

4. Jagirdar J. Application of inmunohistochemistry to the diagnosis of primary and metastatic carcinoma to the lung. Arch Pathol Lab Med. 2008;132:384-96.

Lorena Sancho del Val*, Pilar Díez Redondo, Rafael Ruíz-Zorrilla López, Sara Lorenzo Pelayo, María Teresa Herranz Bachiller, Noelia Alcaide Suárez y Manuel Pérez-Miranda Castillo

Unidad de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: enadocs@hotmail.com

(L. Sancho del Val).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2012.07.005>

Endometriosis colónica aislada de tipo polipoide simulando una neoplasia de sigma

Isolated polypoid endometriosis of the colon mimicking a sigmoid tumor

Sr. Director:

La endometriosis es una entidad clínica que se caracteriza por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. La afectación intestinal normalmente coexiste con su presencia a otros niveles, sin embargo, la afectación intestinal aislada es muy poco frecuente.

Presentamos el caso de una mujer de 39 años que consulta por dolor abdominal difuso, dificultad para la evacuación intestinal, náuseas y vómitos. Se realiza colonoscopia en la que se observa a 50 cm del margen anal, engrosamiento mural irregular de la pared que estenosa prácticamente la luz, impidiendo el paso del endoscopio (fig. 1). Las tomas de biopsias en 2 ocasiones fueron negativas para malignidad. En la tomografía computarizada (TC) se observa en sigma una imagen seudonodular que oblitera la luz colónica, con valores de atenuación de partes blandas. Ante la clínica de la paciente y la ausencia de diagnóstico, se realiza una laparoscopia donde se observa una lesión esteno-



Figura 1 La endoscopia muestra una lesión nodular polipoide que impide el paso del endoscopio.

sante de sigma indicativa de neoplasia, por lo que se realiza sigmoidectomía oncológica laparoscópica. El resultado histológico de la pieza quirúrgica muestra una formación polipoide con glándulas y estroma endometriales, diagnóstico de endometriosis (fig. 2). Posteriormente se realizó evaluación exhaustiva por ginecología, sin hallar foco de endometriosis en otro punto. A la paciente le fue dada el alta, sin dolor abdominal y con ritmo intestinal conservado.

En la endometriosis los implantes ectópicos endometriales se localizan normalmente en la pelvis, pero puede encontrarse en cualquier parte del organismo.

Existen varias teorías etiopatogénicas. La teoría de Sampson defiende la propagación de células endometriales a estructuras pélvicas y peritoneo por un flujo retrógrado a través de las trompas de Falopio durante la menstruación. Otras teorías como la diseminación hematogena-linfática o la teoría de la metaplasia celómica explicarían los casos de endometriosis fuera de la cavidad abdominal o la que ocurre en mujeres posmenopáusicas y varones. Teorías más recientes defienden una disfunción inmunológica basadas en una inmunidad celular deficiente incapaz de reconocer tejido endometrial ectópico¹.

Se ha estimado que del 3 al 10% de mujeres en edad reproductiva tienen algún grado de endometriosis². Aunque la prevalencia exacta de afectación intestinal se desconoce, análisis retrospectivos muestran una prevalencia variable del 3,8-37% de pacientes con endometriosis³. La localización más frecuente es el recto (13-53%), seguido de sigma (18-47%), intestino delgado (2-5%) y apéndice (3-18%)⁴.

Sin embargo, la endometriosis intestinal normalmente coexiste con focos de endometriosis en otra localización, fundamentalmente ovario o peritoneo. En un estudio de 93 mujeres con diagnóstico de endometriosis profunda (definida como la endometriosis situada a más de 5 mm de profundidad de la superficie peritoneal) solo en 6 mujeres (6,5%) era la única forma de afectación, de las cuales solo una paciente tenía afectación rectal aislada. La mayoría de las pacientes (93,5%) tenían otras formas de endometriosis en forma de implantes peritoneales (61,35%), ováricos (50,5%) o adhesiones pélvicas (74,2%)⁵.

La sintomatología es variable, ya que las pacientes pueden encontrarse asintomáticas o presentar los síntomas clásicos de endometriosis (dismenorrea, dispareunia e infertilidad). Sin embargo, la endometriosis intestinal puede producir además dolor abdominal, náuseas,

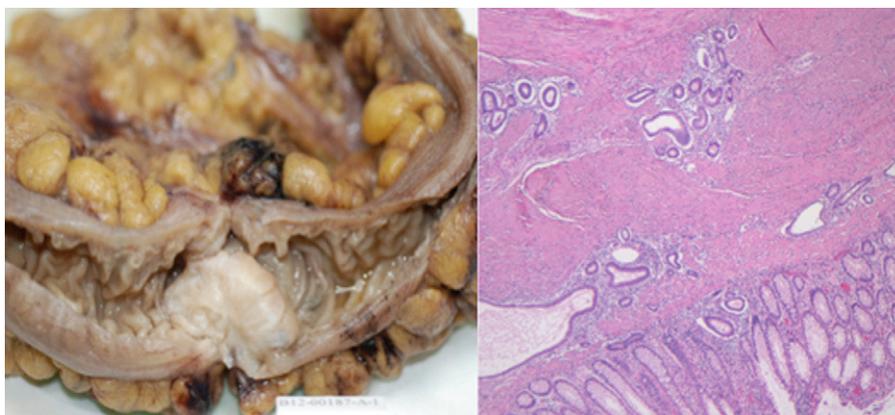


Figura 2 La pieza macroscópica muestra una lesión polipoide sésil de superficie blanquecina y de consistencia elástica y firme. En la imagen microscópica (HE, $\times 4$) se observa epitelio intestinal con focos de endometriosis (glándula y estroma).

vómitos, tenesmo fecal, defecación dolorosa, alternancia del hábito intestinal o rectorragia⁶. Todo ello obliga al diagnóstico diferencial mediante colonoscopia con otras enfermedades como el síndrome de intestino irritable, enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis o neoplasia.

En la endometriosis intestinal el tejido endometrial infiltra la pared desde la serosa. En muy pocas ocasiones alcanza la submucosa (38%) o mucosa (6%)⁷. Esto hace que las biopsias endoscópicas sean a menudo normales. Se pueden clasificar los hallazgos endoscópicos en 2 tipos: engrosamiento excéntrico de la pared o como lesión polipoide. Esta última es la menos frecuente y la que hemos presentado en el caso descrito. En un estudio retrospectivo, de 17 pacientes con endometriosis intestinal, la forma polipoide solo fue descrita en 3 casos (18%). En este mismo estudio se comprueba que la presencia de nodularidad en la superficie aumenta la rentabilidad diagnóstica, sugiriendo que esta podría ser un marcador de afectación mucosa⁸.

Se puede establecer un diagnóstico de presunción mediante técnicas de imagen. La ecografía debe ser la primera prueba a realizar dado que aporta una sensibilidad del 91% y una especificidad del 97% en la endometriosis rectosigmoidea. La ecografía transrectal tiene una precisión diagnóstica parecida pero suele ser más molesta y la resonancia magnética (RM) pélvica determina peor la afectación en profundidad⁹. El diagnóstico definitivo requiere la confirmación histológica.

La cirugía se ha considerado como el tratamiento de elección en la endometriosis intestinal. Sin embargo, no hay estudios que comparen el tratamiento médico (basado en combinación de estrógenos y progestágenos o progestágenos solos) y cirugía. Una aproximación terapéutica, en ausencia de estenosis o clínica obstructiva, es plantear previamente el tratamiento médico, y si este falla, recurrir a la cirugía¹⁰.

Este caso reviste especial importancia, por la presentación del cuadro en forma de cuadro suboclusivo, la afectación aislada del colon, su expresión polipoide y

la dificultad en su diagnóstico incluso en la laparoscopia que llevó a la resección segmentaria intestinal.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Nasim H, Sikafi D, Nasr A. Sigmoid endometriosis and a diagnostic dilemma. A case report and literatura review. *Int J Surg Case Rep.* 2011;2:181-4.
2. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet.* 2004;364:1789-99.
3. Remorgida V, Ferrero S, Fulcheri E, Ragni N, Martin DC. Bowel endometriosis: presentation, diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Surv.* 2007;62:461-70.
4. Pereira RM, Zanatta A, Preti CD, De Paula FJ, Da Motta EL, Serafini PC. Should the gynecologist perform laparoscopic bowel resection to treat endometriosis? results over 7 years in 168 patients. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009;16:472.
5. Somigliana E, Infantino M, Candiani M, Vignail M, Chiodini A, Busacca M, et al. Association rate between deep peritoneal endometriosis and other forms of the disease: pathogenic implications. *Hum Reprod.* 2004;19:168-71.
6. Katsikogiannis N, Tsaroucha AK, Dimakis K, Sivridis E, Simopoulos CE. Rectal endometriosis causing colonic obstruction and concurrent endometriosis of the appendix: a case report. *J Med Case Reports.* 2011;20:320-2.
7. Meuleman C, Tomassetti C, D'Hoore A, Van Cleynebreugel B, Penninckx F, Vergote I, et al. Surgical treatment of deeply infiltrating endometriosis with colorectal involvement. *Hum Reprod Update.* 2011;17:311-26.
8. Kim KJ, Jung SS, Yang SK, Yoon SM, Yang DG, Ye BD, et al. Colonoscopic findings and histological diagnostic yield of colorectal endometriosis. *J Clin Gastroenterol.* 2011;45:536-41.
9. Chamié LP, Blasblag R, Pereira RA, Warmbrand G, Serafini PC. Findings of pelvic endometriosis at transvaginal US: MR imaging and laparoscopy. *Radiographic.* 2011;31:E77-100.

10. Roman H, Loisel C, Resech B, Tuech JJ, Hochain P, Leroi AM, Marpeau L. Delayed functional outcomes associates with surgical management of deep rectovaginal endometriosis with rectal involvement: giving patients an informed choice. *Hum Reprod.* 2010;25:890.

Luisa Adán Merino^{a,*}, Mercedes Aldeguez Martínez^a,
Jesús Manuel Argüello de Andrés^b, Teresa Rivera García^c,
Rocío Plaza Santos^a, Mar Lozano Maya^a,
María Donat Garrido^b, Carlos Ortiz Johannsson^b
y Benito Seoane González^b

^a *Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario
Infanta Leonor, Madrid, España*

^b *Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario
Infanta Leonor, Madrid, España*

^c *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario
Infanta Leonor, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ladan.hulp@salud.madrid.org
(L. Adán Merino).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2012.05.008>