

ENDOMETRIOSIS EN COLON SIGMOIDES

ENDOMETRIOSIS IN COLON SIGMOID

*Dr. Arnaldo Montiel Roa, Dr. Osvaldo Gauto
Instituto de Previsión Social Hospital Central*

RESUMEN

La endometriosis, entidad ginecológica benigna, se caracteriza por ser una patología que cursa de manera crónica en mujeres en edad fértil, estimándose hasta en el 15% de las mujeres premenopáusicas. Caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera del útero debido al flujo retrogrado transtubárico de la sangre menstrual, la presentación clínica es muy inespecífica debido a la concomitancia de sintomatología intestinal y ginecológica. Puede manifestarse la misma con dolor abdominal y/o pélvico (habitualmente con dolor tipo cólico), apareciendo el mismo o exacerbándose con la menstruación, pueden presentar además distensión abdominal, dolor y/o sangrado rectal, así como también alteración del tránsito intestinal. La obstrucción intestinal generalmente acontece cuando la endometriosis afecta al íleon, siendo la afectación colónica muy infrecuente. La ubicación rectosigmoidea es la más comúnmente involucrada cuando esta ocurre. Con el presente trabajo queremos reportar el caso de una paciente que fue tratada en el Servicio de Cirugía General del Hospital Central del Instituto de Previsión Social con endometriosis colónica, patología rara en nuestro medio e inclusive a nivel mundial. **Palabras claves:** endometriosis colorrectal, obstrucción intestinal por endometriosis, hemorragia digestiva.

SUMMARY

Endometriosis, a benign gynecologic entity, is characterized by presenting itself in a chronic way in women during her reproductive years, being estimated up to 15% of all premenopausal women. Being characterized by endometrial tissue outside the uterus due to the retrograde transtubarian flow of menstrual blood, its clinical presentation is highly inespecific and varies due to the concomitancy of intestinal and gynecologic symptomatology. It can present with abdominal and/or pelvic pain that appears or increases with menstruation, abdominal distention, rectal bleeding and/or pain as well as with changes in bowel habits. Intestinal obstruction generally occurs when the ileon is affected, being the colonic one infrequent. Its rectosigma localization is the most common when it occurs. The objective of this clinical presentation is to refer the case of a patient that we had at our General Surgery Department headquarters at the Instituto de Previsión Social with colorectal endometriosis, a rare pathology nation and worldwide. **Key words:** colorectal endometriosis, intestinal obstruction by endometriosis, rectal bleeding.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis, definida como la presencia de tejido endometrial ectópico, sigue siendo una patología común

en mujeres en edad premenopáusicas, presentándose como tercera causa de hospitalización por causa ginecológica en los Estados Unidos ⁽²⁾. Ocasionalmente la misma puede comprometer la pared del intestino, infiltrándola desde la superficie peritoneal hacia el lumen, variando la profundidad de la misma.

Aunque la frecuencia exacta del compromiso intestinal se desconoce, debido en gran parte a la falta de sintomatología específica para dicha localización, se ha estimado que la misma podría ocurrir entre un 3% al 37% ^(3, 4). La sintomatología que produce es inespecífica, pudiendo la misma presentarse como una concomitancia de síntomas intestinales y ginecológicos. Entre las mismas pueden incluirse dolor abdominal y/o pélvico, habitualmente de tipo cólico que se inicia o exacerba con la menstruación, distensión abdominal, dolor y sangrado rectal, alteración del tránsito intestinal, así como con náuseas y/o vómitos. La obstrucción intestinal generalmente acontece cuando la endometriosis afecta el íleon siendo la afectación colónica muy infrecuente. La ubicación rectosigmoidea es la más comúnmente involucrada cuando la misma ocurre.

Laboratorialmente la misma no muestra cambios significativos, siendo los exámenes complementarios los que nos guían hacia una posible etiología. Los exámenes complementarios que se utilizan más frecuentemente abarcan endoscopia digestiva baja y métodos de estudios por imágenes. Así mismo puede realizarse un enema baritado de doble contraste y una tomografía axial computada en casos que ameriten ⁽⁵⁾.

En muchos de ellos se realiza una rectosigmoidoscopia con instrumento rígido objetivándose una estenosis de lumen sin alteración de la mucosa; la colonoscopia podría dejarse para aquellos casos en los que se sospecha una neoplasia para su toma de biopsia. El tratamiento quirúrgico con resección intestinal está indicada ante síntomas obstructivos, sangrado o si no se ha podido descartar patología neoplásica ⁽⁶⁾.

CUADRO CLÍNICO

Datos de filiación: paciente de sexo femenino, 32 años, sin patología de base, con historia de alteración del tránsito intestinal.

Motivo de consulta: Dolor en fosa iliaca izquierda.

Examen físico: abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda sin signos de irritación peritoneal,

RHA presentes, PP negativa.

Antecedente quirúrgico: Paciente doble cesareada anteriormente, hace 5 meses.

ESTUDIOS

Laboratorio:

HB: 11.9 Hto: 36.3 GB: 5000 N: 68,9% Tipificación: A (+) Marcadores Tumorales: CEA: normal, CA 19-9: normal, CA 125: normal

Rx de Abdomen: normal **ECG:** normal

Colonoscopia: A nivel de sigmoides distal presenta una subestenosis que se rebasa con cierta dificultad, que compromete un segmento de aproximadamente 5 centímetros de longitud, con mucosa hiperemica, edematosa, friable, y con formaciones polipoideas de entre 3 y 5 mm de diámetro a las cuales se toman múltiples biopsias.

Anatomía Patológica: Pólipo inflamatorio con edema de la mucosa adyacente, sin atipias. No se observa proceso neoplásico maligno.

Diagnóstico Preoperatorio: Tumor de colon sigmoides de etiología a determinar.

La paciente fue sometida a cirugía.

Hallazgo operatorio: Tumor estenosante a nivel del colon sigmoides, hígado, estómago, y peritoneo libre de secundarismos y adenomegalias. Útero y anexos sin particularidades.

Operación efectuada: Sigmoidectomía más anastomosis colorrectal termino terminal mas colocación de drenaje tubular a nivel de la anastomosis.

EVOLUCIÓN

La paciente regresa a sala posterior a su cirugía presentando buena evolución y es dada de alta a la semana.

El resultado de la anatomía patológica informa endometriosis en su pared que se extendía desde la serosa hasta la mucosa estenosando su luz. Los márgenes quirúrgicos proximal y distal no presentó evidencia de lesión. La subserosa presentó fibrosis y edema. Los cuatro ganglios linfáticos pericólicos que fueron extraídos presentaron histología benigna.

DISCUSIÓN

Complicación rara de patología ginecológica benigna. En nuestro caso vimos una paciente en edad reproductiva que se presenta con un cuadro de obstrucción intestinal; laboratorialmente la misma no presentó alteración. Mediante la colonoscopia se constata tumor estenosante a nivel de rectosigma que tras el acto quirúrgico y por anatomía patológica se diagnostica colon sigmoides con endometriosis. Se realizó una laparotomía con la consiguiente sigmoidectomía más anastomosis colorrectal terminoterminal con drenaje de Pezzer a nivel de la anastomosis tras la cual la paciente pasa a sala teniendo una buena evolución y es dada de alta a los 6 días post operatorio sin complicaciones.

Aunque la endometriosis se considera una patología ginecológica relativamente frecuente en la mujer, su presentación intestinal es infrecuente. Presenta por lo general clínica inespecífica, debido a que la misma imita sintomatología propia de patologías intestinales así como de aque-

llas que son de origen ginecológico. Como diagnóstico diferencial se citan más la diverticulitis, la enfermedad de Crohn, el carcinoma colorrectal y los abscesos tuboováricos. No obstante, teniendo síntomas de alteración del tránsito intestinal en mujeres en edad reproductiva, con antecedentes de endometriosis debería hacernos sospechar esta afección.

Los métodos auxiliares de diagnóstico usados con mayor frecuencia son la colonoscopia, el enema baritado a doble contraste y la tomografía axial computada. Sin embargo, se reportan asimismo casos en los que se han utilizado además la endosonografía rectal y la RMN tratando de reducir de esa manera una laparoscopia y/o laparotomía diagnóstica⁽⁷⁾.

El manejo médico de la endometriosis consiste en terapia hormonal con el uso prolongado de anticonceptivos orales, dejando a la paciente en amenorrea. En la actualidad el tratamiento de elección consiste en el uso de agonistas GnRH con un uso mínimo de tres meses. Su uso para el manejo de la endometriosis con afectación rectosigmoidea ha fracasado debiendo recurrir a la cirugía como tratamiento definitivo. La cirugía efectuada por lo general consiste en la sigmoidectomía más anastomosis coloproctal; dependiendo del caso podría así mismo realizarse procedimientos ginecológicos como ser la histerectomía y/o anexectomía.

CONCLUSIÓN

- Patología ginecológica benigna que cursa de manera crónica en mujeres en edad reproductiva.
- Sintomatología inespecífica; cuadro obstructivo bajo en frecuencia.
- El colon sigmoide es el lugar más frecuente de afectación.
- La sigmoidectomía con anastomosis coloproctal es el tratamiento quirúrgico propuesto en la mayoría de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yantiss RK, Clement PB, Young RH. Endometriosis of the intestinal tract: a study of 44 cases of a disease that may cause diverse challenges in clinical and pathologic evaluation. *Am J Surg Pathol* 2001; 25: 445-454
2. Missner SA, Cramer DW: The epidemiology of endometriosis, *Obstet gynecol Clin North Am* 2003; 30: 1-19
3. Caterino S, Ricca L, Cavallini M, et al: Intestinal endometriosis. Three new cases and review of the literature. *Ann Ital Chir* 2002; 73: 323-9
4. Roseau G, Dumontier I, Palazzo L, et al: Rectosigma endometriosis: endoscopic ultrasound features and clinical implications. *Endoscopy* 2000; 32: 525-30
5. Urbach DR, Reedijk M, Richard CS, Lie KI, Ross TM. Bowel resection for intestinal endometriosis. *Dis Colon Rectum*. 1998; 41, 1158-1164
6. Bromberg SH, Waisberg J, Franco MI, et al: Surgical treatment of colorectal endometriosis. *Int Surg* 1999; 84:234-8
7. Eguchi S, Komuta K, Haraguchi M, et al: MRI facilitated a diagnosis of endometriosis of the rectum. *J Gastroenterol* 2000; 35: 784-788