



Caso 4 -2018:

Endometriosis apendicular

Recibido: 05/04/2018
Aceptado: 15/07/2018

¹ Diego Francisco Solís Ramírez
² Adriana Baltodano Acuña
³ Jeffry Solís Torres

- ¹ Médico General. Universidad Latina de Costa Rica. dsolis2487@gmail.com
² Médico General. Universidad de Ciencias Médicas.
³ Médico Especialista en Cirugía General. Residente en cirugía plástica reconstructiva y estética. Universidad de Costa Rica–Hospital México. Hospital Maximiliano Teran Valls, Quepos, Costa Rica.

Resumen

La endometriosis se define como una proliferación ectópica de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, que afecta entre el 4-50% de las mujeres en edad reproductiva y que ocasiona dolor pélvico e infertilidad en hasta 50% de estos pacientes. La endometriosis del apendicular es poco común y constituye menos del 1% de todas las patologías apendiculares que pueden simular una apendicitis aguda. Ésta puede presentarse con dolor abdominal agudo o crónico, la forma apendicular es la mayor parte del tiempo asintomática, lo cual hace que el diagnóstico preoperatorio sea difícil. La laparoscopia es el procedimiento diagnóstico de elección y la biopsia confirmará la entidad con la presencia de glándulas endometriales y el estroma infiltrándose en su tejido muscular.

Palabras clave

Endometriosis; apendicitis; endometriosis apendicular

Abstract

Endometriosis is defined as an ectopic proliferation of endometrial tissue outside the uterine cavity, affecting between 4-50% of women of reproductive age and causing pelvic pain and infertility in up to 50% of these patients. Endometriosis of the appendicular is uncommon and constitutes less than 1% of all appendiceal pathologies that can simulate acute appendicitis. This may present with acute or chronic abdominal pain, the appendicular form is most of the time asymptomatic, which makes the preoperative diagnosis difficult. Laparoscopy is the diagnostic procedure of choice and biopsy will confirm the entity with the presence of endometrial glands and the stroma infiltrating its muscle tissue.

Key words

Endometriosis; apendicitis; appendicular endometriosis

Caso Clínico

Paciente femenina de 23 años, conocida sana, sin antecedentes personales, patológicos ni quirúrgicos. Antecedentes ginecológicos normales, con ritmo menstrual regular, sin dismenorrea, citologías vaginales anuales sin alteraciones y sin antecedentes de embarazo.

La paciente se presenta en Marzo del 2016 al servicio de emergencias del Hospital Max Terán de Quepos, citando un cuadro de dolor abdominal con 2 días de evolución, de localización en fosa iliaca derecha. En ese momento presentaba la menstruación, no asociaba vómitos. Durante el examen físico presenta una frecuencia cardiaca de 125 latidos/minuto, presión arterial 120/60 mmHg, dolor exquisito en fosa iliaca derecha, Mc Burney (+), Blumberg (+), Rovsing (+). Laboratorios: Hemoglobina 10,9 g/dL, Hematocrito 33.9%, leucocitos: 15 800, neutrófilos 86%, plaquetas 330 000. Hormona gonadotropina corionica negativa.

Es llevada en esos momentos a sala de operaciones con el diagnóstico pre-quirúrgico de apendicitis aguda. Se le realizó una laparotomía exploratoria con hallazgo de inflamación del ciego asociado a masa de aproximadamente 3x3 cm, que invade al apéndice cecal. Debido al gran proceso inflamatorio en el ciego se le realizó una hemicolectomía derecha con una ileotransverso anastomosis termino-terminal manual. La paciente presenta muy buena evolución post-quirúrgica y se le da egreso al sexto día.

Labiopsia del espécimen describe macroscópicamente que en el ciego la mucosa muestra la arquitectura conservada, a nivel de la serosa hay una zona de color violácea con natas de fibrina de 3 cm en relación con el lecho apendicular. Microscópicamente describe múltiples focos de tejido endometrial con cambios secretores, reacción fibroblástica densa en la submucosa, la serosa con microabscesos, zonas densas, necrosis, edema y congestión, la mucosa con arquitectura conservada. Además de 8 nódulos linfáticos edematosos congestivos con hiperplasia reactiva. El apéndice cecal con tejido fibroadiposo, reacción fibroblástica y múltiples focos de tejido endometrial. Con un diagnóstico de endometriosis severa y serositis aguda.

Discusión

La apendicitis ha sido la enfermedad quirúrgica más común, (1) siendo ésta la causa más frecuente de dolor abdominal agudo que requiere cirugía. La apendicetomía es la operación de emergencia que más comúnmente se realiza en el mundo. (2)

La endometriosis es un trastorno ginecológico benigno de las glándulas endometriales que puede desarrollarse en cualquier parte del sistema gastrointestinal, la región rectosigmoidea es el sitio más común (72%), seguido por el tabique rectovaginal (13%), intestino delgado (7%), ciego (4%) y apéndice (3%). (3) Su incidencia es entre 8-15% en mujeres premenopáusicas y un tercio de las mujeres infértiles, (4-5) con una máxima en la tercera y cuarta década. (6) Aunque la etiología de esta enfermedad se desconoce, se han propuesto tres teorías para explicar su origen. La primera implica la menstruación retrógrada. La segunda, postula una metaplasia que sugiere la activación de células celómicas epiteliales presentes en la superficie peritoneal de los ovarios. La tercera sugiere una metástasis sistémica, a través de una diseminación vascular o linfática. (7)

La endometriosis es un padecimiento que causa dolor pélvico-crónico en mujeres premenopáusicas. Existen muchos síntomas de la endometriosis, siendo los más comunes la dismenorrea, la dispareunia y la infertilidad, sin embargo, algunas de las pacientes pueden permanecer asintomáticas. (8)

La endometriosis apendicular (EA) es una entidad poco común y casi nunca se diagnostica correctamente de manera preoperatoria. (9) Su prevalencia en pacientes con endometriosis es del 2,8%. (8) La EA se divide en formas: primaria, que incluye evidencia histopatológica de endometriosis dentro del apéndice sin evidencia clinicopatológica de endometriosis extra-apendicular; y secundaria que se asocia con endometriosis interna y/o externa. (5) La EA generalmente es asintomática, pero ocasionalmente puede expresarse como apendicitis aguda con perforación intestinal, invaginación intestinal o hemorragia gastrointestinal inferior aguda. (10) Cuando se presentan manifestaciones clínicas, el dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen es uno de los síntomas más frecuentes, y un tercio de esas pacientes presentan una sintomatología típica de apendicitis y la afección ocurre principalmente durante el período menstrual. (11) Clínicamente,

la endometriosis cecal puede simular una serie de enfermedades como la enfermedad de Crohn, apendicitis, absceso tuboovárico, diverticulitis cecal o pseudodiverticulitis y tuberculosis ileocecal, por lo cual el diagnóstico diferencial, especialmente en situaciones de emergencia, es difícil de alcanzar. (12)

La EA puede producir una inversión apendicular y su invaginación intestinal en el ciego, la cual produce un amplio espectro de síntomas que se pueden clasificar en cuatro tipos: el primero simula un cuadro de apendicitis aguda; el segundo incluye los síntomas típicos de intususcepción (dolor abdominal y vómitos durante varios días); el tercero se caracteriza por dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen, asociado a vómitos recurrentes y melena, que pueden perdurar semanas o meses; y el cuarto tipo, en el cual las pacientes son completamente asintomáticas. Se hace énfasis que en el 63% de los casos hay una manifestación crónica y los síntomas más frecuentes son dolor abdominal (78%), vómitos (26%) y hemorragia rectal (23%). (12)

El estudio de elección es la laparoscopia diagnóstica y terapéutica, donde se pueden observar las implantaciones endometriales. (13) Sin embargo, el diagnóstico definitivo es la presencia histológica de tejido endometrial en la muestra. (14) La estrategia de tratamiento consiste principalmente en cirugía laparoscópica y terapia hormonal de manera secundaria. (15)

Conclusión

La EA como causa de dolor crónico o recurrente, localizado en la fosa iliaca derecha, es poco frecuente. No obstante la cirugía sigue siendo el tratamiento de elección para descartar malignidad y algunas complicaciones como la perforación, la obstrucción intestinal o el sangrado. (12)

Pese a ser una causa poco frecuente, la EA debe contemplarse como una posibilidad, ante una larga historia de dolor en el cuadrante inferior derecho, en mujeres con endometriosis diagnosticada, en especial cuando las pacientes están en edad reproductiva y presentan síntomas de apendicitis aguda o hipogastralgia repetida. (2,10)

Bibliografía

1. Ziaja D, Bolkowski T, Januszewski K, Skrzypulec-Plinta W, Chudek J, Ziaja K. *Endometriosis of the Vermiform Appendix within a Hernia Sac Infiltrating the Pubic Bone*. Case Rep Surg. 2015; 2015:270206.
2. Tumay V, Ozturk E, Ozturk H, Yilmazlar T. *Appendiceal endometriosis mimicking acute appendicitis*. Acta Chir Belg. 2006;106(6):712-713.
3. Lee WY, Noh JH. *Leiomyomatosis peritonealis disseminata associated with appendiceal endometriosis: a case report*. J Med Case Rep. 2015;9:167.
4. Soylu L, Aydın OU, Aydın S, Özçay N. *Invagination of the appendix due to endometriosis presenting as acute appendicitis*. Ulus Cerrahi Derg. 2014; 30:106-108.
5. Emre A, Akbulut S, Yilmaz M, Bozdog Z. *An unusual cause of acute appendicitis: Appendiceal endometriosis*. Int J Surg Case Rep. 2013; 4(1):54-57.
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; 5: 27.
7. Curbelo-Peña Y, Guedes-De la Puente X, Saladich-Cubero M, Molinas-Bruguera J, Molineros J, De Caralt-Mestres E. *Endometriosis causing acute appendicitis complicated with hemoperitoneum*. J Surg Case Rep. 2015; 8:1-3.
8. Al Oulaqi NS, Hefny AF, Joshi S, Salim K, Abu-Zidan FM. *Endometriosis of the appendix*. Afr Health Sci. 2008 Sep; 8(3):196-198.
9. Ben Maamer A, Zaafour H, Haoues N et al. *Laparoscopic appendectomy for appendiceal endometriosis presenting as acute appendicitis*. Tunis Med. 2013;91(5):369-370.
10. Uwaezuoke S, Udoye E, Etebu E. *Endometriosis of the appendix presenting as acute appendicitis: a case report and literature review*. Ethiop J Health Sci. 2013; 23(1):69-72.

11. Huang YM Chen CQ Ding L Yi XJ He YL. *Chronic appendicitis secondary to endometriosis: a case report*. Int J Colorectal Dis. 2015; 30(2):289-290.
12. Costa M Bento A Batista H Oliveira F. *Endometriosis-induced intussusception of the caecal appendix*. BMJ Case Rep. 2014; 2014:bcr2013200098.
13. Alizadeh Otaghvar H Hosseini M Shabestanipour G Tizmaghz A Sedehi Esfahani G. *Cecal endometriosis presenting as acute appendicitis*. Case Rep Surg. 2014.
14. Arif Emre Sami Akbulut Zehra Bozdog et al. *Routine Histopathologic Examination of Appendectomy Specimens: Retrospective Analysis of 1255 Patients*. Int Surg. 2013; 98(4): 354–362.
15. Idetsu A Ojima H Saito K et al. *Laparoscopic appendectomy for appendiceal endometriosis presenting as acute appendicitis: report of a case*. Surg Today. 2007; 37:510–513.

Conflicto de interés y agradecimiento

Los autores declaran que no existió ningún conflicto de interés en el presente reporte.