

adulto predominan las causas secundarias, y dentro de éstas la más frecuente son los tumores benignos o malignos<sup>4</sup>. Nos motivó revisar este tema la presentación de un paciente con una invaginación coloanal por actinomicosis, que es el tipo más raro de éstas, con el fin de valorar el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

Se trataba de un paciente de 66 años de edad que desde hacía 3 días presentaba dolor abdominal difuso de tipo cólico y no expulsaba ni heces ni gases. Notaba, además, una tumoración que protruía por el ano y en algunas ocasiones después de los cólicos expulsaba una pequeña cantidad de líquido sanguinolento por el ano.

**Examen físico.** Abdomen distendido hacia la periferia, doloroso difusamente a la palpación superficial y profunda, aumento de la sonoridad abdominal a la percusión, ruidos hidroaéreos aumentados. Región perianal: se observaba una tumoración que protruía unos 8 cm del borde anal con la parte distal de aspecto necrótico; se realizó un tacto rectal donde se comprobó que dicha tumoración era independiente de toda la circunferencia de la pared rectal, así como la presencia de sangre.

**Exámenes complementarios.** Hb 137 g/l; radiografía anteroposterior de abdomen simple: distensión de colon con múltiples niveles hidroaéreos.

Se decidió operar como una oclusión intestinal por invaginación coloanal. En el acto operatorio se encontró una invaginación sigmoidorrectoanal; se desinvaginó unos 20 cm de sigmoide quedando unos 15 cm que no se podían reducir, de aspecto tumoral pero no maligno; se hizo resección del segmento afectado con cierre del cabo distal y colostomía sigmoidea proximal. El paciente evolucionaba favorablemente y regresó a los 5 días a su domicilio.

El resultado de la biopsia fue de actinomicosis colónica.

El diagnóstico de la invaginación intestinal en el adulto es tardío en la mayoría de los casos debido a lo infrecuente de su presentación. De todas las formas anatómicas posibles la coloanal, es decir, aquella en que se produce protrusión del colon al exterior a través del ano, es la más rara; no obstante, pensamos que esta forma es la de más fácil diagnóstico por lo evidente de la sintomatología<sup>5</sup>. En el 90% de los casos son debidas a tumores benignos o malignos; por tanto, este paciente fue una excepción, cuyo caso tuvo como causa una actinomicosis del sigmoide. El sitio del colon donde más tumores malignos se presentan es el sigmoide; la actinomicosis, por otra parte, es infrecuente en el colon y cuando se presenta el lugar más común es en el ciego<sup>6</sup>. La actinomicosis localizada en el sigmoide sirvió como cabeza invaginante, facilitando la introducción del intestino en el recto y su salida al exterior.

Cualquiera que sea el sitio de la invaginación, en el adulto después de intentar la desinvaginación, de ser posible, debe buscarse una causa secundaria, sobre todo un tumor maligno; la forma idiopática se consideraría en última instancia en el adulto, lo cual favorecería su pronóstico al actuarse sobre la causa<sup>7,8</sup>.

En conclusión, en el adulto la invaginación intestinal es rara, pero debe tenerse en cuenta este diagnóstico frente a un cuadro oclusivo de varios días de evolución, y en el acto operatorio, hasta que no se demuestre lo contrario, hay que buscar siempre una causa secundaria.

**R. Cobiellas Rodríguez, B. Estrada Díaz,  
J.L. Montes de Oca Mastrapa y C. Serrano Pons**

Servicio de Cirugía General. Hospital Dr. Ernesto Guevara de la Serna.  
Las Tunas. Cuba.

## Bibliografía

1. Viddal KO. Intestinal invagination in children. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1998; 118: 4196.
2. Beasley SW, Myers NA. Intussusception current views. *Pediatr Surg Int* 1998; 14: 157.
3. Eikeset K, Markestad T. Intestinal invagination in children in the county of Hordaland 1983-92. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1998; 118: 4197-4199.
4. Pinero Madrona A, Ríos Zambudio A, Castellanos Escrig G, Carrasco Prats M, Parrilla Paricio P. Intestinal invagination in teh adult. *Gastroenterol Hepatol* 1998; 21: 398-400.
5. Lataste J, Albout JC, Boeuf A. Les invaginations coloniales de l'adulte. *J Chir* 1975; 109: 284.
6. Salazar R, Guevada JM, Godoy A. Bacteriemia por actinomyces. *Am Fac Med* 1997; 58: 147-148.
7. Lorenzi M, Iroatulam AJ, Vernillo R, Banducci T, Mancini S, Tiribocchi A et al. Adult colonic intussusception caused by malignant tumor of the transverse colon. *Am Surg* 1999; 65: 11-14.
8. Kanoh T, Shiari Y, Wakai T, Hatakeyama K. Malignant fibrous histiocytoma metastases to the small intestine and colon presenting as an intussusception. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 2599-2595.



## Endometriosis de la pared abdominal. Una localización infrecuente

**Sr. Director:**

La endometriosis es una enfermedad que se asocia frecuentemente a esterilidad aunque se presenta habitualmente en la edad reproductiva, con una meseta de máxima incidencia entre los 35 y los 40 años, si bien se puede encontrar en mujeres más jóvenes, e incluso en posmenopáusicas<sup>1</sup>.

La frecuencia de aparición de las endometriosis se estima en torno al 10% de todas las mujeres, aunque su frecuencia extraperitoneal es mucho menor, de ahí que cuando aparece en estas localizaciones plantea problemas de diagnóstico diferencial, como ocurrió en los casos que presentamos.

### Caso 1

Paciente de 27 años, fumadora de 20 cigarrillos al día, alérgica a la penicilina, y amigdalectomizada en la infancia, menarquia a los 15 años, ciclos 3-4/28 y dismenorrea. El único antecedente quirúrgico abdominal fue una cesárea 4 años antes.

Refería desde hacía 4 meses dolor, febrícula y sensación de tumoración en el hipogastrio y la línea media abdominal. Fue tratada con antibióticos, con mejoría inicial del proceso, y revisada por el servicio de ginecología, no objetivándose patología; posteriormente, el dolor se incrementó de nuevo, por lo que siguió tratamiento mantenido con analgésicos. La paciente lo relaciona, sobre todo, con los esfuerzos físicos, la tos y el período menstrual por distensión abdominal.

En la exploración física destacaba la palpación de una zona

indurada en el hipogastrio de aproximadamente 4 × 2 cm, dura y dolorosa, que parecía depender de la pared abdominal.

Se realizó ecografía abdominal que no aportó información suficiente.

La paciente estaba afectada por el dolor por lo que se decidió su ingreso con la sospecha de eventración incarcerationada en la antigua cicatriz de Pfannestiel, o granuloma de reacción al material de sutura.

En los estudios realizados presentaba una analítica (hemograma, estudio de coagulación y bioquímica) y una radiología simple de tórax y abdomen normales. Se completó el estudio mediante TC, donde se apreciaba en el recto anterior derecho, a la altura de las cresta ilíacas, un nódulo de aproximadamente 3 × 4,5 cm, hiperdenso y que captaba contraste, que podría estar en relación con reacción a cuerpo extraño (fig. 1).

Se decidió intervención de urgencia, encontrándose tumoración de 4 × 2 cm adherida al músculo recto y a su fascia, sin penetrar en la cavidad abdominal. Se procedió a la extirpación de dicha zona. El material resecado presentaba un aspecto graso aunque de consistencia algo más dura y coloración grisácea. Se solicitó biopsia intraoperatoria que es informada como benigna.

La descripción microscópica es de mucosa endometrial sin atipia en el epitelio ni en la estroma que rodea las glándulas, embebido en una estroma fibroconectiva con fibras musculares lisas. Se estableció el diagnóstico de endometriosis.

El postoperatorio cursó sin complicaciones, siendo dada de alta al quinto día.

## Caso 2

Paciente de 49 años, entre cuyos antecedentes se recogía una dudosa alergia a la penicilina, menarquia a los 12 años y 3 embarazos con parto normal. Sin enfermedades de interés ni intervenciones quirúrgicas.

Acudió a nuestra consulta refiriendo una tumoración umbilical de aproximadamente 3 años de evolución con aumento progresivo de tamaño y que le provocaba molestia local, sin otras manifestaciones abdominales. En la exploración presentaba una zona sobrelevada en el ombligo con aspecto levemente inflamatorio donde se palpaba un nódulo duro y ligeramente doloroso, fijo a planos profundos. Inicialmente, el cuadro fue interpretado como onfalitis y se trató con antibióticos, con mejoría relativa, por lo que ante la persistencia de la tumoración se realizó una ecografía/PAAF cuyo resultado histológico fue de sospecha de metástasis de adenocarcinoma.

Fue ingresada para completar los estudios y la detección de tumoración primaria. Por lo demás, no presentaba síndrome general, la anamnesis por aparatos fue negativa y el resto de la exploración física era normal. Además de estudios analíticos de sangre y orina se realizaron una mamografía, una gastroscopia, un enema opaco y una TC abdominal, resultando todas las pruebas normales, por lo que, ante la ausencia de confirmación diagnóstica del tumor primario, se indicó laparotomía exploradora.

Durante la intervención se revisó exhaustivamente la cavidad abdominal no encontrándose hallazgos patológicos. Extraperitonealmente, se apreciaba una tumoración de coloración blanquecina, en situación umbilical que se extirpó en bloque. La anatomía patológica definitiva de la pieza fue de endometriosis umbilical.

El postoperatorio cursó sin complicaciones y fue dada de alta al sexto día de la intervención.

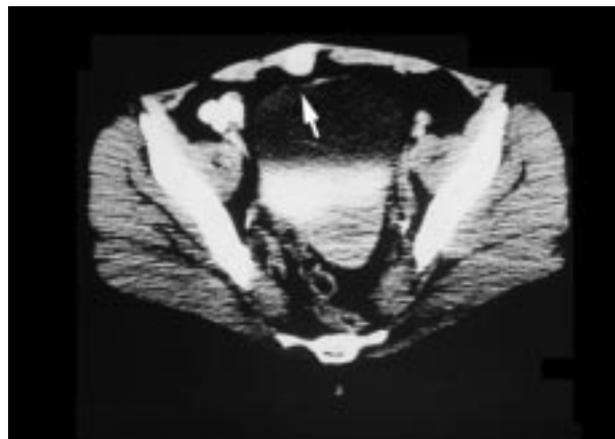


Fig. 1. TC. Asimetría de músculos rectos abdominales.

La localización ectópica (fuera de la cavidad uterina) del tejido endometrial se denomina endometriosis, y fue descrita por primera vez por Rokitansky en 1860. Este tejido es similar o idéntico al endometrial y responde a los estímulos dependientes de las hormonas ováricas<sup>2,3</sup>.

La cifra real de endometriosis es difícil de conocer, ya que en muchos casos pasa inadvertida, aunque la mayoría de autores acepta que aproximadamente el 10% de todas las mujeres padecen algún tipo de endometriosis, señalándose algunos factores que podrían influir como la edad, factores raciales, la situación social y la paridad<sup>4</sup>.

Hay varias teorías propuestas para explicar la histogénesis, destacando la "metaplásica", según la cual los focos de endometriosis se originarían por metaplasia del epitelio peritoneal, y la "implantativa", basada en la idea de la menstruación retrógrada intraperitoneal. Ambas teorías sólo explicarían la aparición de endometriosis dentro de la cavidad peritoneal. Otras teorías, como la de "propagación linfática" y la de "propagación hemática", son las que mejor explicarían la localización a distancia del tejido endometrial, como ocurrió en los casos que presentamos.

La localización más frecuente de la endometriosis externa es en ovarios, trompas, cuello uterino, pelvis y fondos de saco de Douglas, pudiendo localizarse en lugares alejados del aparato genital, tales como intestino, pulmón y pleura, vejiga, ombligo o en cicatrices de laparotomía, como ocurrió en el primero de los casos, tras haberle sido realizada una cesárea 4 años antes. En este caso la diseminación del tejido endometrial sería directa, durante la cirugía, pudiendo ser considerada como un tipo de iatrogenia<sup>5</sup>. En la bibliografía revisada hemos encontrado un porcentaje inferior al 2% para la endometriosis en cicatriz post-histerectomía y un 0,03% después de cesárea<sup>6</sup>. Las manifestaciones clínicas suelen ser dolor y masa en la cicatriz, con una fase de latencia de varios meses a años<sup>7</sup>.

La localización umbilical es menos frecuente aún, habiéndose publicado poco más de 100 casos desde la primera comunicación en 1860. Una característica clínica descrita es la sensibilidad a la palpación, la coloración rojo oscuro y la variación del tamaño en relación con el ciclo menstrual, manifestaciones que no presentaba nuestra paciente<sup>8</sup>. El diagnóstico diferencial se establece con lesiones benignas como malformaciones congénitas del conducto onfalomesentérico y uraco, granulomas, her-

nias y pólipos del ombligo, y lesiones malignas como tumores primarios del ombligo (epiteliomas escamosos y melanomas) y carcinomas metastásicos (nódulo de la hermana María José)<sup>9</sup>. En nuestro caso, la presencia de una estructura glandular epitelial en el material obtenido por PAAF llevó a plantear el diagnóstico diferencial con metástasis de adenocarcinoma.

Por todo ello, se puede decir que la sintomatología es muy variada, estando relacionada tanto con la localización como con el grado de actividad del tejido endometrial, y pueden existir formas asintomáticas. Cuando asienta en el intestino dependiendo de la localización, puede producir desde síntomas vagos, dolores abdominales intensos de difícil diagnóstico e incluso iniciarse como abdomen agudo<sup>10</sup>.

El diagnóstico se realiza por técnicas de imagen ecográfica o TC, y la confirmación es histológica (PAAF o biopsia). No obstante, creemos que el reto está en llegar al diagnóstico preoperatoriamente, debido a que no es una enfermedad habitual en la práctica diaria; de hecho, en la bibliografía revisada el diagnóstico se hizo la mayoría de las veces durante el acto quirúrgico al encontrar quistes de material hemático o mediante estudio histológico diferido<sup>5,10,11</sup>.

El tratamiento quirúrgico de la endometriosis es controvertido y está sujeto a diferentes consideraciones como localización, sintomatología y deseo reproductivo de la paciente. En general, se acepta el tratamiento quirúrgico (extirpación) de la lesión en las localizaciones de la pared abdominal y el perineo incluyendo la fascia y la piel<sup>5,6,12</sup>. Cuando hay afectación de órganos intraabdominales, la decisión quirúrgica debe ser individualizada, y en casos agresivos se plantea la asociación de histerectomía más doble anexectomía. El tratamiento médico se realiza mediante agonistas de la LH-RH, impidiendo que el estímulo hormonal actúe sobre los receptores estrogénicos, llegando a producir desaparición del tejido endometrial, por lo que puede estar indicado como coadyuvante en aquellas pacientes que tras la cirugía se encuentran restos de dicho tejido<sup>6</sup>.

**I. García Bear, R. Baldonado Cernuda,  
M. Méndez López, J.A. Álvarez Pérez y J.I. Jorge Barreiro\***

FEA. Cirugía General. \*Jefe de Servicio de Cirugía General. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital San Agustín. Avilés.

## Bibliografía

- González Valverde FM, Ballester A, Méndez M, Montesinos JM, Parra P, Soriano H. Endometriosis extraperitoneal. *Cir Esp* 1999; 66: 265-267.
- Seydel AS, Sickel JZ, Warmer ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg* 1996; 171: 239-241.
- Koger KE, Shatney CH, Hodge K, McClenathan JH. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 177: 243-246.
- Schröder J, Löhner M, Doniec JM, Dohrmann P. Endoluminal ultrasound diagnosis and operative management of rectal endometriosis. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 614-617.
- Alarcón Viana JL, Feliú Palá X, Pérez Martí X, Marco Molina V, Poveda Gómez S. Complicaciones quirúrgicas de la endometriosis. *Cir Esp* 1995; 57: 222-225.
- Brenner C, Wohlgemuth S. Scar endometriosis. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 170: 538-540.
- González Sanz C, Alcón Caracena A, Elósegu Aguirrezabala JL, Olaizola Ayerdi A, Berdejo Lambarri L, Elorza Orúe JL et al. Endometriosis: un reto diagnóstico para el cirujano general. *Cir Esp* 1997; 62: 435-438.
- González-Herráez García L, González Martín MA, González de Francisco T, Turienzo Frade A, López Otazu J, Alonso López J et al. Endometriosis umbilical. *Cir Esp* 1996; 60: 155-156.
- Hernández E, Marugán JA, Ferrando L, Rueda JL, Del Amo E. Metástasis umbilical: presentación atípica de adenocarcinoma papilar tubárico. *Cir Esp* 1995; 57: 58-60.
- De la Cruz J, Julián JF, Piñol M, Mira X, Castellá E, Muñoz C et al. Oclusión intestinal por endometriosis ileal. *Cir Esp* 1997; 62: 80-81.
- Collera P, Navarro A, Muñoz E, Rius J, Rodríguez J, Hoyuela C et al. Endometrioma perianal. *Cir Esp* 1997; 62: 82-83.
- Montero F, Montserrat V, López-Bonet E, Ribes M, Llobet M. Endometriosis vesical. A propósito de un caso. *Clin Invest Gin Obst* 1997; 24: 15-17.



## Oclusión intestinal baja de instauración aguda como forma rara de presentación de endometriosis

**Sr. Director:**

La endometriosis es una entidad ginecológica peculiar que se caracteriza por la presencia de tejido funcional y estructuralmente muy semejante o idéntico a la mucosa endometrial, en lugares distintos del interior del útero. Sus manifestaciones gonadales se hallan bien caracterizadas en los textos de ginecología, por tratarse de una entidad relativamente frecuente<sup>1,2</sup>; sin embargo, sus síntomas extragonadales suelen ser heterogéneos y clínicamente poco orientadores. No es infrecuente la afección intestinal, que en el rectosigmoideo es del 71%<sup>3</sup>, pero la magnitud de sus síntomas rara vez motiva una consulta urgente en un servicio de cirugía.

El motivo de la presente nota es el de una mujer con una historia clínica de estreñimiento muy recortada en el tiempo, que consultó en urgencias por un cuadro de oclusión intestinal.

Se trataba de una paciente de 24 años sin antecedentes de interés salvo tabaquismo moderado. En su historia sólo refería una leve dismenorrea y en los últimos 10 días un cuadro de estreñimiento progresivo, que llegó a la situación actual de cierre intestinal total a heces y gases.

En nuestro contexto, durante las horas de guardia, sólo fue posible practicar una analítica básica, una placa simple abdominal y posteriormente un enema opaco con la ayuda del técnico de radiología. La radiografía simple (fig. 1) revelaba un luminograma del colon con un marco cólico distendido amputado en el promontorio, hallazgos compatibles con una oclusión intestinal baja. El enema opaco (fig. 2) fue demostrativo de una oclusión completa en el recto superior. Se decidió intervención urgente.

En la laparotomía se halló una tumoración rectal firmemente adherida al útero con un plano de disección entre ambas estructuras de difícil acceso. En la pelvis no se apreciaba ninguna lesión o implante típico de endometriosis, en el fondo de saco de

(*Cir Esp* 2001; 69: 424-426)