



Endometriosis apendicular como causa de abdomen agudo

Claudia Villarreal-Peral,* Leonardo Olvera-Gracida,** María de Lourdes González-Maynes,***
Gustavo Saucedo-Ruiz****

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

La endometriosis afecta de 4 a 17% de las mujeres en edad reproductiva. La endometriosis intestinal afecta de 3 a 12% de las mujeres; cuando alcanza a la serosa o subserosa generalmente es asintomática; de 0.7 a 2.5% de las pacientes requieren tratamiento quirúrgico por lesiones sintomáticas con diarrea, estreñimiento, dolor y hematoquezia. Se comunica el caso de una paciente con endometriosis apendicular en quien el diagnóstico se realizó durante una cirugía de urgencia y el estudio histopatológico reportó afectación de la pared muscular y serosa.

Palabras clave: endometriosis, serosa, subserosa apendicular.

ABSTRACT

Endometriosis affects between 4 and 17% of women of reproductive age. The intestinal endometriosis affects 3 to 12% of women and is usually asymptomatic when it affects the subserosa or serosa; 0.7 to 2.5% of patients require surgical treatment for symptomatic lesions with diarrhea, constipation, pain and hematochezia. We report a case of a patient with appendiceal endometriosis in which the diagnosis was made during an emergency surgery and histopathology reported involvement of the muscle wall and serosa.

Key words: Endometriosis, serosa, subserosa appendix.

RÉSUMÉ

L'endométriose affecte entre 4 et 17% des femmes en âge de procréer. L'endométriose intestinale affecte 3 à 12% des femmes, lorsqu'il est appliqué à la séreuse ou sous-séreuse est généralement asymptomatique, de 0,7 à 2,5% des patients nécessitent un traitement chirurgical de lésions symptomatiques de la diarrhée, la constipation, les douleurs et sanglantes. Un cas d'un patient souffrant d'endométriose appendiculaire chez lesquels le diagnostic a été faite lors d'une chirurgie d'urgence et de l'histopathologie rapporté l'implication du muscle et le mur séreuse.

Mots-clés: l'endométriose, séreuse, séreuse annexe

RESUMO

Endometriose afeta entre 4 e 17% das mulheres em idade reprodutiva. A endometriose intestinal afeta 3-12% das mulheres, quando aplicada a serosa ou subserosa é geralmente assintomática, 0,7-2,5% dos pacientes necessitam de tratamento cirúrgico para lesões sintomáticas com diarreia, constipação, dor e hematoquezia. Um caso de uma paciente com endometriose do apêndice nos quais o diagnóstico foi feito durante uma cirurgia de emergência e histopatologia relataram envolvimento do músculo da parede e serosa.

Palavras-chave: endometriose, serosa, subserosa apêndice.

* Médica ginecoobstetra. Investigadora científica. Hospital General Rincón de Romos, Aguascalientes.

** Médico. Investigador científico. Hospital General Rincón de Romos, Aguascalientes.

*** Médica anatomopatóloga. Universidad Autónoma de Aguascalientes.

**** Cirujano general. Hospital General Rincón de Romos, Aguascalientes. Centro Hospitalario de Aguascalientes.

Correspondencia: Dra. Claudia Villarreal Peral. Álvaro Obregón 109-B, colonia Centro, Rincón de Romos 20400, Aguascalientes, México.

Recibido: 26 de abril de 2011 Aceptado: 28 de abril de 2011
Este artículo debe citarse como: Villarreal-Peral C, Olvera-Gracida L, González-Maynes ML, Saucedo-Ruiz G. Endometriosis apendicular como causa de abdomen agudo. Ginecol Obstet Mex 2011;79(8):489-492.

La endometriosis apendicular la describió por primera vez Rokitansky en 1860. Posteriormente, Sampson propuso la teoría de la menstruación retrógrada como un factor etiológico primario productor de la endometriosis y describió la endometriosis que afectaba al apéndice.^{1,2,3}

La endometriosis se define como el tejido endometrial funcional ubicado fuera de la cavidad uterina.^{2,4,5} Su incidencia es de 4 a 17%, con aumento entre la tercera y cuarta décadas de la vida.⁶ Su causa se desconoce, aunque existen diversas teorías acerca de su patogenia:

- Hereditaria: existe predisposición genética con transformación metaplásica del mesotelio peritoneal.
- Inmunológica: algunas alteraciones inmunitarias ocasionan endometriosis por deficiencia en la respuesta.
- Menstruación retrógrada: flujo menstrual hacia las trompas y el abdomen.
- Teoría iatrogénica: trasplante quirúrgico accidental durante una intervención abdominal.

Otra teoría propone que el tejido endometrial puede viajar por la vía hemática o linfática.^{7,8}

Las pacientes tienen elevadas concentraciones de prostaglandina E2, IL-1B, FNT e IL-6 y la respuesta al tratamiento del dolor con inhibidores de la COX-2.

La aromatasa producida por las células estromales del endometrio aumenta la persistencia del tejido endometrial, por lo que los inhibidores de esta enzima son benéficos en su tratamiento.⁹

La endometriosis tiene mayor incidencia en pacientes con esterilidad; sin embargo, también ocurre en pacientes con antecedentes familiares de infertilidad.^{10,11}

La localización más frecuente es la pélvica, aunque se reportan casos en sitios inusuales que incluyen: vejiga, intestino, apéndice, heridas quirúrgicas, pulmón, riñón y extremidades.⁴

La incidencia de la endometriosis intestinal es de 3 a 12% y, por lo general, es asintomática. Los implantes endometriales incluyen: intestino delgado, epiploon y colon. Los sitios más frecuentes son: recto, colon sigmoide (88%) y con menor frecuencia el apéndice cecal (9%).⁹ Masson y colaboradores reportan una frecuencia de 3%. Tiene como complicación la apendicitis aguda, que es extremadamente rara.⁶

Este padecimiento es más frecuente en la superficie peritoneal o serosa de los órganos intrabdominales, ovarios,

ligamento ancho, fondo de saco posterior y ligamentos uterosacros. Con menor frecuencia ocurre en la superficie serosa del intestino delgado y grueso, vejiga, uréteres y vagina.

La endometriosis, como parte de su fisiopatología, produce una reacción esclerosante en la pared intestinal que conduce a estrechez intraluminal.

Las manifestaciones clínicas de la endometriosis intestinal son numerosas e incluyen: dolor abdominal y rectal, tenesmo, sangrado rectal, diarrea, estreñimiento y hematoquezia.¹² Esta diversidad de síntomas dificultan su diagnóstico.³

El diagnóstico de endometriosis apendicular se basa en el reporte histopatológico de glándulas endometriales y estroma con o sin hemorragia.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 38 años de edad, con dos cesáreas previas, ciclos menstruales regulares, eumenorreica, sin otros antecedentes de importancia. Acudió para recibir atención médica, por dolor abdominal difuso de inicio súbito y cuatro horas de evolución, que predomina en la fosa iliaca derecha, con distensión abdominal y náusea. La paciente se encontraba durante la fase secretora del ciclo menstrual.

Durante la auscultación, la paciente se encontró en posición antiálgica. Abdomen distendido y timpánico, con dolor a la palpación superficial y profunda, signos de McBurney, Von Blumberg y Rovsing positivos.

Los resultados de los exámenes de laboratorio prequirúrgicos reportaron: hemoglobina 12.4 g/dL, hematócrito 39%, plaquetas 187,000/mm³, leucocitos 14,300/mm³, segmentados 90%, bandas 2%, tiempo de protrombina 12 segundos, tiempo de tromboplastina 25 segundos.

En la radiografía de abdomen se encontró borramiento del músculo psoas y niveles hidroaéreos. El ultrasonido abdominal reportó un quiste en un ovario, de 3 cm y líquido libre en la cavidad.

En la laparotomía exploradora se encontró apéndice hiperémico con perforación en la punta y 50 cc de secreción purulenta en el hueco pélvico, cuerpo amarillo en el ovario derecho. No se encontraron implantes endometriales en el útero, los anexos ni en los fondos de saco. La apendicectomía y el lavado peritoneal trascurrieron sin complicaciones.

Los exámenes de laboratorio a su egreso reportaron: hemoglobina 10 g/dL, hematócrito 31.4%, plaquetas 174,000, leucocitos 5,300/mm³, segmentados 79%, bandas 0%, procalcitonina 4.20 ng/mL.

El reporte histopatológico fue de apéndice cecal con aumento de tamaño y volumen con predominio en el tercio distal, serosa despulida y la mucosa hiperémica con edema transmural (Figura 1).

En los cortes histopatológicos se observaron nidos de glándulas y estroma endometrial con reacción pseudo-decidual en el tercio distal del apéndice, entre las fibras musculares y en la serosa (Figuras 2, 3, 4 y 5).

DISCUSIÓN

La endometriosis suele considerarse una alteración benigna y de baja frecuencia; sin embargo, puede mostrar características similares a las de los tumores malignos (metástasis e invasión). La hipótesis más aceptada es que las células endometriales migran desde la cavidad uterina para implantarse en otros sitios. Se plantea que el flujo retrógrado del tejido endometrial a través de las trompas de Falopio podría producir endometriosis intraabdominal; la localización más frecuente es el hueco pélvico. La afectación del apéndice cecal, pese a su cercanía con los órganos pélvicos, es poco frecuente.



Figura 1. Apéndice cecal edematoso y congestivo

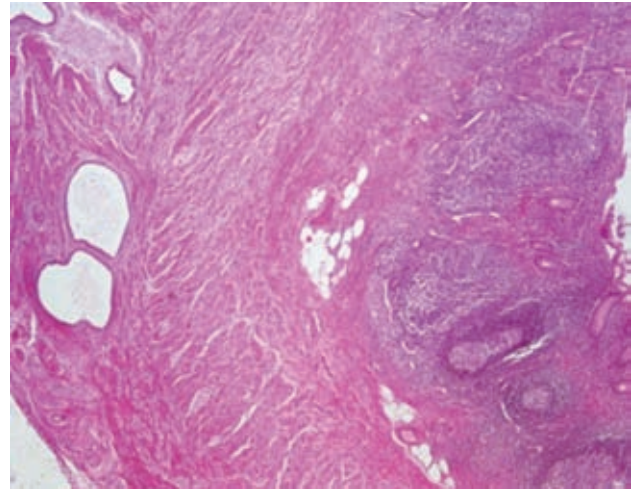


Figura 2. Pared apendicular con endometriosis

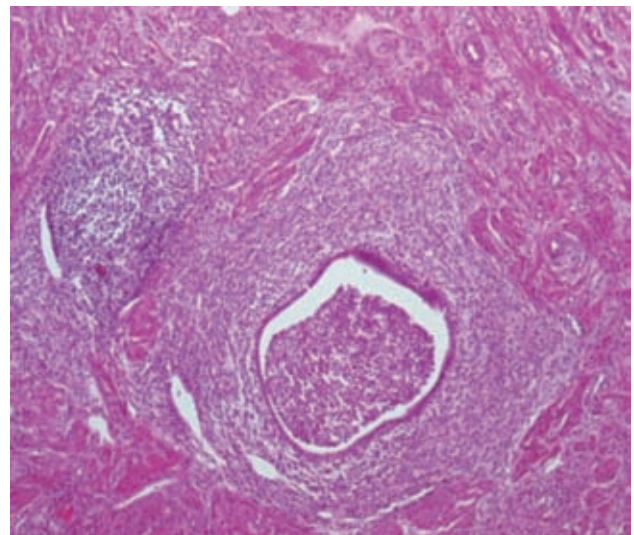


Figura 3. Tejido endometrial intramuscular

La endometriosis intestinal afecta, en orden decreciente, al recto y sigmoide, apéndice cecal, íleo terminal, ciego y divertículo de Meckel.

La endometriosis apendicular puede ser asintomática; pueden aparecer síntomas como: dolor, perforación, invaginación intestinal y sangrado gastrointestinal. Debido a que puede tener varias manifestaciones clínicas, no hay forma de reconocerla antes de la intervención quirúrgica y el diagnóstico es un hallazgo transquirúrgico por otros motivos.

La endometriosis apendicular suele manifestarse clínicamente con dolor en la fosa iliaca derecha, lo que simula

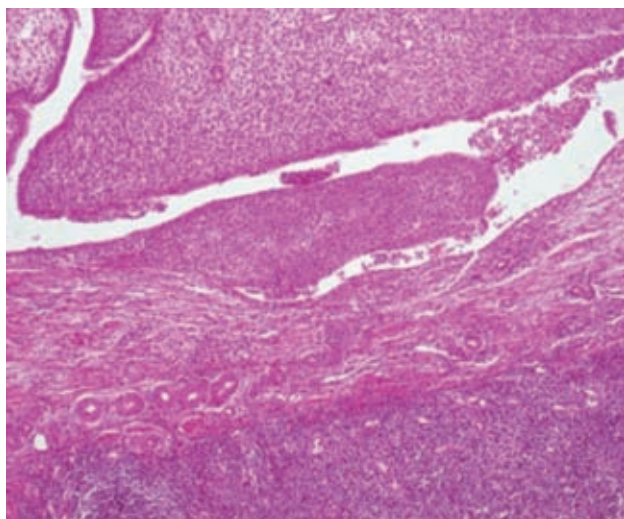


Figura 4. Endometriosis con reacción pseudodecidual

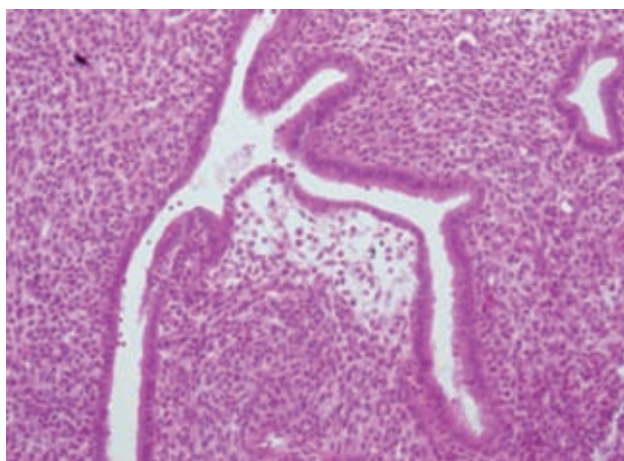


Figura 5. Glándulas y estroma endometriales

una apendicitis aguda y su diagnóstico suele ser siempre posoperatorio, como en el caso que aquí se comunica.

Existe una elevada asociación con leiomiomatosis uterina y alteraciones menstruales con dismenorrea incapacitante. En este caso, la paciente no tenía ninguna de estas manifestaciones ni síntomas previos característicos de la endometriosis.

En el procedimiento quirúrgico, el apéndice se observó con inflamación y no se visualizaron implantes endometriales en otros sitios.

El diagnóstico definitivo se estableció por el examen histopatológico en el que se encontró endometriosis con reacción pseudodecidual en la pared apendicular en su tercio medio y distal.

CONCLUSIONES

La endometriosis pélvica es frecuente y la afectación del apéndice cecal es muy rara.

La endometriosis apendicular se manifiesta clínicamente con dolor en la fosa iliaca derecha, lo que puede simular una apendicitis aguda y su diagnóstico suele ser posoperatorio.

Al ser un padecimiento agudo puede resolverse mediante apendicectomía.

El diagnóstico definitivo se establece por estudio histopatológico del apéndice. Una vez resuelto quirúrgicamente el cuadro agudo, el ginecólogo deberá dar seguimiento a la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Jones W. Endometriosis. Novak's textbook of gynecology. 11th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991;4.
2. Wong Ch, Juárez A, Villarreal C, et al. Endometriosis cutánea en cicatriz abdominal, posterior a operación cesárea. Informe de un caso y revisión de la literatura. Ginecol Obstet Mex 1995;63:222-225.
3. Gustofson RL, Kim N, Liu S, Stratton P. Endometriosis and the appendix: a case series and comprehensive review of the literature. Fertil Steril 2006;86(2):298-303.
4. Endometriosis Gynecology Review Notes and lecture series MCCQE 2000.pp 2.
5. Barlas D, Boskurt S, Kaya MA, Celik F. Scar endometriosis in the rectus abdominis muscle. Ulus Trauma Acil Cerrahi Derg 2010;16(4):371-372.
6. Slessor AA, Sultan S, Kubba F, Sellu DP. Acute small bowel obstruction secondary to intestinal endometriosis, an elusive condition: a case report. World J Emerg Surg 2010;16(5):27.
7. Wenzl R, Kiessel L, Huber JC, Wieser F. Endometriosis a genetic disease. Drugs Today 2003;39(12):961-972.
8. Horowitz IR. What's new in Gynecology and obstetrics? J Am Col Surg 2003; 197(4):613-614.
9. Bianchi A, Pulido L, Espin F, Hidalgo LA, Heredia A. Intestinal endometriosis. Current status. Cir Esp 2007;81(4):170-176.
10. Scarmato VJ, Levine MS, Herlinger H, Wickstrom M, Furth EE. Ileal endometriosis: radiographic findings in five cases. Radiology 2000;214(2):509-512.
11. Granados-Romero JJ, Cabal-Jiménez K, Espinoza Soberanes A, Guerrero-Romero F. Endometriosis apendicular como causa de síndrome abdominal agudo en la mujer. Presentación de dos casos y revisión de la literatura. Cir Ciruj 2000;68(6):247-250.
12. Noble LS, Takayama K, Zeitoun KM, et al. Prostaglandin E2 stimulates aromatase expression in endometriosis-derived stromal cells. J Clin Endocrinol Metab 1997;82:600-606.
13. Blaustein's pathology of female genital tract. 5th ed. New York: Springer-Verlag, 2002.