

Endometriosis apendicular: A propósito de un caso

Appendicular endometriosis: Apropos of a case

Raúl Sebastián Ayala¹, J. Antonio Grández Urbina², Jorge L. Fernández Luque², Liliana Domínguez Medrano², David Castañeda Alarcón², Manuel Huamán Guerrero³

RESUMEN

La endometriosis es una condición en que el tejido endometrial es localizado fuera de la cavidad uterina. Esta puede ser pélvica o extra pélvica, y de esta última, la afectación del tracto gastrointestinal representa de 3-15% y de localización más frecuente en el rectosigmoides, siendo el compromiso apendicular raro con 3-5% de todas las endometriosis, motivo por el cual se presenta este caso, diagnosticado incidentalmente en una paciente admitida en emergencia por cuadro de apendicitis aguda.

Palabras clave: Apendicitis aguda, endometriosis.

ABSTRACT

Endometriosis is a condition in which uterine mucosal tissue is located outside the uterus. Endometriosis may be pelvic or extrapelvic, and in this latter case, gastrointestinal tract involvement represents 3-15% of cases, being most frequently located in the rectal-sigmoid region. Appendix involvement in endometriosis is rare, accounting 3-5% of all endometriosis cases. For this reason we present this case of appendicular endometriosis, which was incidentally diagnosed in a patient admitted in the emergency service with a condition resembling acute appendicitis.

Key words: Appendicitis, endometriosis.

INTRODUCCIÓN

La Endometriosis es definida como la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad endometrial y la musculatura uterina. Estos endometriosis ectópicos son usualmente localizados en la pelvis pero puede localizarse en cualquier lugar del cuerpo.

Diversos autores concluyen que la edad, raza, masa corporal, uso de alcohol y consumo de cigarrillos se encuentran asociados a una elevada incidencia de endometriosis y estas pueden diferir con el estado de infertilidad y el tiempo de la laparoscopia para el diagnóstico¹.

La Endometriosis en lugares extrapélvicos se puede explicar por la diseminación de células o tejido endometrial a través de los vasos sanguíneos y/o linfáticos².

Según Vercellini et al. la ocurrencia de compromiso intestinal ha sido estimado en 3% - 15% de mujeres con endometriosis y más de un 50% de pacientes con enfermedad severa. Las áreas más comunes de compromiso intestinal son recto y rectosigmoides seguidos de colon sigmoides, ciego, íleon terminal, colon proximal y apéndice. La incidencia de endometriosis apendicular ha sido estimada en aproximadamente 0,8% de todas las apendicectomías; 3% a 5% de pacientes con endometriosis tienen compromiso apendicular³.

Pittaway encontró endometriosis en 13% de apéndices removidas de pacientes con endometriosis pélvica en el Hospital Jhon's Hopkins. En 38%, la apéndice fue normal con evidencia histológica de endometriosis⁴.

En un estudio retrospectivo de 260 mujeres con dolor en la fosa iliaca derecha o pélvico, Linch y sus colaboradores

reportaron que 90% de las mujeres que fueron sometidas a apendicectomía junto a ooforectomía, histerectomía u otra cirugía ginecológica reportaron síntomas, comparados con sólo un 49% en el grupo que no fueron sometidas a apendicectomía⁵.

En todos los casos descritos de endometriosis apendicular cursa generalmente asintomática, siendo la complicación como apendicitis aguda, descrita como, rara⁶.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 43 años, sin antecedentes médico quirúrgicos de interés que ingresa al servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo. Con un tiempo de evolución de 6 días, caracterizado por dolor en fosa iliaca derecha e izquierda, disuria y sensación de alza térmica, sin síntomas asociados como náuseas ni vómitos, negó descenso o sangrado vaginal. Sus reglas eran irregulares, y dismenorrea. Su fecha de última regla fue 5 días antes del ingreso. Al examen clínico de emergencia T° 37,5°C reveló Mc. Burney positivo, Blumberg positivo y signos de irritación peritoneal; el recuento de leucocitos fue 34 300/mm³, con 73% segmentados, 10% de abastionados. El examen de orina: 12 a 15 leucocitos por campo. La ecografía mostró dos colecciones hipocóicas heterogéneas con algunos septos y ecos internos en el fondo del saco rectovesical adyacente al útero que impresiona aumento de volumen con imágenes hipocóicas en su pared.

El diagnóstico presuntivo preoperatorio fue apendicitis aguda por lo cual se le indica apendicectomía.

En la cirugía, presentaba hemoperitoneo leve, presencia de quiste ovárico sangrante a pedículo torcido en el ovario izquierdo, con ooforitis.; el examen macroscópico mostró una apéndice de 15cm x 1 cm, necrosada en la base con perforación. La hospitalización duró 17 días.

Los cortes histológicos mostraron un infiltrado de glándulas con características endometriales limitando la capa muscular de la serosa, mostrando estroma periglandular compatible con estroma endometrial.

1. Médico Cirujano. Servicio Cirugía General I4. Hospital Nacional Dos de Mayo. Docente FAMURP.

2. Alumno de la FAMURP, investigador junior adscrito al Instituto de Investigaciones Biomédicas (INICIB).

3. Médico Cirujano. Servicio de Cirugía General C. Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Decano de la Facultad de Medicina Humana y Director del Instituto de Investigaciones Biomédicas (INICIB) de la Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.

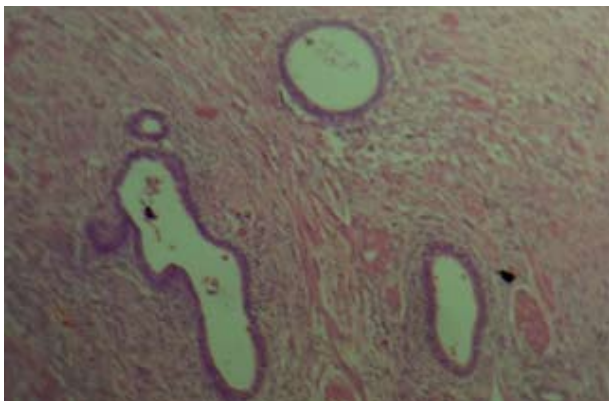


Fig 1. Se observa un grupo de glándulas endometriales, y escaso estroma endometrial peri glandular. H.E 200x. La flecha señala, una glándula endometrial, en la muscular

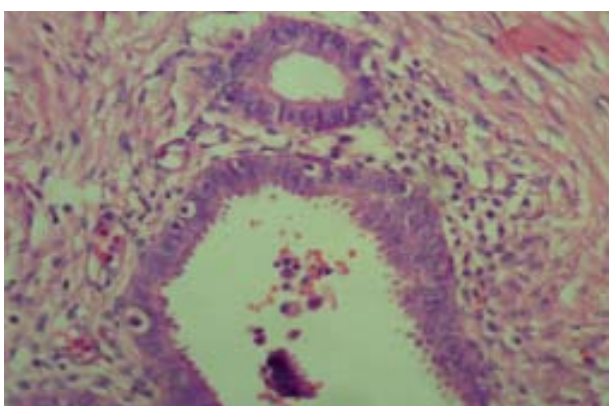


Fig 2. Lámina H.E 400x. Glándula endometrial

DISCUSIÓN

La endometriosis del apéndice en apendicectomías es muy rara, alcanzando el 3% en una serie presentada por Eufuli et al.⁷. Ocasionalmente causa síntomas como apendicitis⁸, perforación, intususcepción. No se puede diagnosticar endometriosis apendicular en el preoperatorio aunque ésta pueda tener formas de presentación diversas. Nuestro paciente presentó clínicamente una apendicitis aguda con peritonitis, dolor abdominal difuso a diferencia de casos como el descrito por Tumay et al.⁹ que fue periumbilical; acompañado de dolores crónicos en fosa iliaca derecha que no se asocia al dolor agudo de nuestra paciente. Khoo ha reportado dolor abdominal con la menstruación¹⁰. La fecha de última regla de la paciente fue 5 días antes de la apendicectomía y sus síntomas coincidieron con la menstruación a diferencia de Khoo¹⁰ y Akihito¹¹ que reportan casos en los cuales los síntomas no coincidieron con la menstruación. A nivel macroscópico encontramos compromiso de la base de la apéndice a diferencia de Mittal y arevalo^{6,13} que presenta en sus series compromiso del cuerpo en 56%, comprado con un compromiso del 44% de la punta, no encontrando involucramiento de la base¹³. El diagnóstico de endometriosis es basado en la presencia histológica de glándulas endometriales y estroma, con o sin hemorragia.

Nuestra paciente presentó glándulas endometriales a nivel de la muscular, concordando con Lagman que encontró que la submucosa estaba envuelta en un tercio de los casos siendo la muscular y la seromuscular en los dos tercios de los pacientes con endometriosis apendicular, además no se observa correlación entre la localización histológica y los síntomas^{3,9}. Todos los pacientes luego del diagnóstico se recuperaron de la apendicectomía^{6,9,10,11,13}. En nuestro caso hubo infección de la herida operatoria como el caso presentado por Arévalo¹³ luego de una peritonitis asociada.

En conclusión, endometriosis apendicular es una patología rara y casi nunca correctamente diagnosticada en el preoperatorio. El diagnóstico definitivo es sólo establecido mediante el examen microscópico de la apéndice.

Al servicio de Patología del Hospital Nacional Dos de Mayo por el diagnóstico y las láminas histológicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vercellini P, Chapron C, Fedele L, et al. Evidence for asymmetric distribution of lower intestinal endometriosis. *BJOG*. 2004;111:1213.
2. Bulun, SE. Endometriosis. *N Engl J Med* 2009; 360:268.
3. Pittaway ED. Appendectomy in the surgical treatment of endometriosis. *Obstet Gynecol* 1983;61:421.
4. Missmer SA; Hankinson SE; Spiegelman D; Barbieri RL; Marshall LM; Hunter DJ. Incidence of laparoscopically confirmed endometriosis by demographic, anthropometric, and lifestyle factors. *Am J Epidemiol* 2004 Oct 15;160(8):784-96.
5. Lynch CB, Sinha P, Jalloh S. Incidental appendectomy during gynecological surgery. *Int J Gynecol Obstet* 1997;59:261.
6. Mittal Vk, Choudhury sp, Cortez JA. Endometriosis of the appendix presenting as acute appendicitis. *Am J Sur* 1981; 142:519-21.
7. Eulufi, Figueroa, Larrain. Histopathological findings in 1181 appendectomies. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol 57 - N° 2, Abril 2005; págs. 138-142
8. V. Tumay, E. Ozturk, H. Ozturk, et al.. Appendiceal Endometriosis Mimicking Acute Appendicitis. *Acta chir belg*, 2006, 106, 712-713
9. Langman J, Rowland R, Vernon-Roberts B. Endometriosis of the appendix. *Br J Surg* 1981; 68: 121-4.
10. J J Khoo, M S A Ismail, C C Tiu. Endometriosis of the appendix presenting as acute appendicitis. *Singapore Med J* 2004 Vol 45(9): 435.
11. Akihito, Hitoshi, Kana et al. Laparoscopic Appendectomy for Appendiceal Endometriosis Presenting as Acute Appendicitis: Report of a Case. *Surg Today* (2007) 37:510-513.
12. Tez, Akgul, Ertan et al. Endometriosis of the appendix. *Turk J Gastroenterol* 2006; 17 (3): 250-251.
13. Arevalo, Cerrillo. *Endometriosis apendicular como hallazgo en cuadros de apendicitis aguda. Reporte de 4 casos del Hospital Nacional Dos de Mayo*. *Rev Gastroenterol. Perú* 2006; 26: 324-327.

CORRESPONDENCIA:

J. Antonio Grández Urbina
antoniojr89@hotmail.com

Recibido: 03/01/10

Arbitrado: Sistema por pares

Aprobado: 03/02/10