

## Cartas científicas

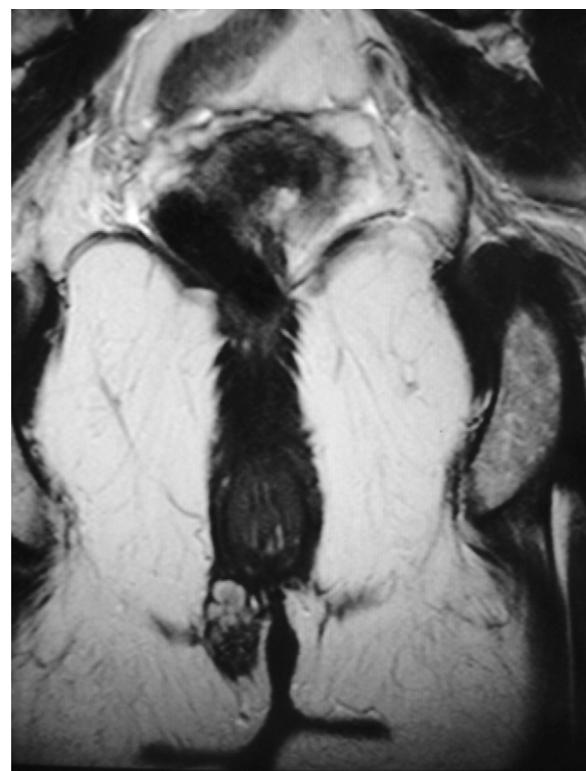
**Endometriosis extrapelviana: un diagnóstico que considerar ante una paciente con tumoración perianal****Extrapelvic endometriosis: a diagnosis to consider in the patient with a perianal tumour**

La endometriosis es una afección ginecológica benigna que afecta a mujeres en edad fértil y consiste en la aparición y el crecimiento de tejido endometrial fuera del útero<sup>1</sup>. Las zonas donde más frecuentemente se asientan los implantes son ovarios, ligamentos uterinos, fondo de saco de Douglas y reflexión peritoneal<sup>1,2</sup>. La implantación extrapelviana se ha descrito en todos los órganos de la anatomía, siendo la región perineal una zona excepcionalmente afectada<sup>3</sup>.

Mujer de 43 años con antecedentes personales de apendicectomía y episiotomía 9 años antes. Acudió a consulta externa de cirugía general por presentar tumoración perianal de 8 años de evolución, que en revisiones previas había sido diagnosticada de quiste en fase de fistulización, manteniéndose actitud conservadora. La paciente refería aumento de tamaño y molestias en la zona en las últimas semanas, sin asociar incontinencia ni fiebre. A la exploración presentaba tumoración de 3 cm de diámetro en margen anal derecho y en íntimo contacto con esfínter anal externo, de consistencia dura y ausencia de dolor a la palpación. Función esfinteriana conservada. Para completar el estudio, se realizó RM de pelvis, que informó sobre colección polilobulada de unos  $2,4 \times 1,6$  cm de diámetro, situada a nivel del margen anal externo derecho, en contacto con el esfínter externo (figs. 1 y 2). En la ecografía endoanal, se observa colección encapsulada en margen anal derecho en contacto con el esfínter externo e imagen de desestructuración de este a dicho nivel. Se decidió intervención quirúrgica, realizándose exéresis completa de la lesión perianal descrita, que se encontraba íntimamente adherida a algunas fibras musculares del esfínter anal externo, que se extirparon con la lesión. La paciente recibió el alta hospitalaria el cuarto día postoperatorio con plena conservación de la continencia. La anatomía patológica de la pieza se informó como endometriosis.

El primer caso de endometriosis perianal fue descrito por Schickele en 1923<sup>4</sup>. La hipótesis más aceptada sobre la patogenia de la endometriosis es la teoría de la menstruación

retrograda propuesta por Sampson<sup>4</sup>. La endometriosis perineal suele aparecer tras procedimientos ginecológicos como la episiotomía o colporrafia<sup>5</sup>. La implantación de células endometriales viables durante el parto vaginal puede explicar su aparición sobre la cicatriz de la episiotomía<sup>5,6</sup>. Habitualmente,



**Figura 1 – Imagen de RM pelviana en la que se aprecia colección polilobulada de unos  $2,4 \times 1,6$  cm de diámetro, situada a nivel del margen anal externo derecho.**



**Figura 2 – Corte sagital de RM pelviana.**

los síntomas aparecen en un plazo relativamente corto tras la implantación, pero se han descrito latencias de hasta 14 años<sup>7</sup>. La localización de los implantes determina los síntomas, de manera que las manifestaciones más frecuentes son dolor pelviano en los días previos a la menstruación, dispareunia, infertilidad, dolor abdominal y proctalgia con tenesmo<sup>4,5</sup>. El diagnóstico es complejo y en múltiples ocasiones se confunde con infecciones y abscesos<sup>2</sup>. Un diagnóstico precoz y adecuado tratamiento pueden prevenir la alteración de la continencia<sup>3-5</sup>. La clave es una historia clínica exhaustiva que permita relacionar los síntomas con la historia menstrual<sup>8</sup>. En cuanto a la exploración, no siempre encontraremos una tumoración dolorosa y palpable junto a la cicatriz de una episiotomía. La aspiración con aguja para estudio microbiológico y citológico puede ser de utilidad en algunos casos<sup>8</sup>, pero no cambiará la actitud quirúrgica<sup>3</sup>. La ecografía endoanal permite establecer si está afectado el plano esfinteriano y ayuda a planificar la intervención quirúrgica<sup>2,4</sup>. La supresión hormonal es el tratamiento de elección para la endometriosis extrapelviana<sup>9</sup>, pero cuando hay afección perineal, debe asociarse a cirugía<sup>6</sup>. Está indicado realizar una exéresis de la lesión intentando respetar la arquitectura esfinteriana<sup>3</sup>. La extirpación debe ser completa, pues se han descrito casos de endometriosis extrapelvian con degeneración maligna<sup>10</sup> y recurrencias<sup>6</sup>.

## B I B L I O G R A F Í A

- Woodward PJ, Sohaey R, Mezzetti Jr TP. Endometriosis: radiologic-pathologic correlation. Radiographics. 2001;21:193-216.
- Park SB, Kim JK, Cho KS. Sonography of endometriosis in infrequent sites. J Clin Ultrasound. 2008;36:91-7.
- Schweiger W, Bacher H, Cerwenka H, Mischinger H. Perianal endometriosis with involvement of the external anal sphincter. Eur J Surg. 1999;165:615-7.
- Martínez P, Villanueva E, Alvarez F, Rocha J, Valdés M. Endoanal sonography in the assessment of perianal endometriosis with external anal sphincter involvement. J Clin Ultrasound. 2002;30:245-8.
- Barisic G, Krivokapic Z, Jovanovic D. Perineal endometriosis in episiotomy scar with anal sphincter involvement: report of two cases and review of the literature. Int Urogynecol J. 2006;17:646-9.
- Zhu L, Lang J, Wang H, Liu Z, Sun D, Leng J, et al. Presentation and management of perineal endometriosis. Int J Gynaecol Obstet. 2009;105:230-2.
- Prince LN, Abrams J. Endometriosis of the perineum; review of the literature and case report. Am J Obstet Gynecol. 1957;73:890-3.
- Raddaoui E, Ameeri S. Abdominal wall endometriosis: a report of 2 cases with primary diagnosis by fine needle aspiration. Acta Cytol. 2010;54:214-6.
- Espauella J, Armengol J, Bella F, Lain JM, Calaf J. Pulmonary endometriosis: conservative treatment with GnRH agonists. Obstet Gynecol. 1991;78:535-7.
- Chumas JC, Thanning L, Mann WJ. Malignant mixed mullerian tumor arising in extragenital endometriosis: report of a case and review of the literature. Gynaecol Oncol. 1986;23:227-33.

Vanesa Maturana Ibáñez\*,  
Manuel Ferrer Márquez, Almudena Moreno Serrano,  
Ángel Reina Duarte y Ricardo Belda Lozano

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, CH  
Torrecárdenas, Almería, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [\(V. Maturana Ibáñez\).](mailto:vanematu69@hotmail.com)

0009-739X/\$ – see front matter  
© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.  
doi:[10.1016/j.ciresp.2010.06.012](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.06.012)

## Manejo quirúrgico del cáncer colorrectal familiar tipo X

## Surgical management of familial colorectal cancer type X

Dentro del cáncer colorrectal (CCR) existe un porcentaje de casos hereditarios (5-10%). El síndrome de Lynch (SL) es el más

frecuente, y su base genética es la presencia de mutaciones en los genes de reparación del ADN, mientras que su expresión