

Endometriosis colónica

Consideraciones diagnósticas y terapéuticas

Dres. Alberto Piñeyro, Luis Carriquiry, Horacio Scigliano, Gonzalo Ardao

Resumen

Se presentan dos casos de endometriosis colónica. Se señalan sus aspectos etiopatogénicos, anatomopatológicos, clínicos y los exámenes complementarios más importantes. En cuanto al tratamiento se destaca la necesidad de resección intestinal frente a la endometriosis colónica sintomática.

Palabras clave: Endometriosis – terapia
Colon – diagnóstico.

Summary

Two cases of endometriosis of the colon were presented. Their etiological, pathogenic, pathological and clinical aspects, as also the most important laboratory studies, were discussed. Regarding treatment it was pointed out that, in view of these symptomatic endometriosis of the colon, a resection of the intestine needs to be performed.

Introducción

La endometriosis (EM) se define como la presencia de tejido ectópico que posee la histología y la función de la mucosa uterina ⁽¹⁾. Como enfermedad ginecológica, solo se ve superada en frecuencia por la miomatosis. Se estima que 10–15% de las mujeres en edad genital activa, la padecen ^(2–4).

Los sitios clásicos de la EM son el peritoneo pelviano y el ovario, pero ha sido encontrada en sitios tan distantes como: mediastino, mucosa nasal y riñones. El tracto gastrointestinal es uno de los sitios poco

frecuentes de compromiso extragenital (3–20%). Habitualmente su afectación consiste en pequeños nódulos serosos asintomáticos, hallados ocasionalmente en el curso de una laparotomía. El compromiso de la luz intestinal con cuadros oclusivos es muy poco frecuente y el sangrado digestivo es excepcional.

Al igual que el endometrio normalmente implantado, la EM responde a las modificaciones hormonales a lo largo del ciclo menstrual y ocasiona sangrado local, dolor y reacción inflamatoria con alteración de las estructuras que afecta.

Su etiopatogenia es probablemente multifactorial ⁽⁵⁾. Entre los factores inculcados, debemos destacar:

- 1) Alteraciones cervicales con reflujo utero–butario de células endometriales e implante posterior en estructuras pélvicas vecinas como lo propuso Sampson ⁽¹⁾.
- 2) Teoría de la diseminación vascular y/o linfática, apoyada en determinados estudios histopatológicos como fue presentado por Halban y Novak ^(6,7).
- 3) La metaplasia a partir de células pluripotenciales del epitelio celómico que bajo determinadas condiciones hormonales se convertirían en células endometriales ⁽⁶⁾.
- 4) Finalmente se ha planteado la existencia de un factor hereditario basado en una alteración en la relación entre prostaglandinas PGE/PGF 2 ⁽⁸⁾.

La EM digestiva se localiza, de preferencia, en los sectores vecinos a la pelvis: sigmoides–recto–cecopéndice e ileón. El compromiso digestivo se acompaña habitualmente de lesiones genitales y la EM se extiende por contigüidad a los diferentes sectores pelvianos.

Las lesiones de EM digestiva pueden variar su tamaño desde pocos milímetros hasta tumores de 5 cm o más. Se topografían habitualmente a nivel de la subserosa y capa muscular pudiendo en ocasiones penetrar hasta la submucosa. El compromiso mucoso es excepcional, por lo cual el sangrado digestivo y la

Trabajo del Servicio de Cirugía del Hospital Central de las Fuerzas Armadas y del Servicio de Cirugía de Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 10 de noviembre de 1991.

Correspondencia: Dr. Alberto Piñeyro. Gutiérrez Ruiz 1116. 11100 Montevideo.

posibilidad del diagnóstico endoscópico son muy poco frecuentes.

Los repetidos episodios de sangrado intramural llevan a la fibrosis progresiva que puede llegar a comprometer la luz intestinal. El corte, en ocasiones, puede presentar un clásico color rojo azulado el que, frecuentemente, se encuentra sustituido por los elementos de fibrosis ya señalados.

Del punto de vista microscópico se encuentran los dos componentes del endometrio normal: el tejido glandular y el estroma. Cuando el compromiso es muy superficial puede estar presente solo el elemento glandular.

Del punto de vista clínico, las 2/3 partes de las pacientes presentan síntomas de EM genital. Son mujeres en edad genital activa, habitualmente entre 30–40 años que en alto porcentaje presentan la tríada característica de la EM: dismenorrea, dispareunia e infertilidad. La sintomatología digestiva está dada por: dolor, constipación o diarreas, tenesmo, materias acintadas y excepcionalmente sangrado. La aparición o agravación de esta sintomatología en el período premenstrual o menstrual es lo característico⁽⁹⁾.

La radiología contrastada en casos de compromiso de la luz intestinal puede presentar imágenes similares a las de un carcinoma. La endoscopia muestra una estenosis con mucosa conservada, lo que impide obtener biopsias. En raras ocasiones, la endoscopia realizada en período premenstrual inmediato permite la visualización de imágenes submucosas típicas, de color rojo azuladas y obtener biopsias⁽¹⁰⁾

Casos clínicos

Caso clínico 1. S.C. 31 a. H.C. FF.AA. Antecedentes ginecoobstétricos: 1 hijo, dismenorrea. Consulta por cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por episodios suboclusivos típicos.

Colon por enema de doble contraste: imagen en virola a nivel del sigmoides.

Fibrocolonoscopia: se realizaron dos. Estenosis infranqueable a nivel sigmoideo, con mucosa sana.

TAC. Normal.

Se opera 31/7/91. *Proceso tumoral a nivel del sigmoides que incluye ovario y trompa izquierdas*. Resto S/P. Se realiza una sigmoidectomía más anexectomía izquierda. Colecistectomía por macrolitiasis. Al abrir la pieza se constata marcada hipertrofia parietal sobre todo de su capa muscular, con mucosa sana.

Buena evolución.

Anatomía patológica (Dr. Scigliano). Sigmoides de 22 cm. Ovario de 35–25–25 mm. Adherida a la superficie externa, se aprecia a 10 cm de uno de los extremos, masa oscura de 7 cm. El corte revela masa parduzca correspondiente a formación hemáticaquistificada, adherida a la pared intestinal que muestra

engrosamiento del resto de las capas. Cortes de pared colónica: a nivel de la muscular y submucosa infiltrado masivo de glándulas y estroma de aspecto endometrial, configurando la morfología de una endometriosis. En suma: endometriosis de pared colónica.

Buena evolución, asintomática al momento actual.

Caso clínico 2. G.B. 29 a. A.E. 1ª de S.M. Nuligesta. Dismenorrea. Historia de 6 meses de evolución caracterizada por dolor abdominal y diarreas. Colon por enema: estenosis rígida rectosigmoidea. Fibrocolonoscopia: se realizaron dos. Estenosis infranqueable a 15 cm con mucosa sana. C.E.A. 2.5 ng.

Se opera 5/5/86. Tumorción de recto alto. Resto de la exploración S/P. Resección anterior y anastomosis manual término-terminal. Buena evolución.

Anatomía patológica (Dr. Vercelli). Sector intestinal de 18 cm a 19 mm del cabo distal, masa firme, submucosa de 20 x 16 mm. 100 mm por encima, otra masa de 40 x 25 mm de iguales caracteres. En la superficie externa, y coincidiendo con estas masas, adherencias firmes de color oscuro (hemorragias evolucionadas). Del punto de vista microscópico se constata endometriosis florida de pared rectal. Hay dos sectores de la mucosa rectal que están microscópicamente sustituidos por endometrio. Se hizo *Ladoga* en el postoperatorio. En 1988, fibrolaparoscopia y liberación de adherencias, constatándose una endometriosis del piso pelviano. En 1989, embarazo que culmina en cesárea. En 1991, dolor, nódulo de endometriosis en tabique recto vaginal. Se medica con *Ladoga*.

Comentario

Clásicamente se consideran dos tipos de EM: la interna o intrauterina, denominada también adenomiosis y la externa o EM propiamente dicha⁽¹¹⁾. Esta última predomina a nivel del ovario y el peritoneo pelviano. La localización a nivel del tubo digestivo es la tercera en frecuencia y oscila entre el 3–30%⁽¹⁰⁾ según se consideren simples implantes serosos asintomáticos o verdaderos tumores que alcanzan los 5 cm que son llamados por algunos autores endometriomas⁽³⁾.

El primer caso de EM fue publicado en el año 1860 por el patólogo austriaco Von Rokitsky. La primera localización digestiva fue señalada por Meyer en 1909 y operada por Mackenrodt⁽¹²⁾. Sampson en el año 1921 hace la mayor contribución al conocimiento de esta patología⁽¹⁾. A nivel nacional, en el año 1984, Cordero y cols⁽¹³⁾ presentan a la Sociedad de Cirugía el primer caso de EM colónica. En esa misma sesión Perdomo aporta otro caso en una paciente de 47 años.

El interés esencial de la EM colónica, radica en la pobre experiencia a nivel de servicios quirúrgicos y en la dificultad del diagnóstico preoperatorio.

Para el diagnóstico de esta afección se han utilizado los estudios radiológicos contrastados, la fibrocolonoscopia, la laparoscopia y últimamente la ecografía, la TAC ⁽¹²⁾ y la RMN como la han propuesto Godlewski en Francia y Nishimura en Japón ⁽¹⁴⁾. El diagnóstico de certeza solo se hace con el estudio anatomopatológico de las lesiones. El diagnóstico diferencial puede plantearse con: carcinoma, enfermedad inflamatoria del intestino, tumor carcinoide, lesión isquémica o rádica, tumor benigno, apendicitis aguda en el caso de localización quirúrgica. El tratamiento puede ser hormonal y/o quirúrgico. Dentro de los fármacos utilizados podemos distinguir 3 tipos ⁽¹⁵⁾:

- 1) Danazol. Introducido por Greenblatt a partir de 1971. Suprime el eje hipófiso-gonadal, al inhibir la eliminación de las gonadotropinas hipofisarias. En dosis de 200–800 mg/día, logra remisión de la sintomatología en el 70–100%, un 90% de retroceso en las lesiones al control laparoscópico y un 70% de embarazos. No obstante se debe señalar una recidiva del 5–15% por año, con una media de 40% a los tres años.
- 2) Progestágenos del tipo de la Gestrinona, cuando logran la amenorrea, obtienen un buen resultado a nivel de las lesiones de EM.
- 3) Agonistas LH–RH. Como el Leuprolide, que actúan a nivel de los receptores hipofisarios de LH–RH. Producen un aumento inicial de las gonadotropinas (FSH y LH) y luego una reducción rápida, ocasionando un hipogonadismo reversible al suspender la medicación.

La utilización de todo este arsenal hormonal a nivel de la localización digestiva, solo ha sido motivo de publicaciones ocasionales ^(12,15). Al establecer el tratamiento de cada paciente, se deberá tener en consideración: edad de la paciente, situación hormonal, extensión de las lesiones y deseo de futuros embarazos.

A nivel intestinal, la ausencia de síntomas es adecuado índice predictivo de lesiones no significativas ⁽¹¹⁾. Frente a la existencia de episodios suboclusi-

vos o si se plantea el diagnóstico diferencial con carcinoma: el tratamiento de elección es la resección intestinal, como lo fue en nuestra pacientes.

La transformación blastomatosa de la EM es rara pero posible ⁽⁸⁾ (0.5–1%). Si se origina a punto de partida del estroma genera un sarcoma, si es a partir del epitelio, un carcinoma.

Bibliografía

1. **Sampson JA**. Perforating hemorrhagic cysts of the ovary. Their importance and especially their relation to pelvic adenomas of endometrial type. *Arch Surg* 1921; 3: 245–7.
2. **Blondon J, Caubel P, Foulques H, Lefranc JP**. Diagnostic et traitement de l'endometriose digestive. *Ann Chir* 1989; 43: 265–7.
3. **Keane TE, Peel ALG**. Endometrioma. An intra-abdominal troublemaker. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 963–5.
4. **Prystowsky J, Stryker S, Ujiki G, Poticha S**. Gastrointestinal endometriosis. Incidence and indications for resection. *Arch Surg* 1988; 123: 855–8.
5. **Luciano A, Pitkin R**. Endometriosis. Approaches to diagnosis and treatment. En: Lloyd Nyhus. *Surgery Annual New York: Appleton-Century-Crofts* 1984.
6. **Alvarez Pérez JJ, González González J, García Bear I, Domínguez Iglesias F, Aza González J, Estradé González L**. Endometriosis intestinal. *Rev Esp Enf Ap Dig* 1987; 72: 291–7.
7. **Tagart REB**. Endometriosis of the large intestine. *Br J Surg* 1959; 47: 27–34.
8. **Caligaris Ph, Ducassou MJ, Masselot R, Maurin B, Cardon JM, Bricot R**. L'endometriose digestive. Conceptions actuelles. *J Chir* 1982; 119: 693–8.
9. **Pillay SP, Hardie IR**. Intestinal complications of endometriosis. *Br J Surg* 1980; 67: 677–9.
10. **Meyers W, kelvin F, Scott Jones R**. Diagnosis and surgical treatment of colonic endometriosis. *Arch Surg* 1979; 114: 169–75.
- 11) **Gray L**. Endometriosis of the bowel. Role of bowel resection, superficial excision and ooforectomy in treatment. *Ann Surg* 1973; 177: 580–7.
12. **Martini RB, Amuchastegui R, Valenzuela CH, Ribichini J, Scheider A**. Endometriosis colónica pseudotumoral. *Rev Esp Enf Ac Dig* 1990; 77: 290–4.
13. **Cordero M, Toledo Correa N, Estapé G, Delgado B**. Endometriosis colónica. Primera observación nacional. *Cir Uruguay* 1985; 55: 135–9.
14. **Godlewsky G, Rouanet JP, Mares P, Mauban A, Louis JF, Delbos O**. Endometriose pelvienne de localisation urinaire et digestive. *J Chir* 1991; 128: 409–14.
15. **Bianchot J, Jacquemard F, Letoquart JP, Marcorelles P, Mambrini A, Giraud JR**. L'endometriose digestive. A propos de 5 localisations resequees. *J Chir* 1990; 127: 271–6.