

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Endometriosis colorrectal

Drs. CHRISTIAN JENSEN B, LEONOR MOYANO S, MARIO ABEDRAPO M, ROGELIO GARRIDO C,
ALDO CÚNEO Z, GUNTHER BOCIC A, MAURICIO CÁCERES P, GONZALO SOTO D.

Unidad de Coloproctología. Departamento de Cirugía. Servicio de Anatomía Patológica,
Hospital Clínico Universidad de Chile.

RESUMEN

Aunque la endometriosis es una entidad ampliamente conocida en ginecología, la presentación intestinal es de mucho menor frecuencia. Los síntomas obstructivos, así como otras manifestaciones gastrointestinales como dolor y hemorragia rectal periódica se mencionan en la literatura. En esta revisión presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de cuatro pacientes portadoras de endometriosis intestinal en un periodo de tiempo de trece años. Se trata de mujeres jóvenes, que fueron estudiadas con endoscopia baja, TAC de abdomen y enema baritada. En todas se realizó resección anterior de recto sigmoides, con evolución postoperatoria satisfactoria. El estudio histológico postoperatorio confirmó cada caso. Se revisa la literatura y discuten otras opciones terapéuticas.

PALABRAS CLAVES: *Endometriosis colorectal*

SUMMARY

Although gynecologic endometriosis is quite frequent in young women, intestinal manifestations are quite unusual. Obstructive symptoms and other gastrointestinal manifestation such as pain and periodical bleeding are mentioned in literature. In this review we present our experience in the treatment of four patients with intestinal endometriosis over a period of almost ten years of time. These are all young women studied with rectoscopy, abdominal CT scan and barium enema. In all cases low anterior rectosigmoid resections were performed. Postoperative evolution was satisfactory. Histologic findings were the clue of diagnosis. Review of literature is discussed, as well as other therapeutic approaches.

KEY WORDS: *Intestinal endometriosis*

INTRODUCCIÓN

La endometriosis, definida como la presencia de tejido endometrial fuera del útero, es una patología común, que se mantiene como uno de los problemas ginecológicos más enigmáticos y que corresponde a la tercera causa de hospitalización por causa ginecológica en Estados Unidos.¹ Aproximadamente el 14% de todas las mujeres y

entre un 30 y 50% de las mujeres que sufren de infertilidad, están afectadas por endometriosis.² Dado que los síntomas más comunes de endometriosis (dismenorrea progresiva, dispareunia, dolor pélvico crónico e infertilidad), son también síntomas de otros desordenes ginecológicos, el diagnóstico es difícil y se puede confirmar solo mediante la visualización de las lesiones. Ocasionalmente, el tejido endometrial ectópico puede

comprometer la pared del intestino (endometriosis intestinal), infiltrándola desde la superficie peritoneal hacia el lumen en grados variables de profundidad. Aunque la frecuencia exacta de endometriosis intestinal es difícil de conocer debido a la falta de síntomas específicos para esta localización, se ha estimado que implantes en el intestino pueden ocurrir entre un 3 y 37% de las mujeres afectadas por endometriosis.^{3,4,5} El colon sigmoideas es el sitio más común de localización en el intestino. Los síntomas corresponden a los habituales de endometriosis, aunque alrededor de un 15% de los pacientes pueden presentarse con alteraciones del hábito intestinal (diarrea o constipación), obstrucción intestinal por estenosis o sangrado rectal cíclico.³ El objetivo de este trabajo es presentar una serie de cuatro pacientes atendidas por los autores en el período comprendido entre 1988 y 2001, en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y en la Clínica Alemana de Santiago.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisa las fichas clínicas de las pacientes atendidas y operadas por endometriosis que afecta al intestino grueso en la unión rectosigmoidea, entre 1988 y 2001, en un protocolo de seguimiento en conjunto con los ginecólogos. Se pone énfasis en las manifestaciones clínicas, los métodos de diagnóstico preoperatorios, la cirugía efectuada, el tratamiento complementario hormonal y el estudio anatomopatológico con revisión de las biopsias y especímenes operatorios.

RESULTADOS

El grupo consta de cuatro pacientes de sexo femenino de 32 años de promedio de edad, con rango entre 27 y 36 años.

Antecedentes ginecológicos. Dos casos corresponden a multíparas cesarizadas y los otros dos a pacientes nuligestas, una de las cuales fue catalogada como esterilidad primaria.

En dos pacientes existía el antecedente de cirugía ginecológica previa mediante la cual se había diagnosticado la endometriosis pelviana u ovárica, y habían recibido tratamiento con anticonceptivos orales, andrógenos (Danazol) y/o con agonistas GnRH (Lupron) durante un lapso variable (hasta 8 años de tratamiento), a pesar del cual debieron ser referidas para su tratamiento quirúrgico.

La sintomatología de este grupo está constituida por dismenorrea en 3 pacientes, al igual que el dolor de tipo cólico intestinal y la constipación. Solo

una enferma relató pérdida de sangre por vía rectal lo que coincidía con los períodos menstruales.

Los exámenes complementarios realizados fueron de dos tipos: endoscopias y métodos de estudio por imágenes.

Endoscopia digestiva baja: en las cuatro pacientes se hizo una rectosigmoidoscopia con instrumento rígido, la que mostró en tres casos la existencia de una estenosis del lumen sin alteración de la mucosa, permitiendo el paso del instrumento sólo en una de ellas. En la cuarta se encontró una lesión polipoidea de aspecto neoplásico, por lo que se continuó estudiando con colonoscopia completa (Figura 1). Se tomó muestras para biopsias en dos pacientes. Las biopsias fueron informadas como mucosa normal en un caso y como pólipo hiperplástico en el otro caso habiéndose tomado muestra en dos oportunidades.

Enema baritado de doble contraste: se efectuó en todos los casos, mostrando alteraciones de tipo estenosis por efecto de masa y compresión extrínseca con aglutinación de pliegues en tres pacientes (Figuras 2, 3 y 4) y aspecto de defecto de llenamiento, con alteración de la mucosa con protrusión, informada como probable lesión vellosa en la cuarta enferma (Figura 5).

Tomografía axial computada. Realizada en dos de los cuatro casos, mostró fundamentalmente lesiones pelvianas solidoquísticas heterogéneas constituidas por masas irregulares con contenido líquido, e hidroureteronefrosis izquierda en una de ellas.

Indicación de la cirugía. En tres casos fue indicada por obstrucción intestinal baja incompleta y en el cuarto caso por la existencia de una lesión de aspecto neoplásico con biopsias negativas para cáncer.

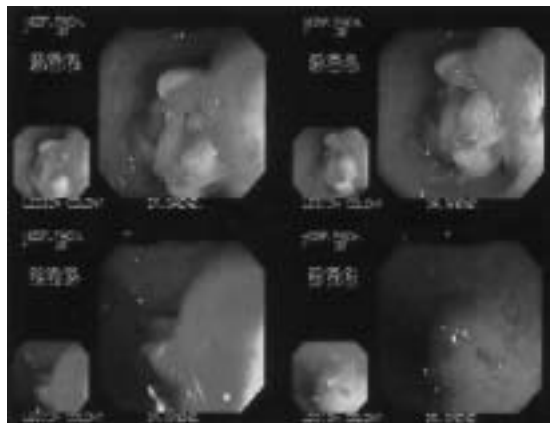


Figura 1. Aspecto endoscópico de endometriosis colorrectal.



Figura 2. Enema baritada. Aspecto radiológico de estenosis por compresión extrínseca.

Tratamiento. En aquellas dos pacientes con diagnóstico previo de endometriosis pelviana, se constituyó un equipo multidisciplinario, con coloproctólogo, ginecólogo y urólogo. Los casos restantes fueron resueltos por los especialistas en colon y recto.

La cirugía efectuada comprendió una resección anterior baja de rectosigmoideas con anastomosis colorrectal con técnica de doble grapado en un tiempo. En una paciente se agregó histerectomía total y la otra anexectomía bilateral ya que tenía histerectomía previa.

El grupo presentó como única complicación un seroma de la herida operatoria.

El promedio de estada fue de seis días incluyendo 24 horas preoperatorias de preparación del colon.

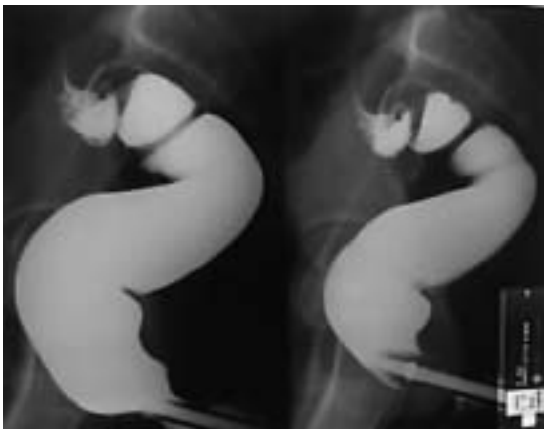


Figura 3. Enema baritada. Aspecto radiológico de estenosis por compresión extrínseca.



Figura 4. Enema baritada. Aspecto radiológico de estenosis por compresión extrínseca.

Anatomía Patológica. El estudio de los especímenes quirúrgicos demostró en todos los casos la existencia de tejido endometrial ectópico en el colon resecado (Figura 6). En los casos en que se extirparon los ovarios también se demostró la endometriosis a ese nivel.

Seguimiento. Las pacientes fueron remitidas al ginecólogo para manejo hormonal de sustitución en los casos en que se realizó ooforectomía bilateral.

El seguimiento de esta serie fue de 25 meses en promedio (rango 2-72 meses).



Figura 5. Enema Baritada; defecto de llenamiento.

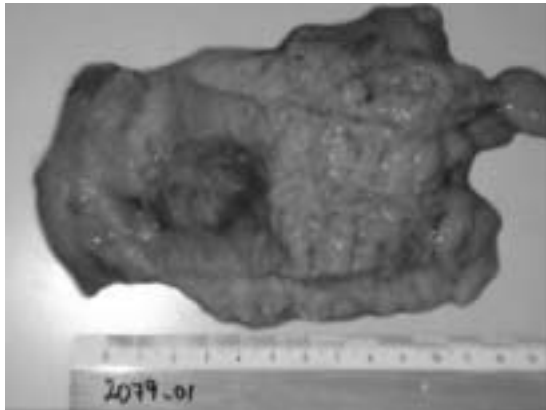


Figura 6. Aspecto macroscópico, pieza operatoria.

DISCUSIÓN

La endometriosis que afecta al intestino grueso es una entidad nosológica de baja frecuencia de presentación y cuyo diagnóstico es difícil ya que imita otras patologías propias del intestino y de los genitales internos. Como los cuadros de diagnóstico diferencial más frecuentemente citados se destacan la diverticulitis, la enfermedad de Crohn, el carcinoma colorrectal, los abscesos tuboováricos y la apendicitis.⁶

La frecuencia reportada de localización intestinal en la literatura es variable, con rangos de 3 al 37% de todas las endometriosis.^{3,4,5}

Los síntomas más frecuentes en la endometriosis colorrectal son dolor abdominal (cólico o dismenorrea), síntomas obstructivos bajos (constipación, deposiciones acintadas) y sangrado por vía rectal. La infertilidad, observada en dos de nuestras pacientes, es un hecho comunicado por otros autores.^{2,6} La literatura agrega además diarrea y la presencia de masa pelviana como signo del examen físico.^{6,7}

Los métodos de estudio clásicos son los usados por los autores en este trabajo. Sin embargo, en los últimos años han aparecidos reportes relacionados con el uso de la endosonografía rectal^{4,8} y de la resonancia nuclear magnética⁹ los que permiten aproximarse con mayor certeza al diagnóstico de una endometriosis rectosigmoidea, y eventualmente tomar biopsias dirigidas a fin de confirmarlo y evitar una laparoscopia y/o laparotomía para este fin.

El diagnóstico de certeza en el preoperatorio es difícil de hacer, ya que el compromiso proviene desde la superficie serosa invadiendo en grados variables la pared intestinal. Es por esto que la biopsia endoscópica no tiene un alto rendimiento,

obligando al desarrollo de otros métodos de estudio. En nuestra serie, en las pacientes que habían sido intervenidas por endometriosis pelviana, el diagnóstico preoperatorio tentativo se basaba en ese antecedente, sumado al estudio efectuado. En las otras dos, sólo las imágenes permitieron sospecharlo. En ningún caso se hizo el diagnóstico histológico antes de la intervención.

El manejo médico de la endometriosis pelviana ha sido motivo de discusión ya que se han usado distintas alternativas intentando manejar el problema desde el punto de vista hormonal. En este sentido, el uso por largo tiempo de anticonceptivos orales a permanencia, dejando a la paciente en amenorrea, ha sido una herramienta del tratamiento. En la actualidad, el tratamiento de elección son los agonistas GnRH por periodos de al menos tres meses.²

La hormonoterapia para manejar la endometriosis, en estos casos con compromiso rectosigmoideo no ha dado los resultados esperados. Verspyck comunica seis pacientes con hormonoterapia y en todos, la patología recurrió, debiendo ser finalmente intervenidos.¹⁰

La cirugía sobre el tubo digestivo es la efectuada por los autores, es decir, resección anterior baja con anastomosis colorrectal inmediata, en nuestros casos con técnica de doble grapado. Se agregan además procedimientos sobre la esfera ginecológica. Se ha comunicado un mejor control de la enfermedad con resolución de los síntomas sin necesidad de usar tratamiento médico o quirúrgico cuando a la resección intestinal se agrega histerectomía total y anexectomía bilateral.¹¹ Nuestra conducta fue la misma en dos casos. Una paciente con paridad y fracaso del tratamiento médico y en el otro caso, la paciente era histerectomizada y tenía una extensa endometriosis pelviana y ovárica. En las otras dos pacientes era primera oportunidad en que se diagnosticaba la enfermedad, una de ellas no tenía paridad y la otra deseaba tener nuevas gestaciones.

Respecto de la etiopatogenia se han descrito las causas congénitas por alteración celómica y causas adquiridas. Dentro de estas últimas están los implantes peritoneales secundarios a una intervención con apertura del útero (cesárea) y en las pacientes que no han sido intervenidas se invoca la menstruación retrógrada como mecanismo de llegada del tejido endometrial a la superficie peritoneal.^{1,12}

En nuestro país hay poca experiencia comunicada sobre este tipo de endometriosis. Bannura relata un caso clínico operado por él y que posteriormente pudo gestar.¹³

El manejo postoperatorio en las pacientes que mantienen los ovarios es la supresión de la función de estos por períodos de al menos tres meses usando agonistas GnRH y seguimiento con controles periódicos de los órganos pelvianos mediante ecotomografía.

CONCLUSIONES

Se presenta una serie de cuatro pacientes operadas por endometriosis rectosigmoidea, haciendo un detallado análisis sobre el cuadro clínico, los métodos de estudio y su rendimiento, y la terapia a seguir. Se recomienda la cirugía en un tiempo sobre el tubo digestivo. Se puede agregar resección de los órganos genitales afectados, con lo que la mejoría es completa y definitiva pero la enferma pierde la posibilidad de gestar en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Missmer SA, Cramer DW: The epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2003; 30: 1-19.
2. Rice VM: Conventional medical therapies for endometriosis. *Ann N Y Acad Sci* 2002; 955: 343-52.
3. Caterino S, Ricca L, Cavallini M, *et al*: Intestinal endometriosis. Three new cases and review of the literature. *Ann Ital Chir* 2002; 73: 323-9.
4. Roseau G, Dumontier I, Palazzo L, *et al*: Rectosigmoid endometriosis: endoscopic ultrasound features and clinical implications. *Endoscopy* 2000; 32: 525-30.
5. Jerby BL, Kessler H, Falcone T, *et al*: Laparoscopic management of colorectal endometriosis. *Surg Endoscopy* 1999; 13: 1125-8.
6. 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.
7. Bromberg SH, Waisberg J, Franco MI, *et al*: Surgical treatment of colorectal endometriosis. *Int Surg* 1999; 84: 234-8.
8. Schroder J, Lohnert M, Doniec JM, Dohrmann P: Endoluminal ultrasound diagnosis and operative management of rectal endometriosis. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 614-7.
9. Eguchi S, Komuta K, Haraguchi M, *et al*: MRI facilitated a diagnosis of endometriosis of the rectum. *J Gastroenterol* 2000; 35: 784-788.
10. Verspyck E, Lefranc JP, Blondon J: Diagnosis and treatment of rectal and sigmoid endometriosis. *Ann Chir* 1997; 51(10):1106-1110.
11. Urbach DR, Reedij M, Richarrd CS, *et al*: Bowel resection for intestinal endometriosis. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1158-64.
12. Oral E, Arici A: Pathogenesis of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997; 24: 219-34.
13. Bannura G, Valencia C, Corredora Y: Cirugía resectiva radical en el manejo de la endometriosis rectosigmoidea. *Rev Med Chile* 1998;126: 1372-6.