

Papel de la endometriosis apendicular en el diagnóstico diferencial del dolor en fosa ilíaca derecha

M. M. Fernández Abellán, C. P. Ramírez Plaza*, D. R. Ojeda Paredes, D. Moya Bejarano, A. Reche Rosado, J. Santoyo Santoyo*

*Servicio de Obstetricia y Ginecología. *Servicio de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes. Complejo Hospitalario Carlos Haya, Málaga*

Resumen

La endometriosis es un trastorno ginecológico que afecta al 6-10% de las mujeres en edad fértil. Las manifestaciones gastrointestinales se presentan en el 8-9% de los casos de afectación extragenital afectando con mayor frecuencia a recto y colon sigmoide. La prevalencia de la endometriosis apendicular (EA) es baja, tan solo 2,8% en las mujeres previamente diagnosticadas de endometriosis; sin embargo, la EA debe incluirse en el diagnóstico diferencial del dolor pélvico crónico en mujeres jóvenes, ya que suelen presentar lesiones coexistentes en otras localizaciones. Por esta razón debe afinarse el diagnóstico y considerar el beneficio que puede aportar en estos casos el abordaje laparoscópico.

Introducción

La endometriosis se define por la presencia de estroma y tejido glandular endometrial fuera de la cavidad uterina y del miometrio. Es un trastorno ginecológico que afecta al 6-10% de las mujeres en edad fértil, llegando al 5-20% en el subgrupo de mujeres con dolor pélvico crónico y al 20-40% en las mujeres infértiles¹. En un 12-35% de los casos existe compromiso digestivo, representando la endometriosis apendicular (EA) menos del 1% de las lesiones pélvicas por endometriosis². En la mayoría de los casos cursa sin clínica o bien se manifiesta como dolor crónico en fosa ilíaca derecha (FID)³; la apendicitis aguda (AA) es una presentación excepcional y es con frecuencia la histología la que nos da el diagnóstico de endometriosis apendicular^{3, 4}.

Presentamos el caso de una paciente que fue intervenida por manifestar una clínica sugestiva de AA que fue diagnosticada en el informe ulterior de anatomía patológica de afectación apendicular por endometriosis. Se discuten, a continuación, los aspectos epidemiológicos, diagnósticos y terapéuticos relacionados con la EA y el caso presentado.

Caso clínico

Mujer de 23 años sin antecedentes de interés salvo historia de intensas dismenorreas que no habían sido motivo de visita hospitalaria ni con su médico de familia. Consultó en urgencias por un cuadro de 24 horas de evolución de dolor hipogástrico irradiado a FID y acompañado de febrícula, alteración del estado general y náuseas sin vómitos. En la exploración física el abdomen era blando y depresible aunque con dolor selectivo a la palpación en FID, defensa muscular refleja y signo de Blumberg positivo. La analítica preoperatoria fue totalmente normal y con el diagnóstico clínico de sospecha de AA se indicó cirugía urgente. Mediante una incisión de Lanz de 2 cmt. se realizó una apendicectomía abierta, siendo el hallazgo intraoperatorio macroscópico de un apéndice con escasos signos inflamatorios, un apendicolito en su interior y escaso líquido intraperitoneal seroso. La paciente fue alta en el segundo día postoperatorio sin complicaciones y el informe de anatomía-patológica (AP) fue de apéndice cecal con focos de endometriosis (figuras 1 y 2). Tras el alta fue remitida al servicio de ginecología para orientación diagnóstica y terapéutica. Se realizó una ecografía ginecológica en la que no se han encontrado lesiones sugestivas de endometriosis. Actualmente se encuentra en tratamiento con estroprogestágenos con los que se ha conseguido controlar el dolor pélvico mientras permanece en lista de espera para someterse a una laparoscopia diagnóstica-terapéutica.

Correspondencia: Dr. César P. Ramírez Plaza. Secretaría del Servicio de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga Carlos Haya. Av. de Carlos Haya, s/n. 29010 Málaga. CORREO E. cprptot@hotmail.com

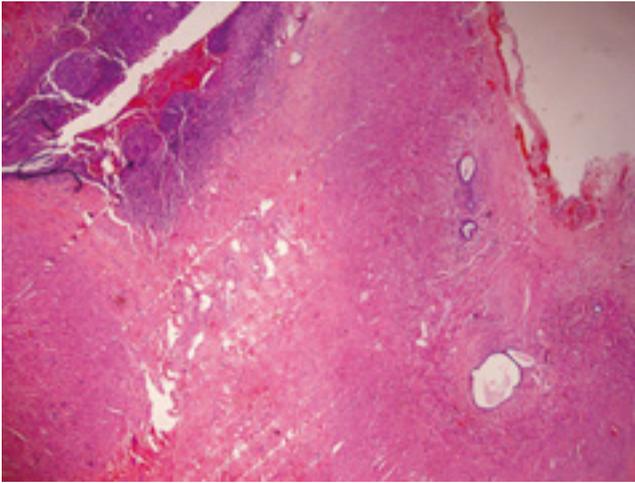


Figura 1.— Tinción de Hematoxilina-Eosina (4X): en cuadrante superior (C.S.) derecho se observan la mucosa apendicular y tejido linfóide; en C.S. izquierdo, restos endometriales a nivel de muscular y serosa.

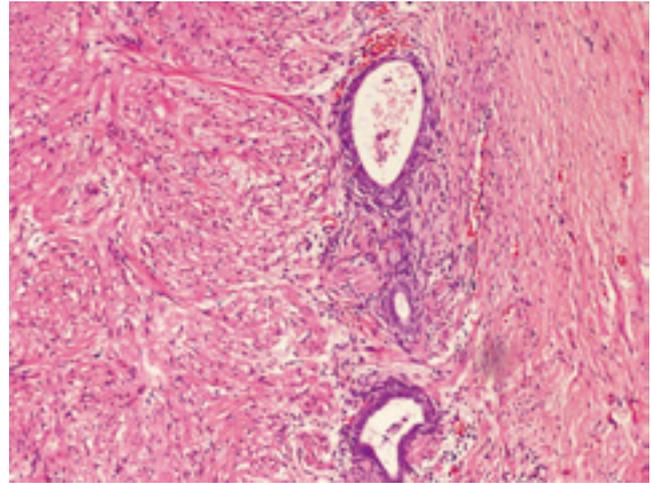


Figura 2.— Tinción de Hematoxilina-Eosina (10X): se observan las glándulas endometrióticas con escaso estroma y fenómenos hemorrágicos.

Discusión

La EA fue descrita por primera vez por von Rokitansky en 1860⁵. Posteriormente Sampson, en 1921, publicó su teoría de la *menstruación retrógrada* como el mecanismo etiológico de la endometriosis y comunicó la afectación apendicular asociada a la endometriosis⁶. En la literatura se describe una prevalencia baja de EA (en torno al 2,8%) en las pacientes previamente diagnosticadas de endometriosis, siendo aún menor cuando los datos se extrapolan a la población general (0,4%)^{3,4}. Collins, en 1963, estableció una prevalencia de 0,05% de EA en un estudio aleatorio de 71000 especímenes de apendicectomía⁷. Gustofson y cols., en un trabajo recientemente publicado, han encontrado una incidencia de 4,1% de EA en un subgrupo de 97 pacientes sometidas a apendicectomía laparoscópica de rutina dentro del algoritmo diagnóstico de sospecha de endometriosis⁴. Harper y cols., en una serie consecutiva de 200 cirugías por endometriosis en las que se extirpó el apéndice, encontraron un 1,5% de EA macroscópica⁸; sin embargo, Wie y cols., en un trabajo con idéntico planteamiento que incluyó 97 casos de endometriosis pélvica encontraron un 3,3% de EA macroscópica y, lo que constituye la aportación más interesante, un 13,3% de EA microscópica no identificada⁹. Se justifica, de este modo, la amplia horquilla de prevalencia de los trabajos más recientes, situada en un rango del 0,8-22% en función de la población evaluada y el concepto considerado de afectación macro o microscópica.

Aunque hay descritos casos de afectación apendicular exclusiva, las pacientes con endometriosis apendicular suelen presentar lesiones concomitantes en otras localizaciones a nivel pélvico, describiéndose con frecuencia complejos endometriósicos ovárico-apendiculares. Pittaway y cols. analizaron un grupo de 125 pacientes diagnosticadas de endometriosis y sometidas a diversas intervenciones por esterilidad; en las 65 a las que se les había realizado una apendicectomía se encontró

un 20% de EA no sospechada¹⁰. Todo esto hace pensar que la EA debe incluirse en el diagnóstico diferencial del dolor pélvico y formar parte del espectro clínico de la endometriosis; además, enfatiza la importancia de la inspección cuidadosa del apéndice y hace considerar la posibilidad de la apendicectomía profiláctica (AP) como parte del tratamiento quirúrgico de las pacientes con endometriosis. La realización de una AP es, actualmente en la práctica quirúrgica general, un tema controvertido sin niveles de evidencia científica asumibles; en nuestro grupo somos partidarios de su realización porque, además de permitir un diagnóstico histológico definitivo y excluir el diagnóstico de AA para futuros cuadros de dolor en fosa ilíaca derecha, acompaña una tasa de morbilidad por debajo del 1%. Un trabajo publicado por Polliand y cols. reveló que hasta en un 16% de las apendicectomías realizadas sobre apéndices macroscópicamente normales existían hallazgos histológicos de AA¹¹. Por todo ello, y ante la variable prevalencia comunicada de EA, parece lógico recomendar la realización de AP en pacientes con endometriosis en caso de sintomatología asociada recurrente, siempre con el consentimiento informado y tras haber sido expuestos detenidamente los riesgos y beneficios asociados¹².

El compromiso del intestino en la endometriosis abdomino-pélvica se incluye dentro del grupo de afectación *intraperitoneal o externa*, ocurre aproximadamente en el 12-15% de los casos y se va a localizar en los tractos anatómicos de disposición más caudal y que además se mantienen inmóviles por sus fijaciones peritoneales: recto-sigma (73%), tabique recto-vaginal (13%) y, con menor frecuencia y de forma aislada o combinada, apéndice, ciego e ileon terminal (1-7%)^{2, 13}. Generalmente son pequeños depósitos en la serosa pauci o asintomáticos que, bajo las influencias hormonales del ciclo sufren pequeñas hemorragias que pueden proliferar e infiltrar la pared intestinal, generando síntomas agudos, o bien ser responsables de procesos de fibrosis localizada que pueden condicionar estenosis y cuadros obstructivos^{14, 15}.

La endometriosis debe considerarse siempre por el cirujano dentro del diagnóstico diferencial de los cuadros de abdomen agudo en la mujer en edad fértil. La EA responde, desde el punto de vista clínico, a uno de los cuatro patrones siguientes: 1) AA; 2) invaginación o intususcepción apendicular; 3) síntomas atípicos, en los que encuadramos dolor abdominal cólico con carácter errático y cíclico, náuseas, melenas, hemorragia digestiva baja o perforación; y, 4) pacientes asintomáticas¹⁶. Lo más frecuente es la ausencia de síntomas y, cuando estos aparecen, la forma de presentación más frecuente es la de AA más o menos característica que coincide, casi siempre, con el período menstrual; en otros casos el mecanismo causal de la AA es la obstrucción parcial o completa de la luz apendicular por un endometrioma^{14,15}. Desde el punto de vista histológico, la mucosa del apéndice no se afecta nunca; el tejido glandular, el estroma endometrial y los focos de hemorragia están presentes en 2/3 de los casos en la serosa y muscular del apéndice y en el 1/3 restante sólo en la serosa¹⁶.

El tratamiento de la EA no plantea dudas y pasa, como vemos, por la apendicectomía. Nuestro caso se corresponde con el de un hallazgo incidental de EA en el estudio histológico diferido de la pieza tras una apendicectomía abierta y mueve a la reflexión en dos puntos concretos que se relacionan: la posibilidad de haber afinado más en el diagnóstico preoperatorio y la vía de abordaje quirúrgico. Nuestra paciente refería en sus antecedentes intensas dismenorreas y dolor pélvico; un estudio de ecografía y/o tomografía computerizada (CT) en urgencias quizás hubiera permitido descartar la alteración morfológica del apéndice y haber valorado la presencia de afectación anexial y/o pélvica. De igual modo, la paciente se habría beneficiado de un abordaje laparoscópico que habría estado indicado tanto en el planteamiento de resolver una AA clínica como en para realizar una AP en el contexto de sospecha clínica de endometriosis pélvica¹⁷.

Como conclusiones, podemos decir de la EA que: 1) es una entidad rara; 2) tiene un diagnóstico preoperatorio difícil; 3) debe incluirse en el diagnóstico diferencial del dolor en flanco y fosa ilíaca derecha en la mujer en edad fértil con pruebas de imagen del apéndice normales; 4) tiene un único tratamiento, que es la apendicectomía, con frecuencia profiláctica; y, 5) el abordaje quirúrgico indicado es el laparoscópico.

Bibliografía

1. Beltrán MA, Tapia TF, Araos F, Martínez H, Cruces K. Endometriosis del ileon como causa de obstrucción intestinal. *Rev Med Chile* 2006; 134: 485-490.
2. De Ceglie A, Bilardi C, Bianchi S, Picasso M, Di Muzio M, Trimarchi A, Conio M. Acute small bowel obstruction caused by endometriosis: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2008; 14(21): 3430-3434.
3. Akbulut S, Dursun P, Kocbivik A, Harman A, Sevmis S. Appendiceal endometriosis presenting as perforated appendicitis: report of a case and review of the literature. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 280(3): 495-497.
4. Gustofson RL, Kim N, Liu S, Stratton P. Endometriosis and the appendix: a case series and comprehensive review of the literature. *Fertil Steril* 2006; 86 (2): 298-303.
5. Von Rokitanzky C. Ueber Uterusdrussen-Neubildung in Uterus- und Ovarial-Sarcomen. *Ztschr kk Gesselsh Aerzte Wien* 1860; 16: 577.
6. Sampson JA. Perforating hemorrhagic (chocolate) cysts of ovary: their importance and specially their relation to pelvic adenomas of endometrial type (adenomyoma of the uterus, rectovaginal septum, sigmoid, etc.). *Arch Surg* 1921; 3: 245-323.
7. Collins DC. Seventy-one thousand human appendix specimens: a final report summarizing a 40-year study. *Am J Proctol* 1963; 14: 365-381.
8. Harper AJ, Soules MR. Appendectomy as a consideration in operations for endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 79: 53-54.
9. Wie HJ, Lee JH, Kyung MS, Jung US, Choi JS. Is incidental appendectomy necessary in women with ovarian endometrioma?. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008; 48: 107-111.
10. Pittaway DE. Appendectomy in the surgical treatment of endometriosis. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 412-424.
11. Polliand C, Bayeh PJ, Barrat C, Champault G. Faut-il opérer les appendicitis aigües par laparoscopique?. *J Caelio-Chir* 2004; 51: 17-23.
12. ALSalilli M, Vilos GA. Prospective evaluation of laparoscopic appendectomy in women with chronic right lower quadrant pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1995; 2(2): 139-142.
13. Bergqvist A. Different types of extragenital endometriosis: a review. *Gynecol Endocrinol* 1993; 7: 207-221.
14. Cameron IC, Rogers S, Collins MC, Reed MWT. Intestinal endometriosis. *Int J Colorect Dis* 1995; 10: 83-86.
15. Ijaz S, Lidder S, Mohamid W, Carter M, Thompson H. Intussusception of the appendix secondary to endometriosis: a case report. *J Med Case Reports* 2008; 2: 12.
16. Uncu H, Taner D. Appendiceal endometriosis: two case reports. *Arch Gynecol Obstet* 2008; 278: 273-275.
17. Idetsu A, Ojima H, Saito K, Yamauchi H, Yamaki E, Hosouchi Y, Nishida Y, Kuwano H. Laparoscopic appendectomy for appendiceal endometriosis presenting as acute appendicitis: report of a case. *Surg Today* 2007; 37(6): 510-513.