

GINECOLOGIA

ENDOMETRIOMA EN MUJER DE 46 AÑOS (Reporte de un caso clínico)

Iván Brenes Reyes *
Sabrina Alfaro Hidalgo **
Jerlin Campos Medina ***

SUMMARY

The endometriosis is a suffering common of the women menstruates. Is considered that it arrives of 15% of women premenopause they present some endometriosis grade. The clinical square can vary from a complete absence of symptoms until an acute abdomen. Some the suggestive symptoms are premenstrual pelvic pain, cramps in inferior abdomen (commonest), infertility, dysmenorrhoea, disporeunia, and bled uterine abnormal. The place commonest of intestinal endometriosis it is at level of the rectum-sigmoides, continued by the colon proximal, small intestine, appendix and cecum. To make a diagnosis of intestinal

endometriosis by noninvasive methods is very difficult, it requires a high index of suspicion and consideration of this possibility. The next is a clinical case in the Hospital Carlos Luis Valverde Vega.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 46 años, conocida sana, G3P2A1, ciclos menstruales regulares de 28 días y planificación con preservativo, menarca 11 años, antecedente de dismenorrea. Policonsultante al servicio de emergencias y consulta externa del Hospital Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón

por cuadro clínico caracterizado por dolores abdominales hipogástricos tipo cólico, insidioso en un inicio, (no relacionado con ciclo menstrual) que fueron evolucionando en su sintomatología al asociarse a náuseas, vómitos y estreñimiento, posteriormente con pérdida de 4 kilogramos y cambios en hábitos defecatorios.

Los estudios de gabinete revelaron: ultrasonido vaginal, útero en antroversoflexión, sin masas ni infiltraciones; ultrasonido abdominal con Diana Colónica; tránsito intestinal dentro de límites normales; tomografía axial computarizada mostró una masa de tejido blando en la pelvis derecha

* Médico General, Hospital Carlos Luis Valverde Vega.

** Médico General, Hospital Carlos Luis Valverde Vega.

*** Médico General, Área de Salud de Sarapiquí.

contiguo al músculo iliopsoas derecho. Los laboratorios más importantes revelaron Alfafetoproteína 1,96 ng/ml, Antígeno Carcinoembrionario 1,05 ng/ml, Ca-125 33,5 UI/ml (alto). Finalmente la paciente es intervenida por abdomen agudo obstructivo, un año y medio después del primer episodio de dolor donde se realiza colectomía derecha con ileotransverso anastomosis por masa a nivel de ciego y toma de biopsia que posteriormente se reporta como endometriosis con oclusión intestinal.

D ISCUSIÓN

Dolor pelvico crónico:

Se estima una prevalencia de 3.8% en mujeres de 15 a 73 años, el cual es mayor que la prevalencia de la migraña (2.1%) y es similar al asma (3.7%) o dolor de espalda (4.1%). Se calcula que representa un promedio de 10% de todas las referencias al ginecólogo. Esto es indicación de 12% de todas las histerectomías y sobre 40% de los diagnósticos laparoscópicos.

Múltiples definiciones han sido propuestas para dolor pélvico crónico, haciendo hincapié en la duración, el patrón, y la localización del dolor. La más comprensible es una adoptada por Howard: Dolor no menstrual de 3 meses de duración o mal localizado a nivel pélvico lo suficientemente severo para causar disfuncionabilidad y requerir tratamien-

to médico o quirúrgico. Otros autores han usado diferentes definiciones. Por ejemplo, Kreesch et al consideró el dolor pélvico crónico en el mismo lugar pero con una duración de mínimo 6 meses. Rapkin definió dolor pélvico crónico como síntomas presentes por 6 meses o más, incluyendo el dolor menstrual y la dispareunia. Steege and Stout lo definieron como dolor constante, persistiendo por más de 6 meses. Finalmente, Malik et al consideró dolor pélvico crónico que incluye el dolor continuo, así como el dolor asociado con defecación, micción y coito.

Endometriosis

La endometriosis es un padecimiento común de las mujeres menstruantes. Se estima que arriba del 15% de mujeres premenopáusicas presentan algún grado de endometriosis. (7) Nulíparas entre 25 y 45 años de edad son las propensas a ser afectadas. (6) Entre las teorías con mas validés se encuentra el reflujo transfalopio de flujo menstrual, o retrógrada de tejido endometrial dentro de cavidad peritoneal, metaplasia de mesotelio peritoneal. (15) Entre los síntomas mas sugestivos se encuentran dolor pélvico premenstrual, calambres en abdomen bajo(mas común), infertilidad, dismenorrea, dispareunia, y sangrados uterinos anormales.

Endometriosis intestinal

La invasión intestinal por tejido endometrial ocurre entre el 3% al

37% de pacientes con endometriosis. (18) La vasta mayoría de pacientes no experimentan síntomas relacionados con el tracto gastrointestinal. En particular, las complicaciones de obstrucción intestinal y malaabsorción son extremadamente raras. El sitio mas común de endometriosis intestinal se encuentra a nivel del recto-sigmoides, seguido por el colon proximal, intestino delgado, apéndice y ciego. El ilion es el segmento del intestino delgado más comúnmente afectado por obstrucciones (18). Sin embargo el clásico hallazgo de dolor cíclico o de otros síntomas que coinciden con el flujo menstrual ha sido visto en solo 18%- 40% con implantes endometriales en el intestino delgado. (15)

C UADRO CLÍNICO

Múltiples mecanismos han sido postulados en la patogénesis de las complicaciones intestinales incluyendo afección directa del ciclo menstrual sobre el tejido endometrial, sobre nervios, irritación química de sangrados repetidos produciendo cambios inflamatorios y fibrosis, y la acción de prostaglandinas elaboradas en respuesta a la inflamación local. (16) El dolor abdominal que tiende a ser espasmódico es el síntoma mas frecuente. Otras complicaciones pueden ser diarrea, nausea, vómito, distensión abdominal. (14) Estos síntomas pueden estar presentes

en personas que no tienen endometriosis sin embargo su presencia en concordancia con ciclos menstruales deben hacer pensar en este padecimiento. En el caso expuesto esta posibilidad no fue considerada por lo que no fue tratada como tal. El cuadro clínico puede variar desde una ausencia completa de síntomas hasta un abdomen agudo, el cual requiere intervención quirúrgica. (7) Otras manifestaciones distintas al dolor abdominal, pueden ser el dolor pélvico, dolor rectal, dismenorrea, y dispareunia en orden decreciente los síntomas más comunes. Los síntomas asociados a endometriosis intestinal pueden variar un tanto de acuerdo al sitio de afección. (18) La afección del recto sigmoides puede resultar en disminución del calibre de las heces, diarrea, y heces sangrantes que no son necesariamente catameniales. La endometriosis colónica puede manifestarse como abdomen agudo asociado a peritonitis; en intestino delgado puede producir dolor abdominal recurrente, pero en íleon terminal frecuentemente termina en una obstrucción intestinal aguda o crónica. (18) La endometriosis puede causar obstrucción del intestino grueso o delgado, ascitis hemorrágica, perforación intestinal, hipoalbuminemia y hasta apendicitis, pero estas complicaciones son raras. (7) En casos muy extraños la endometriosis intestinal puede ocasionar la aparición de anasarca en cuyos casos se pre-

sentará severa hipoalbuminemia con no evidencia de patología hepática, renal, malnutrición, o periodos prolongados de inanición. (7)

D IAGNÓSTICO

Realizar un diagnóstico de endometriosis intestinal por métodos no invasivos es muy difícil, se requiere un alto índice de sospecha y consideración de esta posibilidad. Algunos de los hallazgos en estudios con bario demuestran efecto de masa extrínseca, producto de la hipertrofia y fibrosis de la muscular. (19) La enfermedad puede causar confusión debido a que la toma de la biopsia por endoscopia se realiza en tejidos superficiales y la endometriosis usualmente afecta las capas más profundas de la pared intestinal. Así lo demuestra Ronda K. Yantiss, M.D, et al, quienes analizando 44 casos de endometriosis intestinal hallaron cambios relacionados con endometriosis en un 89 % de los casos a nivel de la capa muscular, 73% en serosa, un 66% a nivel de la submucosa y 30% en la lamina propia. (18) Otro coadyudante para determinar el grado de infiltración intestinal que ha sido estudiado es el CA-125, se dice que con niveles mayores de 65 UI/ mL la paciente estará en riesgo de tener severas adhesiones pélvicas, omentales o ruptura del endometrioma. (20) El correcto diagnósti-

co es a menudo retardado por que la endometriosis puede enmascarar clínicamente una enteritis regional, apendicitis, colitis isquémica, diverticulitis, colitis aguda autolimitada o una neoplasia.

Diagnóstico diferencial

A menudo la etiología del dolor pélvico crónico es no discernible. Existen algunos desórdenes del tracto digestivo, órganos urológicos, sistema músculo esquelético, sistema psiconeurológico que pueden ser asociados con dolor pélvico crónico en las mujeres. La endometriosis puede causar algunos cambios histopatológicos compatibles con Enfermedad de Crohn. (17) Tanto la endometriosis intestinal y la enfermedad de Crohn están caracterizadas enormemente por invasión en parches tanto del intestino grueso como del intestino delgado. Además, ambas pueden ser un proceso transmural con marcados cambios inflamatorios resultando en estructuras, adhesiones, fibrosis mural y obstrucción. Otras manifestaciones de la enfermedad de Crohn como absceso perianal, fístulas o pseudotumor inflamatorio, que envuelve el ciego, íleon terminal y apéndice han sido descritos en endometriosis intestinal. La endometriosis polipoidea que envuelve la mucosa intestinal puede a menudo parecer al examen macroscópico pólipos carcinomatosos. Síntomas sugestivos de síndrome de intestino irritable esta presente en 50-80% de muje-

res con dolor pélvico crónico. Endometriosis en apéndice cecal puede presentarse como una apendicitis aguda. Se han reportado casos que hablan de intususcepción apendicular secundaria a endometriosis.

Los factores de riesgo para adherencias pélvicas incluyen la historia de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), cirugía previa, apéndice perforado, endometriosis y enfermedades inflamatorias intestinales.

T RATAMIENTO

El tratamiento quirúrgico laparoscópico es particularmente popular. Más del 40% de laparoscopías son realizadas por el diagnóstico de dolor pélvico crónico. Los hallazgos quirúrgicos más comunes en los estudios realizados han sido la endometriosis y adherencias pélvicas. Las opciones médicas incluyen manipulación hormonal con Danazol, análogos de gonadotropina o medroxiprogesterona. (7)

Cuando los pacientes tienen dolor recurrente luego de un año de terapia con agonistas de gonadotropina coriónica humana, el retratamiento parece ser razonable, mostrando una reducción del dolor. Sin embargo, el retratamiento con agonistas de gonadotropina coriónica humana resulta en una importante pérdida ósea.

R E S U M E N

La endometriosis es un padecimiento común de las mujeres menstruantes. Se estima que arriba del 15% de mujeres premenopáusicas presentan algún grado de endometriosis. El cuadro clínico puede variar desde ausencia completa de síntomas hasta un abdomen agudo. Entre los síntomas más sugestivos se encuentran dolor pélvico premenstrual, calambres en abdomen inferior (más común), infertilidad, dismenorrea, dispareunia y sangrados uterinos anormales. El sitio más común de endometriosis intestinal se encuentra a nivel del recto-sigmoides, seguido por el colon proximal, intestino delgado, apéndice y ciego. Realizar un diagnóstico de endometriosis intestinal por métodos no invasivos es muy difícil, se requiere un alto índice de sospecha y consideración de esta posibilidad. El siguiente es un caso clínico presentado en el servicio de cirugía del Hospital Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón.

R I B L I O G R A F Í A

1. Arnaud Fauconnier, M.D, et al Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. Fertility and sterility, Vol.78,Nº4, October 2002.
2. Arnold Wald, MD. Functional Anorectal and pelvic pain. Gastroenterology clinics of North America, Vol 30, Nº 1, March 2001.
3. Brill Al, Nezhat CH, Nezhat . The incidence of adhesions after prior laparotomy: a laparoscopic appraisal: Obstet Gynecol 1995; 85: 269-72)

4. Croom RD, Donovan ML, Schwesinger WH. Intestinal endometriosis. Am J Surg 1984; 148: 660-7)
5. David R Urbach, MD,et al, Bowel resection for Intestinal Endometriosis, Dis colon Rectum, September 1998, vol 41, Nº 9
6. Fagan CJ. Endometriosis: clinical and roet-genographic manifestations. Radiol Clin North Am 1974; 12: 109-125.
7. Firas F. Mussa, M.D.,et al, Anasarca and small bowel obstruction secondary to Endometriosis, Journal Clinics Gastroenterology 2001; 32 (2): 167-171
8. Fred M. Howard, Ms,MD. Chronic Pelvic Pain.Obstetrics and Gynecology. Vol 101, Nº3, March 2003
9. Henriksen E. Endometriosis.Am J Surg 1955; 90: 331-6)
10. Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls.Obstet Gynecol Surv 1993; 48:357-87)
11. Howard FM. The role of laparoscopy as a diagnostic tool in chronic pelvic pain .Bailliers Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000; 14: 467-94
12. Jevon GP, Daya D, Qizilbash AH. Intususcepcion of the appendix. Arch Pathol Lab Med 1992; 116:960-4)
13. Li Volsi VA, Pesin KH. Endometriosis of the small intestine, producing small intestine obstruction or simulating neoplasm. Dig Dis 1974; 19: 100-8.
14. Mariano Gomez-Rubio, M.D et al, Intestinal endometriosis as a cause of chronic abdominal pain leading to intestinal obstruction, American Journal Gastroenterology. 1997 Mar; 92(3): 525-6
15. Minocha, MD, et al. Small bowel endometriosis masquerading as regional enteritis. Dig Dis Sci 1994; 39: 1126- 1133.
16. Monica Sha, MD., et al. Intestinal endometriosis Masquerading as Common Digestive disorders.Arch intern Med/ vol 155, May 8, 1995.
17. Ralph Boulton, B. Sc., M.R.C.P, et al. Ileal Endometriosis Masquerading as Crohn Ileitis. J Clin Gastroenterol 1997; 25(1): 338- 342
18. Ronda K. Yantiss, M.D, et al. Endometriosis of the Intestinal Tract, theamerican Journal of Surgical Pathology 25(4): 445- 454, 2001
19. Victor J. Scarmato, M.D, et al. Ileal endometriosis: Radiographic Findings in Five Cases. Radiology 2000;214; 509-512.
20. Ya-Min Cheng, Md, et al. SerumCa-125 in Preoperative Patients at High Risk for endometriosis. Obstetrics and Gynecology, vol. 99, Nº 3, March 2002
21. Zoder van KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH,. Prevalence and incidence in primary care of chronic pelvic pain in woman: Evidence from a national general practice database. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106: 1149-55.