

Endometrioma parietal. Rol del cirujano general. Reporte de casos y revisión de la literatura

Patricia López Penza¹, María Noel Pereira Filardo²,
Adrián Bianchi Stragliotto³

Sanatorio Cantegril. Punta del Este. Maldonado. Uruguay.

Resumen

La endometriosis es una enfermedad crónica que afecta aproximadamente a un 10-15% de mujeres en edad reproductiva. Se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Si bien lo más frecuente es la endometriosis genital, cerca del 1 al 4% de las pacientes presentan focos extragenitales, como es la endometriosis parietal.

Presentamos tres casos clínicos de esta variante de la enfermedad, que se presentan como tumoraciones dolorosas sobre las cicatrices de cesáreas anteriores y fueron resueltas quirúrgicamente de forma satisfactoria.

Palabras claves: Endometriosis parietal, endometriosis, cicatrices quirúrgicas

Abstract

Endometriosis is a chronic disease that affects approximately 10-15% of women of reproductive age. It is defined as the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity. Although the most common type is genital endometriosis, about 1 to 4% of the patients present with extragenital foci, such as the case of parietal endometriosis.

We present three clinical cases of this type of disease, which presented as painful tumors on the scars of previous cesarean sections and were satisfactorily resolved surgically.

Key words: Parietal endometriosis, endometriosis, surgical scars.

1. Médica Cirujana General. Sanatorio Cantegril. Prof. Adj. Clínica Quirúrgica A Hospital de Clínicas
2. Médica Ginecologa. Sanatorio Cantegril. Clínica C Centro Hospitalario Pereira Rossell.
3. Médico Ginecólogo. Sanatorio Cantegril

Patricia López Pensa <https://orcid.org/0000-0003-0951-6831>
María Noel Pereira Filardo <https://orcid.org/0000-0002-3478-7353>
Adrián Bianchi Stragliotto <https://orcid.org/0009-0009-5414-7079>

Autor responsable: patricialopezpenza@hotmail.com

Recibido: 04/04/2022 Aceptado: 10/10/2022

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad donde existe presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de su localización habitual en la cavidad uterina. Su prevalencia exacta es desconocida, aunque se estima que afecta entre el 3 y el 15% de la población general, con un pico de incidencia entre los 25 y los 35 años.⁽¹⁻⁴⁾

Entre los síntomas más frecuentes se destacan el dolor pélvico crónico, la dismenorrea y la dispareunia, pudiendo en ocasiones resultar de tal magnitud que afecta la calidad de vida de las pacientes. En otros casos, se llega al diagnóstico al momento del estudio por infertilidad. Es una patología asimismo capaz de causar cuadros potencialmente graves por afectación visceral, especialmente en los casos de endometriosis profunda. Debido a la pluralidad e inespecificidad de sus síntomas, se plantea que existe un retraso diagnóstico medio de 8 años desde el inicio de los primeros síntomas.⁽⁴⁾

La endometriosis puede comprometer diferentes órganos: pulmón, ovario, intestino, e incluso cicatrices quirúrgicas secundarias a procedimientos ginecológicos. Cuando el tejido endometrial se encuentra delimitado por una cápsula, y su presentación es la de tumor en la pared abdominal circunscrito, es definido como endometrioma de pared abdominal.⁽³⁾ Presenta baja incidencia pero es una causa de tumores de la pared abdominal.

Presentamos tres casos clínicos de endometrioma parietal, de típica presentación dado por dolor abdominal y tumoración sobre cicatriz de Pfannestiel, en donde el cirujano es el referente en la terapéutica del mismo.

CASO CLÍNICO 1

Mujer de 32 años con antecedentes personales de tiroiditis de Hashimoto en tratamiento T4 a dosis de 50 mg / día, y quirúrgicos de herniorrafia inguinal bilateral. Antecedentes obstétricos de una gesta, una cesárea, recién nacido término, sano, normopeso. De los antecedentes ginecológicos, menarca 12 años, ciclos regulares 4/28, dismenorrea leve, método anticonceptivo de barrera. Niega dispareunia ni sinusorragia. Sin antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, prueba de Papanicolaou vigente, normal.

Consulta por tumoración dolorosa en el extremo izquierdo de la cicatriz de Pfannestiel de dos años de evolución, refiere de aparición dos años posteriores a la cesárea, de crecimiento lento, dolorosa en forma intermitente, que no motivó la consulta hasta el momento actual. Al examen físico se destaca: tumoración en borde izquierdo de la cicatriz, de límites netos, de 2 cm redondeada, firme, móvil, no dolorosa, reductible. Examen ginecológico normal. De la ecografía abdominal realizada se destaca: imagen redondeada de 5 x 4 mm a 5 mm de la piel, que puede corresponder a un granuloma.

Se realiza una cirugía de coordinación para la resección del mismo, optando como técnica quirúrgica una incisión sobre la cicatriz de Pfannestiel a izquierda, y resecando la tumoración asentada en la aponeurosis del oblicuo mayor y la hoja anterior del recto del abdomen, pasando por bordes macroscópicamente sanos. Posteriormente, se culmina la cirugía con la rafia parietal con surget de Vicryl 1-0.

La paciente cursa un postoperatorio con buena evolución, y dada la ausencia de complicaciones, se decide su alta a las 12 horas de postoperatorio. El informe de Anatomía

Patológica en diferido señala tumoración 27 x 22 x 20 mm, sólida, blanquecino. Focos de endometriosis. No refiere márgenes sanos de la lesión.

En control ginecológico postoperatorio, dado diagnóstico de endometrioma se inicia tratamiento con anticonceptivo oral combinado con Drosipronona 3 mg y Etnilestradiol 0.03 mg.

CASO CLÍNICO 2

Mujer 24 años, sana, sin antecedentes personales a destacar, con antecedentes obstétricos de dos gestas, dos cesáreas de término, recién nacidos sanos, normopesos. Antecedentes ginecológicos menarca 11 años, ciclos regulares 5/21, no dismenorrea, dispareunia ni sinusorragia. Pareja estable, método anticonceptivo de barrera. Sin antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, Papanicolaou vigente normal.

Consulta por dolor en fosa iliaca derecha de varios meses de evolución sin otros elementos a destacar. Al examen físico se destaca dolor exquisito a nivel del tercio externo derecho de la cicatriz de Pfannestiel espontáneo y a la palpación. Sin elementos de irritación peritoneal, no se palpan tumoraciones ni visceromegalias. Examen ginecológico normal.

Se realiza como estudio imagenológico una ecografía de partes blandas, que informa: en planos superficiales de fosa iliaca derecha, imagen redondeada de contornos definidos heterogénea, sólida, de 12 x 7 mm con vascularización central al ecodoppler.

Se resuelve realizar una cirugía de coordinación, en la cual se opta por incidir la piel a nivel de la cicatriz de Pfannenstiel, a derecha, a la altura del sitio doloroso, continuando con la resección de la tumoración que

asentaba en la aponeurosis del oblicuo mayor, pasando por bordes macroscópicamente sanos. Se completa la cirugía con la rafia parietal con surget de Vicryl 1.0. Cursa postoperatorio con buena evolución, y se otorga alta a las 24 horas sin complicaciones. El informe anatopatológico destaca el hallazgo de una tumoración irregular, amarillenta de 55 x 42 x 20 mm; con focos de endometriosis.

No refiere márgenes sanos de la lesión. La paciente no concurrió al control ginecológico postoperatorio.

CASO CLÍNICO 3

Mujer de 36 años, sin antecedentes personales a destacar, con antecedentes obstétricos de dos gestas, dos cesáreas por trabajo de parto detenidos, términos, sanos. Antecedentes ginecológicos menarca 12 años, ciclos regulares 4/30, no dismenorrea, dispareunia ni sinusorragia. Pareja estable, método anticonceptivo ligadura tubaria. Niega antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, Papanicolaou vigente normal.

Consulta por dolor abdominal, de dos meses de evolución, aparición gradual de 1 mes de evolución, sin irradiaciones, sin relación con el movimiento ni con la actividad física. Tránsitos urinario y digestivo normales.

Al examen físico abdominal la paciente presenta una hernia umbilical de 0,5 cm de diámetro, reductible e incoercible, indolora, diastasis de los rectos en el sector infraumbilical. A la palpación, tumoración dolorosa a nivel del borde externo izquierdo de la cicatriz de Pfannestiel de 3 cm de diámetro, de consistencia firme, no adherida a planos profundos. No presenta signos de irritación peritoneal, ni elementos patológicos en el examen genital.

De la ecografía de partes blandas solicitada se destaca: en el extremo izquierdo de la cicatriz, tumoración hipoecogénica de 13 x 14 x 15 mm con escasa vascularización color. Hernia umbilical, diastasis de los rectos.

Se resuelve mediante cirugía de coordinación, con la misma técnica quirúrgica que los casos anteriores, y en el mismo acto quirúrgico se realiza una dermolipectomía por equipo de cirugía plástica. La anatomía patológica diferida de esta paciente informa tumoración sólida, gris de 40 x 25 x 25 mm. Foco de endometriosis.

Cursa postoperatorio sin incidentes, con alta cumplidas las 36 horas de la cirugía. No se presenta a control ginecológico postoperatorio.

DISCUSIÓN

Una tumoración en la cicatriz de Pfannenstiel representa un reto diagnóstico, especialmente en lo que respecta a su etiología, y es, en la mayoría de los casos, el cirujano general quien realiza la evaluación y la toma de decisiones terapéuticas.

En muchas ocasiones se solicitan estudios de imagen dado que no se plantea de forma inicial a la endometriosis como causa de una tumoración parietal dolorosa. Sin embargo, la experiencia clínica y el contacto previo con esta patología, le permiten al cirujano poder plantear dicho diagnóstico aún sin contar con la certeza anatopatológica.

Considerar al endometrioma como posibilidad etiológica, se basa en una adecuada anamnesis y exploración física.

La endometriosis es una enfermedad crónica, progresiva e inflamatoria, que afecta aproximadamente a un 10-15% de mujeres en edad reproductiva.

Dentro de sus variantes clínicas se destaca

la endometriosis genital, por lejos la más frecuente, que presenta tres grandes fenotipos; la endometriosis peritoneal superficial; la forma tumoral o endometrioma; y la infiltrativa profunda, también conocida por sus siglas en inglés, DIE (*Deep Infiltrative Endometriosis*).

En segunda instancia, encontramos a la endometriosis extragenital, que representa solamente un 1 a 4% de todos los casos, y dentro de las que encontramos afectados a distintos órganos como pulmón, intestino, piel o incluso cerebro. La endometriosis parietal representa del 0,03 al 2% de la endometriosis extragenital.⁽⁵⁻⁸⁾

La forma de presentación clínica de la endometriosis parietal es variada, destacándose la presencia de una tumoración palpable clínicamente hasta en el 92% de los casos^(9,10), con fluctuaciones en su tamaño relacionadas con el ciclo menstrual. Asimismo, se han descripto casos de cambios en la coloración de la misma, por los depósitos de hemosiderina en su interior. El dolor es otro síntoma que está presente hasta en el 85% de los casos⁽¹¹⁾, y se describe frecuentemente como cíclico.

Ambos síntomas se encontraban presentes en todas nuestras pacientes, y la experiencia generada a partir del primer caso, permitió plantear el diagnóstico en los dos siguientes, que fueron posteriormente confirmados con los informes anatopatológicos de las piezas de resección.

La presencia de endometriosis parietal asintomática, por otra parte, resulta extremadamente rara, en el entorno de 3% de los casos.⁽⁶⁾

Markham et al.,⁽¹²⁾ clasificó la endometriosis extra pélvica según su localización en cuatro tipos: 1) gastrointestinal, 2) del tracto urinario, 3) torácico y 4) de otros sitios: entre

éstos se sitúan los implantes de la pared abdominal, fundamentalmente evidenciados en cicatrices de cirugías obstétricas o ginecológicas.

La endometriosis parietal también puede clasificarse en dos tipos según el antecedente de cirugías previas. En ausencia del mismo, se clasifica como espontánea, dentro de la cual tiene amplia prevalencia la región umbilical.⁽¹³⁾ Si existe el antecedente quirúrgico, como ocurre en los tres casos presentados, la misma se clasifica como endometriosis parietal postquirúrgica.

El mecanismo fisiopatológico responsable de la endometriosis parietal espontánea no ha sido del todo identificado hasta el momento actual, aunque se proponen las siguientes teorías^(5,8,14):

- 1) la teoría del reflujo, que plantea la existencia de un flujo retrógrado de células endometriales a través de las trompas de Falopio durante la menstruación,
- 2) la teoría de la metaplasia celómica, quien incrimina una metaplasia de las células del epitelio celómico en las células endometriales,
- 3) la teoría metastásica, donde existe sospecha de una diseminación venosa o linfática de las células endometriales, que sería la responsable de la existencia de implantes endometriósicos extraperitoneales.

Destacamos que ninguna de ellas es capaz por sí sola de explicar todos los casos.

Respecto al compromiso parietal que determina la presencia del endometrioma en el tejido subcutáneo y adiposo adyacente, a nivel de la cicatriz y la hoja anterior de la vaina del recto, destacamos que el compromiso del cuerpo muscular rara vez está presente. Del total de nuestros casos, en sólo uno de ellos se presentó un compromiso de la vaina

del recto anterior.

La incidencia reportada de endometriosis parietal en cicatrices de cesárea, sin distinguir si se trata de incisiones de tipo mediana o Pfannenstiel, ronda del 0,03 al 1,7 % según la literatura disponible.^(11,15-17) La misma aumenta con el número de cesáreas⁽¹⁶⁾ y el trimestre del embarazo durante el cual se realiza, siendo las del segundo trimestre las de mayor riesgo.⁽⁵⁾ Respecto a las cirugías ginecológicas, existen reportes de casos en cicatrices de histerectomías abdominales, especialmente en las cuales hubo rotura uterina⁽⁴⁾; y en las incisiones de los trócares en las cirugías laparoscópicas por salpingectomías o embarazos ectópicos.^(14, 16-18)

El intervalo entre la última cirugía y la presentación de la patología es en promedio de 2 a 6 años⁽¹⁹⁾, si bien hay estudios que plantean un intervalo posible de hasta 10 años de la intervención.⁽¹⁰⁾

Como factores de riesgo de la endometriosis parietal se plantean, entre otros, el antecedente de cesárea⁽¹¹⁾, junto con el flujo menstrual abundante y el consumo de alcohol. Por otro lado, la multiparidad parecería ser un factor protector.⁽¹⁹⁾

El diagnóstico es difícil en muchas ocasiones debido a la falta de sospecha clínica, requiriendo pruebas imagenológicas como ecografía de partes blandas, tomografía (TC) de abdomen o resonancia nuclear magnética (RM). La confirmación siempre se realiza mediante el estudio de anatomía patológica.

No existe acuerdo en la literatura acerca de la necesidad o no de pruebas imagenológicas, aunque algunos autores defienden su utilidad para valorar la naturaleza quística o sólida de la lesión.^(13,20,21)

Ante un duda diagnóstica, la solicitud de una ecografía de partes blandas nos permite realizar diagnósticos diferenciales; como

eventraciones, hernias, granuloma a cuerpo extraño, abscesos cronicados, neuromas o tumores de partes blandas,^(20,22,23) además de aportar datos sobre el tamaño, consistencia y determinar la extensión y la existencia de otra tumoración parietal que pueda corresponder a un segundo endometrioma no evaluable clínicamente por el tamaño.

Las sensibilidades de la TC y la RM son 90 y 92 % respectivamente, y sus especificidades 91 y 98 %, por lo que ambos son métodos excelentes para llegar al diagnóstico preoperatorio en caso de dudas.⁽²⁴⁾

Si bien se han descrito varios fármacos para el tratamiento médico de ésta patología, el tratamiento médico sólo aporta un alivio transitorio de los síntomas y la recurrencia es la regla al suspender la terapia.^(1,2,25,26)

Dado que la endometriosis es una enfermedad estrógeno dependiente, el objetivo que persigue el tratamiento médico es la supresión de la producción ovárica de estrógenos. Ésto se logra con el uso de anticonceptivos orales combinados, los progestágenos, el danazol o los análogos de la hormona liberadora de gonadotrofinas (aGnRH).⁽²⁷⁾

El tratamiento de elección es quirúrgico y consiste en la exéresis completa y amplia de la lesión, con estudio de la pieza quirúrgica en diferido.^(19,27)

Resulta óptimo establecer márgenes de al menos 1 cm de tejido sano para disminuir el índice de recidivas.⁽¹⁹⁾ Por lo que del informe anatopatológico interesa destacar no sólamente si el margen resultó negativo sino a cuántos centímetros dista de la lesión resecada, en vistas a la proyección de la posibilidad de recidiva. Con la intención de disminuir dicha probabilidad, si se tratara de una endometriosis en un lugar de punción o en un orificio de trocar, es recomendable resear toda la vía⁽⁴⁾, desde la piel hasta la lesión.

La reconstrucción del defecto en la pared abdominal puede requerir el uso de material protésico. Sin embargo, algunos autores desaconsejan su uso en pacientes con endometriosis pelviana por riesgo de metaplasia local.⁽²⁸⁾ Destacamos que en ninguna de nuestras pacientes existió la necesidad del uso de material protésico, dado que se realizó cierre parietal con hilo reabsorbible (PDS 1-0).

Pueden existir recurrencias que deben tratarse con una nueva extirpación. De acuerdo a la literatura, la tasa de las mismas varía entre 0 y 15%. Se ha recomendado la administración de danazol (fármaco con actividad antagonista) en la prevención de recidivas, especialmente si existe endometriosis pelviana concomitante.

Resulta crucial el abordaje multidisciplinario en el tratamiento y seguimiento de estas pacientes. El rol del cirujano general, una vez llegado al diagnóstico, y en vistas al tratamiento, es fundamentalmente resectivo, siempre considerando la importancia de establecer márgenes amplios para evitar la recidiva, teniendo además presente la posibilidad de resecciones amplias en vistas a la reparación parietal. La comunicación con el anatopatólogo es capital para poder contar estos datos en el estudio de la pieza de resección.

El ginecólogo adquiere un rol relevante al tratarse de una patología ginecológica crónica, y es quien se encargará del seguimiento de la paciente a largo plazo, ya desde el control postoperatorio se recomienda inhibir el estímulo hormonal, dada la cronicidad de la enfermedad y la probabilidad de la existencia de otros focos de endometriosis no resecados, ya porque sean paucisintomáticos o que no se hayan expresado aún.

En otros estudios analizados se informan

hallazgos positivos después de inyectar etanol al 95% en pacientes con endometriosis pélvica. Es a partir de estos hallazgos, que Bozkurt et al reportan la escleroterapia con etanol ecoguiado del endometrioma muscular como primera opción de tratamiento.⁽²⁹⁾ Sin embargo, se necesitan más investigaciones de grandes series para comparar el tratamiento quirúrgico estándar con el tratamiento de inyección de etanol.

Es fundamental conocer las medidas preventivas que buscan evitar la aparición de endometriosis posquirúrgica, principalmente posterior a una operación cesárea. En primer lugar, se plantea identificar a las pacientes que presentan riesgo, como ser las que presenten obesidad, consumo de alcohol y menorragia.⁽⁶⁾ En el intraoperatorio de la cesárea, se recomienda realizar el cambio de guantes luego de la extracción fetal⁽³⁾, no dejar endometrio exteriorizado a la cavidad abdominal, no usar el mismo material e instrumental quirúrgico para el cierre del útero y el cierre de la pared abdominal, y lavar rutinariamente con solución salina o agua para irrigación después de cerrar peritoneo. Se recomienda asimismo un nuevo lavado posterior al cierre de la aponeurosis.^(8,22)

Cuando se consultaron las descripciones operatorias de las cesáreas anteriores de nuestras pacientes, no se encontró registro de haberse realizado ninguna de las medidas mencionadas anteriormente, sin embargo, tampoco puede descartarse que las mismas no se hayan realizado.

Otra recomendación, con énfasis en la prevención de las recidivas, es que a la hora de planificar la resección del endometrioma parietal, coordinar la cirugía unos días después de la menstruación, ya que en este período no hay mucha reacción inflamatoria y la resección es técnicamente menos difícil.

CONCLUSIONES

El endometrioma parietal es una patología poco frecuente. Los cirujanos generales debemos sospecharla en pacientes con una masa dolorosa sobre todo si están en relación con los sitios de las cicatrices de cirugías ginecológicas y cuya sintomatología se asocia con el ciclo menstrual, por lo tanto una buena anamnesis es clave en el diagnóstico diferencial. La resección quirúrgica es curativa, requiere un margen de 1 cm para disminuir el índice de recidiva

Bibliografía

1. Motta-Ramírez GA, Corres-Castillo MA, Romo-Aguirre C. La endometriosis y su evaluación mediante tomografía multidetector, con correlación anatopatológica. An Radiol Méx 2013; 12(2):116-26.
2. Rodríguez Collar TL. Diagnóstico y tratamiento de la endometriosis vesical. Rev Cub Med Mil 2011; 40(1):48-55.
3. Lima Vilarino F, Bianco B, Melo Martins AC, Christofolini DM, Parente Barbosa C. Endometriose em cicatriz cirúrgica: uma série de 42 pacientes. Rev Bras Ginecol Obstet 2011; 33(3):123-7.
4. Ortiz Serrano R, Quintero Roa EM. Endometriosis extrapélvica: reporte de tres casos y revisión narrativa de la literatura. MedUNAB 2005; 8(2): 130-6.
5. González Sanz G, Alcón Caracena A, Elósegui Aguirrezzabala JL, Olaizola Ayerdi A, Berdejo Lambarri L, Elorza Orúe JL. Endometriosis: un reto diagnóstico para el cirujano general. Cir Esp 1997; 62: 435-8.
6. Wheeler JM. Epidemiology of endometriosis associated infertility. J Reprod Med 1989; 34: 41-6.
7. Picod G, Boulanger L, Bounoua F. Endométriose pariétale sur cicatrice de césarienne : à propos de 15 cas. Gynecol Obstet Fertil 2006 ; 34:8-13.
8. Ecker AM, Donnellan NM, Shepherd JP, Ted TM Lee. Abdominal wall endometriosis: 12 years of experience at a large academic institution. Am J Obstet Gynecol 2014 ; 211(4) : 363e1-5.
9. Jayi S, Laadioui M, Bouguern A, Chaara H, Melhouf A. L'endométriose de la paroi abdominale: à propos d'un cas rare. Pan African Med J 2013 ; 15 : 86.
10. Boufettal H, Hermas S, Boufettal R, Rifki Jai S, Kamri Z, Elmouatacim K et al. Endométriose de cicatrice de la paroi abdominale. Presse

- Med 2009; 38 : (1)1-6.
11. Friedman P, Joyce Rico M. Endometriosis cutánea. Dermatol J 2000; 6 (1): 8.
12. Chatziparadeisi A, Daniilidis A, Diavatis S, Vrachnis N, Carcea F, Giannoulis C. Abdominal wall endometriosis after a caesarian section - An interesting case report. Clin Exp Obstet Gynecol 2014; 41:360-1.
13. Patil N, Kumar V, Gupta A. Scar Endometriosis-A Sequel of Caesarean Section. Clin Diagn Res 2014; 8:FD09-FD10.
14. Nominato N, Prates LF, Lauar I, Morais J, Maia L, Geber S. Caesarean section greatly increases risk of scar endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010; 152: 83-5.
15. Markham SM, Carpenter SE, Rock JA. Extrapelvic endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am 1989; 16 (1): 193-219.
16. Parra PA, Caro J, Torres G, Malagón FJ, Tomás F. Endometriosis primaria de pared abdominal, una enfermedad que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones de pared abdominal. Cir Esp 2006; 79 (1): 64-6.
17. Duranda X, Daligand H, Aubert P, Baranger B. Endométriose de la paroi abdominale. J Chir Viscer 2010; 147: 354-9.
18. Oh EM, Lee W-S, Kang JM, Choi ST, Kim KK, Lee WK. Surgeon's Perspective of Abdominal Wall Endometriosis at a Caesarean Section Incision: Nine Cases in a Single Institution. Surgery Research and Practice, 2014, 765372. doi: 10.1155/2014/765372
19. Uzunçakmak C, Güldas A, Özçam H, Kemal Dinç. Scar endometriosis : a case report of this uncommon entity and review of the literature. Case Rep Obstet Gynecol 2013, ID 386783 : 1-4
20. Sinha R, Kumar M, Matah M. Abdominal scar endometriosis after caesarean section : a rare entity. Australas Med J 2011; 4: 60-2.
21. Biswas B, Gupta N et Magon N. Incisional endometriosis : a rare cause for a painful scar. A report and commentary. Niger Med J 2012; 53: 257-9.
22. Carvajal A, Braghetto I, Carvajal R, Miranda C. Endometriosis de pared abdominal. Rev Chil Obstet Ginecol 2007; 72(2): 105-10.
23. González Cristiano. S, Finelli R, Tramontano G. Abdominal wall endometriomas. Cir Esp 1999; 66: 265-7.
24. Francica G, Giardello C, Angelote G, Cristiano S, Finelli R, Tramontano G. Abdominal wall endometriomas near caesarean delivery scars: Sonographic and colour doppler findings in a series of 12 patients. J Ultrasound Med 2003; 22 (10): 1041-7.
25. Vélez SE, Piccinni DJ, Caminos S, Spitale LS, Ferrari JC. Abdominal wall endometriosis: Case report. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba 2004; 61 (1): 29-34.
26. Donati M, Gandolfo L, Cavallaro G, Ciancio F, Brancato G. Endometriosis of the abdominal wall (authors' experience). Ann Ital Chir 2004; 75 (1): 29-34.
27. Lahiri AK, Sharma K, Busiri N. Endometriosis of the uterine cesarean section scar: A case report. Indian J Radiol Imaging 2008; 18 (1):66-8.
28. Simsir A, Thorner K, Waisman J, Cangiarella J. Endometriosis in abdominal scars: a report of three cases diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. Am Surg 2001; 67: 984-9.
29. Catalina-Fernandez I, López-Presa D, Sáenz-Santamaría J. Fine needle aspiration cytology in cutaneus and subcutaneus endometriosis. Acta Cytol 2007; 51 (3): 380-4.
30. Purvis R, Tyring S. Cutaneus and subcutaneous endometriosis: surgical and hormonal therapy. J Dermatol Surg Oncol 1994;20(10): 693-5.
31. Erkan N, Haciyanı M, Sayhan H. Abdominal wall endometriomas. Int J Gynecol Obstet 2005; 89: 59-60.
32. Latham M, Taylor H. Endometriosis and infertility: A review of the pathogenesis and treatment of endometriosis-associated infertility. Obstet Gynecol Clin North Am. 2012 December; 39(4): 535-49.
33. Majeski J, Cragg J. Scar endometriosis developing after an umbilical hernia repair with mesh. South Med J 2004;97: 532-4.
34. Bozkurt M, Said Çil A, Kara Bozkurt D. Intramuscular abdominal wall endometriosis treated by ultrasound-guided ethanol injection. Clinical Medicine & Research 2014; 12(3-4):160-5.

El secreto de continuar
tan femenina y natural....

ColpoEstriol® estriol

Dos efectivas alternativas
para un tratamiento completo



La alternativa
estrogénica natural


TEMIS LOSTALO
Excelencia farmacéutica


Gador
Al Cuidado de la Vida