

Endometriosis apendicular como causa de dolor crónico recurrente en la fosa ilíaca derecha

Juan Gibert-Gerez^a, David Martínez-Ramos^b, Luis Alfaro-Ferreresc y Jesús Nomdedéu Guinot^a

^aServicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Rey Don Jaime. Castellón. España.

^bServicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Castellón. Castellón. España.

^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Rey Don Jaime. Castellón. España.

El dolor crónico o agudo recurrente localizado en la fosa ilíaca derecha (FID), denominado en ocasiones apendicitis crónica o apendicitis aguda recurrente, continúa siendo objeto de controversia. Así, aunque la mayoría de los cirujanos hemos tenido ocasión de tratar a pacientes con este tipo de dolor que han mejorado de sus síntomas tras la apendicectomía “profiláctica”, la existencia y las características de esta entidad no son aceptadas de manera unánime por la comunidad científica¹.

La endometriosis localizada en el apéndice vermiforme se ha descrito de forma muy esporádica como causa de este cuadro clínico, por lo que resulta de interés la presentación del caso clínico de una paciente de 47 años que consultó por dolor intenso, de carácter cíclico, de aproximadamente 1 año de evolución, localizado en la FID. Los dolores comenzaban 3 o 4 días antes de cada menstruación y precisaba de grandes dosis de analgésicos para su control. Como antecedentes de interés refería una salpingectomía y una cuña ovárica izquierdas por vía laparoscópica, probablemente por quistes endometriósicos, así como la resección por histeroscopia de un endometrioma uterino 3 años antes. En las exploraciones complementarias, que incluyeron resonancia nuclear magnética y tránsito gastrointestinal baritado, únicamente destacó un endometrioma en ovario izquierdo de 17 mm de diámetro, que el servicio de ginecología desestimó para cirugía. Ante el diagnóstico de dolor crónico recurrente en FID de origen desconocido y dados los antecedentes médico-quirúrgicos de la paciente, se planteó realizar una laparoscopia exploradora, en la que se evidenció un quiste seroso ovárico izquierdo y un apéndice vermiforme normal, pero no se apreciaron tumores ni lesiones intraabdominales, por lo que se optó por llevar a cabo la apendicectomía profiláctica. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. El estudio anatomopatológico del apéndice demostró la presencia de implantes endometriósicos en el espesor de la pared, con estructuras glandula-

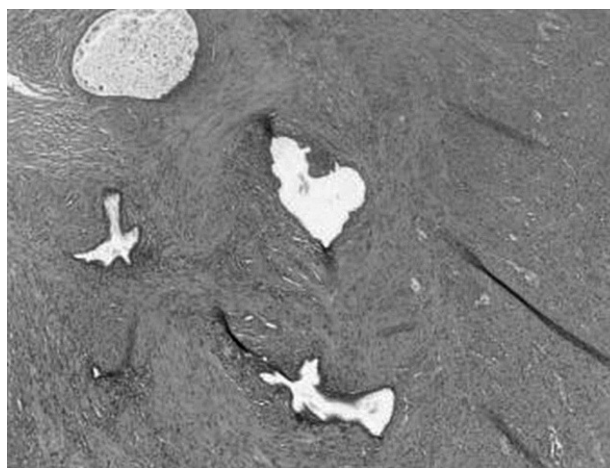


Fig. 1. Implantes endometriósicos en el espesor de la pared apendicular (HE, $\times 10$).

res y estromales endometrioides rodeadas de tejido conectivo, pero sin evidencia de malignidad (fig. 1). El cuadro doloroso durante los períodos menstruales mejoró de forma satisfactoria desde la intervención quirúrgica, y precisó dosis sensiblemente menores de analgésicos.

La endometriosis, definida como la presencia de tejido endometrial –glandular y estromal– fuera de la cavidad uterina, es una enfermedad relativamente frecuente en mujeres jóvenes en edad fértil. No obstante, la afección del tracto gastrointestinal es infrecuente y la localización apendicular es todavía más rara^{2,3}. De este modo, aunque la endometriosis apendicular suele ser asintomática, se han descrito casos de presentación como apendicitis aguda, como perforación intestinal, como intususcepción o como hemorragia digestiva baja⁴. El dolor crónico y recurrente localizado en la FID como consecuencia de una endometriosis apendicular es excepcional.

En numerosas ocasiones se ha recomendado la apendicectomía como el tratamiento de elección en casos de dolor crónico o recurrente localizado en FID y de origen no filiado^{5,6}. En este contexto, el acceso laparoscópico presenta la ventaja de permitir una completa exploración –diagnóstica y terapéutica– de la cavidad abdominal, con una morbimortalidad muy reducida, lo que la convierte, po-

Correspondencia: Dr. D. Martínez Ramos.
 Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Castellón.
 Avda. Benicàssim, s/n. 12004 Castellón. España.
 Correo electrónico: davidmartinez@comcas.es

Manuscrito recibido el 30-7-2007 y aceptado el 3-9-2007.

siblemente, en la mejor alternativa para estos pacientes. Asimismo, en casos como el presentado, donde el diagnóstico de certeza únicamente puede establecerse tras el estudio anatomopatológico de la pieza de resección quirúrgica, la apendicectomía estaría justificada aunque el aspecto macroscópico externo del apéndice sea normal.

En conclusión, la endometriosis apendicular como causa de dolor crónico o recurrente localizado en la fosa ilíaca derecha es muy infrecuente. No obstante, la apendicectomía en estos casos puede permitir un diagnóstico no sospechado, así como mejorar la sintomatología abdominal del paciente. Creemos que el acceso laparoscópico es la mejor alternativa diagnóstico-terapéutica en estos casos.

Bibliografía

1. Barber MD, McLaren J, Rainney JB. Recurrent appendicitis. *Br J Surg* 1997;84:110-2.
2. Harris RS, Foster WG, Surrey MW, Agarwal SK. Appendiceal disease in women with endometriosis and right lower quadrant pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2001;8:536-41.
3. Bianchi A, Pulido L, Espín F, Hidalgo LA, Heredia A, Fantova MJ, et al. Endometriosis intestinal. Estado actual. *Cir Esp*. 2007;81:170-6.
4. 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.
5. Parrilla-Paricio P, Jaurrieta-Mas E, Moreno-Azcoita M. Cirugía AEC. Manual de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid: Panamericana; 2005.
6. Paredes-Esteban RM, Salas-Molina J, Ocaña-Losa JM, Espin-Jaime B. Indicación de la apendicectomía en el dolor abdominal recidivante. *Cir Pediatr*. 2004;17:65-9.