



Endometriosis transmural rectal como causa de estreñimiento crónico. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Paulino Martínez Hernández Magro,* Raúl Barrón Vega,** Eduardo Rivas Larrauri,** Mario Alberto Godínez Guerrero,** Matías Pérez González,** Salvador López Patiño***

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

La incidencia de endometriosis intestinal se reporta entre 5.3 y 12% de los casos; de éstos entre 70 y 93% se localizan en el recto y colon sigmoide. Se reporta el caso de una paciente de 32 años de edad, con estreñimiento y distensión abdominal y dolor tipo cólico de dos años de evolución. El dolor aumentó en frecuencia durante los últimos seis meses. Por los datos obtenidos de la exploración física y los estudios de imagen se sospecha probable endometriosis pélvica con infiltración a la pared rectal anterior. Se realizó resección anterior baja del recto con colo-recto anastomosis con adecuada evolución posquirúrgica y desaparición de los síntomas. En pacientes en edad fértil con dolor abdominal o pélvico, estreñimiento de reciente inicio o con cuadros oclusivos intestinales, que pueden estar o no relacionados con el ciclo menstrual, debe considerarse la posibilidad de infiltración transmural por tejido endometrial.

Palabras clave: endometriosis, endometriosis pélvica profunda, endometriosis intestinal

ABSTRACT

The incidence of intestinal endometriosis is reported between 5.3 and 12% of cases and of these, between 70 and 93% are located in the rectum and sigmoid. We report the case of a 32-year-old with constipation and bloating and cramping pain during the last 2 years. The pain increased in frequency during the past 6 months. From the data obtained from physical examination and imaging studies may be suspected pelvic endometriosis with infiltration of anterior rectal wall. Resection of the low anterior rectum with colo-rectal anastomosis was performed, with adequate surgical outcome and resolution of symptoms. In patients of childbearing age with abdominal or pelvic pain, constipation of recent onset or occlusive bowel, which may or may not be related to the menstrual cycle should be considered transmural infiltration by endometrial tissue.

Key words: endometriosis, deep pelvic endometriosis, intestinal endometriosis

RÉSUMÉ

L'incidence de l'endométriose intestinale est rapporté entre 5,3 et 12% des cas de ces entre 70 et 93% sont situées dans le rectum et le côlon sigmoïde. Nous rapportons le cas d'un 32-ans, avec la constipation et les ballonnements et les crampes de deux années d'évolution. La douleur a augmenté en fréquence au cours des six derniers mois. À partir des données obtenues de l'examen physique et les études d'imagerie peuvent être soupçonnés endométriose pelvienne infiltrant la paroi antérieure du rectum. Nous avons effectué peu résection antérieure du rectum avec anastomose colo-rectale avec des résultats de la chirurgie adéquate et la disparition des symptômes. Chez les patients en âge de procréer avec des douleurs abdominales ou pelviennes, une constipation d'apparition récente ou intestinale occlusif, qui peuvent ou non être liés au cycle menstrual devrait être considéré comme l'infiltration transmurale par le tissu endométrial.

Mots-clés: l'endométriose, l'endométriose endométriose pelvienne profonde

RESUMO

A incidência de endometriose intestinal é relatado entre 5,3 e 12% dos casos desses entre 70 e 93% estão localizados no reto e cólon sigmóide. Relatamos o caso de um 32-year-old com prisão de ventre e inchado e dor cólicas de dois anos de evolução. A dor aumentou em frequência durante os últimos seis meses. A partir dos dados obtidos no exame físico e exames de imagem pode ser suspeita de endometriose pélvica infiltração na parede anterior do reto. Realizamos a ressecção anterior baixa do reto com anastomose colo-rectal com o resultado cirúrgico adequado e desaparecimento dos sintomas. Em pacientes em idade fértil com dor abdominal ou pélvica, constipação intestinal de início recente ou oclusiva, que podem ou não estar relacionadas ao ciclo menstrual deve ser considerada a infiltração transmural por tecido endometrial.

Palavras-chave: endometriose, endometriose endometriose pélvica profunda

El tejido endometrial ectópico responde de la misma manera que el uterino al estímulo hormonal y sigue los cambios proliferativos y funcionales del ciclo menstrual.¹⁻⁷ Los implantes de este tejido ectópico pueden variar desde milímetros hasta centímetros y ser superficiales o infiltrativos.¹

La endometriosis es uno de los padecimientos ginecológicos más frecuentes que afecta entre 10 a 20% de las mujeres en edad fértil.^{8,9,10} Los sitios afectados con mayor frecuencia son los ovarios, fondos de saco, ligamentos redondos y úterosacros, seguidos de uréteres, vejiga, intestino delgado, sigma y recto. Con menor frecuencia se reporta endometriosis en sitios como: apéndice, vesícula biliar, estómago, pulmón, bazo e hígado.¹¹

La incidencia de endometriosis intestinal se reporta entre 5.3 a 12% en algunas series y hasta 37% en otras.^{6,12,13} De estos casos de endometriosis intestinal, entre 70 y 93% se localizan en el recto y sigma.^{3,9}

A continuación se reporta el caso de una paciente con estreñimiento crónico y dolor pélvico intenso relacionados con infiltración transmural del recto por tejido endometrial.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 32 años de edad, sin antecedentes de importancia para el padecimiento. Antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 13 años, con ciclos menstruales irregulares con intervalos de 27-32 días y 7-10 días de sangrado, un embarazo y un parto hace ocho años. Fecha de la última menstruación 13 días antes de su primera evaluación. Inició su padecimiento hace aproximadamente dos años con estreñimiento de inicio súbito,

sensación de distensión abdominal y dolor tipo cólico que aumentó su frecuencia durante los últimos seis meses, por lo que acudió a consulta a Gastroenterología (los siguientes estudios fueron realizados en otro hospital). A la paciente se le efectuaron estudios de laboratorio que incluyeron: detección de sangre oculta en heces y coproparasitoscópico, ambos con resultado negativo, por lo que se consideró síndrome de intestino irritable y se prescribió tratamiento con antiespasmódicos y fibra, con disminución de los síntomas, pero sin remisión completa, por lo que se le indicaron estudios de gabinete. La colonoscopia reportó resultados normales, sin lesiones intra-colónicas que pudieran ser causa de los síntomas. Se realizó posteriormente un estudio de tránsito colónico con marcadores radioopacos, que reportó tiempo de tránsito prolongado y se catalogó como estreñimiento de tránsito lento y se inició tratamiento con laxantes y procinéticos, sin mejoría e incluso con aumento del dolor pélvico y abdominal. En una consulta posterior se realizó un estudio de colon por enema que también se reportó normal, sin zonas de estenosis ni lesiones ocupativas del colon. Se le practicó una manometría anorrectal, que es parte del protocolo de estudio del estreñimiento. Al tacto rectal se encontró un tumor en el recto, por lo que se sugirió realizar estudios complementarios. La manometría reportó reflejo inhibitorio rectoanal y descartó anismo. En la resonancia magnética se identificó un proceso fibrótico en la región pélvica que la abarcaba por completo. Las determinaciones de antígeno carcinoembrionario reportaron 3 ng/mL y marcador tumoral CA 125 de 115 U/mL.

La paciente fue valorada por un médico ginecólogo de otro hospital que le propuso la resección laparoscópica del tejido fibrótico por sospecha de endometriosis. Durante este procedimiento, la cirugía se convirtió a laparotomía para realizar hysterectomía. Se reportó que la región que rodea al recto fue liberada de la fibrosis y se envió a estudio histopatológico, que sólo reportó inflamación crónica.

Un mes después del procedimiento quirúrgico, la paciente acudió a nuestro servicio por continuar sintomatología y con dos episodios de suboclusión intestinal posteriores a la cirugía. Al interrogatorio negó datos que orientaran hacia rectorragia, pero insistió que los síntomas empeoran durante la menstruación. Al revisar los estudios de imagen, se encontró en el colon por enema una estenosis en el tercio medio del recto que no fue reportada (Figuras 1 y 2). El tránsito del colon se encuentra prolongado con retención de múltiples marcadores en el recto y el sigma, lo que

* Departamento de Cirugía de colon y recto.

** Departamento de Ginecología.

*** Departamento de Patología.

Hospital Guadalupano de Celaya y Médica Avanzada de Celaya, Guanajuato.

Correspondencia: Dr. Paulino Martínez Hernández Magro. Guadalupe 205-202, colonia Centro, Celaya 38000, Guanajuato, México. Correo electrónico: paulinomhm@hotmail.com
Recibido: junio de 2010. Aceptado: mayo de 2011.

Este artículo debe citarse como: Martínez-Hernández-Magro P, Barrón-Vega R, Rivas-Larrauri E, Godínez-Guerrero MA, Pérez-González M, López-Patiño S. Endometriosis transmural rectal como causa de estreñimiento crónico. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2011;79(7):441-446.

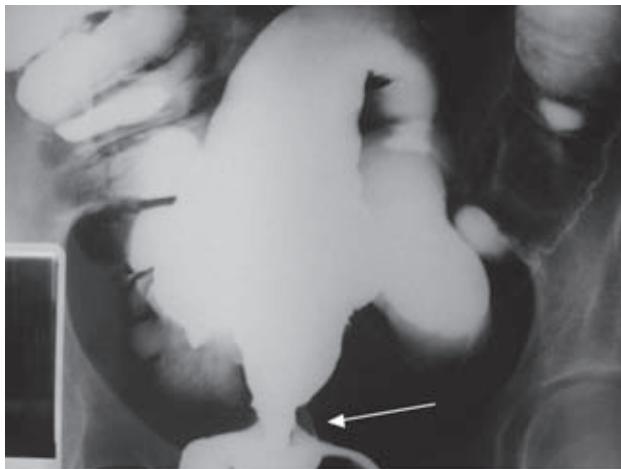


Figura 1. Colon por enema que muestra una zona de estenosis en el tercio medio del recto (flecha).

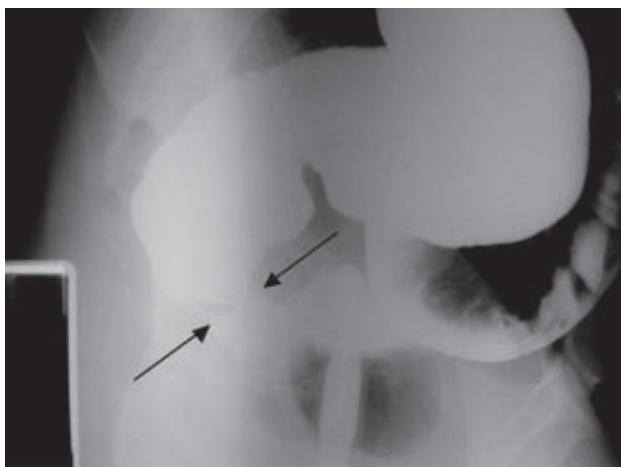


Figura 2. Colon por enema, vista lateral. Zona de estenosis (flechas).

podría representar estreñimiento obstructivo (Figura 3). La resonancia magnética mostró imágenes de una lesión fibrosa en la región pélvica que afectaba la pared del recto al disminuir su lumen (Figura 4). A la exploración física se encontró normal la región perianal; al realizar el tacto rectal se palpó un tumor de consistencia pétreas, fija, lobulada y que desplaza la pared anterior del recto aproximadamente 10 cm del borde anal. Al realizar la rectosigmoidoscopia rígida se comprobó que el tumor era extraluminal y desplazaba la mucosa (de características normales) de la pared anterior del recto. Con los elementos anteriores y las manifestaciones clínicas, se sospechó



Figura 3. Tránsito colónico. Se observa la retención de los marcadores en región recto-sigmoidea.

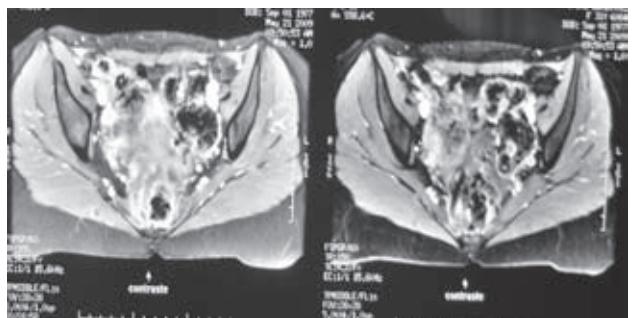


Figura 4. Resonancia magnética. Zonas de tejido fibroso en pelvis.

endometriosis pélvica profunda con afectación rectal por lo que se le propuso operarla. La paciente había recibido tratamiento con danazol a dosis de 400 mg cada 24 horas durante cuatro meses sin mostrar mejoría. Se planeó y acordó con la paciente que se le realizaría una resección antero-inferior del recto que incluiría el sitio de la obstrucción y reconectar el intestino con una engrapadora circular

del número 33. El procedimiento se realizó sin complicaciones y se encontraron en el recto, a 10 cm del margen anal, tumores nodulares y engrosamiento de la pared anterior, por lo que se resecaron 10 cm de recto-sigmoide. La pieza quirúrgica se envió a estudio histopatológico, que corroboró la infiltración transmural del recto por tejido endometrial, con inclusiones endometriales a los ganglios pericolónicos (Figuras 5 y 6). La paciente evolucionó de forma satisfactoria al procedimiento quirúrgico y egresó cuatro días después. A cinco meses de la cirugía continúa asintomática, sin recidivas y en tratamiento prescrito por el servicio de Ginecología con leuprorelina a dosis de 3.75 mg al mes, vía intramuscular.



Figura 5. Infiltración transmural del recto por tejido endometrial.



Figura 6. Glándulas endometriales en la pared rectal.

DISCUSIÓN

La endometriosis tiene mayor frecuencia entre los 25 y 44 años de edad.⁷ De los casos de infertilidad, entre 30 y 50% de las pacientes endometriosis.¹³ La localización más común de la endometriosis fue el tejido ovárico y el peritoneo pélvico, seguida de lesiones profundas subperitoneales, intestino y vías urinarias.¹⁴ En la pelvis, los sitios más frecuentes son los fondos de saco y los ligamentos utero-sacros. Hay reportes de casos en sitios menos frecuentes como: apéndice, vesícula biliar, estómago, pulmón, bazo e hígado.^{7,10,11}

La definición de endometriosis pélvica profunda incluye lesiones rectovaginales e infiltración a estructuras vitales como: el intestino, uréteres y vejiga.¹ La incidencia de endometriosis intestinal está reportada entre 5.3 a 12% de los casos.¹⁴ De estos, entre 70 y 93% se localizan en el recto o el sigmoide.

Existen varias teorías para explicar la histogénesis de la endometriosis:

1. Menstruación retrógrada, regurgitación de tejido endometrial por las trompas y su implantación en la superficie peritoneal.
2. Metaplasia de epitelio celómico. Aparece en células inmaduras de origen mülleriano que persisten hasta la vida adulta y cuya diferenciación se favorece después de la menarquía por el estímulo de los ciclos ováricos.
3. Diseminación por vía linfática o hematólica (metástasis benigna).¹⁵⁻¹⁸

En la endometriosis visceral, los implantes se adhieren a la superficie serosa del intestino y pueden invadir las capas musculares con proliferación del músculo liso, lo que ocasiona estenosis y obstrucción.¹ La endometriosis recto-vaginal o sigmoidea se asocia con dolor pélvico y abdominal severo, progresivo y debilitante que afecta la calidad de vida de las pacientes.

La endometriosis intestinal puede semejar diversas alteraciones gastrointestinales como: enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis, tumores del estroma gastrointestinal o carcinoma primario, que deben considerarse en el diagnóstico diferencial.

La transformación neoplásica de la endometriosis se reporta entre 0.3 a 1%, con la mayoría de los casos en el ovario, con reportes de transformación maligna en implan-

tes transmurales en el recto con afectación de la mucosa.¹⁰ La mayoría de los casos son carcinomas pero también hay reportes de sarcomas y tumores müllerianos mixtos.⁵

La endometriosis se asocia con diversos síntomas que pueden variar según el sitio afectado,⁶ aunque en muchas pacientes es asintomática y además la etapa de la enfermedad no siempre se relaciona con la gravedad de los síntomas. El dolor pélvico es el síntoma más frecuente, pero puede cursar con infertilidad, dispareunia, dolor abdominal cíclico, dismenorrea, tenesmo, obstrucción intestinal y síntomas urinarios.^{19,21} Sólo 40% de las pacientes con endometriosis manifiestan alguna relación de los síntomas con la menstruación.² Los síntomas obstructivos pueden ser difíciles de diferenciar de los ocasionados por neoplasias o enfermedad inflamatoria intestinal.⁸ Hay reportes de perforación rectal espontánea asociados con endometriosis rectal.¹²

Es difícil llegar al diagnóstico de endometriosis rectal sólo con la exploración física.^{2,4,8,16,19} Las biopsias de mucosa son inespecíficas debido a que sólo en raras ocasiones esta capa se encuentra afectada,⁸ aunque a veces puede estar involucrada y aparecer una neoplasia de colon.²⁰ Los abordajes ultrasonográficos transvaginales o transrectales sugieren el diagnóstico, aunque con limitaciones en la evaluación de implantes peritoneales superficiales o focos ováricos. Para el diagnóstico de infiltración transmural del recto es mejor el ultrasonido endorrectal. La resonancia magnética es uno de los mejores métodos diagnósticos para evaluar la extensión y afectación a otros órganos, debido a que permite visualizar al mismo tiempo los compartimentos anterior y posterior de la pelvis. La sensibilidad de la resonancia magnética para este diagnóstico es de 80 a 90.3%²¹ y puede aumentar si la vagina y el recto se opacifican con medio de contraste.²¹

Algunos autores consideran que la laparoscopia diagnóstica es el patrón de referencia para este diagnóstico;⁸ sin embargo, tiene limitaciones para detectar lesiones profundas, no visibles por adherencias o localizadas en el espacio subperitoneal; esto ocurrió en el caso de la paciente que aquí se reporta en la primera cirugía que condujo a una laparotomía al no lograr observar el tejido endometrial superficial. En casos de estenosis intestinal los estudios de imagen con medio de contraste, como el colon por enema, son útiles.²² En algunas pacientes con endometriosis, la concentración sérica del marcador tumoral CA 125 puede estar elevada; sin embargo, no es un estudio de valor diagnóstico.^{2,17}

El tratamiento debe ser quirúrgico. El tratamiento médico no ha demostrado eficacia o sólo ofrece mejoría temporal con una tasa de recurrencia hasta de 76%. El éxito del tratamiento depende de la resección completa.¹ La localización y distribución de las lesiones determinarán la modalidad de la cirugía. Se reportan buenos resultados en pacientes tratadas con abordajes de mínima invasión.^{2,3,18}

CONCLUSIONES

La endometriosis es un padecimiento ginecológico común en pacientes en edad fértil que se manifiesta con dolor abdominal o pélvico, estreñimiento de inicio reciente o episodios oclusivos que pueden estar relacionados con la menstruación; debe tenerse presente la posibilidad de infiltración transmural por tejido endometrial.

REFERENCIAS

1. Del Frate C, Girometti R, Pittino M, Del Frate, et al. Deep retroperitoneal pelvis endometriosis: MR imaging appearance with laparoscopic correlation. RadioGraphics 2006;26:1705-1718.
2. Yoshida M, Watanabe Y, Horiuchi A, Yamamoto Y, et al. Sigmoid colon endometriosis treated with laparoscopy-assisted sigmoidectomy: Significance of preoperative diagnosis. World J Gastroenterol 2007;13(40):5400-5402.
3. Darai E, Ackerman G, Bazot M, Rouzier R, Dubernard G. Laparoscopic segmental colorectal resection for endometriosis: limits and complications Surg Endosc 2007;21:1572-1577.
4. Bazot M, Malzy P, Cortez A, Roseau G, et al. Accuracy of transvaginal sonography and rectal endoscopic sonography in the diagnosis of deep infiltrating endometriosis. Ultrasound Obstet Gynecol 2007;30:994-1001.
5. Hernández Ramírez DA, Cravioto Villanueva A, Barragán Rincón A. Endometriosis rectal: entidad de difícil diagnóstico. Rev Gastroenterol Mex 2008;73:159-162.
6. Jin Soo Kim, Hyuk Hur, Byung Soh Min, Hoguen Kim, et al. Intestinal Endometriosis Mimicking Carcinoma of Rectum and Sigmoid Colon: A Report of Five Cases. Yonsei Med J 2009;50(5):732-735.
7. Acosta González D, Herrera Delis P, López Rodríguez MC, Pérez Bell C, Pagés Gómez O. Endometriosis apendicular. MEDISAN 2006;10(4) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_4_06/san07406.htm
8. Mourthé A, Andrade M, Batista Pimenta M, de Freitas Belezia B, Duarte T. Rectal obstruction due to endometriosis. Tech Coloproctol 2008;12:57-59.
9. Kanthimathinathan V, Elakkary E, Bleibel W, Kuwajerwala N, et al. Endometrioma of the large bowel. Dig Dis Sci. 2007 Mar;52(3):767-769.
10. Shigeru Kobayashi, Morio Sasaki, Tatsuya Goto, Naoki Asakage, et al. Endometrioid adenocarcinoma arising from endometriosis of the rectosigmoid. Digestive Endoscopy 2010;22:59-63.

11. Mendoza Calderón F, Valladares GV, Ballesteros MA, Ayala CMM. Neumotórax catamenial secundario a endometriosis torácica. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75(11):691-694.
12. Pisanu A, Deplano D, Angioni S, Ambu R, Uccheddu A. Rectal perforation from endometriosis in pregnancy: Case report and literature review. *World J Gastroenterol* 2010;16(5):648-651.
13. Hernández Y, Bracho V, Guzmán F, Jiménez P, Pérez G, Lara J, et al. Estenosis rectal benigna como expresión de endometriosis. A propósito de un caso. *GEN* 2009;63:123-124.
14. Minelli L, Fanfani F, Fagotti A, Ruffo G, Ceccaroni M, Mereu L, et al. Laparoscopic colorectal resection for bowel endometriosis. Feasibility, complications and clinical outcome. *Arch Surg* 2009;144(3):234-239.
15. Villanueva Sáenz E, Ostos Mondragón LJ, Peña Ruiz Esparza JP, Martínez Hernández Magro P, Rodríguez Yañez H. Endometriosis colorrectal. En: Takahashi T (Ed). *Colon, recto y ano, enfermedades médica quirúrgicas*. México DF: Editores de Textos Mexicanos, 2003;pp:397-401.
16. Bouhmidi A, Sánchez Torres A, Martínez Jiménez T, Sáez Macía R, Sánchez de la Villa G, Montes Clavero C. Endome-
- triosis rectosigmoidea. *Rev Esp Enferm Dig* 2006;98(10):789-798.
17. Hernández Valencia M. Diagnóstico de la endometriosis. *Perinatol Reprod Hum* 2009;23:25-29.
18. Saavedra J. Manejo laparoscópico de la endometriosis del septo recto-vaginal. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2003;54:176-184.
19. Sánchez Sabando J, De la Rosa Villando J. Endometriosis de la válvula ileo-cecal, íleon y apéndice: sospecha quirúrgica de tumoración maligna a la palpación. Reporte de un caso. *Oncología* 2006;16:219-221.
20. Cho YJ, Jeen YT, Kim YS, Chun HJ, et al. Rectal endometriosis mimicking a large polypoid rectal cancer. *Endoscopy* 2006;38:E48-E49.
21. Chassang M, Novellas S, Bloch-Marcotte C, Dellote J, et al. Utility of vaginal and rectal contrast medium in MRI for the detection of deep pelvic endometriosis. *Eur Radiol* 2010;20:1003-1010.
22. Alonso Goncalves S, Pera Román M, Gil Egea MJ, Grande Posa L. La imagen del mes. Estenosis rectal por endometriosis. *Cir Esp* 2008;84(3):164.

Ventajas de pertenecer a la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, AC.

Ser miembro federado es formar parte del grupo de líderes de opinión de la Gineco-Obstetricia mexicana.

Ventajas

1. Recibir, sin costo adicional, la revista *Ginecología y Obstetricia de México* editada por la FEMECOG.
2. Acceso a la página web: www.femecog.org.mx, que contiene información académica, biblioteca electrónica, videos, textos, noticias socio-culturales, difusión de eventos académicos y un foro para la expresión personal.
3. Becas para miembros federados a los Congresos Mexicanos (nacionales).
4. Votar y ser votados.
5. La Federación propone, e invita, a los comités organizadores de los eventos federados a que los profesores titulares de los cursos pertenezcan a la FEMECOG.
6. Ser miembro de FIGO y FLASOG y asistir a reuniones académicas internacionales, con descuentos.
7. Permanecer al corriente de sus obligaciones da derecho a la difusión de las actividades académicas (cursos, congresos, etc.) y a los apoyos que por estatuto deben otorgarse.
8. Ser miembro federado implica tener un mejor currículo profesional.
9. Tener derecho a cuotas especiales académicos federados durante la primera etapa de su difusión.

En www.femecog.org.mx se encuentra:

- La Revista *Ginecología y Obstetricia de México*.
- 19 Cartas de Consentimiento Bajo Información.
- 304 Guías de Práctica Clínica del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- 62º Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia, 22 a 26 de octubre de 2011, Boca del Río, Ver.
- 6 Congresos Regionales 2011.
- 48º Congreso Mexicano de Medicina de la reproducción, 13 a 16 de julio de 2011, Acapulco, Gro.
- 59th Annual Clinical Meeting, The American College of Obstetricians and Gynecologists. April 30 – May 4, 2011, Washington, D.C.
- XX Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia, FLASOG. 5 a 9 de septiembre de 2011, Managua, Nicaragua.
- XX World Congress of Gynecology and Obstetrics. FIGO. 7-12 october 2012, Rome, Italy.
- Guías de aspectos éticos de la FIGO.
- Bolsa de trabajo.