

ENDOMETRIOSIS INTESTINAL

PRESENTACION DE UN CASO

Dr. Fernando Tuffi García* y
Dr. Arturo Vélez Gil**

H.C. No. 398336 (Hospital Universitario, Cali, Valle,
Colombia)

Paciente religiosa, de 46 años de edad, raza blanca, fue remitida para evaluación diagnóstica y tratamiento del Hospital "La Misericordia" de Calarcá, por problemas ginecológicos consistentes en hipermenorrea y otros digestivos caracterizados por crisis diarreas frecuentes y prolongadas. La diarrea en una ocasión fue tan intensa que requirió hospitalización para hidratación parenteral. También presentaba dolor abdominal tipo cólico difuso pero con la tendencia a localizarse más en el flanco y fosa ilíaca izquierda y con irradiación a la región lumbar.

Las diarreas se acompañaban de náuseas y vómito en muchas ocasiones y las heces de color amarillo contenían además moco pero no sangre y se asociaban con pujo y tenesmo rectal la mayoría de las veces. La paciente manifestaba que las crisis diarreas se habían iniciado unos 5 meses atrás y guardaban relación con las menstruaciones, en el sentido de que la diarrea aparecía unos 2-3 días antes y seguía con la menstruación hasta su terminación. Refería además que repetidos coprogramas habían sido negativos para parásitos intestinales y que había recibido muchos tratamientos antidiarreicos, sin ningún resultado. Finalmente anotaba que unos 6 meses antes había presentado una deposición de color negro y negaba haber tenido hemorragia rectal, antigua o reciente.

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

Colecistectomía en 1955 por litiasis; en 1965 le extirparon un "tumor" de la matriz y el ovario izquierdo; en 1967 la intervinieron para fijarle los dos riñones y en 1969 tuvo apendicectomía.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Sin importancia en relación con sus problemas actuales de salud.

REVISION DE SISTEMAS

No añadía nuevos síntomas a los referidos en su enfermedad actual.

EXAMEN FISICO

Paciente de raza blanca, en buen estado general de nutrición, tranquila, daba la impresión de que se encontraba en buen estado de salud.

P: 86/min. T: 130/84; T: 36.8°C.

Organos de los sentidos: normales. Corazón y pulmones clínicamente normales. En abdomen, se apreciaban numerosas cicatrices de cirugías previas. El abdomen era globuloso difícil de palpar pero era doloroso en forma difusa más en la región infraumbilical, flanco y fosa ilíaca izquierda. No se palpaban masas y no existía visceromegalia.

* Profesor Asociado, Dpto. de Medicina Interna, Hospital Universitario, Universidad del Valle, Cali.

** Profesor Auxiliar, Dpto. de Ginecología y Obstetricia, Universidad del Valle, Cali.

El resto del examen físico fue normal incluyendo una rectosigmoidoscopia. Los exámenes de laboratorio, de rutina y los estudios radiológicos del tracto digestivo superior incluyendo tránsito intestinal y colon por enema fueron normales también.

EVOLUCION

En base al diagnóstico presuntivo de endometriosis intestinal por la asociación de síntomas digestivos con la menstruación, se intervino quirúrgicamente con el fin de buscarle una solución definitiva a los problemas ginecológicos y digestivos.

En la operación se encontraron numerosas manchas puntiformes de color café oscuro implantadas sobre la serosa peritoneal pélvica y el útero contenía pequeños miomas. Se practicó histerectomía total y se extirpó todo el ovario derecho.

En un nuevo control clínico practicado dos meses después de su intervención la paciente se encontraba asintomática.

DISCUSION

El hallazgo operatorio de las manchas puntiformes de color café oscuro sobre la serosa peritoneal, y la desaparición de los síntomas después de la extirpación de ambos ovarios, permite plantear un diagnóstico de endometriosis intestinal como muy probable en el presente caso. Por otra parte la estrecha relación existente entre los síntomas digestivos y la menstruación alejan toda duda al respecto. El estudio histológico del útero reveló la presencia de adenomiosis y aunque el cirujano tuvo el interés de tomar varias muestras de lo que en su experiencia era compatible con tejido endometrial ectópico, no fue posible obtener el diagnóstico definitivo, posiblemente porque las muestras por ser tan pequeñas no fueron incluidas para los cortes histológicos.

Quizás la mayor dificultad que exhibe la endometriosis intestinal es su reconocimiento antes de llevar a cabo una laparatomía exploradora en aquellos pacientes con manifestaciones clínicas muy diversas y que por su severidad son interpretadas como parte de un abdomen agudo⁹. Si todos los casos fueran similares al presente, sería posible aventurarse a conocer su incidencia aproximada

en base al diagnóstico clínico, pero la realidad es otra, ya que no todos los pacientes con focos ectópicos, de tejido endometrial presentan síntomas. Es muy probable entonces que los cirujanos ginecológicos puedan dar cifras más reales con respecto a la incidencia de este problema. En la literatura médica,^{1,4} en series grandes de mujeres jóvenes (20-40 años) sometidas a operaciones pélvicas, se ha encontrado endometriosis entre un 8 a un 28 %

La etiología de la endometriosis intestinal está aún por aclararse pero varios autores han planteado las siguientes teorías:¹¹ Sampson considera que existe un reflujo de células endometriales a través de las trompas uterinas y que luego se implantan en el peritoneo o en las vísceras vecinales de la pelvis. Ivanoff y Meyer proponen la hipótesis de la metaplasia de las células de la serosa peritoneal en células endometriales en vista de que ambos proceden de un tejido embrionario idéntico. Meigs establece que esto ocurre debido a una estimulación repetida del peritoneo por parte de las hormonas secretadas durante el ciclo menstrual; como consecuencia se produciría la conversión en células endometriales y la proliferación de tejido endometrial. Halban a su vez considera que la implantación de tejido endometrial en otros sitios fuera del útero se debe a que las células del endometrio pueden viajar a través del sistema linfático (metástasis) en cambio otros investigadores sostienen que pueden ocurrir todas las formas de implantación mencionadas anteriormente.

PATOLOGIA

Por la proximidad al útero, el recto, el sigmoide, el tabique recto-vaginal, los ovarios y el peritoneo pélvico son los más invadidos por el tejido endometrial ectópico⁹. El recto y el sigmoide ocupan entre el 70 y el 75 % de las lesiones de este tipo y el resto se encuentra en el colon (ciego, apéndice) intestino delgado y se han localizado implantaciones hasta en el torax^{2,7}. La endometriosis intestinal puede presentarse en dos formas: 1.- De tipo difuso (como el caso actual), en implantaciones pequeñas puntiformes como manchas color café oscuro, localizadas en la serosa peritoneal y en las capas musculares, dejando la mucosa intestinal intacta en la inmensa mayoría de los casos. Esto explica la poca incidencia de hemorragia por vía rectal en lesiones de este tipo. 2.- La lesión es única, aislada, que por su tamaño y manifestaciones clínicas se comporta como un "tumor", es llamado endometrioma

y suele simular un carcinoma sin estar frecuentemente asociado a síntomas ginecológicos^{8,9,10}. Se localiza en la serosa pero principalmente en las capas musculares del intestino delgado o grueso tal como ocurre con los miomas en el útero. La muscularis mucosa y la mucosa no son afectadas, lo cual explica los exámenes endoscópicos (rectosigmoidoscopia) normales practicados en estos pacientes. Como los endometriomas son invasivos y progresivos, pueden causar signos de obstrucción intestinal por tratarse de lesiones ocupando espacio dentro del tubo digestivo y requieren por consiguiente extirpación quirúrgica.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Lo más caracterizado es la estrecha relación existente entre los síntomas digestivos y la aparición de la menstruación. En el presente caso, la diarrea y el dolor abdominal, fueron los síntomas prominentes, 2-3 días antes y durante la menstruación. Inclusive la paciente aseguraba que el mejor calendario para ella era la diarrea para esperar su próxima menstruación. Pueden existir otros síntomas asociados menos específicos como náuseas, vómito, distensión abdominal, pujo y tenesmo rectal. El dolor abdominal puede ser de tipo cólico difuso o localizado, mas intenso en el flanco y fosa iliaca izquierda con irradiación a la región lumbar. Las diarreas se caracterizan por unas heces amarillas, frecuentes, abundantes, sin moco y rara vez contienen sangre (enterorragia-hematochezia) y melenas son raras¹¹. Cuando el tejido endometrial se implanta en la apendice, puede presentarse en cuadro clínico similar al de una apendicitis aguda, lo cual ha obligado a muchos cirujanos a intervenir quirúrgicamente a sus pacientes con este diagnóstico. Estos enfermos presentan un abdomen agudo, con defensa muscular, signo de Blomberg positivo, fiebre y leucocitosis con desviación a la izquierda⁹.

De lo anterior se desprende que el médico debe considerar la posibilidad de endometriosis intestinal, cuando los síntomas abdominales se presentan 1-2 días antes o durante la menstruación.

El embarazo y la menopausia no impiden ni disminuyen la implantación de tejido endometrial ectópico según lo demuestran numerosos informes aparecidos en la literatura médica^{3,5,9}. Los artículos describen casos de pacientes

de 6 a 16 años después de la menopausia que han sido operados por endometriomas en el íleo terminal y en el tabique recto-vaginal. Describen también la coexistencia de endometriosis del apéndice en una mujer joven de 23 años con 3 meses de embarazo y otra con endometriosis pélvica en trompas y ovarios durante una cesárea. Existen también informes de que la incidencia de carcinoma ovárico es mayor en mujeres con endometriosis ovárica⁶. En cuanto al tratamiento, es necesario recurrir a la extirpación de ambos ovarios para suprimir la estimulación hormonal a los tejidos ectópicos endometriales, de localización difusa. En cuanto a los endometriomas, por sus características tumorales, es necesario la extirpación quirúrgica. En cuanto al manejo de pacientes jóvenes, la conducta es más conservadora mediante un tratamiento médico a base de hormonas (anovulatorias).

El fracaso a la terapia hormonal en estas mujeres puede obligar al ginecólogo a intentar otras soluciones de tipo quirúrgico (sección del nervio presacro, electrofulguración de las implantaciones endometriales y la ooforectomía como último recurso). Si la endometriosis se encuentra asociada a trastornos menstruales de tipo hipermenorrea (adenomiosis) se impone también una histerectomía, como ocurrió en el presente caso.

BIBLIOGRAFIA

1. Boles, R.S.; Hodes, P.J. Endometriosis of the small and large intestine. *Gastro*: 34: 367-80, 1958.
2. Bednoff, S.L., Garfinkle, M. Jr., Endometriosis of the pleura. *Obst Gynec* 26: 549-51, 1965.
3. Mc Arthur, J.N., and Welfercler H. The effect of pregnancy upon endometriosis. *Obst Gynec Surve*. 20: 709, 1965.
4. Lilja, B., Probst F. Intestinal Endometriosis. *Acta Radiol* 4: 545-56, 1966.
5. Hanton, E.M. and others. Endometriosis: Symptomatic, during pregnancy, *Amer J Obst Gynec* 95: 1165-6, 1966.
6. Gray, L.A., Barnes, L.M., Relation of endometriosis to carcinoma of the ovary: Report of 7 cases and literature review. *Ann Surg* 163: 713-24, 1966.
7. Yeh T.J., Endometriosis within the thorax. *Thoracic cardiovas Surg*, 53: 201-5, 1967.
8. Elliott, G.B., Christensen, R.M., and Elliott, K.A. Invasive endometriosis of the intestine: Report of 21 cases. *Canad Jour Surg* 13: 387-395, 1970
9. Tedeschi, L.G., and Masand, G.P. Endometriosis of the Intestines. A report of seven cases *Dis Colon Rectum* 4: 360-365, Sept-Oct. 1971.
10. Ramsey, W.H. Endometrioma involving the perianal tissues: Report of a case. *Dis of the Colon and Rectum*. 4: 366-367,
11. Bockus, H.L. *Gastroenterology*, Book, W.B. Saunders Company Philadelphia. Second Edition pag 1034- 2040, 1969.