

Endometriosis intestinal como causa de rectorragia y masa intestinal

J.M. Navarro, F. Candela, P. Serrano, A. Fernández, A. Sánchez, I. Oliver, D. Costa, F. Pérez-Vicente, A. Arroyo, A. Tomás, J. Rodríguez y R. Calpena

Servicio de Cirugía General. Hospital General Universitario de Elche. Elche. Alicante. España.

ABSTRACT

We present the case of a woman with anemia and occasional rectorrhagia who was discovered to have an intestinal stricturing mass that was revealed to be an intestinal endometrioma. We provide a review of the literature on the topic and emphasize the difficulty of presurgical diagnosis because of the multitude of clinical presentations that this disease can simulate, many of which are suitable for surgical treatment. We stress the importance of including intestinal endometriosis (IE) in the differential diagnosis of all patients of reproductive age with intestinal masses and of inquiring about concomitant gynecological symptoms when taking a history.

The appropriate management of EI diagnosed before surgery requires liaison between the departments of general surgery and gynecology, bearing in mind the patient's symptoms and age in relation to the menopause.

Currently available therapeutic options are administration of gonadotropin-releasing hormone (GnRH) analogues and resection of involved section of the intestine with adequate margins to avoid local recurrences.

Recently, neoadjuvant treatment with GnRH analogues has been shown to facilitate elective surgery for EI.

INTRODUCCIÓN

El aparato digestivo constituye la localización más frecuente de endometriosis extragonadal. La instauración y el crecimiento de los endometriomas, así como su localización a lo largo del tracto digestivo, va a

condicionar una amplia variedad de posibilidades clínicas por compresión extrínseca. Por ello, a la endometriosis intestinal se ha denominado «la gran simuladora digestiva». Así, la localización de un endometrioma sobre colon sigmoide va a simular la clínica de una diverticulitis; si la localización es en el área ileocecal, y recordando las exacerbaciones cíclicas de la endometriosis, podrá simular perfectamente una enfermedad de Crohn.

Además, alrededor de los endometriomas se va a desarrollar una reacción inflamatoria que va a condicionar, en torno a ellos, la formación de adherencias. Éstas, junto con la compresión extrínseca sobre la pared intestinal por el endometrioma, posibilitan la instauración de cuadros oclusivos intestinales. Por eso, ante todo abdomen agudo de tipo obstructivo en mujer en edad fértil, deberá tenerse en cuenta la endometriosis intestinal como posible causa.

CASO CLÍNICO

Mujer de 37 años en estudio por anemia microcítica crónica acompañada de rectorragia leve ocasional, sin alteraciones en el ritmo intestinal. Como antecedentes personales de interés, citaremos que estaba diagnosticada de endometriosis sin recibir tratamiento alguno.

Como prueba inicial en el estudio de una hemorragia digestiva baja, se le realizó una colonoscopia, que objetivó a 20 cm del ano, una tumoración submucosa (con mucosa de recubrimiento normal, aunque friable al paso del endoscópico), que protuía ocupando más de la mitad de la luz. El endoscopio fue capaz de franquear la luz colónica hasta el ángulo hepático, sin evidenciar otras alteraciones. Se tomó biopsia en dos ocasiones (ambas resultaron negativas), por lo que se recurrió a la ecocolonoscopia con pretensión de hallar más detalles acerca de la naturaleza de aquella masa, la cual informaba de lesión hipoeocogénica de unos 2

Aceptado para su publicación el 5 de septiembre de 2005.

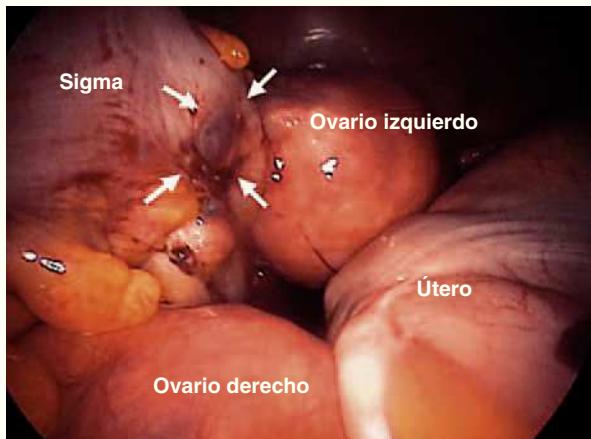


Fig. 1. Imagen intraoperatoria que muestra endometrioma sobre colon sigmoide con adherencias a ovario izquierdo.

2 cm con calcificaciones en su interior y aparentemente dependiente de la capa muscular, y sugería leiomioma.

El enema opaco objetivaba el defecto de repleción en sigma ya conocido tras el estudio endoscópico inicial.

Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominopélvica que no evidenció ninguna masa submucosa en recto-sigma; en cambio, si informaba (al igual que la resonancia magnética [RM] pélvica) de la presencia de quistes anexiales bilaterales (de 2 cm el derecho y de 3,5 cm el izquierdo) muy sugerentes de endometriomas ováricos.

Se decide tratamiento quirúrgico programado para resección segmentaria de sigma, la cual se realizó mediante técnica laparoscópica, en la que se usó 4 puer- tos de entrada y una minilaparotomía en la fosa ilíaca izquierda.

Durante la intervención, se evidenció la presencia de múltiples adherencias entre la cara anterior de sigma y el ovario izquierdo y una masa en sigma de color oscuro (fig. 1).

El postoperatorio de la paciente transcurrió sin incidencias, y se dio de alta a la paciente al sexto día.

El resultado anatomo-patológico informó de endometriosis intestinal (EI) intramural sin signos de malignidad.

DISCUSIÓN

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcionante fuera de la cavidad uterina. Es una entidad clínica relativamente frecuente.

De hecho, afecta aproximadamente al 7-10% de la población femenina y ocupa, tras los miomas uterinos, el segundo lugar en patología ginecológica¹.

Se han descrito infinidad de posibles localizaciones de los focos ectópicos de mucosa endometrial; no obstante, la localización más habitual de los endometriomas son las estructuras propias del tracto genital femenino.

En los casos de endometriosis extragonadal, el trac- to digestivo es el lugar afectado más comúnmente (37%), y los focos endometriósicos se localizan fundamentalmente en recto-sigma (72,4%). En frecuen- cia le siguen las localizaciones siguientes: ileon distal 7%, ciego 3,6% y apéndice 3%¹⁻⁴.

Los implantes endometriósicos están supeditados al influjo cíclico hormonal femenino, por lo que aumentan de tamaño durante el ciclo menstrual, y al final de éste, al igual que ocurre en el endometrio de la cavidad uterina, menstrúan pudiendo drenar su contenido, o bien acumularlo ciclo tras ciclo. Así se explica la clínica cíclica de la enfermedad y la deriva- da de la compresión de las estructuras en las que se ubican los endometriomas, los cuales, al ir aumentan- do ciclo tras ciclo de tamaño, van originando una alteración de espacio al actuar como masa local.

Además, el foco ectópico de tejido endometrial origi- gina, en la zona donde se implanta, una intensa infla- mación localizada que acaba cronificando, y como re- sultado de ella aparece fibrosis y adherencias entre las distintas estructuras².

La clínica de la EI está definida por la presencia de los síntomas y signos clásicos de la endometriosis (dismenorrea, dispareunia, palpación de nódulos dolorosos en cara anterior durante el tacto rectal), a los que se añaden síntomas intestinales relacionados con el preperimenstruo, como hemorragias o estreñimiento cíclicos, disquecia, etc.^{1,2,5}; sin olvidar las múltiples posibilidades clínicas derivadas de la fibrosis entre es- tructuras y de la alteración de espacio que pueden provocar los endometriomas intestinales en su infini- dad de posibles localizaciones, los cuales son capaces de simular diversas entidades clínicas, como por ejemplo, una apendicitis aguda^{3,6}, un colon irritable⁷, pacientes con enfermedad de Crohn^{8,9} rebelde al trata- miento corticoideo, que acaban requiriendo resección quirúrgica tras la que se descubre que la causa subya- cente del cuadro eran endometriomas; la posibilidad de desencadenar cuadros malabsortivos por implan- tación difusa intestinal de tejido endometrial ectópi- co^{3,4}, etc. Pero sin duda, la entidad que más frecuente- mente simula la EI es la de una neoplasia colorrectal¹⁰, la cual puede cursar de manera insidiosa con rectorra- gias o bien iniciarse con un cuadro agudo de obstruc-

ción intestinal¹¹⁻¹⁴. Ya que muchas de estas entidades requieren tratamiento quirúrgico, el diagnóstico prequirúrgico de la EI es complicado y poco frecuente.

Muchas son las teorías que intentan explicar la génesis de la endometriosis. La teoría más aceptada hoy día describe la existencia de reflujo menstrual retrógrado, presente en más del 95% de las mujeres², y por el cual, las células endometriales pueden diseminarse e implantarse en cualquier parte del organismo, siempre y cuando haya una permisividad inmunológica, ya que el intento implantativo de tejido endometrial ectópico produce una reacción inflamatoria en el tejido invadido para impedir esta implantación, en la que los macrófagos producen diversos factores de crecimiento epitelial, que podrán ser empleados por las células endometriales que expresen los receptores pertinentes y, por tanto, sólo estas células son las que conseguirán establecerse en localizaciones ajenas a las que están diseñadas. Por ello, a pesar de la gran prevalencia de reflujo menstrual retrógrado, no todas las mujeres que lo presentan van a desarrollar endometriomas.

Con lo expuesto anteriormente, se comprende fácilmente que los lugares más frecuentemente afectados en la endometriosis intestinal sean el recto-sigma y el área ileocecal.

Los EI, a medida que van aumentando de tamaño ciclo tras ciclo y originando una intensa fibrosis adherencial entre las estructuras vecinas al segmento intestinal afectado, van penetrando en la pared intestinal desde la serosa y afectan en primer lugar a ésta, y posteriormente a la capa muscular, por lo que la afectación de la mucosa resulta excepcional.

Contrariamente a lo que clásicamente se pensaba, las rectorragias cíclicas en la EI no se deben al asiento de los implantes de mucosa endometrial ectópica en la mucosa digestiva, sino al desgarro transitorio de mucosa digestiva normal, causado por el aumento de tamaño de un endometrioma subyacente bajo el influjo hormonal cíclico¹⁵.

Para el cirujano general, la afectación intestinal por endometriosis es un importante reto, ya que el diagnóstico prequirúrgico es muy complicado, además de la gran variedad de posibilidades diagnósticas que puede simular, muchas de las cuales son subsidiarias de tratamiento quirúrgico.

La endometriosis suele aparecer en mujeres que alcanzan su tercera o cuarta década de vida y se aproximan a la premenopausia, edad en la que comienza a haber posibilidades de desarrollar una neoplasia intestinal¹; de ahí que, en el diagnóstico inicial, la primera opción ante una mujer en este rango de edad, con rectorragia y masa intestinal, sea la de una neoplasia digestiva.

La pretensión de este artículo es concienciar al cirujano general de la importancia de la sospecha de EI ante toda mujer en edad fértil, que presente rectorragias y masa intestinal^{3,16}, y resulta de vital importancia investigar en la anamnesis acerca de posible sintomatología ginecológica concomitante.

El protocolo diagnóstico de la EI, cuando ésta se presenta clínicamente como masa que provoca una alteración de espacio en el tracto digestivo, no difiere del propio a instaurar ante la sospecha de una posible masa intestinal.

El primer paso será realizar las pruebas radiológicas, como el enema opaco, por lo que será muy recomendable el empleo de la técnica del doble contraste¹⁷.

A continuación, se deberá realizar la colonoscopia para visualizar la masa o la estenosis en la luz intestinal producida por ésta, e intentar tomar muestra biopsica de ella. Pero dado que la afectación intestinal de la endometriosis es seromuscular y raramente compete a mucosa, el diagnóstico de EI mediante una biopsia endoscópica es excepcional¹.

Las limitaciones diagnósticas de la biopsia endoscópica para acceder a masas subyacentes a la mucosa digestiva hacen necesario recurrir a otras pruebas diagnósticas.

En los últimos años, la ecoendoscopia ha adquirido mucha importancia en este contexto, y ha demostrado una mayor utilidad que la RM en el estudio de masas subyacentes a la mucosa intestinal¹⁸.

Las actitudes terapéuticas de la EI son paliativas, en espera de que los endometriomas se inactiven e involucionen con la menopausia.

Hay fármacos análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) que inducen una menopausia iatrogénica y no deben administrarse más de 6 meses para evitar efectos adversos^{19,20}. Con ellos, se espera que los endometriomas dejen de funcionar, e incluso involucionen.

Cuando el resultado del tratamiento no es satisfactorio, la opción terapéutica definitiva es la exéresis quirúrgica de los endometriomas.

Mucho se ha discutido sobre si el tratamiento quirúrgico debe ser o no la primera opción en la EI diagnosticada prequirúrgicamente. Hay científicos partidarios de comenzar el tratamiento con análogos de la GnRH² y determinar, posteriormente, si es o no necesaria la cirugía en virtud de la mejoría sintomática inducida por estos fármacos²¹; en contrapartida, hay otros especialistas partidarios de que el tratamiento de entrada para la EI tiene que ser quirúrgico, dadas las posibles complicaciones derivadas de esta enfermedad, que aunque poco frecuentes, pueden ser muy graves^{2,3,22}.

También hay posturas mixtas al respecto y, recientemente, se ha demostrado que el tratamiento neoadyuvante a la cirugía con análogos de la GnRH facilita la intervención quirúrgica al producir cierta involución en los endometriomas^{2,11,20}.

El tratamiento quirúrgico de la EI consiste en la exéresis del endometrioma mediante la resección del segmento intestinal afectado^{11,12} con unos adecuados márgenes de seguridad. En estudios recientes se ha demostrado que los endometriomas infiltran la pared intestinal, preferentemente en las zonas en donde está su inervación, e incluso a cierta distancia de donde se encuentra la lesión macroscópica se ha hallado afectación microscópica²³; de ahí, la importancia de realizar una resección intestinal con criterios oncológicos para prevenir la recidiva local, puesto que si nos limitásemos al área del endometrioma, con mucha probabilidad dejaríamos sin resecar focos endometriósicos microscópicos.

En muchos de los casos, la resección quirúrgica es compleja, debido a la abundante reacción fibroso/adherencial periadyacente al endometrioma^{2,24}.

Ciertamente, para el correcto tratamiento terapéutico de la EI ha de haber una cooperación adecuada entre los servicios de ginecología y cirugía general^{2,19}, para individualizar el tratamiento al caso concreto de cada paciente, teniendo en cuenta la gravedad de la afectación clínica de la mujer y la proximidad de la edad de ésta a la menopausia.

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer con anemia y rectorragias ocasionales, cuyo estudio objetivó una masa intestinal estenosante que finalmente resultó ser una endometriosis intestinal (EI). Realizamos además, una revisión de la enfermedad en la que se subraya la dificultad del diagnóstico prequirúrgico, dada la multiplicidad de posibles cuadros clínicos que puede simular, y muchos de ellos son tributarios de cirugía. Resaltamos la importancia de la sospecha de EI en el diagnóstico diferencial ante toda paciente en edad fértil que curse con masa intestinal, y es necesario investigar en la anamnesis acerca de una posible sintomatología ginecológica concomitante.

Para el correcto manejo y enfoque terapéutico de la EI diagnosticada prequirúrgicamente, es necesaria una cooperación adecuada entre los servicios de ginecología y cirugía general, teniendo en cuenta la afectación clínica de la paciente y la proximidad de la edad de ésta a la menopausia.

Las opciones terapéuticas disponibles actualmente son: la administración de análogos de la hormona li-

beradora de gonadotropinas (GnRH) y la resección del segmento afectado por el endometrioma con adecuados márgenes de seguridad para evitar recidivas locales.

Recientemente, se ha demostrado que el tratamiento neoadyuvante con análogos de GnRH facilita la cirugía en los casos programados de EI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Serrano P, Compañ A. Obstrucción intestinal por endometriosis. Descripción de un caso. *Cir Esp.* 1990;106:89-91.
2. Palacios RJA, Pérez M, Mijares GM, Estrada MI, Martínez MJ. Endometriosis colónica como causa de obstrucción y perforación intestinal. *Rev Hosp M Gea Glz.* 2000;3:25-9.
3. Decker D, Konig J, Wardelmann E, Richter O, Popat S, Wolff M, et al. Terminal ileitis with sealed perforation – a rare complication of intestinal endometriosis: case report and short review of the literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2004;269:294-8.
4. Mussa FF, Younes Z, Tihan T, Lacy BE. Anasarca and small bowel obstruction secondary to endometriosis. *J Clin Gastroenterol.* 2001;32:167-71.
5. Szendei G, Mathe Z, Hernadi Z, Antal P, Devenyi N. Intestinal endometriosis causing subacute ileus. Experience in three case. *Magy Seb.* 2002;55:307-12.
6. Palatynski A, Gruszczynska J, Szwaliski J. Endometriosis of the appendix vermiciformis. *Ginekol Pol.* 2001;72:364-7.
7. Skoog SM, Foxix-Orenstein AE, Levy MJ, Rajan E, Session DR. Intestinal endometriosis: the great masquerader. *Curr Gastroenterol Rep.* 2004;6:405-9.
8. Molberg K, Ashfaq R, Gokaslan ST, Shires T. Endometrioid carcinoma arising in pericecal endometriosis clinically mimicking Crohn's disease. *Ann Diagn Pathol.* 2000;4:29-33.
9. Hellwig S, Stuber E, Schulte C, Katsoulis S, Schreiber S, Folsch UR. Recurrent sanguineous and mucosal diarrhea and spasms in a 46-year-old woman-manifestation of endometriosis in the colon sigmoideum. *Z Gastroenterol.* 2002;40:291-4.
10. Dimoulios P, Koutroubakis IE, Tzardi M, Antoniou P, Matalliotakis IM, Kouroumalis EA. A case of sigmoid endometriosis difficult to differentiate from colon cancer. *BMC Gastroenterol.* 2003;3:18.
11. Regenet N, Metairie S, Cousin GM, Lehur PA. Colorectal endometriosis: diagnosis and management. *Ann Chir.* 2001;126:734-42.
12. Mlik K, Arfa MN, Zaafrani R, Gharbi L, Gouttelier Ben Fadel C, Mestiri H, et al. Endometriosis: a rare cause of acute intestinal obstruction. *Tunis Med.* 2003;81:72-5.
13. Mosca F, Stracqualursi A, Lipari G, Zappala O, Alongi G. Stenotic endometriosis of the sigmoid. Apropos a case. *G Chir.* 2000;21:99-103.
14. La Greca G, Catanuto G, Pontillo T, Sichel I, Di Carlo I, Russello D, et al. Ileal endometriosis. A clinical case and review of the literature. *G Ghir.* 2000;21:12-6.
15. Levitt MD, Hodby KJ, Van Merwyk AJ, Glancy RJ. Cyclical rectal bleeding in colorectal endometriosis. *Aust N Z J Surg.* 1983;59:941-3.

- | | |
|--|--|
| <p>16. Ridha JR, Cassaro S. Acute small bowel obstruction secondary to ileal endometriosis: report of a case. <i>Surg Today</i>. 2003;33:944-7.</p> <p>17. Landi S, Barbieri F, Fiaccavento A, Mainardi P, Ruffo G, Selvaggi L, et al. Preoperative double-contrast barium enema in patients with suspected intestinal endometriosis. <i>J Am Assoc Gynecol Laparosc</i>. 2004;11:223-8.</p> <p>18. Dumontier I, Chapron C, Chaussade S, Dubuisson JB. Utility of rectal endoscopic ultrasonography for digestive involvement of pelvis endometriosis. <i>Gynecol Obstet Fertil</i>. 2002;30:979-84.</p> <p>19. Hellmig S, Stuber E, Schulte C, Katsoulis S, Schreiber S, Folsch UR. Recurrent sanguineous and mucous diarrhea and spasms in a 46 years old woman – manifestation of endo-</p> | <p>metriosis in the colon sigmoideum. <i>Z Gastroenterol</i>. 2002; 40:291-4.</p> <p>20. Bartos P. Surgical treatment of endometriosis. <i>Ceska Gynecol</i> 2000;65:1-7.</p> <p>21. Liu F, Zhou S, Su Y. The diagnosis and surgical treatment in rectal endometriosis. <i>Zhonghua Wai Ke Zhi</i>. 1997;35:170-2.</p> <p>22. Bakri YN, Tayeb A, Amri A. Fatal perforation of endometriotic colon. <i>Int J Gynaecol Obstet</i>. 1992;37:301-2.</p> <p>23. Anaf V, El Nakadi I, Simon P, Van de Stadt J, Fayt I, Simonart T, et al. Preferential infiltration of large bowel endometriosis along the nerves of the colon. <i>Hum Reprod</i>. 2004;19: 996-1002.</p> <p>24. Dmowski WP, Rana N, Jafari N. Postlaparoscopic small bowel obstruction secondary to unrecognized nodular endometriosis of the terminal ileum. <i>J Am Assoc Gynecol Laparosc</i>. 2001;8:161-6.</p> |
|--|--|