632. doi:10.1093/humupd/dmz012
15. Vercellini P, Viganò P, Bandini V, Buggio L, Berlanda N, Somigliana E. Association of endometriosis and adenomyosis with pregnancy and infertility. *Fertil Steril*. 2023;119(5):727–40. doi:10.1016/j.fertnstert.2023.03.018

Derechos de autor: 2025 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>