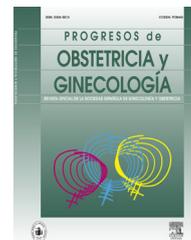




## PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



### CASO CLÍNICO

## Endometriosis recto-sigmoidea: a propósito de un caso

Nieves Quesada Fernández\*, Anibal Nieto Díaz, Carolina García Morales,  
Elisa Ortiz Salinas, Francisco Machado Linde y Juan José Parrilla Paricio

*Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España*

Recibido el 28 de abril de 2012; aceptado el 25 de junio de 2012

Disponible en Internet el 26 de marzo de 2013

#### PALABRAS CLAVE

Endometriosis;  
Endometriosis intestinal;  
Resección intestinal;  
Rectorragia

#### KEYWORDS

Endometriosis;  
Intestinal endometriosis;  
Intestinal resection;  
Rectal bleeding

**Resumen** La endometriosis intestinal es frecuentemente asintomática, siendo diagnosticada incidentalmente durante una laparotomía o laparoscopia realizada por otro motivo. En aquellos casos en los que es sintomática, las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas e idénticas a las de otros trastornos gastrointestinales. Generalmente la endometriosis intestinal no se sospecha de forma preoperatoria, salvo en aquellas pacientes con antecedentes de endometriosis o con manifestaciones clínicas cíclicas coincidiendo con la menstruación. La endometriosis intestinal puede asemejar diversas alteraciones gastrointestinales como la enfermedad de Crohn, la diverticulitis, la colitis isquémica o incluso con neoplasia. Las pruebas diagnósticas suelen aportar poca información, pero la colonoscopia, la resonancia magnética, la ecoendoscopia y, sobre todo, la toma de biopsias pueden ser de utilidad para el diagnóstico y para descartar malignidad, principalmente en las lesiones rectosigmoideas.

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

#### Rectosigmoidal endometriosis: apropos of a case

**Abstract** Intestinal endometriosis is often asymptomatic and is diagnosed incidentally during laparotomy or laparoscopy performed for other reasons. When this entity is symptomatic, the clinical manifestations are usually nonspecific and identical to those of other gastrointestinal disorders. Intestinal endometriosis is not usually suspected preoperatively, except in patients with a history of endometriosis or cyclical manifestations coinciding with menstruation. Intestinal endometriosis may mimic various gastrointestinal disorders such as Crohn's disease, diverticulitis, ischemic colitis or even neoplasia. Diagnostic tests usually provide little information, but colonoscopy, magnetic resonance imaging, echoendoscopy and especially biopsy may be useful for diagnosis and to rule out malignancy, mainly in rectosigmoidal lesions.

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

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [niequesada@hotmail.com](mailto:niequesada@hotmail.com) (N. Quesada Fernández).

## Introducción

La endometriosis es un trastorno ginecológico crónico, benigno y frecuente entre las mujeres en edad fértil<sup>1</sup>. Se estima que hasta en el 6-10% de las mujeres premenopáusicas existe algún grado de endometriosis, existiendo compromiso de colon o recto en un 5-10% de ellas<sup>2,3</sup>. Alcanza una prevalencia en torno al 30-45% entre mujeres infértiles<sup>4</sup>, aunque probablemente esté infraestimada, ya que muchos casos pueden pasar desapercibidos<sup>5</sup>. Pueden localizarse implantes endometriósicos en cualquier parte del organismo, siendo lo habitual la afectación del aparato genital (75-80% en útero y/u ovario)<sup>6</sup> y peritoneo pélvico, pero la vejiga, el tracto urinario, recto-sigma y otros órganos extraperitoneales pueden verse también afectados. Presentamos un caso de endometriosis intestinal, que obligó a una resección intestinal y posterior histerectomía con salpingooforectomía bilateral en una paciente de 46 años.

## Caso clínico

Se trata de una paciente de 46 años remitida por la Unidad de Digestivo por anemia, rectorragia indolora intermitente de origen desconocido, algias pélvicas y el hallazgo en una colonoscopia de una lesión en recto-sigma cuya anatomía patológica informa de endometriosis intestinal. Con el diagnóstico de endometriosis intestinal es remitida a la consulta de ginecología de nuestro hospital.

Entre los antecedentes familiares destaca muerte materna a los 75 años por adenocarcinoma de endometrio. Sin antecedentes personales de interés. Clínicamente presenta hipermenorreas, rectorragia indolora intermitente de varios meses de evolución, un cuadro anémico crónico y una intolerancia al hierro oral. No refiere dispareunia, dismenorrea, alteraciones en la micción, disquecia, tenesmo ni estreñimiento. Los antecedentes obstétricos son G2 P1 A1.

Los estudios complementarios reflejan una hemoglobina de 8,6 mg/dl, hematocrito del 26%, ferritina de 8 ng/dl, un Ca 125 de 52 mU/l y PCR ultrasensible de 25 ml/l. La colonoscopia informa de una lesión submucosa rectosigmoidea de 4 × 3 cm de diámetro situada a 10 cm del ano, que se identifica también por ecografía transrectal como una lesión hipoecoica en el segmento distal de asa sigmoidea, cuya biopsia informa de endometriosis intestinal. La ecografía transvaginal informa de un útero en ante flexión, con histerometría 150 × 107 mm, con pólipo endometrial de 22 mm, mioma en cara posterior de 43 × 38 mm y otro pequeño nódulo miomatoso endocervical de 10 mm. Los ovarios se visualizan normales, sin líquido libre en Douglas.

La paciente es diagnosticada de útero poliomatoso, pólipo endometrial y endometriosis intestinal, proponiéndose para histerectomía abdominal más doble anexectomía y nodulectomía y/o resección intestinal. Se realiza dicha intervención quirúrgica, observándose un útero miomatoso de unos 15-20 cm, con ovarios alojados en Douglas, firmemente adheridos a pared uterina posterior, y un nódulo de 3-4 cm a unos 10-12 cm del margen anal, realizándose histerectomía más doble anexectomía siendo necesaria la sigmoidectomía y sección del recto a unos 7-8 cm del margen anal y anastomosis latero-terminal colorrectal.

El diagnóstico anatomopatológico final revela una endometriosis uterina (adenomiosis), endometriosis ovárica bilateral, leiomioma uterino y endometriosis extensa en pared rectal, permaneciendo libres de lesión los bordes quirúrgicos.

El curso del postoperatorio evoluciona favorablemente, siendo dada de alta al sexto día de la intervención. Fue remitida de nuevo a consulta de ginecología donde se inició terapia hormonal sustitutiva con buena evolución posterior y manteniéndose asintomática en la actualidad.

## Discusión

La endometriosis se caracteriza por la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad uterina, y es una de las afecciones más frecuentes en la mujer dentro de los años reproductivos. En muchos casos es causante de dolor pélvico e infertilidad, pero la cantidad de síntomas que causa es muy variable y a veces no corresponde con la extensión del problema. Aunque se desconoce su etiología con precisión, existen varias teorías para explicar la histogénesis de la endometriosis<sup>7</sup>:

Menstruación retrógrada, regurgitación de tejido endometrial por las trompas y su implantación en la superficie peritoneal.

Metaplasia de epitelio celómico. Aparece en células inmaturas de origen mülleriano que persisten hasta la vida adulta y cuya diferenciación se favorece después de la menarquía por el estímulo de los ciclos ováricos.

Diseminación por vía linfática o hematogena (metástasis benigna)<sup>7</sup>.

Los implantes endometriósicos se localizan habitualmente en los órganos pélvicos, sobre todo ovarios, trompas de Falopio y peritoneo pélvico, pero la vejiga, el tracto urinario, recto-sigma y otros órganos extraperitoneales pueden verse también afectados. Diversas series refieren que entre el 3-37% de las mujeres afectadas de endometriosis presentan afectación del tracto gastrointestinal, dentro del cual el recto-sigma es el lugar más frecuente, estando afectado en el 3% de las pacientes con endometriosis, seguido de colon derecho, intestino delgado, apéndice y ciego<sup>5,8</sup>.

El dolor pélvico está relacionado con el grado de infiltración, tipo y localización de la lesión. Por lo general, es más intenso en la etapa premenstrual y dura hasta que termina la menstruación. La presentación clínica suele ser inespecífica, manifestándose como dolor abdominal y/o pélvico (habitualmente tipo cólico), que aparece o se exacerba con la menstruación (50% de los casos), diarrea, dolor rectal y/o sangrado rectal —como presentó nuestra paciente—, junto con dispareunia, dismenorrea, infertilidad y sangrado uterino anormal<sup>9-11</sup>. Es importante destacar que la afectación intestinal puede ocurrir en pacientes sin historia previa de endometriosis, por ello es necesario considerar la posibilidad de endometriosis intestinal en pacientes en edad fértil y dolor abdominal<sup>12</sup>.

En los casos de afectación del tracto gastrointestinal el cuadro clínico varía desde una completa ausencia de síntomas, hasta incluso una emergencia por abdomen agudo. Puede presentarse también como distensión abdominal, tenesmo y disminución del calibre de las heces<sup>13</sup>. Son infrecuentes otras complicaciones tales como ascitis hemorrágica, perforación intestinal, hipoalbuminemia, obstrucción

intestinal e incluso apendicitis<sup>13</sup>. La obstrucción intestinal generalmente acontece cuando la endometriosis afecta a íleon, si bien se trata de una localización poco frecuente, con una tasa de incidencia del 0,8%<sup>14</sup>; requiriendo resección de intestino delgado por obstrucción intestinal el 0,7% de todas las pacientes tributarias de cirugía por endometriosis abdominopélvica<sup>13</sup>, complicación que no presentó nuestra paciente, ya que únicamente tenía afecto el recto-sigma, siendo el resto de intestino grueso y delgado normales.

Para su diagnóstico es preciso de una exploración física minuciosa, aunque es difícil llegar al diagnóstico de endometriosis rectal solo con dicha exploración. Las pruebas de imagen como la ecografía transvaginal y transrectal, incluso la resonancia magnética sugieren el diagnóstico<sup>15</sup>. No obstante, su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, pudiéndose confundir clínicamente con enteritis regional, apendicitis, colitis isquémica, enfermedad de Crohn, diverticulitis e incluso con neoplasia<sup>1,9</sup>.

El diagnóstico de certeza es anatomopatológico, tras la toma de muestras por colonoscopia, como ocurrió en nuestro caso, además de un estudio abdominal por vía laparoscópica, o bien tras la resección por laparotomía de los segmentos intestinales afectados. No obstante, esta enfermedad puede causar confusión al patólogo, pues la muestra de biopsia obtenida endoscópicamente es superficial y la endometriosis suele involucrar las capas más profundas de la pared intestinal, por lo que el tejido que se obtiene de esta manera podría evidenciar daño crónico, pero sin focos endometriósicos que den el diagnóstico, causando confusión con el diagnóstico diferencial<sup>13,16</sup>.

El tratamiento de la endometriosis intestinal no complicada, depende de la edad y del deseo de paridad de la paciente. El 0,7-2,5% de las pacientes requieren tratamiento quirúrgico<sup>11</sup>. La resección intestinal está indicada ante síntomas obstructivos (en afectación de intestino delgado principalmente), si no se ha podido descartar afección neoplásica o sangrado rectal, como ocurrió en nuestro caso. El sangrado intestinal implica la infiltración por el tejido endometrial de todas las capas de la pared intestinal, lo que implica la radicalidad de la cirugía. En pacientes con deseo genésico completo debe ser considerada la histerectomía con doble anexectomía con exéresis de las lesiones intestinales ó resección intestinal en caso de ser necesario, como ocurrió en el caso que se reporta.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Martínez-Hernández-Magro P, Barrón-Vega R, Rivas-Larrauri E, Godínez-Guerrero MA, Pérez-González M, López-Patiño S. Endometriosis transmural rectal como causa de estreñimiento crónico. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex.* 2011;79:441–6.
- Bannura G, Melo C, Contreras J, Barrera A, Soto D, Liendo R, et al. Resultado del tratamiento quirúrgico de la endometriosis colorrectal: análisis de 10 pacientes consecutivas. *Rev Chil Cir.* 2004;56:117–24.
- Falcone T, Lebovic D. Manejo clínico de la endometriosis. *Obstet Gynecol.* 2011;118:691–705.
- Guillermo Lay-Son R, Arlette Aduy E, Hugo Salinas P, Silvia Castillo T. Endometriosis familiar: reporte de una familia con herencia mendeliana. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2005;70:24–7.
- Ruiz-Tovar J, Pina Hernández JD, Lobo Martínez E, Sanjuanbenito Dehesa A, Martínez Molina E. Endometriosis intestinal. *Rev Esp Enferm Dig.* 2007;99:732–3.
- González J, Nieto A, Rodríguez JM, Cortés J. Obstrucción intestinal por endometriosis de íleon. *Actual Obstet Ginecol.* 1995;7:310–2.
- Hernández Valencia M. Diagnóstico de la endometriosis. *Perinatol Reprod Hum.* 2009;23:25–9.
- Pardo MI, Vázquez-Rodríguez M, Vidal R, Álvarez-Rodríguez R, García-Jiménez E, Moral JE. Obstrucción intestinal secundaria a endometriosis. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2011;38:150–2.
- Yantiss RK, Clement PB, Young RH. Endometriosis of the intestinal tract: a study of 44 cases of a disease that may cause diverse challenges in clinical and pathologic evaluation. *Am J Surg Pathol.* 2001;25:445–54.
- Carrión F, Maté A, Morán S, Ramos A, López C. Rectorragia en una mujer joven. *Rev Esp Enferm Dig.* 2011;102:603–5.
- Villarreal-Peral C, Olvera-Gracida LO, González-Maynes ML, Saucedo-Ruiz G. Endometriosis apendicular como causa de abdomen agudo. *Ginecol Obstet Mex.* 2011;79:489–92.
- Gómez-Rubio M, Fernández R, De Cuenca B, Serantes A, Martín A, Gutiérrez ML. Intestinal endometriosis as a cause of chronic abdominal pain leading to intestinal obstruction. *Am J Gastroenterol.* 1997;92:525–6.
- Barquero Melchor H, Delgado Castro M. Obstrucción intestinal debido a endometriosis ileal: reporte de un caso y revisión bibliográfica. *Acta Med Costarric.* 2003;45:117–9.
- Botello-Hernández Z, Corona-Bautista A, Albarrán-Castillo R, Jiménez-Redón E. Obstrucción intestinal secundaria a implantes endometriósicos. *Rev Esp Med Quir.* 2011;16:252–5.
- Mourthé de Alvim Andrade M, Batista Pimenta M, De Freitas Belezia B, Duarte T. Rectal obstruction due to endometriosis. *Tech Coloproctol.* 2008;12:57–9.
- Dimoulis P, Koutroubakis IE, Tzardi M, Antoniou P, Matalliotakis IM, Kouroumalis EA. A case of sigmoid endometriosis difficult to differentiate from colon cancer. *BMC Gastroenterol.* 2003;3:18.