



# Obstrucción de colon secundaria a endometriosis rectal intraluminal: Informe de un caso

*Obstruction of the colon secondary to intraluminal rectal endometriosis: Report on one case*

Dr. Eduardo Millán,

Dr. Roberto Pérez García,

Dr. Miguel Ángel Bretón,

Dra. Verónica Morales Nieto,

Dr. Sandro Esperante,

Dr. Mauricio Di Silvio.

## Resumen

**Objetivo:** Descripción de una paciente con obstrucción intestinal baja, secundaria a endometriosis rectal intraluminal.

**Descripción del caso:** Paciente femenino de 38 años de edad, con cuadro clínico de 2 años de evolución caracterizado por dismenorrea; seis meses antes de su ingreso presentó hemorragia rectal relacionada con su periodo menstrual, estreñimiento, sensación de evacuación incompleta y disminución del calibre de las heces. Se realizó colon por enema y colonoscopía, se encontró estenosis de recto a 15 cm del margen anal. La biopsia del sitio de la lesión informó tejido endometrial. La paciente evolucionó con obstrucción intestinal baja por lo que se decidió realizar procedimiento quirúrgico. Debido a la presencia de múltiples adherencias, sólo se practicó colostomía de sigmoides y cierre distal en bolsa de Hartmann, programándose a los 90 días para restitución del tránsito intestinal, previo estudio colonoscópico y nueva biopsia que informó inflamación crónica moderada inespecífica; en esta nueva intervención se llevó a cabo histerectomía total abdominal, ooforectomía bilateral, resección del área de estenosis y anastomosis colorrectal.

## Abstract

**Objective:** To describe a patient with low intestinal obstruction, secondary to an intraluminal rectal endometriosis.

**Description of the case:** Female patient, 38 years of age, with clinical symptoms of 2 years of evolution characterized by dysmenorrhea. Six month before her admittance to the hospital, she presented rectal hemorrhage related to the menstrual period, constipation, incomplete evacuation sensation, and decrease in feces caliber. Enema of the colon and colonoscopy were performed, finding a stenosis of the rectum at 15 cm from the anal border. The biopsy at the lesion site revealed endometrial tissue. The patient evolved with low intestinal obstruction and was therefore subjected to surgery. Due to the presence of multiple adherences, only colostomy of the sigmoid and distal closure of the Hartmann pouch were performed. The patient was programmed for a new surgery in 90 days to restore intestinal transit, a previous colonoscopy and biopsy revealed chronic, moderate, unspecific inflammation. Total abdominal hysterectomy, bilateral oophorectomy, resection of the

De la División de Cirugía General del Hospital Juárez de México SS México, D.F.

Recibido para publicación: 17 de noviembre 2000

Aceptado para publicación: 20 de diciembre 2000

Correspondencia: Dr. Eduardo Millán. División de Cirugía, Hospital Juárez de México. Avenida Instituto Politécnico Nacional No. 5160, Gustavo A. Madero 07760 México D.F. Teléfono: 57 47 75 60 ext. 436; Fax: 55 75 48 79, E-mail: miyagisan28@yahoo.com

**Conclusión:** La frecuencia de lesiones en el intestino por endometriosis en general, es del 3-34 %, y constituye menos del 1% de todas las causas de obstrucción intestinal baja. La histerectomía total abdominal con ooforectomía bilateral debe ser considerada en cualquier paciente con endometriosis severa y que en el futuro no desea más embarazos.

stenotic areas, and colorectal anastomosis were performed during this new surgery.

**Conclusion:** Frequency of intestinal lesions due to endometriosis is, in general, of 3-34% and constitutes less than 1% of all the causes of low intestinal obstruction. Total abdominal hysterectomy with bilateral oophorectomy must be considered in any patient with severe endometriosis and who does not plan future pregnancies.

**Palabras clave:** Colon, útero, obstrucción intestinal, histerectomía, ooforectomía, endometriosis.

**Cir Gen 2001; 23: 185-188**

**Key words:** Colon, uterus, colon obstruction, endometriosis, hysterectomy.

**Cir Gen 2001; 23: 185-188**

## Introducción

La endometriosis es la presencia de tejido endometrial con glándulas y estroma fuera de la cavidad uterina, los sitios de implantación más frecuentes son las vísceras pélvicas y el peritoneo. Se estima que aproximadamente 4 a 7%<sup>1</sup> de las mujeres en edad fértil presentan algún grado de endometriosis. El primer informe de endometriosis pélvica es atribuido al austriaco Von Rockytansky en 1860.<sup>2</sup> En 1909, Robert Meyer<sup>3</sup> fue el primero en describir la endometriosis del intestino al realizar una resección de sigmoides por obstrucción intestinal. La frecuencia de lesiones en el intestino es de aproximadamente el 5%<sup>4</sup> y los síntomas intestinales por endometriosis son mucho menos frecuentes.

Hay varios grados en cuanto a la afectación de la circunferencia, por lo que causa síntomas obstrutivos, constituye menos del 1% de todas las causas de obstrucción intestinal baja.<sup>5</sup> Muchas lesiones son asintomáticas y son descubiertas incidentalmente durante la laparotomía o laparoscopía. Las lesiones intestinales rara vez requieren resección intestinal, sin embargo, varios autores proponen que las indicaciones para resección son: el tratamiento de las lesiones intestinales sintomáticas y la exclusión de malignidad. De cualquier manera el tratamiento de la endometriosis variará dependiendo de la paciente y su deseo de conservar la fertilidad.

## Descripción del caso

Paciente femenino de 38 años de edad originaria del estado de Tabasco, soltera, heterosexual, sólo dos parejas sexuales, escolaridad secundaria, tabaquismo positivo, alérgica a la penicilina. G III, P III, fecha de último parto seis de junio de 1995. Nunca se hizo una citología vaginal. Control de la natalidad con oclusión tubaria bilateral hace cuatro años, transfusiones sanguíneas positivas.

Padecimiento actual: se presentó con dos años de evolución (inició en 1997), con dolor abdominal tipo cólico, localizado en ambos cuadrantes inferiores y dismenorrea, recibió únicamente tratamiento sintomático no especificado, seis meses antes (febrero

1999) presentó hemorragia rectal relacionada con su periodo menstrual, sensación de evacuación incompleta, disminución del calibre de las heces. Se realizó colon por enema (**Figuras 1 y 2**) que mostró defectos de llenado con estenosis a nivel del rectosig-



**Fig. 1.** El colon por enema muestra obstrucción total del colon rectosigmoides por endometriosis.



Fig. 2. Imagen lateral que muestra lesión estenótica del rectosigmoides.

moides. Durante el estudio de colonoscopía se observó edema de la mucosa y una zona de estenosis a 15 cm del margen anal sin posibilidad de pasar a través del sitio de la lesión, la biopsia demostró glándulas endometriales que se extendían circumferencialmente alrededor del recto e invadían la capa submucosa (**Figura 3**). Se decidió iniciar tratamiento con danazol 200 mg/día.

La paciente evolucionó con síndrome de obstrucción intestinal baja (julio 1999), abdomen agudo, por lo que se realizó laparotomía exploradora de urgencia, se encontraron múltiples adherencias de íleon y sigmoides al útero y parametros, se llevó a cabo colostomía de sigmoides y cierre distal en bolsa de Hartmann. A los tres meses el tránsito intestinal fue restituido, previa colonoscopía y nueva biopsia de la lesión que informó inflamación crónica moderada inespecífica con hiperplasia linfoide. Se realizó histerectomía total abdominal, ooforectomía bilateral, resección del área de estenosis y anastomosis colorrectal con aparato de sutura mecánico circular de 33 mm (Ethicon. Endosurgery, Cincinnati OH. USA).

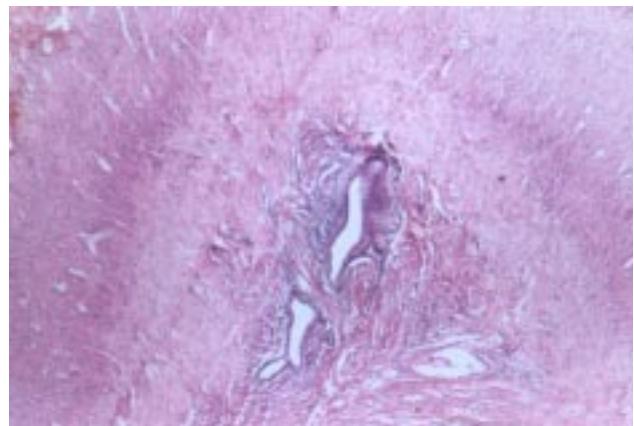


Fig. 3. Biopsia de la región de estenosis en donde se pueden apreciar glándulas endometriales, las cuales invaden la capa submucosa.

### Discusión

Informamos de un caso de endometriosis de recto el cual causó obstrucción intestinal completa, lo que demuestra la necesidad de realizar diagnóstico preoperatorio preciso, ya que este tipo de patología puede comportarse como un adenocarcinoma colorrectal. La biopsia colonoscópica fue de gran ayuda para obtener el diagnóstico.

Scoot y Te Linde,<sup>6</sup> encontraron un 0.8% de incidencia de obstrucción intestinal en 10,000 casos de endometriosis.

Ocurre típicamente en mujeres en edad fértil con edad promedio de 40 años. El dolor pélvico es el síntoma primario. En la mujer adulta la dismenorrea puede ser especialmente sugerente de endometriosis si se inicia después de años de menstruación libre de dolor. En un estudio de Urbach,<sup>7</sup> en 1996, de 29 pacientes con endometriosis rectal los síntomas más frecuentemente encontrados fueron: dolor pélvico (69%), dolor abdominal (59%), dolor rectal (52%), dismenorrea (38%), estreñimiento (9%), hemorragia rectal (7%), diarrea (7%), disminución del calibre de las heces (7%), tenesmo (7%), sensación de evacuación incompleta (3%), de los cuales nuestra paciente mostró la mayoría. Collin y Russell,<sup>8</sup> en 1988, de nueve pacientes con obstrucción de colon por endometriosis rectal, sólo una había cursado con hemorragia rectal. En el trabajo de Meyers,<sup>9</sup> de siete pacientes todas tenían síntomas cíclicos. Graham<sup>10</sup> notó que la hemorragia rectal se asociaba con el periodo menstrual en siete de 10 pacientes. El enema baritado ofrece una guía para el diagnóstico de endometriosis al demostrar defectos de llenado o estenosis, como es el caso de nuestra paciente, ante esto tenemos que realizar diagnóstico diferencial con adenocarcinoma primario de colon, o implantes metastásicos. La colonoscopía resulta de utilidad para observar el estado de la mucosa, edema, espasmo y la fijación del intestino, que son comúnmente vistos en la endometriosis; técnicamente llega a ser difícil debido a la fibrosis, fijación y

angulación del intestino, situaciones frecuentemente observadas en estos pacientes, además de que pocas veces es posible hacer un diagnóstico definitivo de endometriosis con la colonoscopía, sin embargo, la toma de biopsia es de gran importancia para el diagnóstico definitivo. Actualmente la extensión de la enfermedad puede ser evaluada con más precisión mediante ultrasonido transrectal, como lo demuestra el estudio de Fedelene y Bianchi,<sup>11</sup> quienes encontraron una sensibilidad del 100% y especificidad del 97%, identificando correctamente la infiltración de tejido endometrial a la pared rectal en 34 mujeres, pero también encontraron tres casos no confirmados por el patólogo o el cirujano.

Schröder,<sup>12</sup> en un estudio de 16 mujeres en quienes sospechaba endometriosis rectal, realizó ultrasonido preoperatorio, en todas ellas el diagnóstico de endometriosis fue confirmado por histopatología después de la laparotomía.

Hay varias explicaciones del por qué las pacientes que se someten a histerectomía total abdominal con ooforectomía bilateral (HTAOB) muestran mayor éxito. Hasta el momento, las lesiones profundas no han respondido al tratamiento hormonal a pesar de los avances en estos medicamentos. La manipulación hormonal debe ser considerada en cierto grupo de pacientes bien seleccionadas. Debido a que el tejido endometrial contenido en la pared del colon secreta sangre dentro de los espacios glandulares sin posibilidad de escape, provoca una reacción inflamatoria severa y fibrosis de la pared del intestino, la fibrosis causa estenosis, condición que es irreversible siendo necesaria la resección intestinal.

Hay varios estudios que informan que la HTAOB elimina la endometriosis hasta en un 90% de las pacientes.<sup>13</sup> La cirugía conservadora con preservación de los ovarios es seguida por recaídas de 18% a un año y 34% a los 5 años.<sup>14</sup> Un estudio de "second look" por laparoscopía demostró que el 28% de las pacientes, de un total de 45, tuvo recidiva de los implantes a los 18 meses de su ablación.<sup>15</sup> Bailey<sup>16</sup> examinó 130 mujeres sometidas a cirugía por endometriosis rectal, encontró una marcada mejoría cuando se realizó ooforectomía bilateral (94%), sin recidiva después de un año de la cirugía.

## Conclusión

La resección de la endometriosis intestinal sintomática ha dado resultados postoperatorios excelentes, lo cual

pudimos observar en nuestra paciente ya que a un año de postoperatorio se ha mantenido libre de enfermedad.

La cirugía a realizar siempre es difícil de determinar, sin embargo la HTAOB debe ser considerada en cualquier paciente que se le realice una resección intestinal por endometriosis severa y que en el futuro no desea más embarazos. La terapia hormonal debe ser considerada en un grupo selecto de pacientes en quienes el seguimiento es estricto y la fertilidad desea ser conservada.

## Referencias

1. Ranney B. Etiology, prevention and inhibition of endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1980; 23: 875-83.
2. Rokitansky C. Ueber Uterosdrusen-neubildung in uterus ovarian sarcomen. *Z Gesellschaft Aetz Wie* 1860; 16: 577-81.
3. Meyer R. Ueber entzündliche heterotope epithelwucherungen im weiblichen genital gebiete und über eine bis in die Wurzel des mesocolon ausgedehnte benigna wucherung des darmepithels. *Virchow Arch* 1909; 195: 487-53.
4. Prystowsky JB, Stryker SJ, Ujiky GT, Poticha SM. Gastrointestinal endometriosis. Incidence and indications for resection. *Arch Surg* 1988; 123: 855-8.
5. Michael J. Zinner. *Abdominal operations* 1997; 1299.
6. Scott RB, Te Linde RW. External endometriosis: course of private patient. *Ann Surg* 1950; 13: 697-720.
7. Urbach DR, Reedijk M, Richard CS, Lie KI, Ross TM. Bowel resection for intestinal endometriosis. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1158-64.
8. Collin GR, Russell JC. Endometriosis of the colon. Its diagnosis and management. *Am Surg* 1990; 56: 275-9.
9. Meyers WC, Kelvin FM, Jones RS. Diagnosis and surgical treatment of colonic endometriosis. *Arch Surg* 1979; 114: 169-75.
10. Graham B, Mazier WP. Diagnosis and management of endometriosis of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 952-6.
11. Fedee L, Bianchi S, Portuese A, Borruto F, Dorta M. Transrectal ultrasonography in the assessment of rectovaginal endometriosis. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 444-8.
12. Schröder J, Löhnert M, Doniec JM, Dohrmann P. Endoluminal ultrasound diagnosis and operative management of rectal endometriosis. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 614-7.
13. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N Engl J Med* 1993; 328: 1759-69.
14. Redwine DB. Treatment of endometriosis associated pain. *Infertil Reprod Med Clin North Am* 1993; 3: 697-721.
15. Coronado C, Franklin RR, Lotze EC, Bailey HR, Valdes CT. surgical treatment of symptomatic colorectal endometriosis. *Fertil Steril* 1990; 53: 441-6.
16. Bailey HR, Ott MT, Hartendorp P. Aggressive surgical management for advanced colorectal endometriosis. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 747-53