

CASUÍSTICA

ENDOMETRIOSIS CECAL: UNA LOCALIZACIÓN POCO FRECUENTE

Juan Perriello, Guillermo Premoli, Guillermo Sanguinetti, Pablo Capellino, Ramiro Perez Catón

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad caracterizada por la presencia de tejido endometrial funcionando de localización extrauterina y una de las afecciones ginecológicas benignas más frecuentes en mujeres en edad reproductiva, con una incidencia de 5% a 15% en la premenopausia^{1,4,6}.

El primer caso de endometriosis gastrointestinal sintomático reportado en la literatura es el de Meyer en 1909¹. En el mismo año Mackenrodt realiza la primera resección intestinal por oclusión de origen endometriósico⁴.

La enfermedad se localiza predominantemente en la región de la pelvis, siendo la intestinal la localización extragenital más frecuente y su incidencia varía del 3 al 37%¹⁻⁷.

Siendo el recto y el rectosigma las zonas más afectadas (70%-93%), le siguen en orden de frecuencia el intestino delgado a nivel del íleon terminal (7%), ciego (3,6%), y apéndice cecal (3%)^{1,3,6,7}. Este patrón de distribución refleja las áreas del tracto intestinal con mayor proximidad a los órganos genitales femeninos¹.

La sintomatología puede ser completamente asintomática a una enfermedad intolerable y de difícil tratamiento².

Los síntomas gastrointestinales más comunes son: dolor abdominal recurrente que aparece con los ciclos menstruales, cambio del hábito evacuatorio, síntomas oclusivos, hemorragia digestiva, náuseas, vómitos y tenesmo acompañados o no de sintomatología ginecológica como esterilidad, dismenorrea, dispareunia, menometrorragia, etc¹⁻⁶.

CASO

Presentamos el caso de una mujer de 38 años con antecedentes de apendicectomía y antecedentes familiares de cáncer de colon, sin otros antecedentes clínicos ni quirúrgicos de relevancia, a quien se le diagnosticó en forma incidental, como parte del estudio prequirúrgico para la resección de un quiste anexial izquierdo, en un colon por enema, una compresión extrínseca de la región rectosigmoidea y una imagen

polilobulada, de bordes irregulares y 4 cm de diámetro en el fondo cecal (fig. 1).

Ante la dificultad para completar la colonoscopia debido a la compresión a nivel de rectosigma y constatándose en el intraoperatorio de la resección anexial laparoscópica una lesión parietal con efecto de masa a nivel del fondo cecal, se decidió llevar a cabo la resección del colon afectado, realizándose una hemicolectomía derecha videoasistida.

La paciente evolucionó en forma favorable, otorgándose el alta hospitalaria al tercer día postoperatorio.

La anatomía patológica informó foco de endometriosis en la pared colónica. (fig. 2 y 3).

En el seguimiento alejado, a nueve meses de la cirugía, la paciente se encuentra asintomática.

DISCUSIÓN

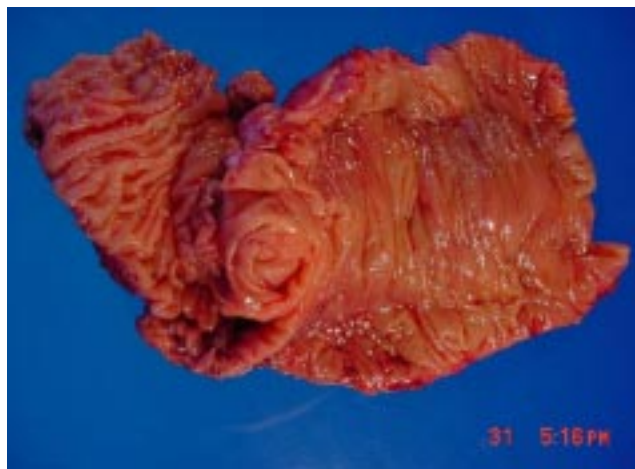
La endometriosis intestinal como entidad patológica es poco frecuente. Se debe pensar en ella ante toda mujer en edad reproductiva con síntomas abdominales bajos inespecíficos, frecuentemente cíclicos. La presencia además de síntomas ginecológicos agregados sugieren fuertemente el diagnóstico, aunque la ausencia de éstos no la excluyen¹.

El diagnóstico de certeza prequirúrgico es difícil¹. Las entidades que se incluyen en el diagnóstico dife-



Figura 1. Imagen polilobulada, de bordes irregulares y 4 cm de diámetro en el fondo cecal

¹ Servicio de Cirugía del Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM) Mar del Plata. Argentina.
E-mail: guillermopremoli@yahoo.com.ar



Figuras 2 y 3. Imagen de la pieza operatoria que muestra foco de endometriosis con la mucosa respetada.

rencial son principalmente la enfermedad neoplásica y la enfermedad inflamatoria intestinal y a diferencia de estas la mucosa esta respetada siendo los intentos de biopsia negativos^{1,4,5}.

Los métodos usados para el diagnóstico diferencial incluyen⁶:

- Ecografía pelviana abdominal y transvaginal para la evaluación de las lesiones ováricas y del fondo de saco de Douglas.
- Colon por enema y colonoscopia para evaluar el marco colónico, pueden verse imágenes negativas o de estenosis, en todos los casos la mucosa esta conservada.
- Ecoendoscopia endorectal: es actualmente el examen de referencia para el diagnóstico sobre todo en las formas rectales.
- Resonancia magnética nuclear: posee una efectividad similar a la ecoendoscopia.
- Laparoscopia: es un excelente método diagnóstico y también terapéutico.

El objetivo del tratamiento quirúrgico en la endometriosis colorrectal es la completa resección de los endometriomas, para garantizar el alivio de los síntomas y prevenir la recurrencia. Este tratamiento está fundamentalmente indicado en dos circunstancias: 1) si la paciente presenta síntomas, 2) en caso de duda diagnóstica con una lesión neoplásica, como por ejemplo el caso que nos ocupa^{1,6}.

Si las lesiones digestivas son un hallazgo, la conducta expectante es la regla⁶.

La decisión de realizar una histerectomía o una anexectomía como complemento dependerá de la edad de la paciente así como del compromiso de estos órganos por la endometriosis⁵⁻⁷.

El beneficio del tratamiento médico prequirúrgico y posquirúrgico no esta debidamente determinado, y son necesarios nuevos estudios para determinarlo⁵⁻⁷.

En cuanto a la vía de abordaje, la elección de la laparoscópica dependerá fundamentalmente de la experiencia del cirujano, considerando los beneficios y ventajas que éste método ofrece, ampliamente demostrados en la literatura^{3,6,7}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cameron IC, Rogers S, Collins MC. Intestinal endometriosis: presentation, investigation and surgical management. *Int J Colorectal Disease* 1995; 10: 83-6.
2. Chu P, Su H, Ko C. Endometriosis of the colon and rectum mimicking colon cancer. *Int J Gynaecol Obstet* 2004; 87: 167-8.
3. Darai E, Thomassin I, Barranger E. Feasibility and clinical outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 394-400.
4. Meyers W, Kelvin F, Jones R. Diagnosis and surgical treatment of colonic endometriosis. *Arch Surg* 1979; 114: 169-75.
5. Mizrahi S, Mayzler O, Goldstein D. Endometriosis simulating a colonic obstructive neoplasm. *Eur J Surg Oncol* 2003; 29: 766-7.
6. Régenet N, Métairie S, Cousin GM. Endométriose colorectale. Diagnostic et prise en charge. *Ann Chir* 2001; 126: 734-42.
7. Verspyck E, Lefranc JP, Guyard B. Treatment of bowel endometriosis: a report of six cases of colorectal endometriosis and a survey of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 71:81-4.