

^cUnidad de Investigación, Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB), Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.06.007>
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josrp@hotmail.es (J. Ruiz Pardo).

Endosalpingiosis como una entidad obstructiva simuladora de neoplasia de sigma



Endosalpingiosis as an obstructive entity simulating a sigma neoplasm

Se denomina endosalpingiosis a la presencia de epitelio glandular tubular de tipo ciliado en una localización ectópica a su origen normal en las trompas de Falopio¹. No existen estudios que aclaren cuales son los signos y síntomas más prevalentes en la endosalpingiosis. Puede cursar con dolor pélvico, inflamación pélvica crónica o ser un descubrimiento incidental en un acto quirúrgico²⁻⁴. En ocasiones incluso, pueden manifestarse como si fuera un tumor⁵. Aun cuando es de naturaleza benigna existen casos de transformación maligna a adenocarcinoma papilar seroso⁴.

Presentamos el caso de una mujer de 67 años, con antecedentes personales de hipertensión y dislipemia, histerectomía por miomas uterinos sintomáticos, con algias pélvicas posquirúrgicas, estudiada por estreñimiento de meses de evolución, no resuelto con medidas higiénico-dietéticas ni farmacológicas. Además, refiere pérdida importante de peso, junto a rectorragias y sangrado vaginal.

Se realizó una colonoscopia, ante la sospecha de proceso neoplásico de base, objetivando una rigidez en recto-sigma, a 15 cm del margen anal, impidiendo el paso del colonoscopio, sin ver lesiones mucosas de aspecto neoplásico, por lo que se decide no tomar biopsias colónicas. En el enema opaco (fig. 1) se observa una estenosis a nivel sigmoideo, sin objetivar la causa y ausencia de divertículos que pudieran demostrar enfermedad diverticular crónica. Se realizó una colonoscopia virtual (fig. 2), que objetiva dicha estenosis de probable origen inflamatorio.

Se decide intervención quirúrgica ante la persistencia de la sintomatología suboclusiva de la paciente. En el acto quirúrgico se objetiva la lesión en sigma que produce estenosis sugestiva macroscópicamente de proceso neofornativo con implantes en su superficie, siendo el resto de estructuras de la cavidad aparentemente normales, por lo que se realiza resección anterior de recto alto con carácter oncológico. La evolución posquirúrgica fue satisfactoria, encontrándose asintomática en controles posteriores. El estudio histológico informa de endosalpingiosis que ocupa toda la pared muscular propia, y el tejido adiposo pericólico, con hipertrofia de la capa muscular y signos de fibrosis, sin signos de malignidad.

La endosalpingiosis se define como la presencia de tejido del endosálpinx en una localización ectópica a las trompas de Falopio, a diferencia de la müllerianosis que es la presencia

ectópica de al menos 2 de los 3 componentes derivados del tejido mülleriano (endometrio, endosálpinx y endocérnix)³. La patogénesis no queda clara, y existen actualmente 2 teorías que intentan aclarar esta anomalía: la metaplasia celómica⁶, la más aceptada, y la teoría de la implantación (trasplante de la mucosa tubular a la superficie peritoneal durante intervenciones quirúrgicas o tras procesos inflamatorios)². En nuestro caso, el antecedente de la histerectomía realizada previamente pudiera ser el origen de la endosalpingiosis a nivel del sigma, si atendemos a la teoría de la implantación.

Existen discrepancias respecto a las manifestaciones clínicas de la endosalpingiosis. Según Prentice et al.², esta entidad aparece más en mujeres posmenopáusicas, y presentan menos dolores pélvicos a diferencia de aquellas que presentan endometriosis o que no padecen endosalpingiosis. Sin embargo, existen estudios que proponen una mayor asociación entre la endosalpingiosis y los dolores pélvicos^{3,7}, aunque suelen coincidir con cuadros de endometriosis conjuntamente, por lo que es difícil dilucidar el origen primario del dolor¹. Nuestra paciente presentaba dolores



Figura 1 – Enema opaco con estenosis sigmoidea.

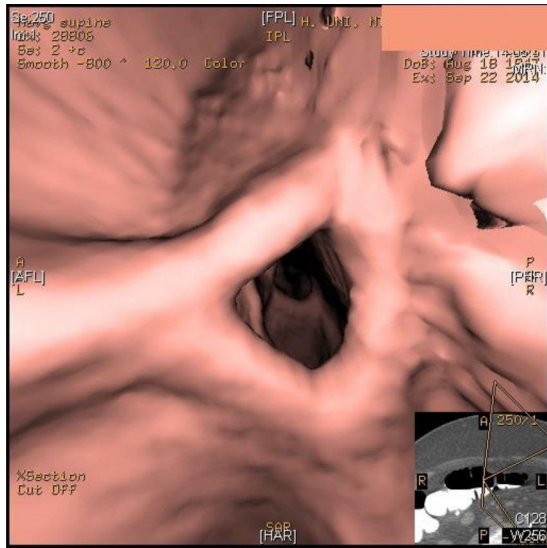


Figura 2 – Colonoscopia virtual objetivando estenosis a nivel del sigma.

pélvicos de tiempo de evolución, aun posteriormente a la histerectomía. La evidencia entre la infertilidad y la endosalpingiosis no queda clara actualmente².

La endosalpingiosis como causa de obstrucción colónica baja es una rara entidad de la que existen pocos casos en la literatura. La serie más larga descrita expone 4 casos que imitan a procesos neoplásicos, una de ellas afectando al colon y recto-sigma⁸. En nuestro caso, la endosalpingiosis ocupaba toda la pared muscular propia y el tejido adiposo pericólico, con hipertrofia y fibrosis a dicho nivel, lo que condicionaba la estenosis del sigma provocando la sintomatología clínica obstructiva de la paciente.

Agradecimientos

Agradecer a la Sección de Coloproctología y al Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria por su apoyo y colaboración en la redacción de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heinig J, Gottschalk I, Cirkel U, Diallo R. Endosalpingiosis—an underestimated cause of chronic pelvic pain or an accidental finding? A retrospective study of 16 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002;103:75–8.
2. Prentice L, Stewart A, Mohiuddin S, Johnson NP. What is endosalpingiosis? *Fertil Steril.* 2012;98:942–7.
3. Laufer MR, Heerema AE, Parsons KE, Barbieri RL. Endosalpingiosis: Clinical presentation and follow-up. *Gynecol Obstet Invest.* 1998;46:195–8.
4. Segura Sánchez J, Solis García E, González Serrano T. Adenocarcinoma papilar seroso en colon sigmoide originado sobre endosalpingiosis quística. A propósito de un caso y revisión de la literatura. *Rev Esp Patol.* 2008;41:146–9.
5. Liang JJ, Malpica A, Broaddus RR. Florid cystic endosalpingiosis presenting as an obstructive colon mass mimicking malignancy: Case report and literature review. *J Gastrointest Cancer.* 2007;38:83–6.
6. Maeda K, Kojima F, Ishida M, Iwai M, Kagotani A, Kawauchi A. Müllerianosis and endosalpingiosis of the urinary bladder: Report of two cases with review of the literature. *Int J Clin Exp Pathol.* 2014;7:4408–14.
7. DeHoop T, Mira J, Thomas M. Endosalpingiosis and chronic pelvic pain. *J Reprod Med.* 1997;42:613–6.
8. Clement PB, Young RH. Florid cystic endosalpingiosis with tumor-like manifestations: A report of four cases including the first reported cases of transmural endosalpingiosis of the uterus. *Am J Surg Pathol.* 1999;23:166–75.

Luis Eduardo Pérez Sánchez*, Moisés Hernández Barroso, Guillermo Hernández Hernández, Ana Soto Sánchez y Manuel Ángel Barrera Gómez

Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: l.eduardopesan@gmail.com (L.E. Pérez Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.06.008>
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Colangiocarcinoma hiliar y sarcoidosis ganglionar periportal. Una asociación excepcional

Hilar cholangiocarcinoma and periportal lymph node sarcoidosis. An exceptional association



La sarcoidosis es una enfermedad idiopática multisistémica, caracterizada por la presencia de granulomas epitelioides,

sin corona linfocitaria ni necrosis caseosa central. La afectación hepática es infrecuente, pudiendo ocasionar