

REPORTE DE UN CASO DE PERFORACION INTESTINAL PROXIMAL A UN AREA DE ENDOMETRIOSIS EN COLON

DR. JUAN J. RACHADELL M., DR. JUAN CAÑOS POZO P., DR. CLAUDIO NEGRI C.,
DR. FEMANDO GODAYOL D., DR. GUSTAVO BENÍTEZ P.
Servicio De Cirugía III Hospital Universitario De Caracas
Universidad Central De Venezuela.

RESUMEN:

Se reporta un caso de perforación colónica secundaria a obstrucción intestinal baja producida por un área de endometriosis de Colon. La endometriosis no fue diagnosticada al inicio de su enfermedad actual debido a su presentación como una severa peritonitis fecaloidea, manifestándose como obstrucción intestinal en el postoperatorio. Se revisa brevemente la literatura sobre Endometriosis.

PALABRAS CLAVE: Endometriosis, Obstrucción Colónica, Perforación de Colon.

CASE REPORT OF INTESTINAL PERFORATION PROXIMAL TO A COLONIC ENDOMETRIOSIS AREA.
Literature review.

SUMMARY:

We report a case of colonic perforation secondary to lower intestinal obstruction produced by an area of colonic endometriosis, which went undiagnosed in the first procedure due to its presentation as a severe fecal peritonitis, and showed up later as bowel obstruction. A brief literature review is given.

KEY WORDS: Endometriosis, Colonic Obstruction, Colonic Perforation.

INTRODUCCION

La Endometriosis se define como la presencia de estroma y glándulas endometriales funcionantes fuera de la cavidad uterina.(1-3) Desde su descripción, a principios de este siglo, se diagnostica cada vez con mayor frecuencia y ha llegado a ser una de las condiciones más comunes que enfrentan aquellos que tratan patología ginecológica. Esta enfermedad, a pesar de ser una condición benigna, tiene la propiedad de invadir tejidos y de diseminarse mediante extensión local, siembra peritoneal y vías vasculares.(1) Es difícil estimar su incidencia en la población general; los cálculos varían entre el 1-17%,(1,4,5,9-12) y se puede encontrar afección colorrectal en un 5-10% del total de casos.(4) En estas últimas pacientes, los síntomas más comunes son dolor rectal, pélvico, constipación y rectorragia. Excepcionalmente se presenta con síntomas floridos de Obstrucción Intestinal,(4,12) y, menos frecuentemente, como una perforación en el lugar de la afección o proximal a ella. A continuación presentamos un caso de endometriosis colorrectal cuya primera manifestación clínica fue una obstrucción intestinal baja que finalmente produjo una perforación del Colon proximal a la lesión.

CASO CLINICO

Paciente femenino de 34 años, con antecedente de estreñimiento desde su juventud, quien presentó historia de ausencia de evacuaciones durante 15 días, motivo por el cual es evaluada en un centro asistencial, donde se le indicó enema evacuador. Posterior a su aplicación presentó dolor y distensión abdominal difusa durante seis días, consultando a la Emergencia del Hospital Universitario de Caracas el 25/04/1994. Al ingreso se le encontró en malas condiciones generales, febril, taquicárdica e hipotensa, con abdomen francamente distendido, timpánico, escasos ruidos hidroaéreos, muy doloroso, y signos de irritación peritoneal difusa. El tacto rectal fue doloroso y con heces amarillas al dedil. Presentó leucocitosis con marcada desviación a la izquierda, trombocitopenia leve, hipoalbuminemia leve. En la radiografía de Abdomen de pie se evidenció neumoperitoneo.

La paciente fue intervenida de urgencia con el diagnóstico de Abdomen Agudo y Sepsis de punto de partida abdominal por perforación de víscera hueca, encontrándose peritonitis severa, con 4 litros de contenido fecal en cavidad abdominal y una

perforación de 0,5 cm de diámetro en cara anterior del Colon transverso, 10 cm proximal al ángulo esplénico. Se practicó resección de los bordes de la perforación (cuya biopsia reportó luego Colitis crónica reagudizada, peritonitis severa, sin evidencia de otra patología), exteriorizándola como colostomía en asa. La paciente se mantuvo hemodinámicamente inestable durante la intervención quirúrgica, requiriendo apoyo vasopresor. Ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital donde se manejó con técnica de Abdomen Abierto, realizando numerosos lavados de cavidad abdominal hasta que comenzó a resolverse el cuadro séptico egresando de Terapia Intensiva, y luego del Hospital, dos meses después de su ingreso.

Además del antecedente ya descrito, la paciente negaba dismenorrea, dispareunia y rectorragia. Durante su control ambulatorio se practicó radiología de Colon por Colostomía en el cual se apreció una adecuada plenificación del Colon distal.(Fig 1) Dos meses después de este estudio se ingresó para cierre extraperitoneal de Colostomía, realizado el 09/10/1995. Durante el postoperatorio presentó ruidos hidroaéreos al segundo día, aunque sin expulsión de flatos. Se inició la vía oral el cuarto día apreciándose distensión abdominal progresiva que se manejó en un principio de manera expectante. En la radiografía de Abdomen de pie se apreciaba dilatación de Colon con una masa radioopaca en Fosa Iliaca derecha e Hipogastrio, compatible con impactación de Bario en Colon distal.(Fig 2) La rectoscopia era normal hasta 10-12 cm. Al no mejorar la paciente se decidió practicar Laparotomía exploradora, encontrando síndrome adherencial importante, observándose lesión estenosante anular en unión rectosigmoidea, con gran distensión del Colon proximal y Colon distal hipotrófico, línea de sutura indemne. Los hallazgos se interpretaron como un tumor primario de Colon y se practicó Hemicolectomía Izquierda con Colostomía terminal y Bolsa de Hartmann. La Biopsia de la pieza reportó Endometriosis de Colon en segmento distal con obstrucción de la luz, bordes de resección libres. La paciente evolucionó satisfactoriamente.

DISCUSION

El cuadro clínico de la Endometriosis incluye no solo la presencia de tejido ectópico que posee la estructura histológica y funcional de la mucosa

endometrial, sino las condiciones anormales que resultan de su invasión a órganos y otras estructuras, y de su relación con el ciclo menstrual.(3) Su incidencia se calcula entre el 1-17%, aunque algunos autores consideran que con el uso más generalizado de la Laparoscopia, se diagnosticará en mayor número de mujeres.(6) Su patogenia no está clara, siendo las hipótesis más populares la implantación directa por flujo menstrual retrógrado, la metaplasia celómica, y el desarrollo a partir de restos del sistema Mülleriano secundario, teniendo todas ellas como trasfondo algún defecto no bien caracterizado de la inmunidad celular.(1) La triada clásica de dismenorrea secundaria progresiva, dispareunia e infertilidad (9) se encuentra en una minoría de pacientes, sin embargo debe sospecharse el diagnóstico en toda paciente en estudio por infertilidad o dolor pélvico crónico.(1) En la actualidad el método de elección para diagnóstico de Endometriosis es la Laparoscopia. Este método tiene la ventaja de que, además de diagnosticarla, permite su clasificación basándose en la tabla de la American Fertility Society, e intervenciones terapéuticas en etapas tempranas. Hay que notar que el puntaje en la clasificación de la AFS no se correlaciona con la severidad de las manifestaciones clínicas. (5) El tratamiento actual de la Endometriosis ofrece una amplia gama de posibilidades que van desde el alivio sintomático hasta la Cirugía definitiva, pasando por varios esquemas de tratamiento médico. La escogencia de una modalidad de tratamiento dependerá de la edad, paridad, estado endocrino, extensión de la enfermedad, y motivo de consulta de la paciente (infertilidad, dolor, etc.).(4)

La endometriosis intestinal ocurre entre 5-10% (4,13) del total de los casos, siendo más frecuente su localización en la pared anterior del Recto (80 % casos), Sigmoides e Ileon terminal. La presencia de tejido endometrial a este nivel produce engrosamiento y proliferación de la capa muscular propia (12) que puede causar obstrucción parcial o total, y puede simular infiltración por un proceso maligno,(9) como ocurrió en nuestro caso. Rara vez el proceso llega a afectar la mucosa intestinal, formando incluso en algunos casos, pólipos de tejido endometrial.(8) Los síntomas más frecuentes de la Endometriosis colorrectal son dolor pélvico severo, dispareunia, sangramiento rectal cíclico, y cambios en el hábito intestinal relacionado con las menstruaciones. Solo raramente se manifiesta como obstrucción intestinal florida, (4) y es

excepcional que como consecuencia de esto se produzca una perforación colónica proximal como en el caso presentado. Hasta un tercio de los pacientes presentan sangramiento rectal cíclico, sin embargo la mucosa generalmente no está afectada. Algunos postulan que este sangramiento se produce por un desgarro temporal en la mucosa que recubre los depósitos endometriósicos, los cuales aumentan de volumen durante la menstruación.(14) Es poco frecuente el diagnóstico preoperatorio de esta patología, ya que generalmente no es susceptible de biopsia endoscópica por estar localizada en las capas más profundas del Intestino (8), y solo sería evidente como un área de disminución de calibre en la Endoscopia o estudio contrastado. En el caso revisado nos parece que la presencia de un Sigmoides muy redundante, ocultó la disminución de calibre de la luz del Colon, que hubiera motivado un estudio preoperatorio más extenso, y, definitivamente, hubiera alterado el plan de tratamiento original.

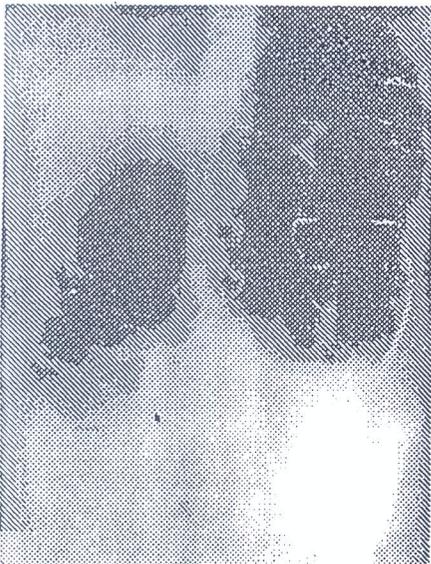
El diagnóstico diferencial de la Endometriosis colorrectal incluye carcinoma primario, carcinoma metastásico (manifestado como Anaqueel de Blummer), Diverticulitis, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Colitis Isquémica o Actínica.(4) El tratamiento de la Endometriosis colorrectal es controversial. Tradicionalmente consistía en la ablación ovárica, esperando que los focos de enfermedad involucionaran, dejando intactas las lesiones en Colon por miedo a potenciales complicaciones. El problema de este enfoque es que, en muchos casos, las lesiones al cicatrizar producían obstrucción intestinal. Además, se inducía una menopausia precoz con todas sus consecuencias negativas. Para las lesiones obstructivas, la mayoría de los autores están de acuerdo en que debe practicarse resección para descartar malignidad, y debido a que, en la mayoría de los casos, las lesiones son predominantemente fibróticas y poco sensibles al tratamiento hormonal.(4)

En nuestra paciente, se pensó en un tumor primario de Colon por la lesión anular y fibrótica, atribuyendo el síndrome adherencial pélvico al antecedente de manejo abierto de cavidad. Además, no había depósitos endometriósicos evidentes en la pelvis que orientaran hacia ese diagnóstico. Se decidió practicar la resección de la lesión y por la evolución de su cuadro obstructivo y la gran dilatación proximal que existía, se confeccionó una Colostomía terminal y bolsa de Hartmann. Esta conducta está apoyada por una de las sedes más

colorectal, realizada por Bailey, donde la cirugía colectiva logró la resolución de síntomas en un alto porcentaje de pacientes con muy bajo porcentaje de recidiva y complicaciones. (La evolución postoperatoria de nuestra paciente fue excelente, y resolvió sin eventualidades. El estudio endoscópico postoperatorio del Colon no reveló otros indicios de Endometriosis.



3. El estudio de colon por colostomía postoperatoria donde se aprecia morfología normal del mismo. La disminución de calibre del Colon ascendente no se mantenía en otras proyecciones.



4. Radiografía de Abdomen Simple de postoperatoria en la que se aprecia importante dilatación de Colon con masa radioopaca de Bario en Colon descendente.

1. Lu P y Ory S. Endometriosis: Current management. Mayo Clínic Procedores 1995; 70: 453-463
2. Sampson J. Perforating hemorrhagic (chocolate) cysts of the Ovary. Archives of Surgery 1921; 3:245-323
3. Sampson J. Peritoneal endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. American Journal of obstetrics and Gynecology. 1927;1: 422-469
4. Bayley H, Ott M, Hartendorp P. Aggressive surgical management for advanced colorectal endometriosis. Diseases of the Colon and Rectum. 1994; 37: 747-753
5. Hoshiai H, Ishikawa M, Sawatañ Y, Nada K, Fukaya T. Laparoscopic evaluation of the onset and progression of endometriosis. American Journal of obstetrics and Gynecology. 1993;169:714-719.
6. Wardle P, Hull M. Is endometriosis a disease? Baillieres-Clin-Obstet-Gynec. 1993; 7: 673-85
7. Reichel R, Schweppe K. Goserelin depot in the treatment of endometriosis. Fertility and Sterility. 1992; 57: 1197-1202
8. Castro D, López G, Mendoza J, Pérez G, Silva O. Endometriosis en Ileon terminal: Presentación de un caso. Gen. 1996;50:248-251
9. Janes H, Wentz A, Burnett L: "Novak's Textbook of Gynecology, Eleventh Edition, 1988, Williams and Wilkins, Baltimore, USA .
10. Cameron J, et al: "Current Surgical Therapy", Mosby-Year Book, St Louis, 4ª Edición, 1992.
11. Rakel R, et al: " Conn:Current Therapy 1991", W.B. Saunders, Philadelphia.
12. Thompson J, et al: " Te Linde's Operative Gynecology", J.B. Lippincott Co., Philadelphia, P Edición, 1992.
13. Pritchard J, et al: "Williams: Obstetricia", Salvat Editores, México D.F., 3ª Edición, 1990.
14. Levitt M, et al. Cyclical rectal bleeding in colorectal endometriosis. Aust N Z Journal of Surgery 1989;59:941-943