

Endometriosis apendicular como causa de síndrome abdominal agudo en la mujer. Presentación de dos casos y revisión de la literatura

Dr. Juan José Granados-Romero,* Dra. Karina Cabal-Jiménez,** Dr. Armando Espinoza-Soberanes,***
Dr. Francisco Guerrero-Romero****

Resumen

Antecedentes: la endometriosis intestinal es una causa de síndrome abdominal agudo en la mujer, sus implantes incluyen: intestino delgado, epiplón y colon. Los sitios más frecuentes son recto y colon sigmoide 88%, y en menor frecuencia el apéndice cecal en 9%.

La endometriosis dentro de su fisiopatología produce una reacción esclerosante en la pared intestinal que causa estrechez intraluminal.

Objetivo: demostrar la frecuencia de endometriosis apendicular como etiología de síndrome abdominal agudo en la mujer en su manejo quirúrgico por cirujanos generales.

Caso 1. Femenina de 30 años de edad, dismenorreica con cuadro de síndrome abdominal agudo localizado en fossa ilíaca derecha y con datos francos de irritación peritoneal y datos apendiculares presentes, alzas térmicas, laboratorio con leucocitosis y neutrofilia, radiografías de abdomen con asas de delgado y niveles hidroáereos.

Se realiza apendectomía con reporte histopatológico de endometriosis apendicular y tratamiento posterior con danazol.

Caso 2. Femenina de 20 años de edad, eumenorréica con síndrome abdominal agudo de localización, en fossa ilíaca derecha, con datos apendiculares presentes, leucocitosis y neutrofilia. Se realiza apendectomía y salpingectomía derecha y tratamiento posoperatorio a base de danazol.

Resultados: La frecuencia de endometriosis apendicular como etiología de apendicitis aguda se encuentra en sólo dos casos en un lapso de 5 años.

Summary

Intestinal endometriosis is rare cause acute of abdominal syndrome; implantation includes: small intestine, epiplon, and colon. The most frequent sites are rectum and rectosigmoid (88%), and the less frequent are the appendix (9%).

Endometriosis produces a sclerosing reaction in the intestinal parietal and this causes an intraluminal narrowing.

We show the frequency of appendicular endometriosis, such as etiology abdominal acute syndrome for general surgeons.

Case 1. Female of 30 years of age, with dysmenorrhoea and acute abdominal syndrome localized in the right iliac fossa, and fever, and frank appendicular data, leukocytosis with small intestine loops and hydroaerial levels. We conducted as appendectomy with a histopathologic report of endometriosis, with later treatment with danazol.

Case 2. Female of 20 years of age, eumenorrhoea with abdominal pain in the right iliac fossa with positive appendicular data, leukocytosis, and neutrophilia. We conducted an appendectomy and right salpingectomy with treatment after surgery with danazol.

The frequency of endometriosis appendicular like etiology of acute appendicitis it find in just two cases in a time of five years.

We recommend the carrying out of an incidental appendectomy in women with abdominal acute pain in the right lower quadrant. Among its less frequent causes is endometriosis.

Intestinal endometriosis may be present in two clinical

* Residente de Cirugía General, Hospital Central Norte PEMEX.

** Interno de Pregrado.

*** Médico Jefe de Servicio de Patología, Hospital Central Norte PEMEX.

**** Médico Jefe de Servicio Cirugía General, Hospital Central Norte PEMEX.

Hospital Central Norte de Concentración Nacional PEMEX. México D.F.
Servicios de Cirugía General y Patología.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Juan José Granados Romero

Calle 651 No. 165 Colonia San Juan de Aragón C.P. 07979. Teléfono 57942614,

Fax 53825905, Radio 53282828 clave 91377

Recibido para publicación: 05-05-99.

Aceptado para publicación: 13-12-99.

Discusión: se recomienda realizar apendicectomía incidental en grupos de mujeres con síndrome abdominal agudo localizado en fosa iliaca derecha, dentro de sus etiologías poco frecuentes se encuentra la endometriosis intestinal. Se concluye que la endometriosis intestinal puede estar presente en dos manifestaciones clínicas, la más común como enfermedad crónica, la segunda y más rara como enfermedad quirúrgica aguda que requiere de resolución inmediata.

Palabras clave: endometriosis, apéndice agudo.

manifestations; the more common is a chronic disease, the second and the more rare is an acute surgery disease, that requires immediate resolution.

Key words: Endometriosis, Appendix acute.

Introducción

La endometriosis se define como el tejido endometrial funcional fuera del útero, siendo un problema común que ocurre con una frecuencia de 4 a 17% en las mujeres en edad productiva⁽⁴⁾.

Existen reportes de endometriosis apendicular en diversas instituciones como lo refiere Gwozdz en donde menciona seis casos corroborados por histopatología y según el autor aproximadamente 30% aparece con síntomas semejantes a un cuadro apendicular⁽¹⁾.

Una de las características comunes en pacientes con endometriosis es la esterilidad, dismenorrea y dolor pélvico agudo, sin embargo, algunos pacientes presentan implantes endometriales extrapélvicos y éstos pueden estar divididos en cuatro regiones anatómicas: 1. a nivel pulmonar, 2. tracto urinario, 3. tracto intestinal, 4. otros sitios.

La endometriosis intestinal incluye intestino delgado, epipón y colon; en algunos pacientes con endometriosis grave se ha reportado afección intestinal hasta en 50% de los casos, y de éstos, menos de 10% requieren resección intestinal^(21,22).

Los sitios de endometriosis intestinal más frecuentes son recto y rectosigmoides en 88%, órganos afectados con menor frecuencia son: apéndice 9%, sigmoides 7%, ciego 3%, ileon terminal 2% y colon proximal 1%⁽¹³⁾, y algunos otros reportes indican hasta 27% a nivel de colon⁽¹⁴⁾.

Así mismo hay reportes en donde se describe una paciente con dolor abdominal intenso y con profusa hemorragia rectal, la colonoscopia corroboró el diagnóstico y la apendicectomía resolvio el cuadro, sin duda se deberá sospechar esta entidad en pacientes femeninas jóvenes y con hemorragia de tubo digestivo bajo⁽³⁾.

Una de las características en pacientes con diagnóstico de endometriosis es la esterilidad, dismenorrea y dolor pélvico crónico, debido a que el mayor número de implantes se encuentran en área pélvica, con asociación directa entre la extensión y gravedad⁽¹²⁾.

Silvestrini reporta el caso de una paciente embarazada con 21 semanas de gestación e inicio de un cuadro apendicular,

el reporte de patología no describe una reacción decidual con la formación de un pólipos y presencia de endometriosis⁽⁵⁾, o asociados a mucocele^(8,19,20).

Las resecciones intestinales son reportadas por Verspyk en aquellas pacientes con localización a nivel sigmoideo y rectal y menciona que su localización se presenta en 70% y en asociación con endometriosis genital en 80%⁽²⁾, corroborado por Cameron encontrando mayor frecuencia a nivel de rectosigmoides seguida de la apéndice cecal y reafirma que la endometriosis simula trastornos gastrointestinales o enfermedad inflamatoria intestinal baja⁽⁷⁾.

El diagnóstico se deberá de sospechar cuando se presenten síntomas cíclicos asociados a menstruación, los cuales se presentan en 50% de los pacientes, algunos de ellos lo manifiestan en cirugías previas donde hay implantes en incisiones realizadas por ginecólogos, región umbilical, canal inguinal o síntomas urológicos⁽⁶⁾.

La endometriosis produce una reacción esclerosante en la pared intestinal que causa estrechez luminal y en consecuencia obstrucción intestinal completa o incompleta; en pacientes con afección apendicular la relación de la inflamación con el proceso agudo no es distinta clínicamente con cualquier otra etiología de apendicitis y requiere del mismo tratamiento quirúrgico^(4,22).

En el presente artículo se describe la presentación de dos casos de endometriosis apendicular como etiología del síndrome abdominal agudo en las mujeres en edad reproductiva en un lapso de cinco años, manejado por cirujanos generales.

Presentación de casos:

Caso 1

Se trata de una paciente de 21 años de edad con antecedentes heredofamiliares negados, dentro de sus no patológicos tabaquismo positivo, alcoholismo negado, sus ginecobstétricos menarca a los 11 años, eumenorréica, inicio de vida sexual a los 20 años, 2 compañeros sexuales, control anticonceptivo con hormonales orales, fecha de última regla cu-

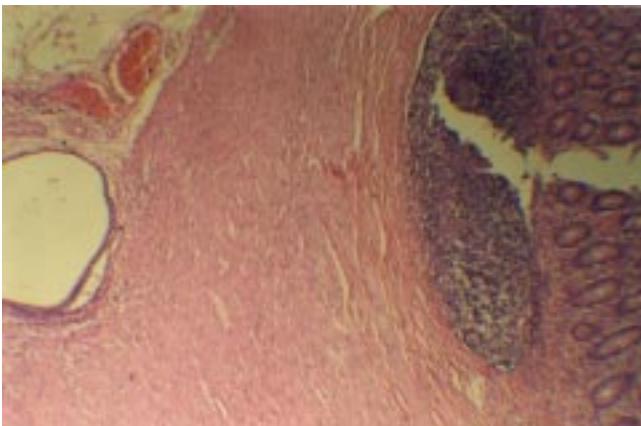


Figura 1. Presencia de endometriosis apendicular demostrada por patología del caso número uno con presencia de tejido endometrial y glándulas endometriales así como estroma endometrial en la capa muscular del apéndice.

tro semanas antes de su padecimiento actual, sus personales patológicos todos negados.

Su padecimiento actual lo inicia con dolor abdominal tipo cólico difuso, en un inicio, el cual posteriormente se localizó en mesogastrio y migró hacia fosa iliaca derecha, presencia de estado náuseo y vómito en dos ocasiones relacionadas con el dolor abdominal. A la exploración física dirigida se encuentra con palidez de tegumentos, regular estado de hidratación, taquicardia, febril, cardiopulmonar sin compromiso agudo, abdomen con dolor a nivel de fosa iliaca derecha, Mcburney, psoas, obturador y Von Blumberg presentes, peristalsis disminuida.

Sus pruebas de laboratorio resultaron: leucocitosis de 11,000, neutrofilia 79%, 5% de líneas juveniles, examen ge-

neral de orina con pH de 5.5, acetona +++, leucocitos 2 por campo, bacterias escasas, prueba inmunológica de embarazo negativa, sus radiografías de abdomen con niveles hidroáreos, psoas derecho borrado y asa fija en fosa iliaca derecha.

Se decide realizar ante los hallazgos exploración quirúrgica con abordaje con incisión Mcburney encontrando líquido libre en cavidad aproximadamente 50 cc hemático y plastrón, que involucra apéndice cecal y salpinge derecha con zonas hemorrágicas y múltiples adherencias: se realiza apendicectomía y salpingectomía, se coloca drenaje tipo penrose exteriorizado por contrabertura.

Evoluciona de forma satisfactoria, tolerando la vía oral a las 24 horas del posoperatorio y manejada con analgesia parenteral, egresada a las 48 horas.

El reporte histopatológico refirió endometriosis apendicular y salpinge derecha con infiltrado inflamatorio agudo periférico (Figura 1) cada estructura con material purulento en su interior, se manejó posteriormente por ginecología a base de danazol.

Caso 2

Femenina de 30 años de edad con antecedentes heredofamiliares negados, personales no patológicos alcoholismo y tabaquismo ocasional, dentro de sus ginecobstétricos menarca a los 13 años, inicio de vida sexual a los 20 años, un compañero sexual, ritmos irregulares, dismenorreica y fecha de última regla cinco semanas previas a su padecimiento actual, sin antecedentes patológicos.

Su padecimiento actual con presencia de síndrome abdominal agudo de localización en hemiabdomen bajo, de predominio en fosa iliaca derecha, tipo cólico, continuo, alzas térmicas no cuantificadas, estado nauseoso sin llegar al vómito.

A la exploración física encontramos a la paciente deshidratada, palidez de tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso agudo, abdomen con resistencia muscular voluntaria, Mcburney, psoas, obturador presentes, Rovsing y Capurro negativos, peristalsis presente y normal. Sus laboratorios nos refieren leucocitosis de 12,000, neutrofilia y bandemia, sus radiografías de abdomen con presencia de asas de delgado y niveles hidroáreos.

Por lo anterior, se decidió tratamiento quirúrgico realizando incisión media infraumbilical, encontrando líquido de reacción peritoneal en cavidad aproximadamente 100 cc, el apéndice se encontró hiperémico y edematoso, engrosada en su tercio medio, se realiza apendicectomía con adecuada invaginación de muñón apendicular, su evolución posoperatoria fue satisfactoria, tolerando a la vía oral a las 24 horas, manejada con analgesia parenteral y egresada a las 72 horas.

Su reporte histopatológico nos refiere endometriosis apendicular (Figura 2) y se manejó por ginecología con danazol.

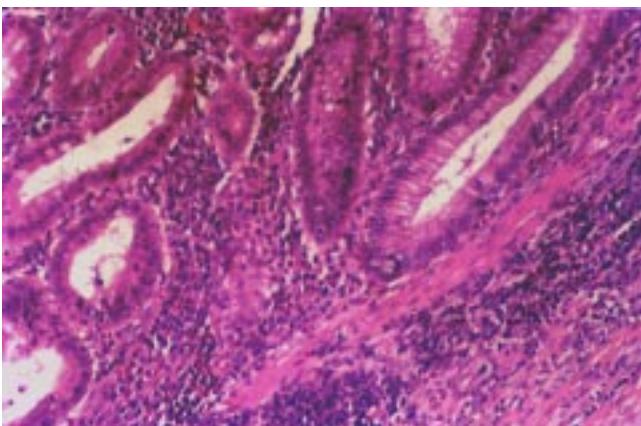


Figura 2. Endometriosis intestinal en el caso número dos con presencia de glándulas y estroma en la capa muscular del intestino delgado.

Discusión

La apendicitis aguda se produce como consecuencia de hiperplasia linfoide, fecalitos, cuerpos extraños, tumoraciones, litiasis, parásitos y en las mujeres de edad reproductiva la endometriosis que produce hemorragia intraluminal⁽²⁰⁾.

El manejo de la endometriosis intestinal dependerá de su extensión y gravedad y definitivamente en un inicio el manejo es médico-hormonal, sobre todo en aquellos pacientes con implantes superficiales, sin embargo, las lesiones asintomáticas del tracto gastrointestinal encontradas incidentalmente causarán síntomas posteriormente⁽¹⁵⁾.

Se concluye que la endometriosis intestinal puede estar presente en dos manifestaciones clínicas: la primera y más común en una enfermedad crónica progresiva y la segunda y más rara como una enfermedad aguda que requiere de resolución inmediata y evaluación general del padecimiento para lograr alivio de los síntomas⁽⁴⁾.

En caso de forma aguda se podrá ofrecer un segundo tiempo quirúrgico acorde con la evolución, después del tratamiento por tres meses con análogos Gn-RH⁽¹⁷⁾.

Cuando la afección intestinal es profunda y el manejo hormonal en un principio no funciona, en ocasiones es necesaria resección intestinal para evitar complicaciones como esterilidad⁽²²⁾.

Confirmar el diagnóstico por laparoscopia previa y usar danazol o tratamiento médico con análogos Gn-RH por 3 ó 4 ciclos antes del procedimiento, reduciendo el lecho vascular, mejora los resultados al disminuir la hemorragia y consecuentemente el riesgo de adherencias posoperatorias al realizar entonces laparotomía con extirpación de los implantes endometriales y resección intestinal con una tasa de embarazo de 39.4%⁽²²⁾.

Las urgencias quirúrgicas agudas de origen ginecológico se producen en su mayor parte en las mujeres en edad de procreación y son raras en las posmenopáusicas. Los padecimientos más comunes y más importantes que se deben de considerar son la enfermedad inflamatoria pélvica con absceso, embarazo ectópico, hemorragia en un quiste ovárico, torsión de los anexos y ovarios⁽²³⁾.

Actualmente la determinación del estadio o grado de compromiso endometrial se basa en un sistema de puntuación, en caso de realizar laparoscopia diagnóstica y estadificar la endometriosis, se deberá inspeccionar la pelvis rutinariamente y se deberá investigar número, tamaño y localización de los implantes endometriales, placas, endometriomas y adherencias.

Esta clasificación revisada por la American Fertility Society, estadifica en cuatro grupos siendo: Estadio I (Mínima), Estadio II (Leve), Estadio III (Moderada), Estadio IV (Severa).

Siempre esta patología la deberá tener en cuenta el cirujano general en patologías agudas, en un inicio para identificarla y posteriormente para canalización adecuada al Servicio de Ginecología con manejo específico, y estar capacitado para su manejo quirúrgico.

Referencias

1. Gwozdz AZ. Appendiceal endometriosis. *Gynecology* 1997; 68: 277-279.
2. 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 Reprod Biol* 1997; 71: 81-84.
3. Shome GP, Nagaraju M. Appendiceal endometriosis presenting as massive lower intestinal hemorrhage. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 1881-1883.
4. García LF, Ortega DR. Intestinal endometriosis as an acute surgical emergency. *Gynecol Obstet Mex*. 1997; 65: 287-290.
5. Silvestrini IE, Marcial MA. Endometriosis of the appendix with decidial polyp formation: a rare cause of acute appendicitis during pregnancy. *Health Sci J* 1995; 14: 223-225.
6. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. *Br J Surg* 1995; 82: 1349-1351.
7. Cameron IC, Rogers S, Collins MC. Intestinal endometriosis: presentation, investigation, and surgical management. *Int J Colorectal Dis* 1995; 10: 83-86.
8. Nopajaroonsri C, Mreyoud N. Retention mucocele of appendix due to endometriosis. *South Med J* 1994; 87: 833-835.
9. Gray LA. Endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1960; 3: 472-479.
10. Ranney B. Prevention and inhibition of endometriosis of the colon. *Clin Obstet Gynecol* 1980; 23: 875-883.
11. Markham SM, Carpenter SE, Rock JA. Extrapelvic endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989; 16: 193-219.
12. Perper MM, Nezhat F, Golstein H. Dysmenorrhea is related to the number of implants in endometriosis patients. *Fertil Steril* 1995; 63: 500-503.
13. Bailey HR, Ott MT, Hartendorp P. Aggressive surgical management for advanced colorectal endometriosis. *Dis Colon Rect* 1994; 37: 747-753.
14. Macafee CHG, Hardy H. Intestinal endometriosis. *J Obstet Gynecol* 1960; 67: 539.
15. Prystowsky JB, Stryker SJ. Gastrointestinal endometriosis. *Arch Surg* 1988; 123: 855-858.
16. Buttram VC, Belue JB, Reiter R. Report of a study of danazol for the treatment of endometriosis. *Fertil Steril* 1982; 37: 478.
17. Wright S, Valdes GT. Short-term lupron or danazol therapy for pelvic endometriosis. *Fertil Steril* 1995; 63: 504-507.
18. Horstein MD, Yuzpe A. Prospective randomized double-blind of 3 versus 6 months of nafarelin therapy for endometriosis-associated pelvic pain. *Fertil Steril* 1995; 63: 955-962.
19. Langman J, Rowland R. Endometriosis of the appendix. *Br J Surg* 1981; 68: 121-124.
20. González AO, Palacios MA, Muñoz FL. Endometriosis Intestinal. *Revista Gastroenterol Mex* 1991; 56: 91-95.
21. Kistner RW. Endometriosis Hagerstown, MD, USA: Gynecology and Obstetrics; 1981: 1-44.
22. Coronado C, Franklin RR, Lotze EC, Bailey HR, Valdés CT. Surgical treatment of symptomatic colorectal endometriosis. *Fertil Steril* 1990; 53: 411-416.
23. Lonnie S, Burnett MD. Causas ginecológicas del cuadro abdominal agudo. *Clin Quir Norteamérica* 1988; 2: 421-436.