

CASO CLÍNICO

1. Universidad Libre Seccional, Cali, Colombia.
2. Clínica Imbanaco, Cali, Colombia.
 - a. Residente especialización en ginecología y obstetricia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1118-6501>
 - b. Residente especialización en ginecología y obstetricia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5839-5619>
 - c. Ginecóloga y obstetra, sub especialista en laparoscopia y dolor pélvico crónico, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9178-969X>

Recibido: 15 de diciembre 2025

Aprobado: 15 de enero 2026

Publicación en línea: 6 de febrero 2026

Correspondencia:

Daniel Mauricio Valencia Gonzales

✉ danielm-valenciag@unilivre.edu.co

Citar como: Valencia D, Parra D, Bastidas C. Endometriosis en pared abdominal. Rev peru ginecol obstet. 2025;71(4). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v71i2819>

Endometriosis en pared abdominal Abdominal wall endometriosis

Daniel Valencia González^{1,a}, Daniela Parra^{1,b}, Claudia Bastidas Guarín^{2,c}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v71i2819>

RESUMEN

Paciente femenina de 41 años con antecedente de endometriosis pélvica y cistectomía de ovario izquierdo. Dos semanas posquirúrgicas presentó secreción por la herida, confirmandose endometriosis en tejido subcutáneo mediante biopsia. Siete meses después reingresa con dolor abdominal severo (8/10) y edema en fosa ilíaca derecha. La tomografía y ecografía revelaron una colección multiloculada de 179 cc en pared abdominal con extensión muscular. Debido al riesgo de expansión de la lesión, se desestimó la cirugía inmediata. Se inició manejo con Pregabalina 75 mg vía oral cada 12 horas inicialmente por una semana, logrando control del dolor. Posteriormente, se realizó drenaje percutáneo guiado por imágenes, extrayendo 75 cc de líquido achocolatado con confirmación histológica de tejido endometrial. La paciente presentó mejoría clínica significativa, continuó con la terapia neuromoduladora con Pregabalina 75 mg vía oral cada 12 horas por 3 meses y finalmente fue valorada y manejada en la unidad de cirugía ginecológica mínimamente invasiva y pared abdominal con posterior tratamiento quirúrgico exitoso.

Palabras clave: Endometriosis de pared abdominal, Drenaje percutáneo, Neuromodulación, Dolor pélvico crónico.

ABSTRACT

A 41-year-old female with a history of pelvic endometriosis and left ovarian cystectomy presented with wound discharge two weeks post-surgery; biopsy confirmed subcutaneous endometriosis. Seven months later, she was readmitted with severe abdominal pain (8/10) and edema in the right iliac fossa. CT and ultrasound revealed a 179 cc multiloculated collection in the abdominal wall with muscular extension. Immediate surgery was dismissed due to the risk of lesion expansion. Management was initiated with Pregabalin 75 mg orally every 12 hours, initially for one week, achieving pain control. Subsequently, image-guided percutaneous drainage was performed, extracting 75 cc of chocolate-colored fluid with histological confirmation of endometrial tissue. The patient showed significant clinical improvement, continued neuromodulatory therapy with Pregabalin 75 mg orally every 12 hours for 3 months, and was finally assessed and managed by the minimally invasive gynecologic surgery and abdominal wall unit, undergoing successful surgical treatment.

Keywords: Abdominal wall endometriosis, Percutaneous drainage, Neuromodulation, Chronic pelvic pain.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina⁽¹⁾, esta entidad puede causar dolor y problemas reproductivos en aproximadamente el 10% de las mujeres en edad reproductiva⁽²⁾. Aunque la endometriosis afecta principalmente los órganos pélvicos, en raras ocasiones puede desarrollarse en sitios extrauterinos, como la pared abdominal⁽³⁾. La endometriosis en la pared abdominal, también conocida como endometriosis abdominal o cutánea, suele estar asociada a procedimientos quirúrgicos previos⁽⁴⁾. El diagnóstico de esta entidad puede ser un desafío debido a la rareza de su presentación y a la similitud con otras afecciones, como lipomas, hernias, o tumores⁽⁵⁾.

El presente reporte de caso tiene como objetivo discutir un caso de endometriosis en la pared abdominal, su manejo clínico y las implicaciones diagnósticas y terapéuticas asociadas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 41 años, atendida en la Clínica Versailles (Cali, Colombia), con antecedente de endometriosis pélvica diagnosticada por laparoscopia exploratoria el 13 de enero de 2024. En dicho procedimiento

se halló un endometrioma en ovario izquierdo y líquido libre achocolatado, realizándose cistectomía y lavado intraperitoneal. Quince días después, consultó por secreción sanguinolenta en la herida quirúrgica; la biopsia de tejido celular subcutáneo confirmó endometriosis, iniciándose manejo con danazol y dispositivo intrauterino de levonorgestrel.

Ingresa al servicio de urgencias el 6 de septiembre de 2024, presentando un cuadro clínico de 7 meses de evolución consistente en dolor abdominal punzante de intensidad 8/10, con presencia de edema en pared abdominal de la fosa ilíaca derecha e hipogastrio, exacerbado cuatro días antes con el inicio de la menstruación. Al examen físico la paciente se encontraba álgica pero estable; el abdomen presentaba una cicatriz quirúrgica sin signos de infección, pero con evidencia de edema indurado sin calor ni rubor en hemiabdomen inferior (Figura 1 y 2). A la palpación profunda refería dolor en la fosa ilíaca derecha, sin signos de irritación peritoneal.

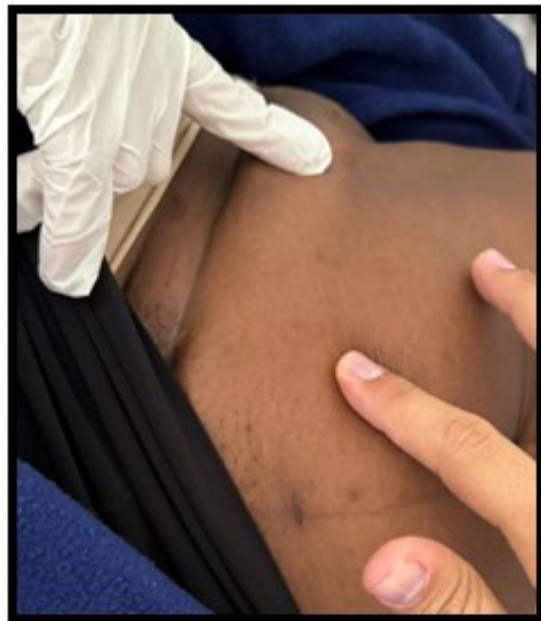
Ante la persistencia del dolor se realizó tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis, que mostró una colección multiloculada de 179 cc en la pared abdominal, comprometiendo los músculos recto abdominal, oblicuos, el psoas ilíaco y el sartorio derecho. Se complementó con ecografía de tejidos blandos, reportando en zona inguinal una colección serohemática con contenido ecogénico y septos (6,6 x 1,8 x 2,1 cm), sugestiva de endometrioma de pared abdominal.

Inicialmente fue hospitalizada por Cirugía General recibiendo antibiótico (ampicilina-sulbactam) y analgesia, sin mejoría del dolor. Tras valoración por Ginecología, se consideró paciente no apta para resección quirúrgica inmediata por el riesgo de expansión de la lesión. Se decidió manejo con neuromodulador, iniciando Pregabalina 75 mg vía oral cada 12 horas, presentando una adecuada respuesta en el control del dolor.

Posteriormente, la resonancia magnética confirmó un hematoma heterogéneo y multiloculado en la pared abdominal derecha con extensión inguinal, comprometiendo tejido graso y músculos sartorio e ilíaco, además de adenomegalias y DIU en posición alterada (IMAGEN 3 Y 4).

Dada la complejidad, se indicó drenaje percutáneo por Radiología Intervencionista para alivio

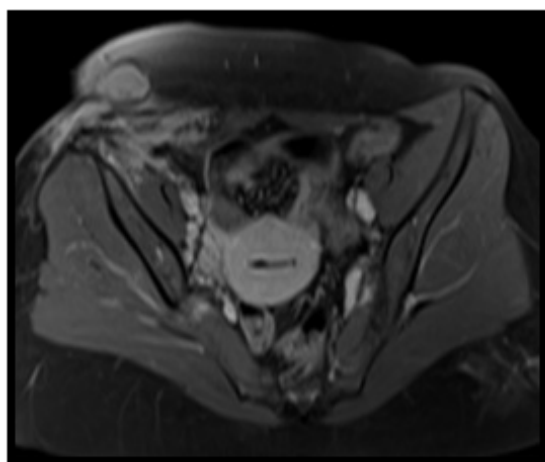
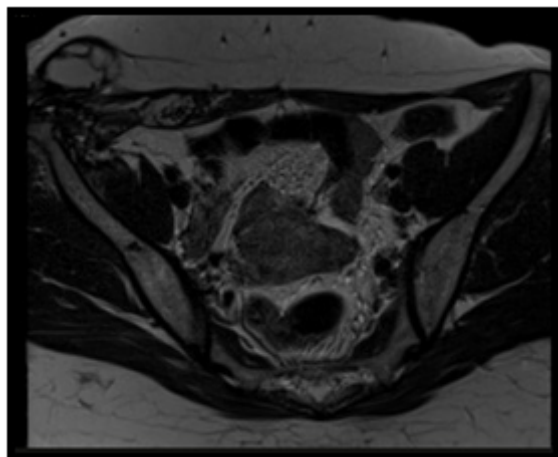
FIGURA 1 Y 2. ENDOMETRIOMA LOCALIZADO EN FOSA ILIACA DERECHA



sintomático, obteniendo 75 cc de líquido achocolatado con confirmación histológica de tejido endometrial. La paciente mejoró notoriamente con el tratamiento propuesto, se indicó continuar con la terapia neuromoduladora (Pregabalina 75 mg cada 12 horas) por 3 meses y fue remitida para continuar el manejo definitivo a cargo del equipo de Laparoscopia Avanzada y Cirugía de Pared Abdominal en la unidad de dolor pélvico crónico, donde posteriormente fue llevada a manejo quirúrgico con evolución satisfactoria



FIGURAS 3 Y 4. (A). RESONANCIA MAGNÉTICA PELVIS T2. (B) RESONANCIA MAGNÉTICA PELVIS T1.



DISCUSIÓN

La endometriosis en la pared abdominal plantea desafíos tanto diagnósticos como terapéuticos debido a su presentación atípica y la falta de síntomas característicos en muchas ocasiones⁽⁶⁾. Si bien la enfermedad suele ser intrapélvica, su localización extrauterina en la pared abdominal, especialmente sobre cicatrices quirúrgicas, es un fenómeno inusual pero reconocido, con una incidencia reportada entre el 0,03% y 3,5% en mujeres en edad reproductiva⁽²⁾.

El mecanismo fisiopatológico más aceptado en estos casos es la teoría de la siembra iatrogénica⁽⁷⁾. Según esta, las células endometriales son transportadas durante cirugías ginecológicas e implantadas en la pared abdominal, donde proliferan bajo influencia hormonal⁽⁸⁾. Nuestro caso es consistente con esta teoría, dada la aparición de

la lesión sobre la cicatriz de la laparoscopia realizada siete meses antes, un sitio menos frecuente que la cesárea pero igualmente posible.

Clínicamente, el síntoma cardinal es el dolor cíclico exacerbado durante la menstruación, asociado frecuentemente a una masa palpable⁽¹²⁻¹³⁾. Sin embargo, la presentación puede variar, y en casos avanzados la masa puede adherirse a estructuras profundas, como observamos en nuestra paciente con el compromiso de los músculos psoas y sartorio, lo cual complica el abordaje⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

El diagnóstico requiere una alta sospecha clínica apoyada en imágenes. Si bien la ecografía es la modalidad inicial, la resonancia magnética (RM) es la elección para una evaluación detallada, permitiendo caracterizar la extensión de la lesión y su contenido hemático⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. En este caso, la RM fue determinante para desestimar la cirugía radical inmediata al evidenciar la complejidad anatómica de la lesión.

Aunque la literatura establece la resección quirúrgica completa como el tratamiento estándar para evitar recurrencias y transformación maligna⁽¹⁹⁾, el manejo debe individualizarse en escenarios de alta morbilidad. En pacientes con compromiso muscular extenso o riesgo de defecto en la pared, la cirugía radical inmediata puede no ser viable o segura⁽²⁰⁾. A diferencia del abordaje clásico, en este caso se priorizó un manejo escalonado. Dado que el tejido endometriósico de la pared suele ser fibroso y con menor respuesta hormonal⁽²¹⁾, el control del dolor es complejo; sin embargo, el uso del neuromodulador (Pregabalin) demostró ser eficaz para el manejo del componente neuropático derivado de la infiltración profunda, lo cual sirvió para controlar los síntomas mientras la paciente era llevada a su procedimiento quirúrgico.

Asimismo, el drenaje percutáneo guiado por imágenes cumplió un doble propósito: diagnóstico, al confirmar histológicamente el tejido endometrial, y terapéutico, al reducir el volumen de la colección y la sintomatología⁽¹⁶⁾. Esto permitió estabilizar a la paciente y prepararla para un seguimiento multidisciplinario por el equipo de laparoscopia avanzada y pared abdominal el cual finalmente consistió en la resección quirúrgica del tejido endometrial.



CONCLUSIONES

La endometriosis de pared abdominal debe sospecharse en pacientes con dolor cíclico y antecedentes quirúrgicos, requiriendo un diagnóstico temprano apoyado en resonancia magnética para delimitar la extensión a tejidos profundos. Si bien la resección quirúrgica completa es el estándar de oro para el control definitivo y la prevención de recurrencias, este reporte demuestra que en casos de alta complejidad o riesgo de defecto en la pared, el manejo no debe ser exclusivamente quirúrgico de entrada.

El uso de estrategias mínimamente invasivas, como el drenaje percutáneo guiado por imágenes y la terapia con neuromoduladores (Pregabalina), constituye una herramienta terapéutica valiosa. Estas intervenciones permiten el control sintomático del dolor neuropático y la reducción del volumen de la lesión, actuando como un puente efectivo que facilita un posterior manejo quirúrgico definitivo en mejores condiciones.

Finalmente, el abordaje debe ser necesariamente multidisciplinario. La interacción entre ginecología, radiología intervencionista y cirugía de pared abdominal es determinante para garantizar un tratamiento integral que aborde tanto la resolución anatómica como la calidad de vida de la paciente.

INFORMACIÓN SOBRE EL ARTÍCULO

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado.

Los autores declaran no haber utilizado herramientas de IA para la elaboración del artículo.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores han obtenido el consentimiento informado de las pacientes referidas en el artículo.

Contribuciones de los autores (Taxonomía CRediT): DVG: Conceptualización, redacción original, recolección de datos, revisión del manuscrito. DP: Redacción y edición, validación del caso clínico, búsqueda bibliográfica. CBG: Supervisión clínica, validación del diagnóstico, revisión crítica del contenido, aprobación final del manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wang PH, Yang ST, Chang WH, et al. Endometriosis: Part I. Basic concept. *Taiwanese J Obstet Gynecol.* 2022;61(6):927-934. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2022.08.002>
2. Allen SE, Rindos NB, Mansuria S. Abdominal wall endometriosis: an update in diagnosis, perioperative considerations and management. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2021;33(4):288-295. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000714>
3. Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: A surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg.* 2008;196(2):207-212. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2007.07.035>
4. Dwivedi AJ, Agarwal A, Chauhan A. Abdominal wall endometriomas. *Dig Dis Sci.* 2002;47(2):456-461. <https://doi.org/10.1023/A:1013711314870>
5. Foley CE, Ayers PG, Lee TT. Abdominal Wall Endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2022;49(2):369-380. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2022.02.013>
6. Rindos NB, Mansuria S. Diagnosis and Management of Abdominal Wall Endometriosis: A Systematic Review and Clinical Recommendations. *Obstet Gynecol Surv.* 2017;72(2):116-122. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000399>
7. Carsote M, Terzea DC, Valea A, et al. Abdominal wall endometriosis (a narrative review). *Int J Med Sci.* 2020;17(4):536-542. <https://doi.org/10.7150/ijms.38679>
8. Zhang N, Robrahn S, Thornburgh KR, et al. Abdominal Wall Endometriosis: A Case Report and Literature Review of Pfannenstiel Incision Endometrioma. *Cureus.* 2024;16(8):e66223. <https://doi.org/10.7759/cureus.66223>
9. Heekyoung S, SangHee L, Min JK, et al. Abdominal wall mass suspected of endometriosis: clinical and pathologic features. *Obstet Gynecol Sci.* 2020;63(3):357-362. <https://doi.org/10.5468/ogs.2020.63.3.357>
10. Khaldi H, Nasr H, Sayed A. A case report of abdominal wall scar endometriosis 2.5 years after cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.08.043>
11. Stefanou SK, Tepelenis K, et al. Abdominal Wall Endometriosis: A Case Report. *J Surg Case Rep.* 2021;2021(4):rjab055. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjab055>
12. Ananias P, Luenam K, Melo JP, et al. Cesarean Section: A Potential and Forgotten Risk for Abdominal Wall Endometriosis. *Cureus.* 2021;13(8):e17410. <https://doi.org/10.7759/cureus.17410>
13. Giudice LC. Clinical practice. Endometriosis. *N Engl J Med.* 2010;362(25):2389-2398. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1000274>
14. Christina NM, Siulinda V, Lie H, et al. Abdominal wall endometriosis (AWE): Two case reports and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2023;109:108495. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108495>
15. Doroftei B, Armeanu T, Maftei R, et al. Abdominal Wall Endometriosis: Two Case Reports and Literature Review. *Medicina (Kaunas).* 2020;56(12):727. <https://doi.org/10.3390/medicina56120727>
16. Benedicto C, Cacoza D, Costa DS, et al. Abdominal wall endometriosis: Report of 83 cases. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022;159(2):530-536. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14091>



17. Kinkel K, Frei KA, Balleyguier C, Chapron C. Diagnosis of endometriosis with imaging: a review. *Eur Radiol.* 2006;16(2):285–298. <https://doi.org/10.1007/s00330-005-2919-7>
18. Grigore M, Socolov D, Pavaleanu I, et al. Abdominal wall endometriosis: an update in clinical, imagistic features, and management options. *Med Ultrason.* 2017;19(4):430–437. <https://doi.org/10.11152/mu-1122>
19. Vijayan S, Vandana K, Arundhathi S. Abdominal scar endometriosis: A case report and review of literature. *Indian J Pathol Microbiol.* 2023;66(4):871–873. https://doi.org/10.4103/ijpm.ijpm_109_22
20. Takaya K, Shido H, Yamazaki S. Resection and Abdominal Wall Reconstruction for Cesarean Scar Endometriosis. *Case Rep Med.* 2022;2022:7330013. <https://doi.org/10.1155/2022/7330013>
21. Ferjaoui MA, Arfoui R, Khedhri S, et al. Abdominal wall endometriosis: A challenging iatrogenic disease. *Int J Surg Case Rep.* 2021;88:106507. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.106507>