



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Abdomen agudo como primera manifestación clínica de endometriosis

José Ángel Flores García^{a,*}, Sara Roldán Baños^a, María Eugenia Galán García^b,
Martina Arribas Jurado^a y Gerardo Blanco Fernandez^c

^aDepartamento de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz, España

^bDepartamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz, España

^cDepartamento de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

Recibido el 30 de marzo de 2012; aceptado el 17 de octubre de 2012

Disponible en Internet el 11 de enero de 2013

PALABRAS CLAVE

Endometriosis
apendicular;
Apendicitis aguda;
Abdomen agudo

KEYWORDS

Endometriosis appendix;
Acute appendicitis;
Acute abdomen

Resumen La endometriosis es una afección de patrón inflamatorio, con prevalencia en aumento, que puede afectar a cualquier mujer en edad fértil con un amplio abanico de presentaciones clínicas que van desde dismenorrea hasta un cuadro de obstrucción secundario a síndrome adherencial e incluso perforación intestinal. La endometriosis apendicular es una afección poco frecuente, siendo en múltiples ocasiones diagnosticada como apendicitis aguda, que se manifiesta como dolor abdominal recurrente, pudiendo ser la primera manifestación de esta enfermedad ginecológica y que debe ser tenida en cuenta a la hora de realizar el amplio diagnóstico diferencial de dolor abdominal.

© 2012 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Acute abdomen as the first clinical manifestation of endometriosis

Abstract Endometriosis is an inflammatory disease that can affect any woman of childbearing age. The incidence of this disease is increasing. Clinical presentations vary widely, ranging from dysmenorrhea to obstructive symptoms, adhesions, and even bowel perforation. Appendiceal endometriosis is rare and is frequently diagnosed as acute appendicitis, which manifests as recurrent abdominal pain. Acute abdomen may be the first manifestation of this gynecological disorder and should be taken into account when making the broad differential diagnosis of abdominal pain.

© 2012 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La endometriosis es una afección con alta prevalencia que se caracteriza por su evolución imprevisible. Las principales manifestaciones clínicas son: dolor pélvico, infertilidad,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseangel.floresgarcia@yahoo.es
(J.Á. Flores García).

dismenorrea y dispareunia. Otros síntomas abdominales descritos son: dolor abdominal difuso de difícil diagnóstico diferencial, dolor y tenesmo rectales, náuseas, estreñimiento crónico, vómitos y diarrea. Las complicaciones abdominales con indicación quirúrgica son obstrucción intestinal y dolor crónico refractario a tratamiento médico¹. Otras presentaciones inusuales son la hemorragia digestiva baja y la perforación intestinal^{2,3}.

Según diversos estudios, la endometriosis apendicular (EA) es una entidad infrecuente que representa solo el 2-3% de los casos de endometriosis gastrointestinal, siendo el rectosigmoides la región más frecuentemente comprometida (88%) del tracto gastrointestinal, seguida de estructuras como el tabique recto-vaginal (13%), el intestino delgado (7%), el ciego (3,6%) y, en raras ocasiones, el apéndice cecal^{2,4}.

Dado que existen escasas referencias de EA en la literatura científica y que el conocimiento de esta afección puede ser de utilidad a la hora de hacer un diagnóstico diferencial de dolor en fosa iliaca derecha (FID) recurrente, queremos aportar nuestra experiencia en dicha entidad.

Caso clínico 1

Paciente de 38 años, con antecedente de cesárea, que consultó por dolor intenso de 24 h de evolución de intensidad creciente, iniciado en el hipogastrio y localizándose posteriormente en la FID, acompañado de sensación distérmica. A la exploración física el abdomen era blando, depresible y doloroso a la palpación en la FID con Blumberg positivo.

En pruebas complementarias destacaba leucocitosis (15.900) con neutrofilia (82%). La ecografía abdominal informaba de proceso inflamatorio en la FID, con asas intestinales engrosadas y líquido libre entre ellas.

Ante la clínica de abdomen agudo, se decidió realizar una intervención quirúrgica urgente, objetivándose apendicitis aguda. Se completa la exploración abdominal, principalmente íleon terminal y ciego, sin hallazgos macroscópicos de interés. Se realiza una apendicectomía abierta reglada.

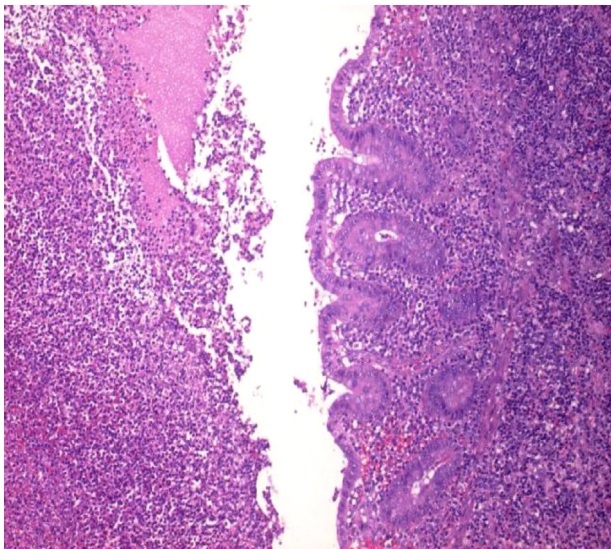


Figura 1 Imagen anatomopatológica: implantes endometriosis apendicular.

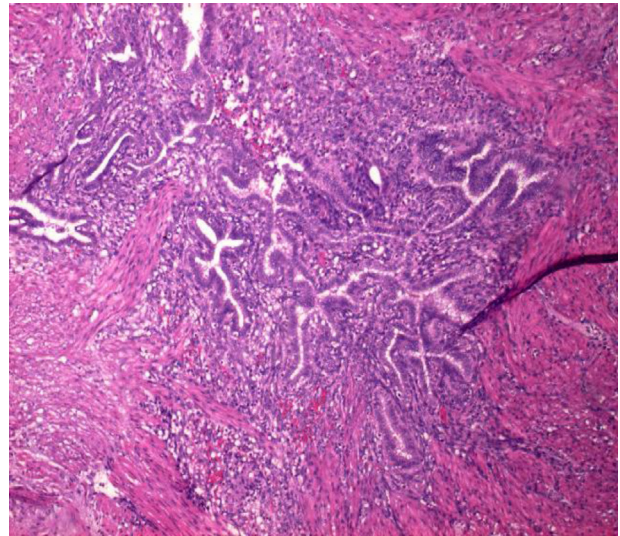


Figura 2 Imagen anatomopatológica: endometriosis apendicular.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica reveló un apéndice cecal de 7 cm, con abundante grasa periapendicular y una zona engrosada gris-blanquecina a nivel del tercio proximal, indicativo de apendicitis aguda con periapendicitis compatible con endometriosis apendicular (figs. 1 y 2).

El postoperatorio cursó sin complicaciones. Al alta se recomendó seguimiento por ginecología. Actualmente, la paciente se encuentra en estudio, carente de sintomatología alguna, con realización de ecografía sin hallazgos de interés, así como toma de anticonceptivos a valorar según clínica.

Caso clínico 2

Paciente de 27 años, sin antecedentes ginecológicos de interés, con apendicectomía 5 años antes, que presenta cuadros suboclusivos en estudio de años de evolución, con buena respuesta al tratamiento conservador.

Acude a urgencias por nuevo cuadro obstructivo con exploración de abdomen distendido, doloroso de forma difusa, con signos de irritación peritoneal y ruidos hidroaéreos metálicos. Analítica dentro de la normalidad. Radiografía de abdomen con dilatación difusa de asas del intestino delgado, con niveles hidroaéreos.

Tras no mejoría con tratamiento conservador, se opta por realizar una intervención quirúrgica urgente laparoscópica, objetivando obstrucción intestinal en el íleon terminal secundario adherencias estenóticas (figs. 3 y 4) y líquido libre seroso; el resto de la exploración abdominal, incluyendo asas intestinales, útero y anejos, dentro de la normalidad. Se procede a la resección intestinal, con posterior estudio anatomopatológico positivo para endometriosis, con infiltración de submucosa y muscular, no rebasando la serosa ni infiltración del tejido adiposo.

Se revisa la apendicectomía previa, sin hallazgos de endometriosis en la misma.

Buena evolución postoperatoria, siendo remitida a ginecología para estudio. En ecografías de seguimiento se aprecia un útero en anteversión, con miometrio homogéneo y endometrio



Figura 3 Cuadro obstructivo en íleon terminal secundario a adherencias de endometriosis.

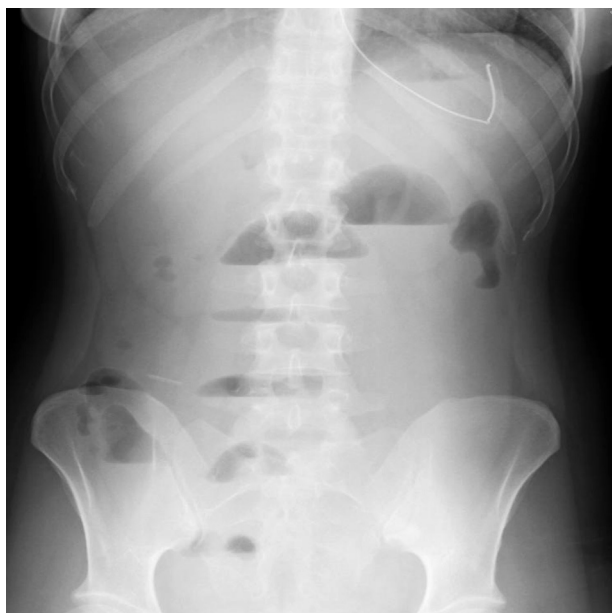


Figura 4 Obstrucción de asas del intestino delgado con dilatación y niveles hidroaéreos.

lineal secretor. En el ovario derecho, 2 formaciones quísticas de contenido denso homogéneo de 21×16 mm y 16×13 mm, compatibles con endometriomas. En el saco de Douglas, 2 formaciones de las mismas características que en conjunto miden 57×29 mm, compatible con endometriomas y pueden corresponder al ovario izquierdo.

Se interviene, realizándose adhesiolisis y extirpación de los endometriomas localizados en los ovarios, los ligamentos uterosacros, el tabique rectovaginal y el peritoneo visceral, destacando asas de intestino delgado.

Actualmente, la paciente presenta buen estado general, con toma de anticonceptivos orales.

Discusión

La endometriosis consiste en el crecimiento de tejido endometrial funcionante fuera de la cavidad uterina y se

encuentra típicamente limitada a la pelvis profunda, con implicación del fondo de saco de Douglas y los ligamentos uterosacros².

En su etiopatogenia se barajan teorías relacionadas con el patrón hereditario, cambios en el sistema inmunológico y menstruación retrógrada^{6,7}.

Puede afectar a cualquier mujer en edad fértil (aproximadamente el 10%)⁵, aunque en ocasiones puede prolongarse hasta después de la menopausia. La clínica varía desde trastornos mínimos hasta alterar la calidad de vida de las mujeres que la presentan. El tamaño y el crecimiento de los implantes son variables, pudiendo desarrollarse extensamente dentro de la pelvis.

Debido a su patrón inflamatorio, podemos encontrar diversas formas de presentación, entre las que encontramos síndrome adherencial o dolor abdominal periódico. Sin embargo, el dolor crónico localizado en la FID o agudo recurrente como consecuencia de una endometriosis apendicular es excepcional.

La endometriosis del apéndice constituye un pequeño porcentaje de todos los casos de endometriosis intestinal. Algunas publicaciones reflejan tasas del 0,05% en apendicectomías de urgencias y del 4,4% pacientes sometidos a apendicectomía laparoscópica en casos de algias pélvicas crónicas⁸.

Como se indica previamente, la endometriosis apendicular generalmente es asintomática, siendo un hallazgo casual durante cirugía abdominal⁹, manifestándose con clínica indicativa de apendicitis aguda en un número reducido de casos. Otras veces pueden tener diferentes presentaciones clínicas, sin ningún tipo de síntoma específico que permita el diagnóstico de endometriosis apendicular y se somete a cirugía con prediagnóstico de apendicitis aguda⁸.

Los cuadros obstructivos o pseudoobstructivos son más raros y más frecuentes en el colon, precisando en muchas ocasiones laparotomías diagnósticas con biopsias y resecciones intestinales amplias para su diagnóstico¹⁰.

En el caso presentado, a diferencia de la manifestación más común de enfermedad crónica progresiva, la presentación clínica consistió en dolor súbito progresivo en la FID en un paciente joven, sin antecedentes ginecológicos de interés ni dolor abdominal recurrente, que junto con náuseas, fiebre y leucocitosis nos sugirieron secuencia de Murphy indicativa de apendicitis aguda. La apendicectomía en este caso permitió tratar el abdomen agudo y obtener un diagnóstico no sospechado¹¹ gracias al estudio anatomopatológico, ya que el aspecto macroscópico careció de utilidad.

Ninguna de nuestras pacientes presentó antecedentes de algias pélvicas indicativas de enfermedad crónica, dolor cíclico o síntomas de endometriosis intestinal o de otras localizaciones. La fecha de la última menstruación era de 9 y 23 días, respectivamente, en el momento del cuadro agudo que motivó la cirugía de urgencias¹².

En diversas publicaciones se ha discutido la apendicectomía profiláctica como el tratamiento de elección en casos de dolor crónico y/o recurrente localizado en la FID y de origen no filiado. Hoy en día, el abordaje laparoscópico permite una completa exploración tanto diagnóstica como terapéutica de la cavidad abdominal, debiéndose plantear como la mejor opción en mujeres jóvenes con dolor abdominal, principalmente de características crónica y/o recurrente^{4,13}.

Por todo ello, el cirujano debe tener en cuenta esta entidad y la endometriosis en general en toda mujer en etapa reproductiva con afección abdominal aguda⁷. Esto ayudará a realizar un diagnóstico correcto y un posterior seguimiento y tratamiento por ginecología.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Olive DL, Pritts EA. Treatment of endometriosis. *N Engl J Med*. 2001;345:266–74.
2. Arevalo F, Cerrillo G. Endometriosis apendicular como hallazgo en cuadros de apendicitis aguda. *Rev Gastroenterol Perú*. 2006;26:324–7.
3. Gustofson RL, Kim N, Liu S, Stratton P. Endometriosis and the appendix: a case series and comprehensive review of the literature. *Fertil Steril*. 2006;86:298–303.
4. Saleem A, Navarro P, Munson JL, Hall J. Endometriosis of the appendix: report of three cases. *Int J Surg Case Rep*. 2011;2:16–9.
5. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet*. 2004;364:1789–99.
6. Wenzl R, Kiessel L, Huber JC, Wieser F. Endometriosis a genetic disease. *Drugs Today*. 2003;39:961–72.
7. Papavramidis S, Laskou S, Papavramidis TS, Cheva A. Acute appendicitis caused by endometriosis: a case report. *J Med Case Rep*. 2011;5:144.
8. Yetkin G, Uludağ M, Citgez B, Polat N. Endometriosis of the appendix presenting as acute appendicitis. *BMJ Case Rep*. 2009.
9. Berman JM, Shavell VI, Mahdi HM, Awonuga AO. Appendectomy in the gynecological setting: intraoperative findings and corresponding histopathology. *Gynecol Obstet Invest*. 2011;71:189–92.
10. Beltrán MA, Tapia TF, Araos F, Martínez H, Cruces KS. Endometriosis del ileon como causa de obstrucción intestinal. *Rev Med Chil*. 2006;134:485–90.
11. Bianchi A, Pulido L, Espín F, Hidalgo LA, Heredia A, Fantova MJ, et al. Endometriosis intestinal. Estado actual. *Cir Esp*. 2007;81:170–6.
12. Barrier BF, Frazier SR, Brennaman LM, Taylor JC, Ramshaw BJ. Catamenial apendicitis. *Obstet Gynecol*. 2008;111:558–61.
13. Gibert J, Martínez D, Alfaro L, Nomdedéu J. Endometriosis apendicular como causa de dolor crónico recurrente en la fosa ilíaca derecha. *Cir Esp*. 2008;83:334–5.