



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

La endometriosis profunda: un desafío diagnóstico y terapéutico

María Dolores Lara Domínguez* y Ramón Guisado López

Unidad de Gestión Clínica de la Mujer, Hospital Reina Sofía, Córdoba, España

Recibido el 29 de marzo de 2012; aceptado el 2 de julio de 2012

Disponible en Internet el 17 de septiembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Endometriosis;
Endometriosis profunda
infiltrante;
Endometriosis
rectovaginal;
Endometriosis intestinal;
Endometriosis urinaria

KEYWORDS

Endometriosis;
Deep infiltrating
endometriosis;
Rectovaginal
endometriosis;
Bowel endometriosis;
Urinary endometriosis

Resumen Presentamos un caso clínico que pone de manifiesto los desafíos que plantea la endometriosis profunda del tabique rectovaginal. Se trata de una paciente intervenida en nuestro servicio de histerectomía total en mayo de 2011 por útero miomatoso sintomático, sin hallazgos clínicos ni anatomopatológicos de endometriosis. La paciente continúa con dolor pélvico invalidante, disquecia y síntomas urinarios hasta febrero de 2012, momento en el que comienza con obstrucción ureteral, hidronefrosis bilateral y pseudoobstrucción intestinal, que obliga a realizar una cirugía radical de una tumoración fibrosa pélvica, fija a recto y que comprime ambos uréteres. Resultado histológico: endometriosis. Resaltamos las dificultades diagnósticas que presenta y el tratamiento agresivo que requiere.

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

Deep infiltrating endometriosis: a diagnostic and therapeutic challenge

Abstract We report a case that illustrates the challenges of deep infiltrating endometriosis of the rectovaginal septum. The patient underwent a total hysterectomy in our department in May, 2011 due to symptomatic uterine leiomyomas, with no clinical or histopathologic findings of endometriosis. She continued to experience incapacitating pelvic pain, dyschezia and urinary symptoms until February 2012, when she developed ureteral obstruction, bilateral hydronephrosis and intestinal pseudo-obstruction that required radical resection of a fibrous pelvic mass, adhering to the rectum and compressing both ureters. The histological diagnosis was endometriosis. We emphasize the diagnostic difficulties of this entity and the aggressive treatment required.

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

Introducción

La endometriosis infiltrante profunda (DIE, del inglés *deep infiltrating endometriosis*) es una forma compleja de presentación de la enfermedad. Se define como la infiltración del peritoneo por tejido endometrial, en una profundidad superior a 5 mm^{1,2}. El lugar de la infiltración abarca

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dololara@hotmail.com
(M.D. Lara Domínguez).

diferentes localizaciones: ligamentos útero-sacros, tabique rectovaginal, paredes intestinales y tracto urinario (vejiga y uréteres).

La endometriosis profunda posee características que la convierten en una entidad única: a) su manifestación clínica es variada, desde dolor, dispareunia, disquécia según su localización, hasta ser asintomática o remitir espontáneamente; b) el diagnóstico puede complicarse, se requiere una alta sospecha clínica, un detenido examen físico, ecografía y resonancia magnética nuclear (RMN); siendo necesaria en alguna ocasión una exploración quirúrgica terapéutica y diagnóstica^{2,3}; y c) el tratamiento definitivo suele ser la extirpación quirúrgica, que si llega a ser radical puede cursar con complicaciones importantes^{4,5}. La localización en el espacio rectovaginal profundo es importante sospecharla, ya que puede cursar sin manifestaciones en anejos ni peritoneo, y podemos cometer el error de pasarla desapercibida incluso durante una intervención quirúrgica. Una palpación adecuada, con un tacto vaginal sugestivo de tumoración rectovaginal debe darnos el diagnóstico de endometriosis, sobre todo cuando veamos un saco de Douglas obliterado durante una exploración quirúrgica.

Para la resolución definitiva se requiere un centro especializado con profesionales entrenados para una intervención radical pélvica^{1,3,4}, que puedan llevar a cabo cirugía sobre uréteres y resecciones intestinales.

Caso clínico

Paciente de 46 años, sin antecedentes personales de interés. Dos partos vaginales. Es controlada en consulta de ginecología por útero miomatoso, refiriendo los siguientes síntomas: dolor pélvico crónico sin relación con el ciclo, menorragia, dispareunia profunda, dificultad para el inicio de la defecación, disquécia y sensación de ocupación rectal permanente.

El diagnóstico de mioma uterino se realiza con exploración física y ecografía. Dada la sintomatología tan florida se realizó, también, una RMN y las exploraciones coincidían en el diagnóstico de un mioma uterino intramural de 90 × 75 mm, con protrusión hacia cara posterior y fondo, útero en retroflexión, que podían explicar la sintomatología. No había otros hallazgos, por lo que se decide cirugía.

En mayo de 2011 se realiza laparotomía e histerectomía total simple, conservando ambos ovarios que parecen normales. En la intervención quirúrgica se describe el mioma uterino en fondo, ambos anejos normales y el saco de Douglas obliterado por adherencias entre la cara posterior del cérvix y la pared anterior de recto-sigma. Se consigue realizar histerectomía total abordando la extirpación del cérvix desde la cara anterior y prolongando la incisión circular hacia atrás. No se apreció la presencia de tumoración en el saco de Douglas obliterado. No había hallazgos de endometriosis. La anatomía patológica tampoco describe presencia de endometriosis: leiomioma típico y cervicitis.

La paciente no mejora del cuadro clínico y continúa presentando dolor pélvico crónico, dispareunia, dolor a la defecación, sensación de ocupación pélvica y síntomas

urinarios esporádicos: disuria y dolor irradiado a ambos riñones. El cuadro se va agravando, afectando de manera importante la calidad de vida de la paciente. Hasta que 8 meses después de la histerectomía, empeora con una insuficiencia renal. En ese momento el estudio digestivo con tránsito intestinal y colonoscopia pone en evidencia una compresión extrínseca rectosigmoidea sin afectación de la mucosa digestiva. A la exploración ginecológica se aprecia una masa dolorosa en tercio superior del tabique rectovaginal, que hace impronta hacia la vagina y el recto, sin penetrar en ninguna mucosa. La ecografía transvaginal y transrectal muestra una formación sólida que ocupa el fondo de saco vaginal, mal delimitada y no medible por límites imprecisos. Un TAC pone en evidencia una hidronefrosis bilateral por obstrucción a nivel pélvico de ambos uréteres debido a compresión por una masa pélvica. El estudio por RMN refiere un diagnóstico de tumoración supravaginal que infiltra recto y atrapa ambos uréteres sugiriendo que el origen sea una neoplasia uterina. Los marcadores tumorales ginecológicos son negativos. Se decide realizar una laparotomía por un equipo multidisciplinar (ginecólogo, urólogo y cirujano digestivo). Se aprecian ambos ovarios normales, saco de Douglas obliterado y ocupado por una tumoración fibrosa, que engloba ambos uréteres y se fija a la pared anterior del recto-sigma. Biopsia intraoperatoria: benigna. Se aborda con disección retroperitoneal y se extirpa en bloque con porción de sigma infiltrado. Reimplantación de uréteres a vejiga. Anastomosis de recto e ileostomía transitoria. Anatomía patológica: endometriosis del tabique rectovaginal. Segmento de uréteres con endometriosis intramural.

El postoperatorio cursa con dolor hipogástrico que se consigue controlar con analgesia, y con estreñimiento que se resuelve con laxantes. Alta a los 10 días, sin otras complicaciones. En revisiones posteriores la paciente continúa asintomática.

Discusión

El caso actual pone de manifiesto los 2 aspectos que queremos resaltar de la endometriosis profunda del tabique rectovaginal: la dificultad diagnóstica y el desafío terapéutico.

La dificultad para diagnosticar esta situación es ampliamente reconocida. En este caso el error se debió a su presentación aislada, sin endometriosis ovárica ni implantes peritoneales, y a que el saco de Douglas obliterado no presentaba la tumoración que 8 meses después motivó las complicaciones. En los trabajos revisados¹⁻⁸ se resalta la importancia de la sospecha clínica y de una exploración física profunda. Por lo tanto, es necesario que el ginecólogo que va a realizar la intervención disponga de una historia clínica detallada. En nuestro caso se sumaron la ausencia de sospecha en la historia, porque el mioma confundió los síntomas, y la ausencia de signos en el momento de la cirugía, lo que nos llevó al error diagnóstico.

La presencia de un útero miomatoso de gran tamaño nos hizo caer en el error de que los síntomas compresivos que la paciente refería se debían al mioma⁶. El hallazgo operatorio de obliteración del saco de Douglas, con la dificultad para disecarlo del cérvix debería habernos hecho pensar en una

posible endometriosis, ya que conocíamos los síntomas que la paciente venía padeciendo desde hace años. Si hubiésemos reconocido la enfermedad en la primera intervención, se hubiese realizado una cirugía más completa, un adecuado seguimiento posterior sin las complicaciones que se produjeron. Por lo tanto, el principal error fue la falta de sospecha de la enfermedad por parte de los médicos que participaron en la primera intervención y en su posterior seguimiento. En un estudio prospectivo¹, los datos clínicos que coincidían con la persistencia de endometriosis profunda después de una cirugía, son la persistencia del dolor y la obliteración del espacio de Douglas.

En el tratamiento debemos considerar los pros y contras de la cirugía radical de la endometriosis profunda del tabique rectovaginal. Parece claro que la cirugía con criterios oncológicos, extirpando todo implante de endometriosis, es el tratamiento que consigue mejores resultados respecto a recidivas^{1,4}, pero las posibles complicaciones y secuelas de esa cirugía son importantes y es obligada una explicación y aceptación por parte de la paciente^{2,5,7,8}. En nuestro caso, la situación desencadenó una insuficiencia renal que dejó en segundo lugar las posibles complicaciones, puesto que era de vital importancia solucionar la obstrucción ureteral. También conocemos la necesidad de llevar a cabo esta cirugía en centros capacitados y con equipos multidisciplinares^{1,3-5,7}. Es adecuado que existan centros de referencia donde las pacientes puedan ser derivadas para el abordaje de este tipo de afecciones. De hecho, nuestra paciente requirió de la colaboración del urólogo para reimplantar los uréteres debido a la imposibilidad de liberarlos de su atrapamiento. También participó un cirujano digestivo que realizó una resección de recto-sigma en el segmento que estaba infiltrado por la tumoración. Hay consenso sobre esta forma de resolver la enfermedad, por la imposibilidad de liberar el recto y conseguir la erradicación de la endometriosis^{1,5,7}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la Unidad de Gestión Clínica de la Mujer del Hospital Reina Sofía de Córdoba.

Bibliografía

1. Dousset B, Leconte M, Borghese B, Millischer AE, Roseau G, Arkwright S, et al. Complete surgery for low rectal endometriosis: long-term results of a 100-case prospective study. *Ann Surg.* 2010;251:887–95.
2. Howard FM. Surgical treatment of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2011;38:677–86.
3. Gabriel B, Nassif B, Trompoukis P, Barata B, Wattiez A. Prevalence and management of urinary tract endometriosis: a clinical case series. *Urology.* 2011;78:1269–74.
4. Kondo W, Bourdel N, Tamburro S, Cavoli D, Jardon K, Rabischong B, et al. Complications after surgery for deeply infiltrating pelvic endometriosis. *BJOG.* 2011;118:292–8.
5. Setälä M, Savolainen H, Kössi J, Ranta T, Mäkinen J. Deeply infiltrating disease in surgically treated endometriosis patients. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90:468–72.
6. Isono W, Wada-Hiraike O, Osuga Y, Yano T, Taketani Y. Diameter of dominant leiomyoma is a possible determinant to predict coexistent endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;162:87–90.
7. Fanfani F, Fagotti A, Gagliardi ML, Ruffo G, Ceccaroni M, Scambia G, et al. Discoid or segmental rectosigmoid resection for deep infiltrating endometriosis: a case-control study. *Fertil Steril.* 2010;94:444–9.
8. Mabrouk M, Montanari G, Guerrini M, Villa G, Solfrini S, Vicenzi C, et al. Does Laparoscopic management of deep infiltrating endometriosis improve quality of life? A prospective study. *Health Qual Life Outcomes.* 2011;9:98.