

PRESENTACIÓN DE CASO**Presentación de un paciente con endometriosis del canal anal****Presentation of a Patient with Endometriosis of Anal Canal****Jorge Luis Bauta Desdín¹, Amalia M Pupo Zúñigas²**

1. Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de Primer Grado en Coloproctología. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas. Holguín. Cuba.
2. Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de Segundo Grado en Coloproctología. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Se realizó una presentación de una paciente atendida en el Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin de Holguín, de 35 años de edad, que desde el año 2002 (hace 14 años) comenzó a presentar dolor rectal y perineal, relacionados con la defecación y esfuerzo físico, acompañado de dismenorrea, constipación, y dispareunia, manifestando un aumento de estos síntomas durante el periodo menstrual, refiriendo escaso alivio con el uso de analgésicos. Por los datos del examen físico se encontró una tumoración extramucosa en la pared anterolateral derecha del canal anal, de aproximadamente 3 cm de diámetro, blanda, poco movable y ligeramente dolorosa al tacto. No se informaron datos de interés en los exámenes de laboratorio. La ecografía y rectosigmoidoscopia, resultaron normales. Se realizó resección de la tumoración con adecuada evolución postquirúrgica y desaparición de los síntomas. En el estudio histológico se informó la existencia de células endometriales en el tejido intestinal, confirmándose el diagnóstico de endometriosis en el canal anal.

Palabras clave: endometriosis intestinal, endometriosis, canal anal.

ABSTRACT

A case report was presented at "V. I. Lenin" Provincial Teaching University Hospital of a 35-year-old female patient who has been suffering from rectal and perianal pain related to defecation and physical effort since 2002 (fourteen years ago). It was accompanied by dysmenorrhea, showing an increase of the symptoms during the menstrual period. She said that there was no relief of the pain with analgesic. The physical examination showed an extra mucosa soft tumor at the right anterolateral wall of the anal canal of approximately 3 cm diameter, with few movements and slightly painful on palpation. Lab tests showed no interesting facts. Ecography and rectumsigmoidoscopy did not show any alteration. The tumor was resected with an adequate post operative evolution. The symptoms disappeared. The histological study showed endometrial cells in the intestinal tissue, confirming the endometriosis of the anal canal diagnosed.

Key words: intestinal endometriosis, endometriosis, anal canal.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis fue descrita en 1860 por Von Rokitansky, y se debe a la presencia de tejido endometrial funcionante fuera de su localización normal ¹, la enfermedad progresa con el tiempo, desde un estado inicial caracterizado por las lesiones crónicas, a un estado activo de endometrioma ¹, es uno de los padecimientos ginecológicos más frecuentes que afecta entre 10% a 20% de las mujeres en edad fértil. Los sitios afectados con mayor frecuencia son los ovarios, fondos de saco, ligamentos redondos y uterosacros, seguidos de uréteres, vejiga, intestino delgado, sigmoide y recto. Con menor frecuencia se reportan en sitios como: apéndice, vesícula biliar, estómago, pulmón, bazo e hígado ².

La incidencia de endometriosis intestinal se reporta entre 5,3% al 12% en algunas series y hasta 37% en otras. De estos casos de endometriosis intestinal, entre 70% y 93% se localizan en el recto y sigmoide². Los síntomas que con mayor frecuencia se presentan son los siguientes: dolor pélvico, dismenorrea, infertilidad, dispareunia, pujos y tenesmo, diarrea, defecación dolorosa y otros relacionados con el sitio de localización ^{1,3,4}, para el diagnóstico es indispensable la realización de estudios como la ecografía pélvica, transvaginal, transrectal, la rectosigmoidoscopia o colonoscopia, además de la tomografía⁵, la realización de laparoscopia

permite la observación del tejido y la realización de biopsia que finalmente permite obtener el diagnóstico.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se trató una paciente de 35 años de edad, de la raza negra, con antecedentes de salud anterior, con historia ginecoobstétrica de menarquia a los 13 años, dos embarazos, un aborto y un nacimiento por parto normal, que desde el año 2002 (hace 14 años) comenzó a presentar dolor rectal y perineal, relacionados con la defecación y esfuerzo físico, acompañado de dismenorrea, constipación y dispareunia, manifestando un aumento de estos síntomas durante el periodo menstrual, refiriendo escaso alivio con el uso de analgésicos. Fue atendida en varias ocasiones en consultas de Ginecología del Hospital Guillermo Luis del municipio Moa, donde además, del examen físico, se le realizaron estudios de ecografía pélvica, transvaginal y laparoscopia, sin informar alteraciones, por lo que es enviada a Consulta de Coloproctología para su evaluación.

Fue evaluada en Consulta de Coloproctología del Hospital Vladimir Ilich Lenin. Al examen rectal se constató lo siguiente: a la inspección no se encontraron datos de interés y al tacto rectal hacia la pared anterolateral derecha del canal anal se encontró una tumoración extramucosa, de aproximadamente 3 cm de diámetro, blanda, poco movable y ligeramente dolorosa al tacto, se realizó examen instrumentado con la realización de anoscopia, observándose la mucosa de características normales.

Se realizaron los siguientes estudios complementarios:

- Hemograma completo: Hb 135 g/l, leucocitos. $6,2 \times 10^9/l$, plaquetas. $185 \times 10^9/l$
- Eritrosedimentación: 13 mm/h
- Glicemia: 5,2 mmol/l; creatinina: 85 $\mu\text{mol/l}$; colesterol: 3,8 mmol/l; triglicéridos: 1,2 mmol/l; ácido úrico: 234 $\mu\text{mol/l}$
- Serología: negativa para sífilis
- Microelisa (VIH/sida): negativa
- Radiografía de tórax: sin alteraciones pleuropulmonares

- Ecografía pélvica y abdominal: sin informar alteraciones
- Rectosigmoidoscopia: se introdujo endoscopio hasta los 30 cm, la mucosa tenía de características normales.

Se efectuó discusión del caso en el colectivo del servicio, de conjunto con el Grupo de Cirugía de vías digestivas del Servicio de Oncología, decidiéndose la intervención quirúrgica, y con el diagnóstico de tumor del canal anal, fue llevada al quirófano el 10 de julio de 2014, se realizó exéresis total de la lesión, con plastia mucosa del defecto en el canal anal. La muestra fue enviada para su estudio histológico, y se informó endometriosis del canal anal ([fig. 1](#)) y abundantes células endometriales, en el tejido intestinal, coloración con hematoxilina y eosina. ([fig. 2](#)).

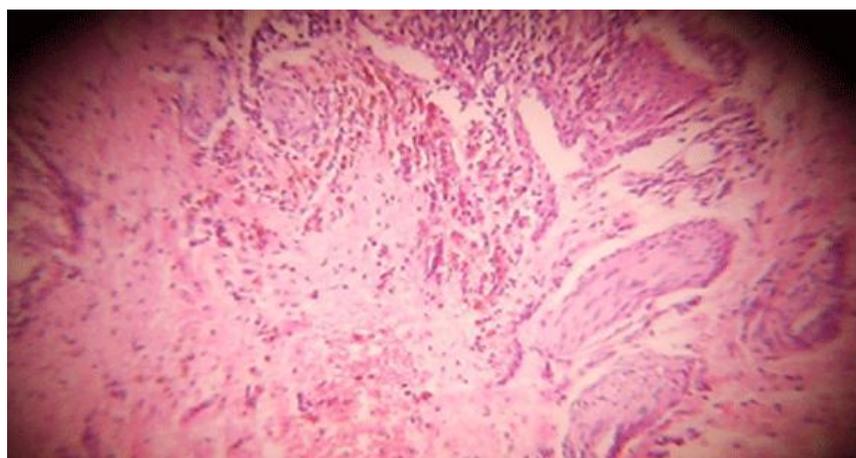


Fig. 1. Infiltración del tejido intestinal por células endometriales, coloración con hematoxilina y eosina.

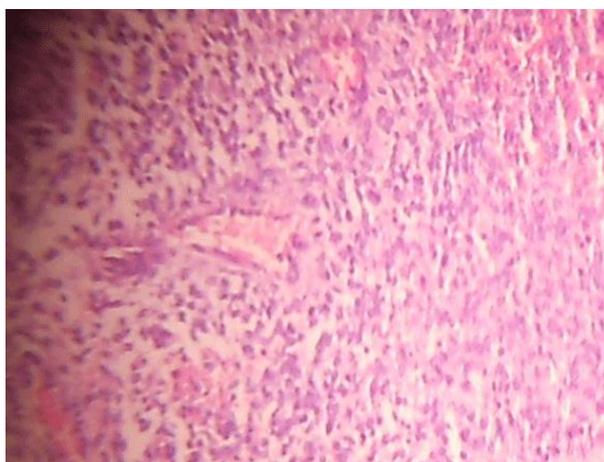


Fig.2. Abundantes células endometriales, en el tejido intestinal, coloración con hematoxilina y eosina.

La paciente presentó una buena evolución postoperatoria y se comenzó la administración de danazol 400 mg diarios durante seis meses, en estos momentos la paciente se encuentra asintomática y con evolución satisfactoria.

DISCUSIÓN

La endometriosis tiene su mayor frecuencia entre los 25 y 44 años de edad, afecta entre un 10% al 20% de mujeres en edad fértil⁶, aunque algunos autores prolongan la edad de aparición hasta los 50 años⁷, por lo que se plantea existe una asociación entre infertilidad y endometriosis⁸.

En cuanto a las localizaciones más habituales la gran mayoría de los autores plantean las siguientes: el ligamento útero sacro, fondo de saco de Douglas, peritoneo subovárico, ovario, trompas e intestino¹. Además, se plantea como endometriosis pélvica profunda que incluye lesiones rectovaginales e infiltración a estructuras vitales como: el intestino, uréteres, y vejiga. La incidencia de endometriosis intestinal está reportada entre 5,3% a 12% de los casos y de estos entre el 70% y 93% se localizan en el recto o en el sigmoide³.

Existen varias teorías para explicar la etiología de la endometriosis y en general los autores en su gran mayoría explican las siguientes:

1. Menstruación retrograda, regurgitación de tejido endometrial por las trompas y su implantación en la superficie peritoneal.
2. Metaplasia de tejido celómico: aparece en células inmaduras de origen mülleriano que persisten hasta la vida adulta y cuya diferenciación se favorece después de la menarquia por el estímulo de los ciclos ováricos.
3. Diseminación por vía linfática o hematógena.

La endometriosis intestinal puede semejar diversas alteraciones gastrointestinales como: enfermedad inflamatoria, diverticulitis y tumores, por lo que deben considerarse para el diagnóstico diferencial⁹.

La endometriosis se asocia con diversos síntomas que puede variar según el sitio afectado, aunque en muchas pacientes es asintomática. El dolor pélvico es el síntoma más frecuente, pero puede cursar con infertilidad, dispareunia, dolor abdominal cíclico, dismenorrea, tenesmo, obstrucción intestinal y síntomas urinarios^{2-5, 7, 11-13} aunque aparecen otros síntomas y signos que

están en relación con el sitio de localización, como ejemplo, en el caso de estenosis rectal por infiltración que ocasiona síntomas oclusivos¹¹ relacionados con proctalgia, constipación y dolor abdominal.

Al diagnóstico de endometriosis rectal es difícil llegar solo con la exploración física ¹². Las biopsias de mucosa son inespecíficas debido a que solo en raras ocasiones esta capa se encuentra afectada aunque a veces puede estar involucrada y aparentar una neoplasia de colon.

Los abordajes ultrasonográficos, transvaginal o transrectales sugieren el diagnóstico, además de la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética nuclear¹⁴ que constituye uno de los mejores métodos diagnósticos para evaluar la extensión y afectación a otros órganos, esta tiene entre el 80% y 90% de sensibilidad diagnóstica. Y en localizaciones pélvicas o intraabdominales constituye la laparoscopia el método diagnóstico, ya que se observan las lesiones y además se realiza la toma de biopsias, lo que permite obtener el diagnóstico histológico ¹⁵ aunque, tiene como inconveniente que no pueden ser observadas las lesiones profundas.

En cuanto al tratamiento, se recomienda en todos los casos el quirúrgico en el cual se realice exéresis completa de las lesiones, la localización y distribución de estas determinan la modalidad de la cirugía, a esto se añade el uso de tratamientos hormonales que puede ser el danazol, disminuyendo el dolor por tener efecto androgénico¹⁵ o uno de sus análogos y el uso de estrógenos y progesterona que evitan la recurrencia de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gallardo ortega B, Marín Calderón L, Barboza A, Rivas Wong L, Frisancho Valade O. Endometriosis extrapélvica semejando cáncer colorrectal estenosante. Reporte de dos casos. Rev Gastroenterol Perú. 2012 [citado 21 jul 2014]; 32 (4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292012000400012&script=sci_arttext
2. Martínez Hernández MP, Barrón Vega R, Rivas Larrauri E, Godínez Guerrero MA, Pérez González M, López Patiño S. Endometriosis transmural rectal como causa de estreñimiento crónico. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mexicana. 2011[citado 21 jul 2014]; 79(7): 441- 446. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Endometriosis+transmural+rectal+como+causa+de+estre%C3%B1imiento+cr%C3%B3nico.+Reporte+de+un+caso+y+revisi%C3%B3n+de+la+bibliograf%C3%ADa>.

3. Cabezas Cruz E, Cutié León E, Santisteban Alba S. Endometriosis. En: Manual de procedimientos en Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.
4. Castañeda J, Almanza L, Muñoz J, Arango A, De los ríos J, Sorna E, *et al.* Endometriosis profunda infiltrante: Seguimiento a un año del tratamiento laparoscópico. Rev Colombiana Obstet Ginecol. 2010 [citado 21 jul 2014]; 61(2): 129-135. Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=195215350005
5. Scarella C A, Devoto C L, Villarroel Q C, Inzonzap N, Quinolodran R F, Sovino S H. Ultrasonido transvaginal para la detección preoperatoria de endometriosis profunda en pacientes con dolor pélvico crónico. Rev Chilena Obstet Ginecol. 2013 [citado 21 jul 2014]; 78(2):114-118. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000200007
6. Hungllamos S. Endometriosis. En: Endocrinología en Ginecología. T1. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.
7. Guerrero Hernández A, Oropeza Rechy G, Gómez García E. Factores de riesgo asociado, métodos diagnósticos y tratamiento para endometriosis. Ginecol Obstet. 2012 [citado 21 jul 2014]; 80(10):637-643. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Factores+de+riesgo+asociado%2C+m%C3%A9todos+diagn%C3%B3sticos+y+tratamiento+para+endometriosis>
8. Gupta S, Goldberg J, Aziz N, Goldberg E, Krajeir N, Agarwal A. Mecanismos patogénicos de la infertilidad asociada con endometriosis. Rev Mexicana Med de la Reproducción. 2010; 3(2):83-97.
9. Quesada Fernández N, Nieto Díaz A, García Morales C, Ortiz Salinas E, Machado Linde F, Parrilla Paricio JJ. Endometriosis recto- sigmoides: a propósito de un caso. Progresos de Obstet y Ginecol. 2013 [citado 21 jul 2014]; 56(5): 258- 260. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/progresos-obstetricia-ginecologia-151/endometriosis-recto-sigmoidea-proposito-un-caso-90199993-casos-clinicos-2013>
10. Ruiz-Tovar J, Pino Hernández J, Lobo Martínez E, Sanjuánbenito Dehesa A, Martínez Molier E. Endometriosis intestinal. Rev Esp Enferm Dig. 2007 [citado 21 jul 2014]; 99 (12):732-733. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007012200113&lng=en&nrm=iso&tlng=es

11. Hernández Y, Bracho V, Guzmán F, Jiménez P, Pérez G, Lara J, *et al.* Estenosis rectal benigna como expresión de endometriosis: A propósito de un caso. *Gen.* 2009 [citado 21 jul 2014]; 63(2): 123- 124. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032009000200012

12. Ramírez Hernández A, Craviato Villanueva A, Barragán Rincón A. Endometriosis rectal: entidad de difícil diagnóstico. *Rev Gastroenterol México.* 2008 [citado 21 jul 2014]; 73 (3): 159-162. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/endometriosis-rectal-entidad-dificil-diagnostico/articulo/13131870/>

13. Javiera Aguirre F, Cristian Medina S, Daniel Gacte D, Giancarlo Schiappacasse F, Pablo Sofia S. Resonancia magnética de la endometriosis: Revisión pictográfica. *Rev Chilena Radiol.* 2012 [citado 21 jul 2014]; 18(4):149-156. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-93082012000400002&script=sci_arttext

14. Kavallaris A, Kôhler C, Kûhne- Heid R, Schneider A. Histopathological extent of rectal invasion by rectovaginal endometriosis. *Hum Reprod.* 2003 [citado 21 jul 2014]; 18(6): 1323- 1327. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/18/6/1323.abstract>

15. Mateo Sanz HA, Mateo Sanz E, Hernández Anoyo L, Salazar Ricante EL Tratamiento de pacientes con endometriosis e infertilidad. *Ginecol Obstet México.* 2012 [citado 21 jul 2014]; 80 (11): 705- 711. Disponible en: http://www.comego.org.mx/formatos/Revista%20de%20GO%20de%20M%C3%A9xico/2012/fem ego_noviembre_2012.pdf

Recibido: 11 de agosto de 2015

Aprobado: 20 de enero de 2016

MSc. *Jorge Luis Bauta Desdín.* Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: jbautahlg@infomed.sld.cu