

# CASO CLÍNICO

## CASE REPORT

1. Departamento de Ciencias Básicas, Vicerrectoría de Ciencias de la Salud, Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García, N.L., México
2. Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Christus Muguerza, Monterrey, N.L., México
  - a Médico Patólogo
  - b Estudiante de Medicina (5° año)
  - c Médico Doctorado en Morfología

**Conflicto de interés:** Los autores declaran no tener conflictos de interés

**Financiamiento:** Autofinanciado

**Recibido:** 13 diciembre 2017

**Aceptado:** 7 febrero 2018

**Correspondencia:**

Dr. Gerardo Rivera Silva MD, Ph.D

📍 División de Ciencias de la Salud, Universidad de Monterrey, Monterrey, N.L., MEX. Av. I. Morones Prieto # 4500 Pte. San Pedro Garza García, N.L., 66238, México

☎ +52 (81) 8215-1446

✉ gerardo.rivera@udem.edu

**Citar como:** Ulloa-Ortiz O, Martínez-Delgado GH, Garza-Garza R, Moreno-Treviño MG, Rivera-Silva G. Endometriosis en colon sigmoideas asociada a hematoquecia en una paciente hysterectomizada. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2018;64(2):249-252. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2085>

# Endometriosis en colon sigmoideas asociada a hematoquecia en una paciente hysterectomizada

## Endometriosis within the sigmoid colon associated with hematochezia in a hysterectomized woman

Óscar Ulloa-Ortiz<sup>1,a</sup>, Guillermo H. Martínez-Delgado<sup>1,b</sup>, Raúl Garza-Garza<sup>2,a</sup>, María G. Moreno-Treviño<sup>1,c</sup>, Gerardo Rivera-Silva<sup>1,c</sup>

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2085>

### RESUMEN

La endometriosis es la existencia e implantación de estroma y glándulas endometriales funcionales fuera del útero, pero con funcionalidad similar al tejido endometrial dentro de la cavidad uterina. Tiene una presentación clínica variable, ya que depende del sitio de implantación. Se ha determinado que es la tercera causa de hospitalización en los Estados Unidos. Se presenta el caso de una paciente de 44 años de edad con hematoquecia causada por endometriosis profunda infiltrante en colon sigmoideas, después de once años de haberse realizado la hysterectomía. La paciente fue tratada mediante resección quirúrgica debido a que se sospechaba de un carcinoma.

**Palabras clave.** Endometriosis; Colon sigmoideas; Hematoquecia.

### ABSTRACT

Endometriosis is the presence of functional ectopic endometrial tissue outside the uterine cavity. The clinical presentation is variable and depends on the location. It is considered the third leading cause of hospitalization in the United States. In this case, we report a 44-year-old woman with hematochezia caused by deep infiltrating endometriosis within the sigmoid colon, after having undergone a hysterectomy 11 years ago. The patient received surgical resection due to suspicion of carcinoma.

**Keywords:** Endometriosis; Sigmoid colon; Hematochezia.



## INTRODUCCIÓN

La endometriosis es un crecimiento e implantación anormal ectópico del endometrio viable y funcional fuera del útero<sup>(1)</sup>. La prevalencia no está bien determinada en virtud que muchas pacientes no son sometidas a laparoscopia o laparotomía; sin embargo, se estima que más de 5,6 millones de norteamericanas padecen esta enfermedad<sup>(2)</sup>. Los órganos pélvicos son los sitios más frecuentemente afectados, siendo los ovarios el sitio más frecuente de implantación del tejido ectópico, ya que dos de cada tres mujeres presentan esta localización. Empero, puede localizarse también en órganos fuera del área pélvica, a lo que se designa endometriosis extrapélvica o extragenital. La endometriosis extrapélvica puede involucrar a cualquier órgano. Sin embargo, su situación más frecuente es en el intestino, pero solamente 10 a 15% afecta al recto sigmoides<sup>(3)</sup>. Las implantaciones endometriósicas son el tipo de lesión más común y suelen afectar a la capa serosa del intestino, pero puede penetrar también a la mucosa, denominándose endometriosis profunda infiltrante<sup>(4)</sup>. En general, la endometriosis es asintomática, o con presencia de dolor pélvico crónico que se agrava durante la menstruación. En esta condición, el cuadro clínico, los estudios de imagen y endoscópicos, pueden mimetizar otras patologías del órgano afectado. Por lo que su diagnóstico clínico continúa siendo un reto<sup>(5)</sup>.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 44 años de edad que acudió por presentar hematoquecia y dolor abdominal de tipo cólico en hipogastrio de un mes de evolución, el cual se agravaba con la deambulación y se acompañaba de distensión abdominal, náuseas e hiporexia. No manifestó fiebre, astenia, vómito, cambio en patrón de evacuaciones y sintomatología urinaria. Fue ingresada al hospital para su estudio y tratamiento. Tenía antecedente patológico de hipertensión arterial tratada y controlada con valsartán. Eran antecedentes ginecoobstétricos, menarquía a los 10 años, tres partos eutócicos, uso de anticonceptivos orales durante 3 años, fecha de última menstruación a los 33 años, e histerectomía por miomatosis realizada hacía 11 años. En la exploración física se observó abdomen distendido a expensas de panículo adiposo, blando, depresible, con peristalsis presente y

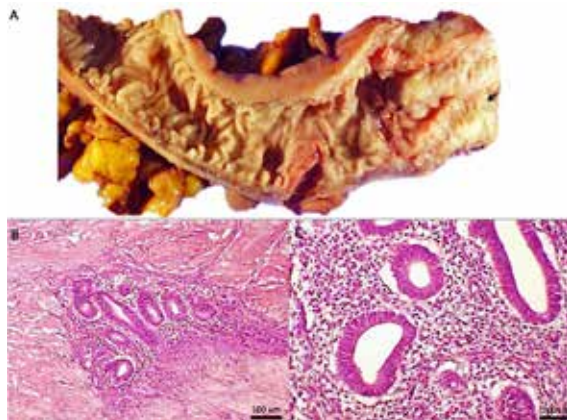
sin datos de irritación peritoneal. A su ingreso se realizaron estudios de biometría hemática, perfil bioquímico, examen general de orina, perfil tiroideo y pruebas de coagulación, los cuales resultaron dentro de rangos normales. La tomografía de abdomen contrastada identificó una tumoración de 2,2 x 5,9 centímetros en la región del colon sigmoides (figura 1). La colonoscopia mostró una masa parcialmente estenosante del colon sigmoides distal de aproximadamente 8 centímetros de largo, con toma de biopsia para su estudio patológico. Se llevó a cabo hemicolectomía izquierda y linfadenectomía pélvica, por la posibilidad de que se tratara de un carcinoma. El diagnóstico anatomopatológico macroscópico de la resección señaló un área estenosada de 4 centímetros de longitud, con grosor del sigmoides de 2,2 centímetros (figura 2A). El análisis microscópico diagnosticó estroma y glándulas revestidas por epitelio endometriode infiltrado en la mucosa del colon sigmoides (figura 2B) y en ganglio linfático parasigmoideo izquierdo (figura 2C); asimismo, hemorragia del tejido contiguo. El tratamiento definitivo fue la resección quirúrgica total de la tumoración localizada en el sigmoides.

FIGURA 1. IMAGEN DE TOMOGRAFÍA ABDOMINAL QUE MUESTRA EVIDENCIA DE UNA MASA EN EL COLON SIGMOIDES (FLECHA).





FIGURA 2. A. IMAGEN MACROSCÓPICA DE LA RESECCIÓN INTESTINAL CON REGIÓN ESTENOSADA IDENTIFICABLE (FLECHA). B. IMAGEN ANATOMOPATOLÓGICA QUE MUESTRA ESTROMA Y GLÁNDULAS REVESTIDAS POR EPITELIO ENDOMETRIOIDE EN CORTE DE COLÓN SIGMOIDES (100  $\mu$ M, TINCIÓN H&E). C. IMAGEN MICROSCÓPICA CON CAMBIOS SIMILARES LOCALIZADOS EN GANGLIO LINFÁTICO PARASIGMOIDEO IZQUIERDO (200  $\mu$ M, TINCIÓN H&E).



## DISCUSIÓN

Aproximadamente el 10% de mujeres jóvenes (adolescentes y adultas jóvenes) pueden padecer endometriosis, como endometriosis peritoneal, endometrioma ovárico y endometriosis profunda infiltrante; esta última representa el 20% de los casos de endometriosis<sup>(6)</sup>.

Como factores de riesgo se consideran a la menarquía temprana (< 11 años) o tardía ( $\geq$  14 años), ciclo menstrual corto ( $\leq$  27 días), menopausia tardía, antecedentes de dismenorrea, nuliparidad y dolor pélvico<sup>(7)</sup>. La endometriosis es una enfermedad con presentación clínica variable dependiendo del órgano afectado, y la paciente puede sufrir de dismenorrea, dolor pélvico, dispareunia, hipermenorrea, menorragia, disuria, hematuria, cistitis, tenesmo vesical, diarrea, hematoquecia, náuseas, candidiasis, infertilidad, enfermedad inflamatoria pélvica, quistes ováricos y sangrado poscoital<sup>(7)</sup>. Asimismo, los estudios de endoscopia y de imagen suelen confundirse con otras patologías, como en nuestro caso; al afectar al colon, se la puede considerar como colitis, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de úlcera solitaria rectal, adenoma colorrectal y cáncer. Por lo que hubo la necesidad de realizar una colonoscopia exploratoria con toma de biopsia para llegar al diagnóstico. Se cumplió con los tres hallazgos para hacer el diagnóstico histopatológico: identificación de estroma, glándulas endometriales y la presencia de hemorragia adyacente al tejido analizado.

En relación con la etiopatogenia de la endometriosis, existen diversas teorías. La más aceptada es sobre la menstruación retrograda de Sampson, que consiste en que el tejido endometrial se disemina a la cavidad peritoneal al pasar a contraflujo por los oviductos durante la menstruación e implantándose subsecuentemente en el tejido peritoneal u órganos pélvicos<sup>(8)</sup>. Otra teoría, es la metaplásica, en la que la endometriosis surge de la metaplasia de células que recubren el peritoneo visceral y abdominal, al ser estimuladas por factores ambientales, hormonales o infección<sup>(8)</sup>. La teoría más reciente es sobre el rol de las células troncales endometriales localizadas en la capa basal del endometrio, que podrían viajar a través de la menstruación retrograda, vía linfática o por diseminación vascular hacia la cavidad peritoneal y consecuentemente desarrollar lesión endometriótica<sup>(8)</sup>. También existe el caso de endometriosis que puede recurrir después de una hysterectomía, como en el caso presentado, y la razón de que esto suceda puede ser explicado por la presencia de focos microscópicos residuales, factores hormonales, remanentes ováricos, morcelación uterina, invasión linfovascular o enfermedad *de novo*<sup>(9)</sup>.

El tratamiento de la endometriosis intestinal depende de la severidad. La resección intestinal se recomienda cuando la endometriosis ocupa más del 50% de la circunferencia intestinal, en caso de que existan múltiples nódulos o nódulos mayores a 3 centímetros<sup>(10)</sup>. La resección tiene como finalidad aliviar los síntomas y prevenir una neoplasia endometrial<sup>(11)</sup>. Finalmente, es importante tener en consideración a la endometriosis como causa de sangrado intestinal inusual.

El caso presentado muestra la importancia de tener en consideración a la endometriosis extra-pélvica como probable causa de sangrado intestinal anormal, ya que en un inicio se pensó que pudiera tratarse de un problema intestinal intrínseco. De ahí la importancia de la realización de la colonoscopia con toma de biopsia para identificar la causa, debido al porcentaje bajo de afectación del intestino por tejido endometrial ectópico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonzalez-Pezzat I, Soto-Perez-de-Celis E, Garcia-Lascuain JL. Bowel endometriosis as an unusual cause of rectal bleeding. *Am Surg*. 2011;77:239-41.
2. Fourquet J, Sinaii N, Stratton P, Khayel F, Alvarez Garriga



- C, Bayona M, et al. Characteristics of women with endometriosis from the USA and Puerto Rico. *J Endometr Pelvic Pain Disord.* 2015;7:129-35.
3. Acar T, Acar N, Celik SC, Ekinci N, Tarcan E, Capkinoglu E. Endometriosis within the sigmoid colon/extragenital endometriosis. *Ulus Cerrahi Derg.* 2015;31:250-2. doi: 10.5152/UCD.2015.2770.
  4. Ribeiro C, Nogueira F, Guerreiro SC, Leao P. Deep infiltrating endometriosis of the colon causing cyclic bleeding. *BMJ Case Rep.* 2015; doi:10.1136/bcr-2015-209464.
  5. Trippia CH, Zomer MT, Terazaki CR, Martin RL, Ribeiro R, Kondo W. Relevance of imaging examinations in the surgical planning of patients with bowel endometriosis. *Clin Med Insights Reprod Health.* 2016;10:1-8. doi: 10.4137/CMRH.S29472.
  6. Jiang W, Roma AA, Lai K, Carver P, Xiao SY, Liu X. Endometriosis involving the mucosa of the intestinal tract: a clinicopathologic study of 15 cases. *Mod Pathol.* 2013;26:1270-8. doi: 10.1038/modpathol.2013.51.
  7. Riazi H, Tehranian N, Ziaei S, Mohammadi E, Hajizadeh E, Montazeri A. Clinical diagnosis of pelvic endometriosis: a scoping review. *BMC Womens Health.* 2015;15:39. doi: 10.1186/s12905-015-0196-z.
  8. Ahn SH, Monsanto SP, Miller C, Singh SS, Thomas R, Tayade C. Pathophysiology and Immune Dysfunction in Endometriosis. *BioMed Res Int.* 2015;doi10.1155/2015/795976.
  9. Rizk B, Fischer AS, Lotfy HA, Turki R, Zahed HA, Malik R, et al. Recurrence of endometriosis after hysterectomy. *Facts Views Vis Obgyn.* 2014;6:219-27.
  10. Chen H, Luo Q, Liu S, Xiong H, Jiang Q. Rectal mucosal endometriosis primarily misinterpreted as adenocarcinoma: a case report and review of literature. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015;8:5902-7.
  11. Queiroz CE, Medeiros BA, Furtado SP, Araujo MT, Pinto PJ, Castro NM. Deep infiltrating endometriosis of the bowels - experience of a multidisciplinary team with 179 patients submitted to intestinal resections. *J Minim Invasive Gynecol.* 2015;22:S170. doi: 10.1016/j.jmig.2015.08.633.