

Endometrioma en herida quirúrgica. A propósito de un caso.

Aroca Madrid. ML, Pina Montoya . MA, García Ré. E, Velastegui Calderón. K, Gómez Melero. R, Montoya Martínez. C. Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital General Universitario Rafael Méndez. Área III. Lorca

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 24 años, sin antecedentes médicos de interés, FO: G1C1. Cesárea en 2017, sin incidencias ni complicaciones. Refiere desde hace dos años, tumoración en la parte derecha de la cicatriz de la cesárea previa, que ha ido aumentando de tamaño, siendo dolorosa durante la menstruación .

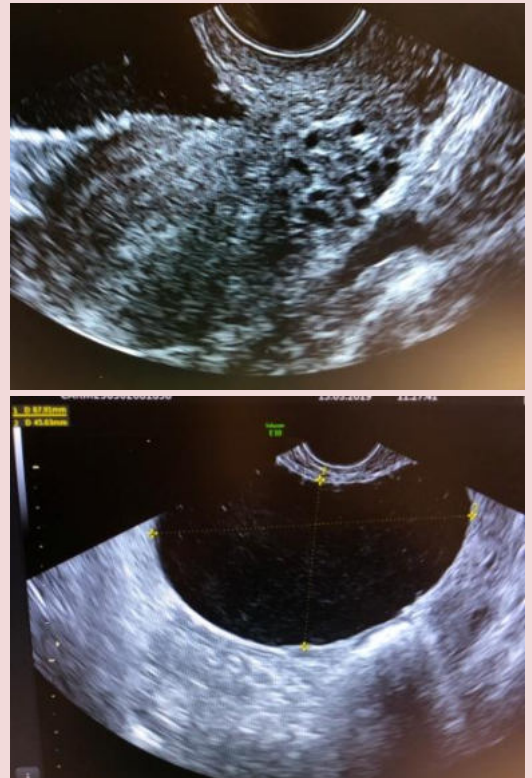
EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física: BEG. Mediante tacto vaginal bimanual se palpa masa preuterina móvil, bien delimitada de 8 cm aprox.

ECO transvaginal: masa preuterina retrovesical que no parece depender de ovarios, de 99x58 mm, con contenido de aspecto hemorrágico sin captación doppler, con paredes lisas y mínima zona de depósito en la que no se visualiza captación doppler. Impresiona de colección en zona de cicatriz de histerorrafia. Útero y ovarios normales.

RMN: Lesión quística homogénea, sin tabiques ni excrescencias nodulares, localizada entre vejiga y cuerpo uterino, de 6,7 x 6,9 x 7,4 cm, que presenta una intensidad de señal hiperintensa en T1 e isointensa en T2, compatible con hemorragia. Conclusiones: hallazgos compatibles con quiste hemorrágico versus endometrioma.

Marcadores tumorales: Alfafetoproteína: 3 ng/ml, Ca 15.3: 6 UI/ml, Ca 19.9: 9 UI/ml, Ca 125: 25 UI/ml, CEA 0,7 ng/ml (todos en rango de normalidad).



DIAGNÓSTICO

Endometrioma en herida quirúrgica postcesárea

CONCLUSIONES

1. Los síntomas con los que debuta la endometriosis sobre la histerorrafia son el sangrado uterino anormal , dispareunia, dismenorrea y el dolor pélvico crónico.
2. El diagnóstico diferencial debe establecerse con hematomas, granulomas, abscesos, hernias ventrales tras intervención quirúrgica, tumores u otras masas abdominales.
3. Para su prevención, debe realizarse un cierre de la histerorrafia correcto, con invaginación del endometrio.
4. El mejor tratamiento del istmocele es la resección quirúrgica amplia.



1. Lama Herrera C, Martín Jiménez Á, Schneider Fontan J, Bode-ga Frías A, Carmona Herrera F, Raga Baixauli F, et al. Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS), 2013 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDOME-TRIOSIS.pdf>.

2. Marsh, E. E. & Laufer, M. R. Endometriosis in premenarcheal girls who do not have an associated obstructive anomaly. *Fertil. Steril.* **83**, 758–760 (2005)

3. Abu Saadeh F, Wahab NA, Gleeson N. An unusual presentation of endometriosis. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2014 May 29 [citado 24 Enero 2020];2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/24876213>