

Endometrioma perianal en el Hospital Juárez de México: reporte de siete casos

Ulises Rodríguez-Wong,* Juan Manuel Cruz Reyes,** Rafael Peñavera Hernández,*** Raúl Flores Miranda,*** José R. Santamaría Aguirre,** Joel A. Benítez Sánchez***

RESUMEN

La endometriosis es la localización ectópica de tejido endometrial. Cuando se presenta como una masa tumoral bien definida, con fibrosis y estructuras quísticas, se utiliza el término de endometrioma. Se presenta una serie de siete casos de endometrioma perianal atendidos en el Hospital Juárez de México, durante un periodo de 17 años, 1989 a 2007. El tratamiento en todas las pacientes fue la excisión local, en cuatro de ellas se agregó terapia hormonal complementaria. En todos los casos el diagnóstico se confirmó con el estudio histopatológico de la pieza resecada.

Palabras clave: Endometriosis, endometrioma, endometrioma perianal.

ABSTRACT

Endometriosis is the ectopic location of endometrial tissue. When the tissue becomes fibrous and cystic, into a well located mass, is called endometrioma. We present 7 cases of perianal endometrioma seen during 17 years period, from 1989 to 2007, at the Juarez Hospital of México. Local excision was the treatment in all cases, in four patients, hormonal adjuvant treatment was instituted. The diagnosis was confirmed by histopathological study of the surgical specimen.

Key words: Endometriosis, endometrioma, perianal endometrioma.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis puede ser definida como la localización ectópica de glándulas endometriales funcionales; cuando las estructuras glandulares se vuelven quísticas y alcanzan una considerable dimensión, se utiliza el término de endometrioma. Prácticamente han sido descritos casos de endometriosis en todos los tejidos y órganos de la mujer, con excepción del bazo, el cual parece tener inmunidad para esta enfermedad.¹

En 1968 Cheleden² encontró sólo 38 casos de endometriosis perianal y perineal reportados en la literatura hasta entonces, agregando dos casos más de su experiencia personal. Minvielle y Vargas de la Cruz, en 1968, publicaron, en la literatura mundial, uno de los primeros casos registrados en nuestro país.³ En 1991 Ruiz-Moreno realizó un estudio multicéntrico en varios hospitales de México, recopilando una serie de 12 pacientes con endometriosis perianal, siendo ésta una de las series con mayor número de pacientes.⁴ Sin embargo, la endome-

triosis perianal continúa siendo un padecimiento poco frecuente.

Se describen siete casos de endometrioma perianal, atendidos en el Hospital Juárez de México, durante un periodo de 17 años (septiembre de 1989 a septiembre de 2007).

CASO 1

Paciente del sexo femenino de 24 años de edad, gestaciones dos, partos dos, inicio de vida sexual activa a los 17 años. Con un padecimiento actual de tres años de evolución caracterizado por la aparición de una masa tumoral en la región perianal, de localización lateral derecha en relación con el orificio anal, en el sitio en donde terminaba la cicatriz de una episiotomía realizada durante el segundo parto, un año antes del inicio de la sintomatología. La masa media 4 cm de diámetro, era de consistencia dura, con coloración violácea cutánea, fija a planos profundos, pruriginosa y que se acompañaba de dolor

* Colo-Proctólogo en el Hospital Juárez de México.

** Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México.

*** Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Juárez de México

punzante intenso al iniciar el periodo menstrual, durando siete a diez días, después de lo cual desaparecía el dolor y reiniciaba con el siguiente ciclo menstrual. La paciente fue intervenida quirúrgicamente realizándosele exéresis de la lesión (Fig. 1); el estudio histopatológico corroboró el diagnóstico de endometrioma perianal, la paciente evolucionó en forma satisfactoria recibiendo terapia complementaria con acetato de norestisterona a razón de 10 mg diarios, durante seis meses.

CASO 2

Paciente el sexo femenino de 26 años de edad con antecedente de haber padecido hepatitis viral a los tres años, gestaciones dos, partos dos, inicio de vida sexual activa a los 19 años. Con un padecimiento actual de un año de evolución, posterior a su último parto, caracterizado por dolor punzante perianal, en la región anterior derecha, que se presentaba durante la menstruación; tres meses antes de ser atendida por primera vez, presentó una masa tumoral en el cuadrante anterior derecho de la región perianal, que creció paulatinamente hasta alcanzar un diámetro de 2 cm. A la exploración proctológica se observó una masa tumoral en el cuadrante anterior derecho de la región perianal, en el sitio de una cicatriz de episiotomía; dura, fija, de bordes regulares y dolorosa a la palpación, el tono del esfínter anal conservado, anoscopia y rectosigmoidoscopia sin alteraciones. Los exámenes de laboratorio preoperatorios fueron normales y se efectuó ultrasonografía perianal, la cual confirmó la presencia de la masa tumoral perianal. La paciente fue intervenida quirúrgicamente, realizándosele la exéresis de una masa tumoral de 2 cm de diámetro de color rojo vinoso que se encontraba adherida al esfínter anal. El estudio histopatológico reportó la presencia de glándulas endometriales



Figura 1. Excisión de endometrioma perianal.

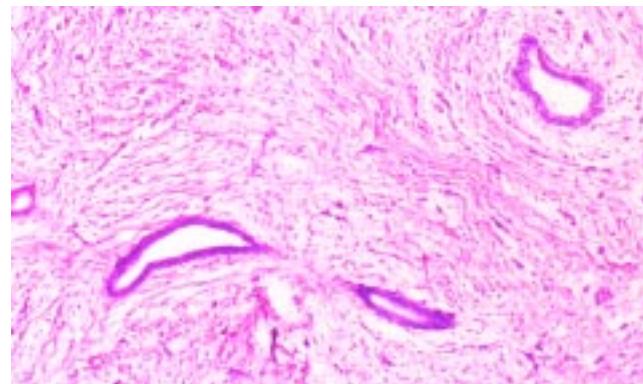


Figura 2. Microfotografía, poco aumento, se observan glándulas endometriales.

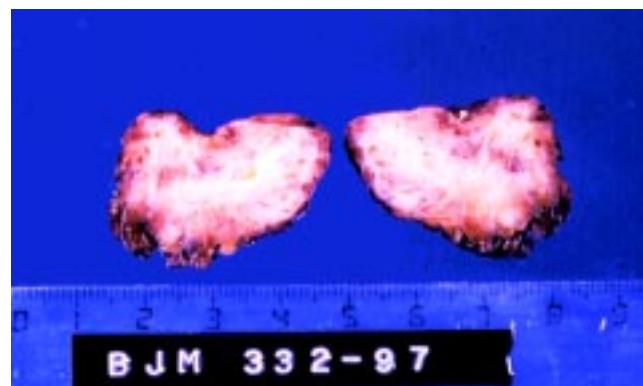


Figura 3. Pieza quirúrgica, al corte de una de las pacientes.

(Fig. 2) con macrófagos con hemosiderina, estableciéndose el diagnóstico de endometrioma perianal. La paciente fue manejada en la Consulta Externa para su control postoperatorio, con buena evolución, no observándose recidiva de la lesión, después de un año de seguimiento.

CASO 3

Femenino de 36 años, casada, originaria de Guanajuato, menarca 11 años, ritmo 28 x 3 dismenorreica, gestaciones uno, partos uno, fecha de último parto dos años antes del inicio de su padecimiento actual, durante el cual se le realizó episiotomía. Padecimiento de un año de evolución, caracterizado por la aparición de masa tumoral en región perianal, en el sitio de episiotomía previa, dolorosa a la palpación y durante la evacuación. A la exploración física signos vitales normales, bien hidratada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con presencia de cicatriz umbilical, a la palpación sin datos anormales,

sin alteraciones con peristalsis presente. A la exploración proctolórica masa tumoral perianal de 2.5 cm de diámetro dura no adherida a planos profundos de bordes lisos, dolorosa a la palpación, en cicatriz quirúrgica de episiotomía previa. Exámenes de laboratorio dentro de límites normales. La paciente fue intervenida quirúrgicamente, efectuándose la resección total de la masa tumoral (Fig. 3), enviándose la pieza quirúrgica a estudio histopatológico, confirmándose el diagnóstico de endometrioma perianal. En virtud de que la resección de la lesión fue completa, no se agregó tratamiento complementario con inhibidores del ciclo menstrual, después de año y medio de seguimiento la paciente no presentó recidiva.

CASO 4

Paciente femenino de 27 años de edad, casada, originaria de Guanajuato, antecedente de tabaquismo positivo menarca 14 años, ritmo 28 x 4, eumenorreica, gestaciones dos, partos uno, cesárea una. Inicia su padecimiento hace siete años posterior a su último parto, al presentar prurito y dolor de tipo punzante en región perianal, en el sitio de episiotomía, el cual se irradiaba a labios mayores acompañándose de estreñimiento crónico y que coincidía con los ciclos menstruales. A exploración física signos vitales normales, bien hidratada, cardiopulmonar sin compromiso; a la palpación del abdomen sin datos anormales. A la exploración proctológica, se palpa masa tumoral antero-lateral izquierda en región perianal, de aproximadamente 3 cm de diámetro, dolorosa a la presión, de bordes regulares y fija a planos profundos; al tacto rectal esfínter normotónico, anoscopia y rectosigmoidoscopia rígida de 25 cm sin alteraciones. Exámenes de laboratorio dentro de límites normales. La paciente fue intervenida quirúrgicamente realizándose la resección



Figura 4. Pieza quirúrgica, al corte, se observa cavidad con tejido endometrial.



Figura 5. Esfínter anal preservado, después de resección de endometrioma perianal, se señala con pinzas de Allis.

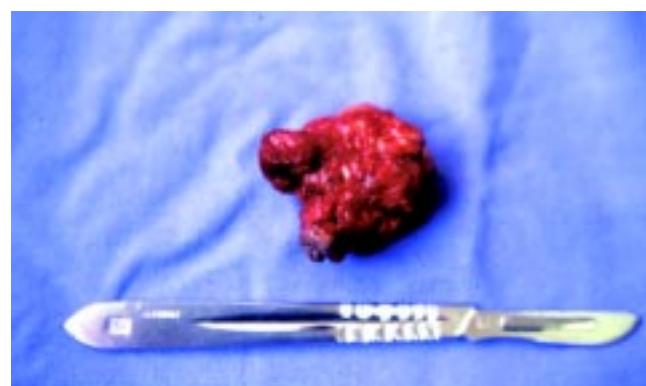


Figura 6. Pieza quirúrgica resecada.

de la masa tumoral perianal izquierda de 3 cm de diámetro (Fig. 4). El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de endometrioma perianal, encontrándose glándulas endometriales y macrófagos con hemosiderina.

CASO 5

Paciente femenina de 42 años, casada, originaria de Oaxaca, con antecedentes quirúrgicos de plastia vesical cuatro años antes de su primera consulta, menarca a los 15 años ritmo 30 x 3, eumenorreica, gestaciones dos, partos dos, fecha de último parto 12 años antes, con realización de episiotomía. Padecimiento actual de ocho años de evolución caracterizado por la presencia de masa tumoral en la región perianal, en el sitio en donde terminaba cicatriz de episiotomía, acompañado de dolor relacionado con la menstruación y prurito. A la exploración física, signos vitales normales, buena coloración e hidratación



Figura 7. Microfotografía, poco aumento, se aprecian macrófagos con hemosiderina y tejido endometrial.

de tegumentos y mucosas, cardiopulmonar sin datos anormales, abdomen con presencia de cicatriz umbilical central a la palpación sin datos de irritación peritoneal ni presencia de visceromegalias, con peristalsis presente. A la exploración proctológica, se palpa masa tumoral de 5 cm de diámetro, en el sitio de episiotomía, dolorosa a la presión, fija, de bordes regulares y adherida a planos profundos, anoscopia y rectosigmoidoscopia rígida sin alteraciones. Exámenes de laboratorio normales, se realizó ultrasonografía perianal, confirmando la presencia de masa tumoral de 5 cm de diámetro adherida al esfínter anal. La paciente fue intervenida quirúrgicamente realizando una resección de masa tumoral perianal, en el sitio de cicatriz de episiotomía, de 5 cm de diámetro con borde bien delimitados adherida a esfínter externo del ano, el cual fue liberado cuidadosamente para preservar la continencia anal (Fig. 5). El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de endometrioma perianal. En virtud de la involucración del esfínter anal, se dio a la paciente tratamiento complementario con danazol, durante seis meses, después de un año y medio de seguimiento la paciente se mantuvo sin recidivas.

CASO 6

Femenino de 36 años, casada, originaria de México, Distrito Federal, con antecedente quirúrgico de laparotomía por embarazo ectópico cinco años antes del inicio de su padecimiento actual. Menarca a los 14 años, ritmo 30 x 5, dismenorreica, gestaciones cuatro, partos uno, una cesárea, un aborto y un embarazo ectópico. Inició su padecimiento cuatro años antes, con la presencia de masa tumoral perianal, en el sitio de cicatriz de episiotomía previa, que se acompañaba de dolor durante los ciclos

menstruales y prurito, la masa tumoral fue aumentado de tamaño, presentando finalmente salida de secreción sero-hemática. A la exploración física con tensión arterial 120/70 mm de Hg, frecuencia cardiaca 74 por minuto, bien hidratada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con presencia de cicatriz umbilical central, sin alteraciones a la palpación, con peristalsis presente. A la exploración proctológica se palpa una masa tumoral perianal de aproximadamente 3 cm de diámetro, dolorosa a la palpación, bien delimitada, fija, adherida a planos profundos, en el sitio de episiotomía previa, al tacto rectal el esfínter anal normotónico, anoscopia y rectosigmoidoscopia rígida sin alteraciones. Exámenes de laboratorio normales, el ultrasonido perianal, confirmó la presencia de masa tumoral de 3 cm de diámetro en el sitio de episiotomía. La paciente fue intervenida quirúrgicamente resecándose masa tumoral perianal (Fig. 6), antero-lateral derecha, de 3 cm de diámetro, en el sitio de episiotomía previa. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de endometrioma perianal con tejido estromal, glándulas endometriales y macrófagos con hemosiderina. La paciente recibió tratamiento complementario con danazol durante seis meses, después de dos años de seguimiento no presentó recidiva.

CASO 7

Femenino de 26 años, originaria de México, Distrito Federal, casada, menarca a los 12 años ritmo 30 x 4, eumenorreica, gestaciones dos, partos dos, fecha de último parto ocho meses previos a su atención inicial. Inició su padecimiento actual posterior a su último parto con prurito en región perianal, masa tumoral de 3 cm de diámetro, con dolor que se exacerbaba con la menstruación, irradiándose a miembro pélvico derecho. A la exploración física signos vitales normales con buena hidratación, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con presencia de cicatriz umbilical central, a la palpación media sin alteraciones con peristalsis presente. A la exploración proctológica. A la exploración proctológica se palpa una masa tumoral perianal de 3 x 3 cm dolorosa a la palpación, en el sitio de episiotomía previa, fija, de bordes regulares, sin salida de secreción, el esfínter anal normotónico, anoscopia y rectosigmoidoscopia sin alteraciones. Exámenes de laboratorio normales. El estudio de ultrasonografía perianal confirmó la presencia de una masa tumoral perianal de 3 cm de diámetro. La paciente fue intervenida quirúrgicamente, efectuándose la resección de una masa tumoral perianal anterior derecha de 3 x 3 cm, en el sitio de episiotomía previa, de color rojo intenso, adherida al esfínter anal

externo, el cual fue liberado sin complicaciones. El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica, confirmó el diagnóstico de endometrioma perianal, con la presencia de glándulas endometriales y macrófagos con hemosiderina (Fig. 7); la paciente recibió tratamiento con danazol, durante seis meses, sin presentar recidivas un año después de la intervención quirúrgica.

DISCUSIÓN

El desarrollo de endometriosis, sin importar su localización, es probablemente un proceso multifactorial. Se han postulado muchas teorías con respecto a la etiología de la endometriosis; estas pueden ser divididas en cuatro grandes grupos:

1. Implante directo por transporte de células,
2. Metaplasia celómica.
3. Restos celulares embrionarios.
4. Teorías inmunológicas.

En el caso de la endometriosis perianal, la teoría más aceptada es la del implante directo por transporte de células endometriales; ya que en casi la totalidad de los casos se presenta en cicatrices de procedimientos obstétricos o cirugía vaginal previa, recientemente se han descrito casos sin que medie este antecedente.⁵ En nuestra serie todas las pacientes tuvieron el antecedente de episiotomía previa.

En años recientes se ha incrementado la evidencia que apoya que existe un componente genético en el desarrollo de endometriosis.⁶ Estudios en gemelas⁷ han sugerido que la endometriosis pudiera tener una base genética, en un estudio reciente de 3,096 hermanas gemelas, 215 parejas presentaron endometriosis, con una prevalencia de 7%.⁸

Se calcula que 15% de las mujeres con actividad menstrual están afectadas por endometriosis, de las cuales de 3 a 37% desarrollarán afección intestinal. La endometriosis que involucra la región perianal y perineal es poco frecuente; en la literatura se reportado casos aislados, dentro de las series más grandes publicadas, se encuentra la de Gordon con cinco casos,⁹ y la de Ruiz-Moreno con 12 pacientes.⁴

La historia natural de la endometriosis no está bien aclarada; la enfermedad parece progresar en la mayoría de las mujeres que no reciben tratamiento, aunque se han descrito casos de regresión espontánea cuando la enfermedad es leve.

La endometriosis perianal se sospecha a través de la historia clínica, por la presencia de una masa tumoral que

produce un dolor que se modifica con el ciclo menstrual;^{10,11} sin embargo, el diagnóstico definitivo se establece con la confirmación histológica de la lesión, en donde se observa estroma, glándulas endometriales y macrófagos con pigmento de hemosiderina.¹² En nuestras siete pacientes se estableció la sospecha clínica, con los antecedentes y los signos y síntomas, en todas se realizó exploración proctológica completa, incluyendo rectosigmoidoscopia rígida, en cuatro pacientes se realizó estudio de ultrasonografía, y en todos los casos el diagnóstico se confirmó mediante estudio histopatológico de la pieza quirúrgica resecada.

Debido a que el endometrioma perianal es fácilmente accesible, ya que con frecuencia el diagnóstico preoperatorio no está perfectamente definido; el tratamiento de elección es la excisión local; sin embargo, hay que tener cuidado de no lesionar el esfínter anal durante la resección, ya que con frecuencia las fibras musculares se encuentran infiltradas por tejido endometrial.^{13,14} En nuestra serie, en dos pacientes existió compromiso del esfínter anal. La reaparición de la lesión, habitualmente indica una inadecuada remoción, más que una recurrencia.

Algunos autores han sugerido la utilización de terapia hormonal complementaria para suprimir la proliferación de tejido endometrial, la cual debe administrarse durante un lapso de seis meses.¹⁵ Dentro de estos medicamentos el que ha tenido mayor aceptación es el danazol. En nuestra serie, cuatro pacientes recibieron terapia hormonal complementaria por un lapso de seis meses.

CONCLUSIONES

La endometriosis es la localización ectópica de glándulas endometriales funcionantes y estroma; cuando las estructuras glandulares se vuelven quísticas y alcanzan una considerable dimensión, se utiliza el término de endometrioma. Existen pocas series de casos de endometrioma perianal.

La patogénesis de la endometriosis sigue siendo motivo de controversia, en el caso de la endometriosis perianal, la teoría más aceptada es la de la implantación directa, ya que la gran mayoría de los casos ocurre en cicatrices de episiotomía.

El diagnóstico se sospecha clínicamente; sin embargo, se establece en forma definitiva mediante estudio histopatológico.

El tratamiento de elección es la excisión local de la lesión, teniendo cuidado de no lesionar el esfínter anal; algunos autores sugieren que la terapia hormonal complementaria está indicada.



REFERENCIAS

1. Brenner C, Wohlgemuth S. Scar endometriosis. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 170: 538-40.
2. Cheleden J. Endometriosis of the perineum: report of two cases. *Southern Med J* 1968; 61: 1313-15.
3. Minvielle L, Vargas de la Cruz J. Endometriosis of the anal canal: presentation of a case. *Dis Colon Rectum* 1968; 11: 32-5.
4. Ruiz-Moreno F, Alvarado-Cerna R, Rodríguez U, Amaro J. Perianal endometriosis. Report of 12 cases. *Dis Colon Rectum* 1991; 34(4): 28.
5. Lan Z, Jinghe L, Wong F, Lina G. Perineal endometriosis without perineal trauma: a case report. *Chin Med J* 2003; 116: 639-40.
6. Stefansson H, Einarsdottir A, Geirsson RT, Jonsdottir K. Endometriosis is not associated with or linked to the GALT gene. *Fertil Steril* 2001; 76: 1019-22.
7. Hadfield RM, Mardon HJ, Barlow DH, Kennedy SH. Endometriosis in monozygotic twins. *Fertil Steril* 1997; 68: 941-2.
8. Treloar SA, O'Connor DT, O'Connor VM, Martin NG. Genetic influences on endometriosis in an Australian twin sample. *Fertil Steril* 1999; 71: 701-10.
9. Gordon PH, Schottler JL, Balcos EG, Goldber S. Perianal endometrioma: report of five cases. *Dis Colon Rectum* 1976; 19: 260-6.
10. Keane TE, Peel ALG. Endometrioma an intra-abdominal trouble marker. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 963-5.
11. Nezhat F, Nezhat C, Allan CJ, Metzger DA, Sears DL. Clinical and histologic classification of endometriomas. Implications for a mechanism of pathogenesis. *J Reprod Med* 1992; 37: 771-7.
12. Rock JA, Markham SM. Pathogenesis of endometriosis. *Lancet* 1992; 340: 1264-7.
13. Ramsey WH. Endometrioma involving the perianal tissues: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1971; 14: 366-8.
14. Rodríguez-Wong U, Muñoz Kim P, Peñavera R, Cruz D, García J. Endometrioma perianal. Reporte de un caso. *Cir Gral* 1989; 11(Suppl. 3): 41.
15. Shaw RW. Treatment of endometriosis. *Lancet* 1992; 340: 1267-70.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong
Tepic 113-611. Col. Roma Sur
C.P. 06760, México, D.F.
Tel.: 5264-8266.