



Endometrioma del Esfínter Anal

PUERTA J.D., MD, SCC; CASTAÑO R., MD; SCC; HOYOS S., MD

Palabras clave: Endometriomas, Episiotomía, Esfínteroplastia.

Se presentan 3 casos de endometriosis localizadas en cicatrices de episiotomías, con compromiso del esfínter anal externo.

Se revisa la etiología, los hallazgos clínicos, la patología y el tratamiento efectuado.

La resección amplia con reconstrucción del esfínter anal fue curativa.

INTRODUCCION

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial por fuera de la cavidad uterina (1). La localización más frecuente es en la pelvis, incluyendo ovarios, ligamento uterino, septo rectovaginal y peritoneo (2,3). Sitios inusuales fuera de la pelvis son: intestino delgado, apéndice, cicatriz quirúrgica, sacos herniarios, pulmón, riñón, extremidades, ombligo y periné (3).

Se puede confundir con otras condiciones como granuloma, adenopatía, absceso, cáncer primario o metastásico, linfoma o lipoma (4). Las lesiones endometriales tienen una típica apariencia de nódulos carmelitas o azules oscuros. En los ovarios la enfermedad es progresiva, llegando a formar los llamados quistes de "chocolate" (26).

Describimos aquí nuestra experiencia con una condición particularmente compleja, endometriomas en el esfínter anal, motivados en su rara presentación y en la dificultad para la reconstrucción luego de su extirpación (5).

Doctores, Juan Darío Puerta Díaz, Ciruj. Gral. - Coloproctólogo, Clín. "León XIII", Prof. Univ. Pontificia Bolivariana; Rodrigo Castaño Llano, Prof. de Cirugía y Gastrohepatología, Univ. de Antioquia; Sergio Hoyos Duque; Ciruj. Gral., Hosp. Pablo Tobón Uribe, Prof. Cir. Gral., Univ. de Antioquia, Medellín, Colombia.

PACIENTES Y METODOS

Detallamos a continuación tres casos de pacientes con endometriomas del esfínter anal, tratados inicialmente con tratamiento médico sin éxito, y que requirieron resección amplia con reconstrucción del esfínter.

Caso No. 1

M.L.M., paciente de 37 años quien consultó en 1993 por presentar dolor anal de 7 meses de evolución, con sensación de masa y dolor más notorio durante el período menstrual. Los síntomas se han intensificado en los últimos días hasta hacerse intolerables. La paciente había sido evaluada en varias oportunidades sin que se hubiera precisado la etiología. Al examen físico se encontró una paciente en buen estado, con dolor anal; al tacto rectal se palpaba masa lateral derecha, irregular y muy dolorosa, de 1.5 cm de diámetro; la biopsia por *trucut* mostró endometriosis.

La cirugía se efectuó el 2 de julio de 1994 y se encontró una masa con las características descritas que comprometía el esfínter externo en todo su espesor; se reseco y se efectuó un reparo primario del esfínter.

Patología: Estroma fibroadiposo con hemosiderófagos y tejido endometrial.

Caso No. 2

P.O.O., paciente de 40 años con historia de 10 años de evolución de dolor en el tabique recto vaginal; el dolor se intensificó luego del segundo parto hace 8 años. Se detectó masa de 2 cm en el tabique rectovaginal, regular, fija, dolorosa; se hizo biopsia con *trucut* que diagnosticó endometrioma. Vista en múltiples oportunidades y tratada con Danazol y Medroxiprogesterona, la masa aumentó de tamaño en los últimos 6 meses, por lo cual se llevó a cirugía el 5 de mayo de 1995. La masa estaba localizada entre el recto y la pared

vaginal posterior. Comprometía el esfínter anal en todo su espesor; se reseco y se hizo plastia del esfínter.

Patología: Estroma fibromuscular, con hemosiderófagos, linfocitos, reacción fibroblástica y tejido endometrial.

Caso No. 3

M.E.P., paciente de 44 años con historia de 5 años de evolución de dolor con la deposición, el cual se intensificaba durante el período menstrual. Había sido vista en varias oportunidades y no se había hecho un diagnóstico adecuado. Hace 2 años notó la aparición de una masa anal, dolorosa, irregular, adherida al tejido adyacente, de 2 cm de diámetro. Se tomó biopsia por *trucut* y se hizo diagnóstico de endometriosis, fue tratada con Danazol y Medroxiprogesterona con mejoría inicial pero desde hace 6 meses el dolor se intensificó, motivo por el cual se llevó a cirugía el 9 de noviembre de 1996. Se encontró masa anterolateral izquierda con compromiso de todo el espesor del esfínter, por lo cual luego de la resección se hizo la reconstrucción del mismo.

Patología: Estroma fibromuscular con reacción fibroblástica, abundantes hemosiderófagos y quistes de tipo endometrial.

DISCUSION

La endometriosis se define como la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad uterina, condición que es frecuente en la consulta ginecológica como causante de dolor pélvico, infertilidad, dispareunia, y dismenorrea. El tejido endometrial responde a las fluctuaciones de las hormonas ováricas en la sangre durante el ciclo menstrual. La máxima incidencia de endometriosis se observa entre los 30 y 40 años de edad.

Cuando se genera fibrosis e hiperplasia del músculo liso en respuesta a los implantes endometriales, se forma una verdadera tumoración que se conoce como endometrioma (11).

Los endometriomas perineales, dentro de ellos los del esfínter anal, son una curiosidad quirúrgica; la endometriosis perianal aparece luego de episiotomía o laceración durante el parto. La cicatriz de la episiotomía es un sitio de rara aparición de la endometriosis y el compromiso del esfínter anal es aún menos frecuente. El contacto del endometrio con la cicatriz de una episiotomía parece tener un papel importante en la génesis del endometrioma en dicho nivel, como lo plantea un estudio retrospectivo que mostró una mayor incidencia de esta patología en las pacientes a quienes luego de un parto vaginal se les realizaba curetaje, comparadas con quienes no lo requerían (26).

La primera persona en mencionar la endometriosis fue Von Rokitansky en 1860; la primera descripción detallada de la

misma la hizo Sampson en 1921 (26) y el primer reporte de endometrioma fue hecho por el Doctor Schickele en 1923 (17). Una revisión hecha por Pollak en 1990 sólo reporta 58 casos de endometriosis perineal (18). Otra revisión hecha por Sayfaw en 1991, reporta 60 casos de endometriosis en cicatrices de episiotomía, pero sólo 6 casos comprometían el esfínter anal (26).

La endometriosis es una entidad que confronta rara vez el cirujano, aunque su prevalencia puede ser tan alta como un 44% en mujeres que se someten a laparoscopia, por diferentes indicaciones (6,12,13).

Los doctores Londoño y Escallón, en 1994, publicaron su experiencia con 3 casos de endometriosis intestinal intervenidos quirúrgicamente, localizados en el apéndice, intestino delgado y recto (21).

En una revisión reciente hecha en el hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín durante tres años, se encontraron 24 casos de endometriosis extrapélvica y sólo dos (8,3%) de ubicación rectal, pero ninguno comprometía el esfínter anal (8).

En series con reportes de endometriosis extrapélvicas en las cuales la localización en colon y recto llega a ser del 71 % (6,11); su diagnóstico requirió colon por enema, colonoscopia - biopsia y examen bimanual. Los métodos radiológicos como la ecografía y la TAC, detectan la ubicación de las masas y permiten obtener muestras para patología e incluso en un reporte del doctor Togashi y col, refieren el uso de resonancia nuclear magnética para el diagnóstico de endometriomas con una sensibilidad del 90% y especificidad del 98%. El criterio fue una señal hiperintensa en T1, sobre todo si ésta era homogénea, y una señal hipointensa en T2 (22). También se han utilizado exámenes específicos que incluyen marcadores séricos como el CA 125, proteína placentaria 14 y anticuerpo antitejido endometrial (23, 24).

El compromiso gastrointestinal comúnmente involucra aquellos segmentos del intestino próximos a los órganos genitales, con el rectosigmoide más afectado que el íleon (12). En la mayoría de las veces, el compromiso es sólo seroso y el diagnóstico es incidental en una cirugía realizada por otro motivo; en estos casos el tratamiento no es necesario (14).

La paciente con compromiso gastrointestinal por endometriosis puede tener una amplia variedad de síntomas según la extensión y localización, como cólico, dolor o sangrado rectal, tenesmo, constipación, disminución del calibre de las deposiciones, náusea, vómito, diarrea (12). En nuestros pacientes los síntomas principales fueron: dolor anal progresivo, intenso e incapacitante, disquecia y sólo cuando se presentó la masa palpable, la biopsia estableció el diagnóstico. En todas las pacientes transcurrió un lapso prolongado

entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico definitivo (1 a 10 años). Fueron tratadas previamente por ginecología con pobre respuesta al tratamiento médico y a las medidas locales. Ninguna de ellas requirió intervención quirúrgica por endometriosis de otra localización.

Existen varias teorías en la patogénesis de la endometriosis:

1. Teoría del trasplante de tejidos, la cual sugiere que las células endometriales viables son transportadas a localizaciones ectópicas de varias maneras: por reflujo a través de las trompas durante la menstruación e implante alrededor de estructuras pélvicas (teoría del transporte retrógrado de Sampson). Implantación directa causada por procedimientos ginecológicos u obstétricos lo que explica la ocurrencia en episiotomía y en cicatrices abdominales. Difusión por vía linfática o sanguínea desde el endometrio basal a sitios ectópicos distales como medias-tino, riñones, y extremidades (teoría de Malbaw).
2. Teoría de la metaplasia del epitelio celómico a tejido endometrial propiciada por un estado hormonal propicio.
3. Teoría genética que habla de un patrón hereditario.
4. Teoría de la inducción, la cual sugiere que sustancias químicas liberadas de la cavidad uterina son transportadas a sitios ectópicos donde estimulan la metaplasia de células locales.
5. Teoría inmunológica, la cual sustenta que la implantación del tejido endometrial ectópico puede estar relacionada con el sistema inmune y sugiere que un hallazgo común en la endometriosis es una deficiencia en la inmunidad celular. Es posible que una combinación de estos eventos esté presente en los pacientes.

Gordon menciona la existencia de endometriomas en cicatrices antiguas de episiotomías, las cuales llegan a ser aparentes o presentan síntomas en forma tan temprana como 45 días postparto o tan tarde como 14 años después (15).

Tapia (25) hace una revisión de ocho mujeres con endometriosis perineal; la sintomatología empezó desde 6 meses hasta los 16 años después del último parto; 3 de ellas tenían compromiso parcial del esfínter anal y a todas se les efectuó resección, con buenos resultados.

TRATAMIENTO

La terapéutica hormonal que induce pseudomenopausia en estas pacientes es usada ampliamente, pero en la endometriosis intestinal, la fibrosis y cicatrización que se presenta es considerable y es la que genera los síntomas,

por lo cual este tipo de manipulación hormonal en ocasiones no mejora la sintomatología (15); sin embargo, en casos donde la resección no logra ser completa, los estrógenos han sido moderadamente útiles en el control de los implantes endometriales (16).

El procedimiento quirúrgico incluye una escisión amplia que incluso puede llegar a comprometer el esfínter anal externo y cuando se hace la reconstrucción temprana es curativo y el resultado funcional es excelente (26).

Las 3 pacientes recibieron tratamiento hormonal una vez se hizo el diagnóstico, pero debido al fracaso en la terapéutica fueron llevadas a cirugía. Destacamos la gran reacción fibrótica encontrada durante la resección quirúrgica que fue corroborada en la histología.

La resección amplia es el tratamiento quirúrgico de elección y previene recaídas (16). Por lo complejo de la reconstrucción debido a la localización, se debe tener un conocimiento detallado de la anatomía y fisiología anorrectal, ya que existe riesgo de complicaciones serias tales como la estenosis o la incontinencia fecal (19).

La técnica de reconstrucción del esfínter anal ya se ha descrito en detalle en artículos anteriores de nuestro grupo, con disección minuciosa del esfínter, conservando la porción fibrosa, si existe, para facilitar la sobreposición al hacer el reparo quirúrgico (5).

Es importante destacar que las pacientes quedaron con una continencia excelente valorada en forma subjetiva y clasificada como Pescatori 6 (10). Ninguna de las pacientes requirió otro tipo de tratamiento para incontinencia luego de la reconstrucción del esfínter, quedando como alternativas de reconstrucción, si llegara a necesitarse, la reintervención; o bien, formas más elaboradas en casos seleccionados como la transposición del *gracilis* o idealmente del glúteo mayor (20).

Destacamos la necesidad de un conocimiento muy detallado de la anatomía y fisiología anorrectal así como tener una experiencia adecuada en reconstrucción del esfínter por otras patologías, debido al riesgo de complicaciones posquirúrgicas como la estenosis anal, la lesión nerviosa del pudendo y la incontinencia fecal.

ABSTRACT

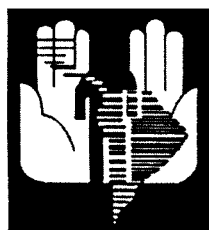
We report three cases of endometriosis located in episiotomy scars involving the external anal sphincter. We review the etiology, clinical findings, pathology and the treatment modality adopted in this case. Wide resection with anal sphincter reconstruction resulted in cure.

REFERENCIAS

1. Seydel A, Zickel J, Warner E, Sax H: Extrapelvic endometriosis: Diagnosis and treatment. *Am J Surg* 1996;171:239-41.
2. Adamson G: Diagnosis and clinical presentation of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:568-9.
3. Markham S, Carpenter S, Rock J: Extrapelvic endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989;16:193-219.
4. Brenner C, Wohlgemuth S: Scar endometriosis. *Surg Gynecol Obstet* 1990;170:538-40.
5. Puerta J, Castaño R: Esfinteroplastia anterior en el tratamiento de la incontinencia fecal. *Rev Colomb Gastroenterol* 1993; 8 (4): 192-8 (Premio Nacional de Coloproctología 1993).
6. Bergqvist A: Different types of extragenital endometriosis: A review. *Gynecol Endocrinol* 1993;7:207-21.
7. Singh K, Lessells D, Adam C, et al: Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10 years experience. *Br J Surg* 1995;82:1349-51.
8. Mejía F, Abadía H, Vélez A, Restrepo H: Endometriomas extrapélvicos en el Hospital Pablo Tobón Uribe - Medellín (Presentado en el Congreso de la Soc. Colomb. de Cirugía, Agosto 1996).
9. Sampson J: Inguinal endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1925;19:462.
10. Pescatori M, Anastasio G, Bottini C, Mentasti A: New grading and scoring for anal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1992; 35:482-7.
11. Groom R, Donovan M, Schwesinger W: Intestinal endometriosis. *Am J Surg* 1984; 148: 660-7.
12. Olive D, Schwartz L: Endometriosis. *N Engl J Med* 1993;328:1759-69.
13. Keane T, Peel A: Endometrioma an intra-abdominal troublemaker. *Dis Colon Rectum* 1990;33:963-5.
14. Williams T, Pratt J: Endometriosis in 1.000 consecutive celiotomies. Incidence and management. *Am J Obstet Gynecol* 1997;129: 245-58
15. Gordon P, Nivatvong S: Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus. Qmp. Inc. 1992 p. 1043-7
16. Gray L: Endometriosis of the bowel: role of bowel resection, superficial excisions and oophorectomy in treatment. *Ann Surg* 1973; 177:580-7.
17. Prince L, Abrahms J: Endometriosis of the perineum: review of the literature and case report. *Am J Obstet Gynecol* 1957;73:890-3.
18. Pollack R, Gordon P, Ferenczy A, Tulandi T: Perineal Endometriosis: a case report and review of the literature. *J Reprod Med* 1990; 2:109-12.
19. Puerta J: Incontinencia fecal. En: Alvarado J, Otero W, Archila P, Rojas E, editores. *Gastroenterología y Hepatología*. Santafé de Bogotá: Impreandes Presencia S.A; 1996. p. 517-27.
20. Puerta JD, Castaño R, Hoyos S: Transposición del Glúteo máximo en el manejo de la incontinencia fecal: Seguimiento de 22 pacientes. *Rev Colomb Gastroenterol*. Vol 13 (1): 9-18.
21. Londoño E, Escallón J: El endometrioma: sus complicaciones gastrointestinales. *Rev Colomb Cir* 1994; 9:2-6.
22. Togashi K, Nishimura K, Kimura I, et al: Endometrial cysts. Diagnosis with MRImaging radiology 1991;180:73-8
23. Barbieri R, Niloff J, Bast R, et al: Elevated serum concentrations of Ca 125 in patients with advanced endometriosis. *Fertil steril* 1986;45:630-4.
24. Telimoa S, Kauppila A, Ronnberg L, et al: Elevated serum levels of endometrial secretory protein p14 in patients with advanced endometriosis: suppression by treatment with danazol and high-dose medroxy-progesterone acetate. *Am J Obstet Gynecol* 1989;161:866-71.
25. Tapia A, Rahmer A, Odolom A, Vangast: Perianal endometriosis. Clinical experience with 8 patients. *Rev Med Chil* 1995;122: 37-41.
26. Sayfan J, Bewosh L, Segal M, Orola R: Endometriosis in episiotomy scar with anal sphincter involvement. Report of case. *Dis Colon Rectum* 1991; 34:713-6.

Correspondencia:

Doctor **Rodrigo Castaño Llano**. Dpto. de Cirugía Digestiva y Endoscopia. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.



FELAC
Federación Latinoamericana de Cirugía

Home Page y Boletín Trimestral en Internet
www.fepafem.org/felac