

Apendicitis aguda secundaria a endometriosis apendicular: reporte de caso y revisión de literatura

Acute appendicitis secondary to appendicular endometriosis: case report and literature review

Óscar Cervantes Gutiérrez,* David De León Ángeles,* Alberto Pérez Cantú,* Marcos Jafif Cojab,* Andrew Michael Sorsby Vargas*

Palabras clave:
apendicitis,
endometriosis,
laparoscopia.

Keywords:
appendicitis,
endometriosis,
laparoscopy.

RESUMEN

La endometriosis es un trastorno ginecológico frecuente que afecta de 6 a 10% de las mujeres en edad reproductiva. Los focos de endometriosis se pueden localizar dentro del tracto gastrointestinal, principalmente en recto y colon sigmoideo, siendo poco frecuente la afectación apendicular. Presentamos el caso clínico de una paciente que cursa un cuadro clínico de apendicitis aguda, la cual fue diagnosticada de manera incidental con endometriosis apendicular durante la apendicetomía laparoscópica.

ABSTRACT

Endometriosis is a common gynecological disorder that affects 6 to 10% of women in reproductive age. Endometriosis implants can be located within the gastrointestinal tract, mainly in the rectum and sigmoid colon, with appendicular involvement being rare. We present the clinical case of a patient experiencing clinical symptoms of acute appendicitis, who was incidentally diagnosed with appendicular endometriosis during laparoscopic appendectomy.

INTRODUCCIÓN

Endometriosis es un trastorno ginecológico en el cual la presencia del tejido endometrial se encuentra fuera de la cavidad uterina. Se pueden encontrar focos de endometriosis en diversos órganos (endometriosis extragenital), siendo el más frecuente el gastrointestinal.¹ El involucro gastrointestinal es raro, mientras que la apendicitis aguda secundaria a lesiones por endometriosis es aún menos frecuente.² Generalmente la endometriosis apendicular es asintomática; sin embargo, puede desarrollar manifestaciones clínicas como dolor pélvico crónico, hemorragia gastrointestinal baja, intususcepción o apendicitis.¹ En 1952 se reportó el primer paciente con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda y diagnóstico postoperatorio de endometriosis apendicular.²

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 32 años de edad acudió al servicio de urgencias por sufrir de dolor abdominal de 12 horas de evolución, localizado en epigastro y con migración posterior a fosa iliaca derecha. Se acompañó el cuadro de náusea y fiebre (38.2 °C) así como anorexia y malestar general. A la exploración física, el abdomen se encontró con peristalsis disminuida en intensidad y frecuencia, resistencia muscular en hemiabdomen derecho, dolor a la palpación superficial y media en punto de McBurney. De igual manera se evidencian signos de Von Blumberg, psoas, obturador y Rovsing positivos.

Se realizaron exámenes de laboratorio, los cuales reportaron la presencia de leucocitosis en $18.5 \cdot 10^3/\mu\text{l}$, neutrofilia de 88%, bandas 8% y PCR 3.8 mg/dl.

Citar como: Cervantes GÓ, De León ÁD, Pérez CA, Jafif CM, Sorsby VAM. Apendicitis aguda secundaria a endometriosis apendicular: reporte de caso y revisión de literatura. Cir Gen. 2022; 44 (3): 128-130. <https://dx.doi.org/10.35366/109772>



* Departamento de Cirugía General.

Hospital Ángeles Lomas.

Recibido: 22/12/2021

Aceptado: 23/12/2022

Debido a la alta sospecha clínica de apendicitis aguda (ocho de puntaje en la escala de Alvarado), se decidió realizar apendicectomía por laparoscopia. Durante el procedimiento quirúrgico se encontraron datos inflamatorios apendiculares equivalentes con el diagnóstico de apendicitis aguda en fase supurativa, así como la presencia de múltiples implantes de endometriosis en apéndice cecal (*Figura 1*), ovarios, trompas de Falopio y colon sigmoideas. Se tomaron muestras de dichos implantes y se enviaron para realizar estudios histopatológicos así como el apéndice cecal. La apendicectomía se efectuó sin complicaciones con una evolución satisfactoria y egreso hospitalario al día siguiente. El reporte histopatológico destacó la presencia de glándulas y estroma endometriales en el apéndice extirpado.

DISCUSIÓN

La causa principal de apendicitis aguda es secundaria a la obstrucción de la luz apendicular.² Dicha obstrucción por lo general se debe a la presencia de fecalitos, hiperplasia linfoide, residuos vegetales, parásitos o neoplasias; sin embargo, aproximadamente un tercio de los casos de apendicitis aguda ocurre sin obstrucción del lumen apendicular.² La endometriosis se describe como un trastorno ginecológico benigno frecuente y se divide en interna y externa, dependiendo de la localización del tejido endometrial.³ Afecta de 6 a 10% de las mujeres en edad reproductiva, pudiéndose desarrollar de igual forma en mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas.⁴ En la endometriosis interna



Figura 1: Imagen laparoscópica que evidencia apéndice cecal con datos inflamatorios y presencia de implantes de endometriosis.

el tejido endometrial se encuentra dentro de las capas uterinas, mientras que en la forma externa el tejido endometrial se puede localizar en órganos genitales, peritoneo pélvico, aparato gastrointestinal, omento mayor, mesenterio, hígado, entre otros.³

Se ha estimado que 10% de las pacientes con endometriosis sufren de endometriosis intestinal, siendo más frecuente la localización en el recto y colon sigmoideas.⁵ La incidencia de endometriosis apendicular se aproxima a 3% de todos los casos de endometriosis intestinal.⁴ Collins reportó 355 casos de endometriosis apendicular en 71,000 pacientes postoperados de apendicectomía (0.05%).⁶ La endometriosis apendicular por lo general es asintomática, aunque puede manifestarse como apendicitis, perforación, intususcepción y hemorragia digestiva baja.⁵ Hakoda y colaboradores describieron el caso de una paciente con intususcepción apendicular al ciego, posteriormente diagnosticada con endometriosis apendicular.⁷ Asimismo, se ha comprobado una relación entre endometriosis apendicular y la presencia de leiomiomatosis uterina y anomalías en el ciclo menstrual.⁴

En el caso de nuestra paciente, el cuadro clínico se manifestó con dolor abdominal intenso en fossa iliaca derecha, se negaron antecedentes de anomalías menstruales y se descartó la presencia de leiomiomas uterinos en la cirugía. Dado a que el cuadro clínico fue compatible con un cuadro clásico de apendicitis aguda (puntaje de ocho en la escala de Alvarado), no se le solicitaron estudios de imagen por motivos económicos. El diagnóstico de endometriosis apendicular preoperatorio es complejo, ya que la endometriosis puede manifestarse de muchas maneras sin signos patognomónicos.

El diagnóstico de endometriosis se realiza a través de una anamnesis detallada, examen pélvico, biomarcadores, estudios de imagen y finalmente por laparoscopia.⁸ Dentro de la anamnesis, se debe sospechar cuando se manifiestan datos como dolor pélvico cíclico, dismenorrea, dolor periovulatorio, dispareunia, disquecia y disuria.⁷ El examen pélvico (en manos expertas) se considera una herramienta clínica eficaz para el diagnóstico de endometriosis.⁸ El dolor extremo a la palpación bimanual del fondo de saco útero-vesical y el

fondo de saco de Douglas se considera un dato sospechoso de endometriosis, al igual que la movilización dolorosa del propio útero.⁸ Actualmente, no se han validado biomarcadores para realizar el diagnóstico de endometriosis, pero se ha reportado que el marcador CA-125 es útil en el seguimiento postoperatorio como marcador de posible recurrencia.⁸ El ultrasonido transvaginal es la primera opción de estudio de imagen para visualizar endometriomas ováricos y tiene la ventaja de ser de bajo costo, mientras que la tomografía axial computarizada se reserva a pocos casos.⁸ El estándar de oro para el diagnóstico de endometriosis es la laparoscopia, ya que verifica la presencia de las lesiones y su extensión.⁸

La estrategia del tratamiento consiste principalmente en cirugía y terapia hormonal (la aplicación se determina dependiendo de la edad de la paciente y su sintomatología).⁵ El tratamiento quirúrgico se realiza de preferencia mediante laparoscopia, ya que su uso permite la exploración de la cavidad peritoneal total.⁵ En 2001 Nezhat describió la primera resección intestinal por endometriosis mediante el uso de laparoscopia.⁹ Rodríguez-Wong y Rodríguez-Medina reportaron el caso de una paciente con endometriosis apendicular, se manejó mediante laparotomía paramedia derecha infraumbilical y apendicectomía con técnica de Ochsner. La paciente cursó con evolución clínica favorable y recibió terapia hormonal complementaria por seis meses.¹⁰

CONCLUSIONES

La endometriosis apendicular es una patología rara y de difícil diagnóstico preoperatorio, por lo que es importante iniciar la sospecha mediante una anamnesis detallada. El diagnóstico se realiza mediante una laparoscopia y en caso de encontrar endometriosis apendicular como causa de abdomen agudo, se sugiere intervenir mediante apendicectomía laparoscópica.

REFERENCIAS

1. Arevalo Suarez FA, Cerrillo Sanchez G. Endometriosis apendicular como hallazgo en cuadros de apendicitis aguda. Rev Gastroenterol Perú. 2006; 26: 324-327.
2. Akbulut S, Dursun P, Kocbiyik A, Harman A, Sevmis S. Appendiceal endometriosis presenting as perforated appendicitis: report of a case and review of the literature. Arch Gynecol Obstet. 2009; 280: 495-497.
3. Emre A, Akbulut S, Yilmaz M, Bozdag Z. An unusual cause of acute appendicitis: Appendiceal endometriosis. Int J Surg Case Rep. 2013; 4: 54-57.
4. Falcone T, Flyckt R. Clinical management of endometriosis. Obstet Gynecol. 2018; 131: 557-571.
5. Idetsu A, Ojima H, Saito K, Yamauchi H, Yamaki E, Hosouchi Y, et al. Laparoscopic appendectomy for appendiceal endometriosis presenting as acute appendicitis: report of a case. Surg Today. 2007; 37: 510-513.
6. Collins DC. 71,000 human appendix specimens. A final report, summarizing forty years' study. Am J Proctol. 1963; 14: 265-281.
7. Hakoda K, Yoshimitsu M, Miguchi M, Kohashi T, Egi H, Ohdan H, et al. Characteristic findings of appendicular endometriosis treated with single incision laparoscopic ileocolectomy: Case report. Int J Surg Case Rep. 2020; 67: 9-12.
8. Rolla E. Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment. F1000Res. 2019; 8: F1000 Faculty Rev-529.
9. Nezhat F, Nezhat C, Pennington E, Ambrose W Jr. Laparoscopic segmental resection for infiltrating endometriosis of the rectosigmoid colon: a preliminary report. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2001; 11: 1.
10. Rodríguez-Wong U, Rodríguez-Medina U. Endometriosis apendicular simulando apendicitis aguda. Rev Gastroenterol Mex. 2018; 83: 192-193.

Consideraciones y responsabilidad ética: los autores declaran que siguieron los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes, resguardando su derecho a la privacidad mediante la confidencialidad de sus datos.

Financiamiento: no se recibió apoyo financiero para la realización de este trabajo.

Conflictos de intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses en la realización del trabajo.

Correspondencia:

Dr. Andrew M Sorsby Vargas

E-mail: andrewsorsbyvargas@gmail.com