

Endometriosis colónica.

Primera observación nacional.

Dres. Miguel Cordero, Nancy Toledo Correa,
Gonzalo Estapé, Boívar Delgado.

Se presenta un caso de endometriosis colónica. Su aspecto endoscópico es el de una compresión extrínseca, con biopsia normal, y que fue tratada con resección visceral, y de los focos endometriósicos vecinos, con buena evolución.

Se hacen consideraciones etiopatogénicas, diagnósticas y terapéuticas.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Endometriosis / Colon

SUMMARY: Colonic endometriosis, first national observation.

Description of a case of endometriosis of colon.

Its endoscopic aspect adopts the form of an extrinsic compression, with normal biopsy. Its treatment included viscera removal and removal of surrounding endometriotic sources, with satisfactory evolution.

Etiopathogenic, diagnostic and therapeutic consideration are done.

RÉSUMÉ: Endométriose colonique. Première observation nationale.

On présente un cas d'endométriose colonique. Son aspect endoscopique est celui d'une compression

Clinica Quirúrgica "1" (Director Prof. Dr. B. Delgado). Hospital Pasteur. Fac. de Medicina. Montevideo y Dpto. de Cirugía del Círculo Católico de Obreros de Montevideo.

extrinsèque, avec un biopsie normale. Elle fut traitée avec une résection viscérale et des foyers endométriosiques voisins, observant une bonne évolution.

On fait des considérations étiopathogéniques, diagnostiques et thérapeutiques.

INTRODUCCION

La existencia de un foco de endometriosis a nivel colónico puede constituirse en una neoformación que remedia en su macroscopia a los procesos malignos, pero a diferencia de estos evolucionan con integridad de la mucosa.

La presencia de glándulas endometriales en el espesor de la pared muscular del útero se llama adenomiosis. La endometriosis o endometriosis externa o indirecta se refiere a la presencia heterotópica de endometrio en tejidos alejados del útero.^(10, 17)

El patólogo austriaco Von Rokitansky en 1860 figura entre los primeros que describieron la endometriosis envolviendo trompa, ovarios, pelvis. Mackenrodt en 1909 opera una oclusión sigmoidea por endometriosis. Sampson en 1921 describe clásicamente la endometriosis como una entidad clínico-patológica, y hace referencia a una afección sigmoidea.

Según Meyers y Frederick⁽³⁾ en los últimos cuarenta años entre el 8 a 15% de las mujeres

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 2 de mayo de 1984.

Médico Auxiliar, Anátomo-patólogo, Prof. Agregado y Prof. Director de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Rivera 2690 apto. 4. Montevideo (Dr. M. Cordero).

que menstrúan tienen endometriosis. De éstos, el 3% según Gray⁽⁹⁾, a un 34% según Kratzer⁽¹²⁾, tienen compromiso enteral.

En nuestro medio existen numerosas publicaciones sobre endometriosis^(1, 3, 4, 6, 7, 13, 14, 16, 18, 19, 21). Al parecer el primer antecedente histórico es citado por Bellosio⁽⁴⁾ en el 7º Congreso Uruguayo de Cirugía. Fue un caso inédito estudiado por Verocay y Bado de una endometriosis de cicatriz abdominal y operado por los Drs. Infantozzi y Mérola. No hemos encontrado publicaciones nacionales sobre endometriosis colónicas.

CASO CLINICO

38 años H.C. C.C.O. de M. 237.774.

Paciente que durante una intervención ginecológica (11/1/83) con la finalidad de ser tratada por su esterilidad primaria, se le constata lesión sigmoidea, de unos cuatro centímetros de extensión, circunferencial total, que estenosa la luz. No existen evidencias macroscópicas de lesiones ganglionares, ni en órganos a distancia. Algunos focos, escasos, de endometriosis en Fondo de Saco de Douglas.

No se actúa sobre la lesión y se suspende la cirugía ginecológica.

A. P. Dolores súbitos en hipogastrio y pelvis de larga data. Distensión abdominal ocasional, que se han acentuado recientemente. Deposiciones de tipo acintada ocasionales, normocoloreadas, no sangre, no gleras.

Menarca a los 13 a. tipo 28/3, nuligesta, dismenorrea, dispareunia. Se le realizó en diciembre de 1982 una fibrolaparoscopia para estudio de su esterilidad, que mostró trompas no permeables y posible endometriosis.

Ex: Paciente lúcida sin elementos patológicos a consignar. Impresiona palpase a nivel de la fosa iliaca izquierda una tumefacción móvil, dolorosa, de límites no precisos. T.R.: s/p. T.V.: duele la movilización uterina; resto clínicamente normal.

Fibrocolonoscopia: "A 18 cm del margen anal hay una lesión hemisférica que protruye en la luz, cubierta de mucosa de aspecto sano. Impresiona como de topografía submucosa. Igualmente se biopsia, aunque pensamos que la histología de la mucosa será normal."

Anat. Patol.: Microscópicamente se observan fragmentos de mucosa colónica; escasamente aplásicos en los sectores observados.

La paciente exacerba su sintomatología colónica y el 6 del 9/83 se realiza nueva fibrocolonoscopia: "En el control realizado constatamos que la compresión extrínseca de tipo submucoso vista en enero de este año, persiste y obstruye de tal modo la luz que resulta imposible sortear esa zona; la mucosa que la recubre es sana."

En base a la evolución clínica e informes paraclínicos se decide operar a la paciente.

Operación: 29/6/83.

Incisión: mediana infraumbilical. Exploración: abierto peritoneo se comprueba gran componente de endometriosis a predominio en trompa y ovario izquierdo. Implantes en el fondo de Saco de Douglas. Lesión a nivel sigmoideo de unos cuatro centímetros de altura, circunferencial total. Distensión colónica supraleSIONAL. Exploración abdómino-pélvica: no existen otras lesiones a consignar en parénquimas, mesos o ganglios.

Procedimiento: Salpingectomía izquierda y ooforectomía homolateral. Resección de implantes macroscópicos de endome-

triosis. Resección anterior de colon con anastomosis término-terminal. Sutura monoplano extramucoso.

Post-operatorio: alta a los seis días, asintomática. Control a los seis meses: asintomática; en tratamiento con Danazol[®].

Anat. Patol.

Se recibe para examen pieza de resección de sigmoide, abierta por el cirujano; la cual mide 20 centímetros de longitud.

La sección pasó sobre una formación aparentemente nodular de la pared intestinal. Dicha tumoración mide 35 x 30 x 20 mm.

Realizadas otras secciones se comprueba una tumefacción blanquecina, con forma de media luna, aparentemente fibrosa situada entre las dos capas musculares; su espesor alcanza a 10 mm en la parte media. La lesión no tiene límites netos, y aparenta una invasión de afuera hacia adentro; de tal modo que se reconoce la mucosa y submucosa conservadas, la muscular interna bien reconocible pero invadida por finos trazos blanquecinos lineales procedentes de la tumoración; la capa muscular externa está completamente desorganizada y sus haces se mezclan con las bandas blanquecinas y fibrosas de la tumoración en estudio. A nivel de la misma la pared intestinal muestra una profunda umbilicación o surco en virola, que retrae intensamente al meso. El tejido de apariencia tumoral muestra pequeños poros en los límites con el tejido adiposo del meso.

La tumoración mencionada ocupa solamente un tercio de la circunferencia visceral. El resto de la mucosa muestra sus pliegues conservados, no observándose pólipos ni divertículos. La capa muscular restante está hipertrofiada. El diámetro intestinal alcanza a 5 cm en un extremo y 4.5 centímetros en el opuesto. En el meso sigmoide se observan abundantes vasos congestivos rodeados de tejido adiposo, con moderada hipertrofia de los apéndices epiploicos. Se observan solamente dos pequeñísimos ganglios linfáticos en la vecindad de los vasos.

MICROSCOPIA: los cortes completos de la pared intestinal revelan que la tumoración descrita corresponde a la denominada *Endometriosis Externa*, de localización *Sigmoidea*. Constituida por islotes de endometrio heterotópico, constituidos por glándulas endometriales rodeadas del estroma celular llamado "estroma citógeno".

Algunas glándulas son quísticas y otras marcadamente alargadas.

Dichos elementos endometriósicos tienen su mayor desarrollo en las capas externas del intestino, y forman cuerpo con lesiones similares ubicadas en el meso yuxtavisceral. A ese nivel se observa marcada vascularización, congestión y hemorragias de diversa cronología, incluso con presencia de pigmento hemosiderínico en los histiocitos.

Acompañan infiltrados linfocitarios y eosinófilos. Por el lado interno de la pared intestinal se constata islotes endometriósicos en la submucosa; estando la mucosa completamente libre y atrófica.

No se constata elementos neoplásicos en el material examinado.

Se subraya que en la trompa derecha de la misma enferma, enviada separadamente, se ha constatado el mismo tipo de lesiones endometriósicas en la pared tubaria.

COMENTARIOS

La endometriosis depende estrictamente de la función del ovario. Se manifiesta entre los 25 y

los 46 años de edad. Se atribuye mayor incidencia de esta afección en las clases socioeconómicas más pudientes^(8, 10).

La sintomatología más frecuente son los dolores abdominales o pélvicos tipo calambre. Se puede exacerbar en la menstruación pero esto no es imperioso. La irregularidad menstrual, la dismenorrea y dispareunia son trastornos concomitantes muy habituales.

Los síntomas a nivel intestinal, como el del caso clínico presentado, se caracterizan por distensión abdominal, tenesmo y materias acinadas^(9, 10, 11). El sangrado intestinal, es citado como poco probable por algunos autores^(10, 15). Sin embargo Henrikensen⁽¹¹⁾ publica diecisiete casos de sangrados rectales sobre veintinueve de endometriosis colónica.

La obstrucción a nivel rectosigmoideo, suele estar causada por tumefacción o fibrosis circular. A nivel del intestino delgado la obstrucción es dada por acodamiento, vólvulo y invaginación en la zona de implantes endometriales.

Dentro de las complicaciones excepcionales están el hemoperitoneo y la ascitis por endometriosis. Biberman y Rozada⁽⁶⁾ han presentado en nuestro medio un caso de ascitis por endometriosis.

En ausencia de elementos de obstrucción intestinal o sangrado, la endometriosis raramente se demuestra por exploración abdominal. La visualización de nódulos púrpura-azulados a nivel de la pared posterior vaginal es prácticamente patognomónico.

La radiología, mediante el colon por enema o muestra signos específicos de endometriosis. Cuando hay invasión del intestino, revela una mu-

cosa sana y una deformidad que puede ser constrictiva, ahusada o de tipo polipoideo.^(10, 11, 15) Sin embargo, Jenkinson y Brown⁽⁸⁾ le atribuyen a estas imágenes carácter de especificidad.

La endoscopia nos aporta el dato fundamental de la mucosa sana, y la alteración luminal. Obtendríamos por este método el carácter evolutivo, que como en nuestro caso tiende a ser francamente estenosante. En la serie de Meyer y Kelvin⁽⁹⁾ no se pudo diagnosticar endometriosis por biopsia endoscópica. Estos autores afirman que no han encontrado en la literatura de endometriosis colónica o rectal ni un solo caso citado de diagnóstico por biopsia endoscópica.

Las pacientes en edad de procreación, con antecedentes de dolores abdomino-pélvicos, dismenorrea, dispareunia, que en el estudio radiográfico y/o fibroscópico demuestra una lesión entérica con mucosa sana, el diagnóstico de endometriosis debe ser planteado.

La fibrolaparoscopia nos aportará dos datos positivos muy importantes:

- a) confirma la existencia de la endometriosis por la visualización de los nódulos color azul o rojo amarillo, pardo. Estos nódulos pueden ser de pocos milímetros hasta de 1 a 2 centímetros. Las lesiones dependen de la actividad ovárica, por lo que tienden a crecer. En oportunidades se fusionan, creando por fibrosis de las lesiones una "pelvis congelada".
- b) demuestra que la serosa enteral se encuentra comprometida.

En la tabla 1, (Kratzer —modificado—), se planea los elementos clínicos y paraclínicos diferenciales entre endometriosis colónica y adenocarcinoma de colon.

	ENDOMETRIOSIS	CARCINOMA
Edad	25-45	40-60
Sexo	Femenino	65% Femenino
Pérdida de peso	Ninguno-moderado	Marcado
Sangre en materias	Raro, o sólo en menstruación	Frecuente
Antecedentes gineco-obstétricos	Dolor pelviano, dismenorrea, dispareunia, nuligesta o primaria	No hay relación
Rectosigmoidoscopia-Fibrolaparoscopia	Mucosa intacta. No sangra	Mucosa ulcerada y sangre
Colon por enema	Defecto, largo mucosa intacta	Corto defecto de llenado, Mucosa irregular

Según Kratzer-Modificado.

En la patogenia de la endometriosis existen clásicamente tres teorías que pretenden explicar la heterotopía:

- 1) Sampson⁽¹⁰⁾ propone el implante en la cavidad peritoneal por reflujo a través de las trompas de Falopio durante la menstruación. Este mecanismo se puede ver acrecentado por estenosis del cuello uterino. Rodríguez López⁽¹⁰⁾, publica en 1946 un caso en el cual en su opinión confirma la teoría de Sampson. Esta teoría no logra explicar con claridad los raros implantes de endometrio a nivel pulmonar, pleural, o más distantes. Tarigo⁽²¹⁾ en 1950 publica dos casos de endometriosis; uno de ellos con gran posibilidad de ser una endometriosis pulmonar.
- 2) Invahoff y Mayer⁽¹⁰⁾, plantean el origen embrionario común que tienen la serosa y el endometrio, de la membrana celómica. Se podría presentar endometriosis en la metaplasia de las células epiteliales.
- 3) Halban⁽¹⁰⁾ propone la diseminación vascular de tejido endometrial a predominio linfático.

Resaltamos el estudio realizado en nuestro medio por el Dr. Cassinelli⁽⁷⁾ quien en 1947 efectuó un prolijo y exhaustivo trabajo de investigación sobre la patogenia de la endometriosis.

La propiedad del tejido endometrial heterotópico, es el presentar una conducta tan sólo compartida por las células neoplásicas malignas. Los focos de endometriosis se mantienen bajo control hormonal. Proliferan y degeneran cíclicamente durante la etapa reproductora. El endometrio proliferante heterotópico tiene una tendencia particularmente invasora.

La hemorragia cíclica en un foco cerrado como sucede en la endometriosis, tiende a causar deformación quística, y consecuentemente necrosis y fibrosis. Todo este proceso lleva a la destrucción del tejido. Al cesar la estimulación en la menopausia, la endometriosis se vuelve inactiva. De todas formas ya ha pasado un lapso en el cual el daño tisular está constituido y queda la cicatriz.

Existen publicados adenocarcinomas en endometriosis^(4, 20). Se encuentra cáncer en menos del 1% de las lesiones ováricas⁽¹⁰⁾ y es menos frecuente en otras localizaciones de endometriosis.

La estadificación de la endometriosis es imperativa para su estudio anátomo-patológico, y para pautar la terapéutica. Existe la clasificación planteada por Acosta y Col.⁽²⁾ en leve, moderada, y severa (en donde hay focos de endometriosis en otros aparatos además del genital).

En nuestro medio Prunell⁽¹⁶⁾ estadifica la endometriosis en cuatro estadios, algunos con subtipo A y B. El caso presentado está dentro de las severas según Acosta, y en el estadio 4 según Prunell, pues presenta síntomas extragenitales.

Al depender la endometriosis de la actividad ovárica, se plantean varios métodos de supresión de la misma. Hoy día esta supresión, por castración quirúrgica o radiante es inaceptable. No es nuestra intención pautar sobre el tratamiento de la endometriosis. Siguiendo a la mayoría de los autores, el tratamiento hormonal estaría basado en acetato de medroxyprogesterona y progesterona, o estrógenos y progesterona, o, últimamente, por el Danazol[®], que es un derivado de la testosterona, y tiene una acción antogonadotrófica.

Junto a varios autores^(10, 22), creemos, que con referencia particular a la afección entérica sintomática, no se puede confiar sólo en el tratamiento hormonal.

Según Tsai⁽²²⁾ se pueden esperar una recidiva entre el 25 y el 45% de las enfermas tratadas a los tres años.

En 179 casos de afección intestinal operados por Gray⁽⁹⁾ en los cuales realizó; escisión superficial en 81, escisión parcial en 61 y resección segmentaria en 37 casos, comunicó recidivas clínicas en 16, 10 y 9 respectivamente.

Se plantea por la mayoría de los autores que el tratamiento debe ser emprendido en forma multidisciplinaria, por internista, ginecólogo y cirujano. Desafortunadamente hay publicadas amputaciones abdomino-perineales por endometriosis⁽¹⁵⁾.

CONCLUSIONES

- Los focos de endometriosis dependen de la actividad ovárica.
- Se presenta la 1ª observación nacional de endometriosis colónica, que estenosa la luz, da un cuarto subclusivo, y que su aspecto macroscópico con visión intraperitoneal es el de una virola neoplásica maligna.
- La biología de la enfermedad y de las lesiones se podrían superponer a las neoplasias malignas.
- Las endometriosis entéricas evolucionan con la mucosa conservada y generalmente no sangran.
- La endometriosis debe ser planteada dentro de los diagnósticos en aquellas pacientes jóvenes portadoras de endometriosis genital y/o extragenital, con lesiones entéricas.

- La conducta frente a las lesiones debe ser: resección de todos los focos macroscópicos y en el caso entérico, resección y anastomosis. De quedar actividad ovárica, se debe hacer tratamiento hormonal.
- La endometriosis con colonización extragenital debe ser estudiada, tratada, y seguida por un equipo multidisciplinario. A pesar de ello se puede esperar un número variable de recidivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ACHARD A. — Endometriosis in emma. Aporte a la casuística nacional. Arch. Ginecol. Obs et. 5: 455, 1946.
2. ACOSTA A. e col. — A proposed classification for endometriosis. Obstet. Gynecol. 42: 18, 1973.
3. AHUMADA J.C., SALABER J.A., NOGUES A.E. — Endometriosis fornical posterior perforante. Arch. Ginecol. Obstet. 1: 186, 1942.
4. BELLOSO R., TARIGO E., JAMANDREU C. — Cirugía de los tumores del ovario. Tratamiento de la endometriosis. Congreso Uruguayo de Cirugía, 7º, 2: 245, 1956.
5. BEYOUNG E. et col. — Primary endocarcinoma of the rectovaginal septum, arising from endometriosis; Report of a case. Cancer 24: 586, 1969.
6. BIERMAN DE ROZADA I., ROSADA H. — Ascitis como único síntoma de una endometriosis Arch. Ginecol. Obstet. 26: 26, 1973.
7. CASINELLI J.F. — Autoinjerto de endometrio en la coneja, sometida a inyecciones repetidas de foliculina. An. Fac. Med. on evideo, 32: 331, 1947.
8. GOLIGHER J. — Surgery of the Anus Rectum and Colon. London, Bailliere, 1980.
9. GRAY L.A. — Endometriosis of the bowel. Role of bowel resection, superficial excision and cophorectomy in treatment. Ann. Surg. 177: 580, 1973.
10. HAUBRICH W. — Endometriosis Entérica. En: Bockus H., Filadelfia, W.B. Saunders, 1980.
11. HENRIKSEN E. — Endometriosis Am. J. Surg. 90: 331, 1955.
12. KRATZER G., SALVATI E. — Collective review of Endometriosis of the colon. Am. J. Surg. 90: 866, 1955.
13. MANGARELLI E. — Utero bicorne y endometriosis interna uterina. Arch. Ginecol. Obstet. 9: 17, 1950.
14. MARTINEZ OLAZCOAGA D., PISANO BLANCO E. — Diagnóstico radiológico de la endometriosis uterina. Arch. Ginecol. Obstet. 7: 160, 1948.
15. MAYER W., KELVIN F. et al. — Diagnosis and surgical treatment of colonic Endometriosis Arch. Surg. 114: 169, 1979.
16. PRUNELL G. — Endometriosis. Monografía Post-Graduado. Montevideo. Facultad de Medicina. 1982. Original dactilografiado.
17. ROBBINS S. — Aparato genital femenino - Cuerpo de útero y endometrio. En: Robbin, S. - Tratado de Patología, 3ª ed. México. Interamericana, 1968, p. 1023.
18. RODRIGUEZ LOPEZ M. — Un caso interesante de endometriosis, que confirma la teoría de la implantación de Sampson. Arch. Ginecol. Obstet. 5: 450, 1946.
19. RODRIGUEZ XIMENO M. — Endometrioma del miometrio o adenomiosis uterina. Arch. Ginecol. Obstet. 1: 310, 1942.
20. SCULLY R. et col. — The development of malignancy in endometriosis. Clin. Obstet. Gynecol. 9: 384, 1966.
21. TARIGO E. — Endometriosis post-operatorio de la pared abdominal. Probable endometriosis pulmonar post-operatoria. Arch. Ginecol. Obstet., 9: 134, 1950.

COMENTARIOS:

Dr. PERDOMO: Esta si uación es curiosa pero no an rara. Tu i-mos oportunidad de encon rarla y tra arla en una oportunidad también, y nos gustaría si nos dieran unos minutos, mostrar las placas porque son complementarias de la exposición que ha hecho el colega. Esta enferma era una señorita de 47 años, que hacia un año estaba con trastornos intestinales. Se estudió y como uds. verán, no tuvimos ninguna duda de que se trataba de una neoplasia de colon. Ni nosotros ni el gastroenterólogo que la vio en primer término. El estudio fibroscópico mostraba una mucosa sana, pero a determinada altura el fibroscopista no podía pasar. Con este aspecto y sin tener la biopsia pensamos que se trataba de una neoplasia de sigmoides estenosante y uimos a la resección de colon. La enferma tenía además una fibroma osis uterina y un ovario patológico. Hicimos una histerectomía subtotal, una anexectomía bilateral y una colectomía segmentaria. La endometriosis estenosante del colon era similar a la que ha descrito el Dr. Toledo; lamentablemente no tengo fotografiada la pieza.