

Endometriosis de rectosigma con afección de los ganglios linfáticos

R. Lorente Poyatos, A. Palacios Pérez, F. Bravo Bravo^a, F.J. López Caballero^b, A. Bouhmidi, C. Huertas Nadal y E. Ruiz Escolano

Servicios de Aparato Digestivo y ^aCirugía B. Hospital Universitario San Cecilio. ^bDepartamento de Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Granada. España.

RESUMEN

La endometriosis afecta fundamentalmente a mujeres en edad fértil y se localiza con mayor frecuencia en la pelvis, siendo más rara la afección extrapélvica. Se presenta el caso de una paciente con endometriosis de rectosigma y de ganglios linfáticos mesentéricos, siendo este hallazgo extremadamente raro y excepcional. Aunque la teoría más aceptada acerca de la patogenia de esta enfermedad supone una menstruación retrógrada a través de las trompas de Falopio con posterior implantación peritoneal, estos hallazgos permitirían apoyar la diseminación linfática de células endometriales como teoría patogénica a considerar en los casos de afección extrapélvica.

RECTOSIGMOID ENDOMETRIOSIS WITH LYMPH NODE INVOLVEMENT

Endometriosis mainly affects women of a fertile age and is usually located in the pelvis. Extrapelvic involvement is less frequent. We present the case of a female patient with endometriosis of the rectosigmoid and mesenteric lymph nodes, which is an extremely rare finding. Although the most widely accepted theory of the pathogenesis of this disease postulates retrograde menstruation through the Fallopian tubes with subsequent implantation in the peritoneum, these findings support lymphatic dissemination of endometrial cells as a theory of pathogenesis in cases of extrapelvic involvement.

La endometriosis se define por la presencia de tejido estructural y funcionalmente semejante al de la mucosa endometrial pero situado en localizaciones distintas a las

que fisiológicamente ocupa el endometrio. Afecta sobre todo a mujeres en edad fértil, entre los 30 y los 45 años, con un pico de incidencia a los 40 años. La prevalencia en mujeres asintomáticas se supone del 2-22%, en mujeres con dismenorrea del 40-60% y del 20-30% en mujeres infértiles. La gravedad de los síntomas y la probabilidad diagnóstica se incrementan con la edad^{1,2}. Su localización es esencialmente pelviana, sobre todo en los ovarios, siendo la afección extrapélvica mucho menos frecuente. Presentamos el caso de una paciente con endometriosis de rectosigma con afección de los ganglios linfáticos mesentéricos, hecho muy poco frecuente y con escasa descripción en la bibliografía.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 43 años de edad, sin antecedentes médico-quirúrgicos personales ni familiares de especial interés. Manifestaba padecer estreñimiento habitual desde su juventud. Era nulípara, dismenorreica, y no presentaba hábitos tóxicos ni consumo habitual de fármacos. Consultó en el servicio de aparato digestivo porque en el último mes, en relación con un incremento de su estreñimiento habitual, había expulsado moco blanquecino mezclado con heces que en dos ocasiones se había acompañado de hebras de sangre roja, sin ninguna otra sintomatología asociada. La paciente presentaba un buen aspecto general, con buen estado de nutrición e hidratación. La auscultación cardiopulmonar y las exploraciones abdominal, neurológica y de las extremidades eran normales. El estudio analítico de rutina y los marcadores tumorales fueron normales. El estudio radiológico con enema de bario evidenciaba una estenosis de la luz intestinal por una aparente lesión de origen extrínseco localizada en la región del sigma (fig. 1). La rectosigmoidoscopia descubrió, a 17 cm del margen anal, una tumoración con mucosa abollonada, friable, que ocupaba la mitad de la luz intestinal y producía una estenosis parcial que sugería un origen submucoso o extrínseco. Las biopsias de la zona fueron informadas como inflamación crónica inespecífica leve con ausencia de proceso neoplásico. La TC/ECO abdominopélvica evidenció la presencia de una tumoración sólida, homogénea, hipoeoica en los ultrasonidos e isodensa con la pared del colon en la TC, de unos 5 cm, que crecía en el espesor de la cara medial de sigma distal. No se identificaron calcificaciones ni zonas de ulceración. Tampoco se apreciaron adenopatías locorregionales, aunque sí existía una asimetría leve del tamaño ovárico, con mayor crecimiento del izquierdo, en el que se apreciaban dos imágenes hipoeoicas irregulares de algo más de 1,5 cm con algún eco interno y, aunque pudieran corresponder a folículos, no podía descartarse la presencia de focos de endometriosis (fig. 2). Con el diagnóstico de estenosis de sigma por tumoración submucosa de aspecto benigno e imágenes hipoeoicas en el ovario izquierdo, se decidió realizar una intervención quirúrgica. Se llevó a cabo una laparotomía media

Correspondencia: Dr. R.H. Lorente Poyatos.
Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital Universitario San Cecilio.
Avda. Dr. Olóriz, 16. 18012 Granada. España.

Recibido el 27-5-2002; aceptado para su publicación el 29-8-2002.

Fig. 1. Enema opaco: estenosis de la luz intestinal provocada por una lesión de origen extrínseco localizada en región de sigma.

Fig. 2. TC abdominal: tumoración sólida, homogénea, isodensa con pared de colon, de 5 cm, que crece en el espesor de la cara medial de sigma distal.

infraumbilical, encontrándose una tumoración en el sigma por encima del repliegue peritoneal. Se realizó sigmoidectomía y reconstrucción del tránsito mediante anastomosis término-terminal. No se objetivó ninguna enfermedad ginecológica durante la intervención y la exploración de los ovarios resultó normal. El análisis anatomopatológico de la pieza (fig. 3) reveló la presencia de endometriosis transmural e hiperplasia muscular en el sigma, con afección por endometriosis en cinco de los 19 ganglios linfáticos mesentéricos aislados (fig. 4). La paciente evolucionó favorablemente, con desaparición de los síntomas y resolución del estreñimiento. No realizó posteriormente ningún otro tratamiento.

Fig. 3. Pieza quirúrgica: tumor endometrial submucoso de sigma extirpado.

Fig. 4. Anatomía patológica: imagen de nódulo linfático afectado de endometriosis. En la parte inferior izquierda se aprecia acúmulo de células endometriales formando islotes.

DISCUSIÓN

La afección intestinal aparece aproximadamente en el 4% de los casos de endometriosis, siendo la zona rectosigmoidea la más afectada (70-90%)^{3,4}; con menor frecuencia lo son el íleon terminal, el apéndice y el ciego⁵. El espectro clínico de la enfermedad es muy amplio, pudiendo diagnosticarse de forma casual durante la realización de una laparotomía o presentarse con una sintomatología inespecífica provocando un retraso en el diagnóstico. El síntoma más frecuente es el dolor abdominal, que en ocasiones, las menos, aparece de forma cíclica coincidiendo con la menstruación. También puede aparecer diarrea, estreñimiento, tenesmo, hematoquecia u obstrucción intestinal⁶⁻¹⁰. La clínica y las imágenes de las exploraciones complementarias (enema opaco, colonoscopia, TC) pueden sugerir el diagnóstico, aunque en la mayoría de las ocasiones es necesario recurrir a la cirugía para confirmarlo de forma definitiva mediante el estudio histológico de la pieza quirúrgica, que permite el diagnóstico diferencial con la enfermedad neoplásica o inflamatoria (enfermedad de Crohn)^{1,11,12}. La introducción reciente de la

ecoendoscopia ha supuesto un avance en el diagnóstico diferencial de tumoraciones submucosas, permitiendo diferenciar entre tumores intraparietales y compresiones de origen extrínseco con mayor sensibilidad que las técnicas mencionadas anteriormente; por tanto, hubiera sido de utilidad en el caso presentado¹³.

La patogenia de esta enfermedad es incierta y existen varias teorías que pretenden explicarla; la más aceptada es la que supone una menstruación retrógrada del tejido endometrial a través de las trompas de Falopio, con una posterior implantación en las vísceras pelvianas y el peritoneo¹⁴. Otras teorías sugieren una metaplasia endometrial de células mesoteliales peritoneales, o una diseminación hematógena y linfática de las células mesoteliales. No existen datos que permitan descartar o apoyar estas teorías, pero el hallazgo de afección por endometriosis de ganglios linfáticos mesentéricos, en los casos de afección extrapélvica, podría explicarse por la diseminación linfática como probable mecanismo patogénico. Existiría un transporte de glándulas endometriales a través de los canales linfáticos, con el consiguiente desarrollo de focos de endometriosis ganglionar, de manera que el tejido endometrial benigno sería capaz de diseminarse y metastatizar siguiendo las mismas vías que el adenocarcinoma endometrial. Este hallazgo es extremadamente raro y existen muy pocos casos publicados en la bibliografía¹⁵. También podría explicar los casos de reacciones deciduales en ganglios linfáticos pélvicos que pueden confundirse con lesiones metastásicas en la endometriosis¹⁶. Aunque las dos primeras teorías (menstruación retrógrada y metaplasia endometrial de células del mesotelio) son las más aceptadas en la afección rectosigmoidea, la presencia de ganglios linfáticos con endometriosis, como en nuestro caso, hace considerar la diseminación linfática como teoría patogénica probable.

El tratamiento de la endometriosis extrapélvica debe ser quirúrgico en la mayoría de las ocasiones, puesto que en un alto porcentaje de casos no se puede excluir la posibilidad de una neoplasia¹⁷. El tratamiento hormonal con análogos de GnRH se instaura en caso de que se observen lesiones pélvicas residuales durante la cirugía. El tratamiento previo a la intervención quirúrgica con análogos

de la GnRH no resulta útil para eliminar el tumor en pacientes con afección extrapélvica, y tampoco parece mejorar los resultados de la cirugía².

BIBLIOGRAFÍA

1. Olivie DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N Engl J Med* 1993; 328:1759-69.
2. Farquhar MC. Endometriosis. *BMJ* 2000;320:1449-52.
3. Meyers WC, Kelvin FM. Diagnosis and treatment of colonic endometriosis. Rectosigmoid endometriosis: diagnosis and surgical management. *Arch Surg* 1979;114:169-75.
4. Azzena A, Sandei F. Rectosigmoid endometriosis: diagnosis and surgical management. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1998;25: 94-6.
5. Weed JC, Ray JE. Endometriosis of the bowel. *Obstet Gynecol* 1987;69:727-30.
6. Zwas FR, Lyon DT. Endometriosis: an important condition in clinical gastroenterology. *Dig Dis Sci* 1991;36:353.
7. Lladó C, Pla J, Arango O, Bielsa O, Gelabert A. Cambio en el ritmo deposicional como forma de presentación en endometriosis ureterointestinal. *Arch Esp Urol* 1993;46:916-9.
8. Martinbeau PW, Pratt JH, Gaffey TA. Small bowel obstruction secondary to endometriosis. *Mayo Clin Proc* 1975;50:237-43.
9. Mundi Sánchez-Ramade JL, Carvia Ponsaille R, Pérez Ramón JA, Carmona Soria I, Lavín Castejón I, Traperó Martínez S, et al. Endometriosis: una causa infrecuente de obstrucción colónica. *Gastroenterol Hepatol* 1998;21:224-6.
10. Girona E, Niveiro M, Palazón JM. Obstrucción intestinal secundaria a endometriosis de colon. *Gastroenterol Hepatol* 1998; 21:339-41.
11. Bannura G, Valencia C, Correidora Y. Radical resective surgery for the management of rectosigmoidal endometriosis. Clinical case. *Rev Med Child* 1998;126:1372-6.
12. Tan KT, Kuijpers HC, Willensen WN, Bulten H. Surgical treatment of symptomatic rectosigmoid endometriosis. *Eur J Surg* 1996;162:139-41.
13. Varas MJ, Maluenda D, Abad R, Pou JM. Valor de la ultrasonografía endoscópica en el estudio de tumores submucosos del tracto digestivo. *Gastroenterol Hepatol* 1998;21:121-4.
14. Ranney B. Etiology, presentation and inhibition of endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1980;23:875.
15. Insabato L, Pettinato G. Endometriosis of the bowel with lymph node involvement. A report of three cases and review of the literature. *Pathol Res Pract* 1996;192:957-61.
16. Albores-Saavedra J. The pseudometastasis. *Patologia* 1994;32: 63-71.
17. Yantiss RK, Clement PB, Young RH. Neoplastic and pre-neoplastic changes in gastrointestinal endometriosis: a study of 17 cases. *Am J Surg Pathol* 2000;24:513-24.