



Complicaciones abdominales de la endometriosis, frecuencia y manejo quirúrgico

Dr. Jesús Uribe Pineda,* Dr. Miguel Ángel Bretón Gutiérrez,**
Dr. Baruch Guillibaldo Altamirano Aragón,*** Dr. Roberto Pérez García****

RESUMEN

Objetivo. Describir las complicaciones abdominales de la endometriosis más frecuentes así como el manejo quirúrgico en un hospital de tercer nivel, así como sus opciones de tratamiento tanto médico como quirúrgico reportados en la literatura.

Diseño. Estudio retrospectivo transversal descriptivo observacional.

Sede. Hospital de tercer nivel de atención.

Pacientes y métodos. Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes con el diagnóstico de endometriosis durante un periodo comprendido entre enero de 1994 a diciembre de 1998.

Resultados. Se reportaron 42 casos de pacientes con el diagnóstico de endometriosis en donde se observó que la edad de presentación más frecuente fue entre los 25 y 29 años de edad con 11 casos (26.1%), 9 pacientes en el grupo de 30 y 34 años (21.4%). De las características clínicas más sobresalientes observadas fue el dolor pélvico asociado a los periodos menstruales en 22 (52%), masa abdominal en 6 (14.2%) esterilidad primaria en 1 (2.3%). Los procedimientos diagnósticos que mayor índice de sospecha de endometriosis fueron: ultrasonografía en 23 pacientes (54.7%), en donde se observaron imágenes de aspecto quístico, sugiriendo la realización de biopsia la cual fue utilizada en el mismo número de casos. De la localización anatómica se observaron los siguientes hallazgos: ovarios 23 pacientes (54.7%), pared abdominal en 12 (28.5%), afectación intestinal 5 casos (11.9%), de las patologías asociadas a endometriosis fueron: miomatosis uterina en 5 (11.9%), quistes de ovario en 11 (26.1%), apendicitis un paciente (2.3%). Dentro de los procedimientos quirúrgicos que más se realizaron fueron: resección simple de endometriomas 17 pacientes (40.4%), salpingooforectomía unilateral en 11 (26.1%), resección intestinal con enteroanastomosis término terminal en 2 (4.2%), con reporte de un caso por obstrucción intestinal por adherencias realizándosele adherenciólisis.

Conclusiones. Un estudio cuidadoso de pacientes con sospecha de endometriosis apoyado en estudios de laboratorio y gabinete adecuados puede concluir la mayoría de las veces con el diagnóstico correcto y poder emplear las modalidades de tratamiento establecidas en la literatura, tanto médicas como quirúrgicas.

Palabras clave: Endometriosis, complicación abdominal, tratamiento quirúrgico.

INTRODUCCIÓN

Se estima que casi en 20% de todas las laparotomías en mujeres en edad de reproducción se comprobará endometriosis. Es más frecuente en la tercer y cuarta década de la vida, la enfermedad se encuentra con mayor frecuencia en el ovario y varios sitios distantes.¹ Los implantes intestinales abarcan del 12 al 37%, con

* Residente de 3er. año de Cirugía General, Hospital Juárez de México (HJM).

** Residente de 3er. año de Cirugía General, HJM.

*** Residente de 2o. año de Cirugía General, HJM.

**** Jefe de la División de Cirugía General, HJM.

ABSTRACT

Objective. To describe more frequent abdominal complications in endometriosis, its surgical treatment and treatment choices reported in literature.

Patients and methods. Clinical records from patients with a diagnosis of endometriosis from January 1994 to December 1998 were reviewed.

Results. 42 cases of endometriosis were found the age group more frequently presenting it was from 25 to 29 years of age, 11 cases (26.1%). More outstanding clinical manifestations were pelvic pain, abdominal mass and primary sterility. Diagnosis aid with more suspicion index was ultrasound, 23 cases (54.7%). Ectopic endometrium was found in ovary 23 cases, abdominal wall 12 cases, intestinal 5 cases. More used surgical procedures were multiple resection in 17 patients (40.4%), unilateral oophorosalingectomy 11 cases (26.1%), intestinal resection with end to end enteroanastomosis in 2 cases.

Key words: Endometriosis, abdominal complication, surgical treatment.

cuadro de oclusión intestinal en el 1 al 2% de los casos.⁴ El cuadro clínico del padecimiento es muy variado, varios síntomas como la dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico crónico en ocasiones diarrea, constipación, hemorragia rectal cíclica relacionada con los periodos menstruales y cuando existen implantes intestinales el dolor de tipo cólico es característico.²

Aunque es posible sospechar endometriosis por los datos clínicos y la historia de la paciente, para confirmarla es necesario observarla y de ser necesario hacer una biopsia. La presencia de una masa pélvica y nodularidad sensible del ligamento uterosacro sugiere firmemente endometriosis. La afección endometriósica de la piel, mucosas o peritoneo tiene, de manera característica una coloración azulosa que en algunas ocasiones presentará hemorragia durante la menstruación. La laparoscopia proporciona la mejor oportunidad para diagnosticar esta enfermedad.¹

El tratamiento de la endometriosis incluye tratamiento expectante, terapéutica médica y quirúrgica, el tratamiento médico de este trastorno incluye el uso de varios agentes farmacológicos, como la medroxiprogesterona, el danazol que origina supresión ovárica el cual produce atrofia endometrial y regresión del endometrio ectópico, en los últimos se han utilizado agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina. La cirugía de este trastorno se divide en dos categorías conservadora y de extirpación total.¹

El objetivo del presente trabajo es describir las complicaciones de la endometriosis a nivel abdominal, estudiados por la División de Cirugía del Hospital Juárez de México durante un periodo de 5 años, además de algunas modalidades en el tratamiento reportadas en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los expedientes de 42 pacientes con el diagnóstico de endometriosis los cuales fueron estudiados en un hospital de tercer nivel de la Secretaría de Salud, dentro de un periodo comprendido entre enero de 1994 a diciembre de 1998 diagnosticados por medio de cirugía y estudio histopatológico, las variables analizadas fueron las siguientes: edad de presentación, y frecuencia de las mismas, cuadro clínico, número de embarazos, cirugías realizadas, localización de los implantes endometriósicos, nivel socioeconómico, métodos de diagnóstico utilizados, enfermedades asociadas, estudio histopatológico y evolución posoperatoria.

RESULTADOS

Se reportaron 42 casos de pacientes con el diagnóstico de endometriosis, observando que el grupo de edad más afectado es el de 25 a 29 años con 11 casos encontrados representando un 26.1%, seguido de 9 casos en el grupo de 30 a 34 años correspondiéndole un 21.4% (*Cuadro I*). Se observó en 37 pacientes que el nivel socioeconómico predominante era el bajo, correspondiéndole un 88% de todos los mismos (*Cuadro II*). Dentro del cuadro clínico las manifestaciones más observadas fueron: dolor pélvico asociado a los periodos menstruales en 22 pacientes que corresponden al 52%, seguido por la presencia de masa o tumoración a nivel de piel además de implantes en peritoneo, se encontró una paciente con esterilidad primaria 2.3% (*Cuadro III*). Con relación al número de gestas se encontraron 10 pacientes con el antecedente de dos embarazos previos correspondiendo al 23.8%, 7 con tres gestas, 6 con

**Cuadro I.** Distribución de pacientes por grupo de edad con el diagnóstico de endometriosis.

Grupo de edad	No. pacientes
15 a 19	2
20 a 24	3
25 a 29	11
30 a 34	9
35 a 39	4
40 a 44	7
45 a 49	4
50 o más	2
Total	42

4 embarazos previos y 6 con el antecedente de 5 embarazos (*Cuadro IV*).

Los estudios y métodos de diagnóstico que mayor índice de sospecha de la enfermedad fueron: ultrasonido pélvico en 23 pacientes correspondiéndole a un 54.7%. El cual sugirió la presencia de quistes en donde posteriormente se realizó biopsia y se determinó el diagnóstico de endometriosis, en 11 el hallazgo fue fortuito (2.1%), (*Cuadro V*). La localización anatómica de los implantes endometriósicos fue la siguiente: pared abdominal 12 pacientes (28.5%), ovario derecho 10 (23.8%). Sigmoides 1 (2.3%), apéndice 1 (2.3%) (*Figuras 1, 2, 3 y 4*). Ileon terminal 1 (2.3%), (*Cuadro VI*). Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron los siguientes: resección simple de endometrioma en 17 (40.4%). Salpingooforectomía unilateral 11 (26.1%), resección intestinal más entero-entero anastomosis terminal en 2 (4.2%), lisis de adherencias 3 (7.1%), apendicectomía 1 (2.3%), (*Cuadro VII*).

Enfermedades asociadas: quistes de ovario 11 (26.1%), miomatosis uterina 5 (11.9%), apendicitis aguda 1 (2.3%), (*Cuadro VIII*). Todos los pacientes evolucionaron de forma satisfactoria durante el posoperatorio.

Cuadro II. Distribución de pacientes de acuerdo a nivel socioeconómico.

Nivel S/E	No. pacientes
Nivel socioeconómico bajo	37
Nivel socioeconómico medio	4
Nivel socioeconómico alto	1

Cuadro III.

Cuadro clínico	No. pacientes
Dolor pélvico asociado a menstruación	22
Dolor pélvico más trastornos menstruales	11
Masa palpable en piel	6
Asintomáticas	3
Trastornos menstruales	3

DISCUSIÓN

Las complicaciones abdominales de la endometriosis se manifiestan de acuerdo a la localización y extensión de las mismas, las lesiones intestinales se caracterizan por presentar fibrosis y estenosis produciendo cuadros de oclusión intestinal que en algunas ocasiones semejan patología oncológica, los sitios más afectados son el íleon terminal y el recto, en algunos otros, trastornos inflamatorios tales como en la enfermedad de Crohn, en el caso de dos de nuestros pacientes se sospechó de patología oncológica.

Los cambios en la mucosa del colon observados son ulceración, cambios en la estructura glandular, formación de criptas abscedadas, incremento en las células inflamatorias y fibras de músculo liso entre las glándulas de la mucosa, también se menciona como otro de los efectos de la endometriosis intestinal, enteropatía con pérdida de proteínas ocasionando un estado de desnutrición severo.^{13,15,18,21,23} El estudio integral de la endometriosis reúne una serie de factores necesarios para determinar el diagnóstico de la misma, desde el interrogatorio inicial hasta la exploración física más minuciosa, sin pasar por alto algunos elementos diagnósticos como la determinación de niveles séricos de Ca

Cuadro IV.

Pacientes	No. Gestas	Pacientes	Cesárea
1	6	2	1
1	6	2	2
6	5	4	3
6	4	1	4
7	3		
10	2		
3	1		
8	0		

Cuadro V.

Métodos de diagnóstico	Realizados	%
USG	23	54.7
Fortuito	11	26.1
Ca 125	2	4.7
Papanicolaou	1	2.3
Colposcopia	1	2.3
Biopsia	1	2.3
LUI	1	2.3
Histerosalpingografía	1	2.3
Colon por enema	1	2.3
Alfa Feto proteína	1	2.3

125 y de interleucina 8 en líquido peritoneal.^{7,8,16} Es de llamar la atención el curso clínico que algunos de los pacientes con endometriosis intestinal presentan duran-

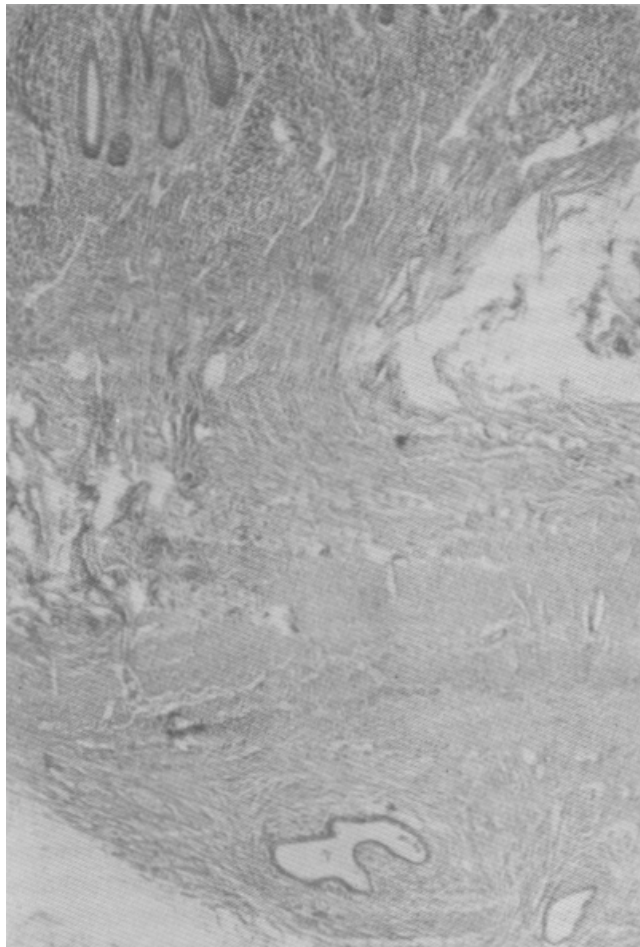


Figura 1.



Figura 2.

te su evolución, el dolor abdominal y en algunos casos la rectorragia relacionados con los periodos menstruales, son altamente sugestivos del padecimiento,^{3,11,14} Harmanli refiere un caso de hemoperitoneo masivo por implante endometrial a nivel de tuba uterina, por lo que debe tomarse en cuenta como diagnóstico después de descartar embarazo ectópico roto en la mujer en la etapa reproductora⁵ de los estudios propuestos para determinar la naturaleza de la rectorragia se encuentran la colonoscopia con toma de biopsia de la zona afectada,¹¹ otros refieren el uso del ultrasonido Doppler endorrectal a color, para determinar la diferencia existente entre las lesiones neoplásicas de la pared intestinal y las lesiones ocasionadas por implantes endometriósicos sobre todo cuando los implantes endometriales se encuentran a nivel intraluminal, de los cuales en nuestro estudio no observamos ninguno.²² En los pacientes

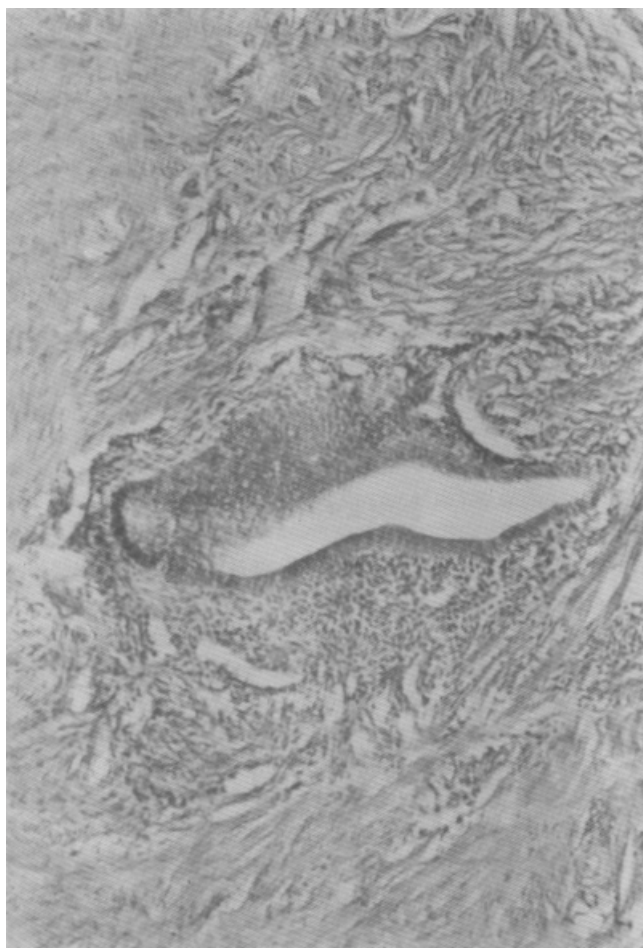


Figura 3.

estudiados en nuestra institución el cuadro clínico marcó la pauta para el diagnóstico de endometriosis apoyado por el uso del ultrasonido convencional y, la toma de biopsia directa de los implantes endometriósicos.

En la actualidad, el tratamiento médico más común para la endometriosis es la pseudomenopausia. El danazol es un andrógeno débil de administración oral, se piensa que suprime la hormona estimulante del folículo y luteinizante, y que origina supresión ovárica que produce atrofia endometrial y regresión del endometrio ectópico, en los últimos años se han utilizado agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina, para producir pseudomenopausia. La cirugía de este trastorno se divide en dos categorías, conservadora y de extirpación total,¹ el método más utilizado en nuestros pacientes fue la resección simple en el 40.4% con conservación de la función reproductora. El tratamiento quirúrgi-

co de la complicación intestinal se basa en la resección simple intestinal generalmente en el grado IV de la endometriosis, procedimientos tales como resección anterior baja, resección de íleon terminal, resección de sigmoides, se recomienda realizar histerectomía total abdominal con salpingooforectomía por presentar en algunos casos persistencia de los síntomas, en algunos casos es necesaria la apendicectomía, otro de los recursos utilizados es la laparoscopia como método quirúrgico conservador.^{6,9,10,17,20,24}

CONCLUSIONES

El estudio de la endometriosis requiere de un amplio conocimiento de la fisiopatología, evolución y complicaciones sobre todo las inherentes a la cirugía general, aunque en menor porcentaje, las implicaciones intesti-

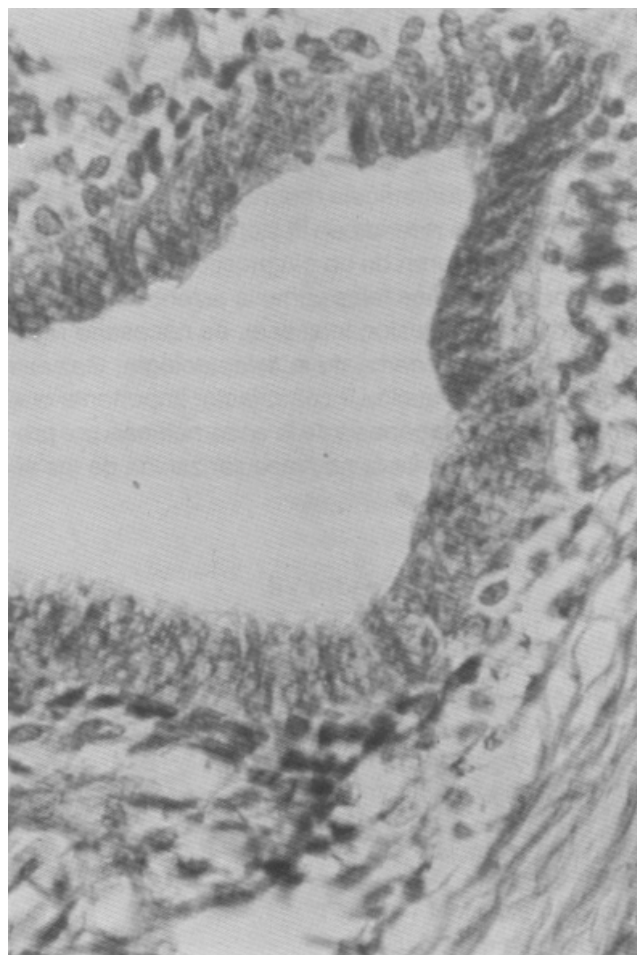


Figura 4.

Cuadro VI.

Localización anatómica	No. pacientes	%
Pared abdominal (TCS)	12	28.5
Ovario derecho	10	23.8
Ovario izquierdo	7	16.6
Salpíngex derecha	2	4.7
Salpíngex y ovario derecho	2	4.7
Salpíngex y ovario izquierdo	2	4.7
Ambos ovarios	2	4.7
Ileon terminal	1	2.3
Salpíngex izquierda	1	2.3
Orquilla vulvar	1	2.3
Sigmoides	1	2.3
Apéndice	1	2.3
Cérvix	1	2.3
Vejiga	1	2.3
Hueco pélvico	1	2.3

nales representan uno de los diagnósticos diferenciales obligados para el cirujano general, estudios relativamente sencillos como la colonoscopia refieren hallazgos importantes, como podemos observar la incidencia de la endometriosis reportada en nuestro estudio es similar a la referida en la literatura, los implantes intestinales requieren de un diagnóstico oportuno para evitar complicaciones tales como la estenosis y subsecuentemente la oclusión intestinal, es necesario realizar más estudios acerca de la fisiopatología, Gazvani propone a la interleucina 8 como factor importante que contribuye a la patogénesis de la endometriosis por promover probablemente la neovascularización de los si-

Cuadro VII.

Cirugía realizadas	No. pacientes	%
Resección simple de endometrioma	17	40.4
Salpingooforectomía unilateral	11	26.1
HTA + Salpingooforectomía bilateral	5	11.9
HTA + Salpingooforectomía unilateral	4	9.5
HTA	3	7.1
Lisis de adherencias	3	7.1
Rutina de ovario	2	4.7
Resección intestinal + EEATT	2	4.7
Laparoscopia diagnóstica	1	2.3
Apendicectomía	1	2.3

Cuadro VIII.

Patologías asociadas	No. pacientes	%
Quistes de ovario	11	26.1
Miomatosis uterina	5	11.9
Adenomiomas	2	4.7
Apendicitis	1	2.3
Eventración posquirúrgica	1	2.3

tios afectados por los implantes endometriales, esta información puede dar desarrollo a nuevas propuestas terapéuticas.⁸

BIBLIOGRAFÍA

- Schwartz, Shires, Spencer. *Principios de Cirugía*. Interamericana McGraw-Hill 6ª. Edición. 1995: 1851-1852.
- Azzena A. Rectosigmoid Endometriosis: Diagnosis and Surgical Management. *Litta Clinical Experimental Obstetrics Gynecology*. 1998; 25(3): 94-96.
- Patterson GK. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. *American Surgeon* 1999; 65(1): 36-39.
- De Bree E. Schoretsanitis G. Acute intestinal obstruction caused by endometriosis mimicking sigmoid carcinoma. *Acta Gastroenterológica Belgica*. 1998; 61(3): 376-378.
- Massive Hemoperitoneum from endometriosis of the fallopian tube. A case report. *Journal of Reproductive Medicine* 1998; 43(8): 716-18.
- Busacca M. Fedele L. Surgical treatment of recurrent endometriosis: Laparotomy versus Laparoscopy. *Human Reproduction* 1998; 13(8): 2271-4.
- The Performance of CA-125 measurement in the detection of endometriosis: a meta-analysis fertility and sterility 1998; 70(6): 1101-8.
- Gazvani MR. Christmas S. Peritoneal Fluid concentrations of interleukin-8 in women with endometriosis: Relationship to stage of disease. *Human Reproduction*. 1998; 13(7): 1957-61.
- Girona E. Niveiro M. Intestinal obstruction secondary to endometriosis of the colon. *Gastroenterología y Hepatología* 1998; 21(7): 339-41.
- Urbach DR, Reedijk M. Bowel resection for intestinal endometriosis. *Diseases of the Colon and Rectum* 1998; 41(9): 1158-64.
- Mundi Sanchez-Ramade JL. Endometriosis. An infrequent cause of colonic obstruction. *Gastroenterología y Hepatología*. 1998; 21(5): 224-26.
- Boulton R. Chawla MH. Ileal endometriosis masquerading as Crohn's ileitis. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 1997; 25(1): 338-42.



13. García León F, Ortega D. Intestinal endometriosis as an acute surgical emergency. *Ginecología y Obstetricia de México* 1997; 65: 287-90.
14. Midorikawa Y, Kubota K. Endometriosis of the rectum causing bowel obstruction: a case report. *Hepato-Gastroenterology*. 1997; 44(15): 706-9.
15. Colacurci N, Fortunato F. Relevance of Ca-125 in the evaluation of endometriosis. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology* 1996; 23(3): 150-54.
16. Urbach DR, Reedijk M. Bowel resection for intestinal endometriosis. *Dis Colon Rectum* 1998; 41(9): 1158-64.
17. Körber J, Grammel S. Stenosis of the terminal ileum. Endometriosis as the differential diagnosis of Crohn's disease. *DtschMed Wochenschr* 1997; 122(30): 926-29.
18. Verspyck E, Lefranc JP. Treatment of bowel endometriosis: a report of six cases of colorectal endometriosis and a survey of the literature. *Eur Journal Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 71(1): 81-84.
19. Langlois NE, Park KG. Mucosal changes in the Large Bowel with endometriosis: a possible cause of misdiagnosis of colitis?. *Hum Pathol* 1994; 25(10): 1030-34.
20. Alexander AA, Lui JB. Endorectal color and Duplex imaging of the normal rectal wall and rectal masses. *J Ultrasound Med*, 1994; 13(7): 509-15.
21. Henley JD, Kratzer SS. Endometriosis of the small intestine as a protein-losing enteropathy. *American Journal Gastroenterol* 1993; 88(1): 130-3.
22. Bailey HR, Ott MT. Aggressive surgical management for advanced colorectal endometriosis. *Dis Colon Rectum* 1994; 37(8): 747-53.

Correspondencia:

Dr. Jesús Uribe Pineda
Narciso Mendoza No. 31
Barrio la Asunción
Delegación Tláhuac
México, D.F. C.P. 13040