

ENDOMETRIOMA PERINEAL CON AFECTACIÓN DEL ESFÍNTER ANAL. REPORTE DE CASO

Carlos Geovanny Torres Dugarte¹, Lourdes Rivero¹, Dina Gil², Pedro J. Salinas³.

¹Hospital Sor Juana Inés de la Cruz. Avenida Las Américas. Mérida. Venezuela, ²Hospital Universitario de los Andes. Mérida. Venezuela, ³Postgrado. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.

carlostorres867@hotmail.com, psalinas@ula.ve

Resumen.

La endometriosis perineal, se define como la presencia de tejido endometrial en la región perineal. La endometriosis perineal con afectación del esfínter es una enfermedad poco frecuente. En muchos casos se puede confundir con patologías como granuloma, absceso, lipoma, adenopatía etc. El tratamiento ideal consiste en la excisión amplia, pero en muchos casos se asocia con incontinencia fecal cuando existe afectación del esfínter. Sin embargo, en la mayoría de los casos la excisión puede ser incompleta, lo que amerita tratamiento adicional con terapia hormonal. Se describe el caso de una paciente de 45 años con diagnóstico de endometrioma anal y afectación del músculo esfínter anal. Se procedió a realizar excisión amplia de la lesión con preservación del músculo esfínter anal y seguimiento durante un año sin presentar complicaciones postoperatorias (incontinencia fecal). Se concluye que la endometriosis perineal constituye una forma infrecuente de presentación de las endometriosis pélvicas.

Palabras clave: Endometriosis, endometriosis perineal, episiotomía.

Abstract

Perineal endometriosis with anal sphincter involvement.

Perineal endometriosis is a disease characterized by the presence of endometrial tissue in the perineal region. Perineal endometriosis with anal sphincter involvement is an infrequent occurrence. In many cases it is confused with granuloma, abscess, lipoma, adenopathy. The best treatment to obtain satisfactory cure consists in the wide excision, but it may cause incontinence if the anal sphincter is involved. Conversely, narrow excision may result in incomplete removal, with increased recurrence rates and need of additional hormonal therapy. In this paper we describe a 45 year old patient, with diagnosis of perianal endometrioma with anal sphincter involvement. The patient went through surgery with wide excision and preserved anal sphincter. After one year follow-up there were not complications reported by fecal incontinence. In contrast, the perineal endometriosis is considered an infrequent occurrence of pelvic endometriosis.

Key words: Endometriosis, perineal endometriosis, scar episiotomy.

INTRODUCCIÓN.

La endometriosis es una enfermedad caracterizada por la presencia de estroma y glándulas endometriales fuera de la cavidad uterina (Sydel et al. 1996). Su localización más frecuente es en la pelvis, incluyendo ovarios, ligamento uterino, septum rectovaginal y peritoneo (Adamson 1990, Puerta et al. 1999, D' Andrea et al. 2002). Existen otros sitios pocos frecuentes localizados fuera de la pelvis como son: intestino delgado, apéndice, cicatriz operatoria y periné (Markham et al. 1989). Los sitios más comunes donde ocurre la endometriosis es: ovarios (60-75%), ligamento úterosacro (20-30%), útero (4-20%), colon rectosigomide (3-10%). Los sitios menos comunes son: apéndice (2%), uréter (1-2%), Ileon Terminal (1%), vejiga (<1%), cicatriz umbilical (<1%). Las formas más raras son en el diafragma, canal inguinal, hígado, bazo, riñón (Snyder y Stryker 2007). La endometriosis perineal es una de las condiciones más frecuentes que requieren cirugía durante sus años reproductivos. Esta enfermedad se asocia con síntomas de dolor limitante o

incapacitante e infertilidad intratable (Beck et al. 2009). La verdadera prevalencia de endometriosis se desconoce. Varios autores han estimado que más del 15% de todas las mujeres en edad reproductiva y un 33% de las mujeres infértiles sufren de endometriosis (Hasson 1976, Darke y Grunert 1980). La etiología de la endometriosis es incierta, sin embargo, estudios recientes afirman que se debe al trasplante de células endometriales de manera autóloga en una herida abierta de episiotomía durante un parto vaginal, especialmente durante la exploración uterina manual y durante la realización del curetaje postparto, lo cual es asociado como el mecanismo etiológico de la endometriosis perianal (Toyonaga et al. 2006). Las lesiones endometriales tienen una apariencia típica de nódulos de color azul. En el nivel de los ovarios, la enfermedad es progresiva, llegando a formar los llamados "quistes de chocolate" (Sayfan et al. 1991, Puerta et al. 1999).

REPORTE DE CASO.

Paciente femenina de 45 años quien consulta por presentar historia de dolor perineal severo y tenesmo de dos años de evolución asociada con las evacuaciones y que se asociaba con el periodo menstrual. Dicha sintomatología se acentuó en los últimos meses, lo que produjo limitación funcional y molestia durante la posición de sentado, lo que ameritó la administración en múltiples ocasiones de antibióticos ante la sospecha de proceso infeccioso perineal. Tiene como antecedente de dos embarazos con parto vaginal que ameritaron episiotomía. Durante el examen físico se encontró una paciente en buenas condiciones generales. Desde el punto de vista anorectal; se examinó la paciente en posición decúbito lateral izquierdo sin preparación anorectal, en donde se aprecia región anal de aspecto y configuración normal. A la palpación se aprecia tumoración en región anterior derecha de aspecto irregular, muy dolorosa de 3 x 4 cm aprox. Al tacto rectal se palpa dicha tumoración en la fosa isquiorectal derecha en relación con la cicatriz de la episiotomía, con iguales características. En el examen físico presenta buen tono del esfínter durante el reposo y durante la contracción por el tacto rectal. Se procedió a realizar ultrasonido endorectal marca General Electric Logic Expert, con un transductor rectal de 7.5 MHz, previa administración de enema fleet para preparación anorectal. El ultrasonido reveló una tumoración hipocóica en la región anterior derecha con relación al músculo esfínter anal externo (Fig. 1 y 2)

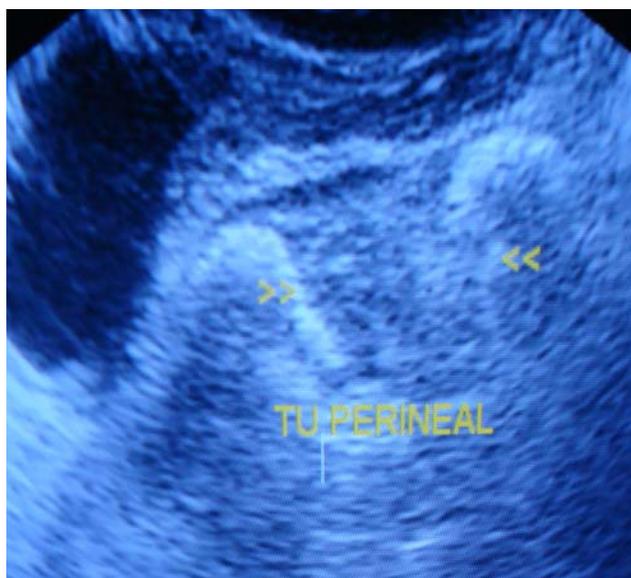


Fig. 1. Tumoración hipocóica.



Fig. 2. Tumoración hipocóica.

Se procedió a realizar la intervención quirúrgica el día 16 abril 2008. Bajo previa administración de anestesia raquídea y colocación de la paciente en posición en navaja sevillana (jack knife), (Fig. 3).

Se aprecia tumoración en la zona anteriormente descrita, en donde se realiza incisión radial sobre la tumoración que incluyó fuera de la porción del sitio de cicatriz de la episiotomía (Foto 4), con exeresis completa de la lesión la cual se encontraba adherida al músculo esfínter externo en una porción del esfínter. Dicha tumoración presentaba bordes bien definidos y claros, el cual fue extirpado sin lesiones del esfínter anal (Fig. 5, 6). En la sección o abertura de la tumoración (quiste) se aprecia salida de líquido de aspecto quístico (achocolatado) (Fig. 7, 8, 9).



Fig. 3. Posición navaja sevillana.



Fig. 4. Incisión longitudinal sobre tumoración.



Fig. 5. Disección tumoración.



Fig. 6. Disección endometrioma.

El estudio microscópico reveló la presencia de quistes o glándulas endometriales con estroma típico, y restos hemosiderófagos. La paciente permaneció un día hospitalizada sin complicaciones postoperatorias. Actualmente se encuentra sin signos de recurrencia después de un año de seguimiento postoperatorio y con excelentes resultados funcionales.



Fig. 7. Extracción endometrioma.



Fig. 8. Cavity post extracción.



Foto 9. Especimen de endometrioma

DISCUSIÓN.

Schickele (1923) fue el primero en describir un caso de endometrioma anal. Mientras que Minvielle y de la Cruz (1968) fueron los primeros en describir endometriosis en el canal anal. La endometriosis se define como la presencia de glándulas endometriales y de estroma fuera de la cavidad uterina. Esta entidad nosológica es un motivo frecuente de consulta ginecológica, el cual está asociado con dolor pélvico, infertilidad, disparemia y dismenorrea. El cirujano colorectal, al igual que el gastroenterólogo, puede encontrar endometriosis que afectan el tracto gastrointestinal, específicamente en la región perineal, la cual puede ser asintomática o asociarse con síntomas de inflamación, obstrucción y sangramiento. El tejido endometrial ectópico puede ser depositado en la serosa intestinal (más frecuente en el sigmoide, el recto, intestino delgado y apéndice) (Macafee y Creer 1960, Puerta et al. 1999, Olive y Schwartz 1993, Williams y Pratt 1997, Beck et al. 2009). La edad con mayor incidencia de la endometriosis ocurre entre los 30 y 40 años de edad (Puerta et al. 1999), como en el presente caso. Los endometriomas perineales (a nivel del esfínter anal) aparecen luego de la 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 mucho menos frecuente (Sayfan et al. 1991). El contacto del endometrio con la cicatriz de una episiotomía juega un papel importante en el origen del endometrioma (Puerta et al. 1999). El diagnóstico puede ser difícil, sin embargo es necesario una detallada historia clínica, y los síntomas relacionados con el ciclo menstrual. Las características de la masa perineal pueden ser de aspecto duro, no fluctuante, sin embargo en la mayoría de los casos se asocian con abscesos y muy frecuentemente adyacente al sitio de la cicatriz de la episiotomía. El objetivo es realizar una escisión completa y amplia del endometrioma, el cual pudiera comprometer el esfínter anal. Esto pudiera ameritar esfinteroplastia por lesión del esfínter anal el cual se asocia con excisión amplia y en donde no existe recurrencia ni complicaciones (Dougherty y Hull 2000). Sin embargo, siempre existe un dilema con relación a la invasión del esfínter anal por parte del endometrioma. Si la excisión de la lesión es incompleta o parcial puede ameritar posteriormente la administración de terapia hormonal en pacientes con recurrencia de los síntomas. Para un diagnóstico definitivo de endometrioma anal, usualmente, se requiere de dos de los siguientes hallazgos histológicos: estroma, glándulas y pigmento de hemosiderina (Gordon et al. 1976, Toyonaga et al. 2006). Existen diversos estudios complementarios

entre los cuales, el ultrasonido endorectal representa una herramienta eficaz en la valoración precisa de las patologías anorrectales (Kumar y Scholefield 2000). El ultrasonido endorectal permite realizar un procedimiento apropiado y facilita en los pacientes con endometriosis perineal buenos resultados clínicos, por lo que estos autores afirman que este procedimiento es esencial para el diagnóstico y manejo operatorio de endometriosis perineal. Mientras que autores como Togashi et al. (1991) afirman que prefieren el uso de la resonancia magnética nuclear para el diagnóstico de endometrioma anal con una sensibilidad del 90% y especificidad del 98%. Los pacientes que presentan endometriosis extrapélvica ameritan la terapia de supresión hormonal como terapia de elección, mientras que la escisión amplia por vía quirúrgica respetando la arquitectura de las fibras del esfínter anal es el mejor tratamiento en la endometriosis perineal (Gordon et al. 1976, Sayfan et al. 1991, Bacher et al. 1999, Toyonaga et al. 2006). Solamente la cirugía puede facilitar la muestra histológica que se requiere en la realización del diagnóstico de malignidad de pacientes con endometriosis extragenital (Todd et al. 2000). La escisión amplia de la masa con márgenes de tejido normal y músculo, facilita la mejor opción para la curación de la enfermedad, sin embargo puede causar incontinencia (Puerta et al. 1999, Dougherty y Hull 2000), ya que el mecanismo del esfínter está afectado (Sayfan et al. 1991). Cuando la escisión es limitada con pocos márgenes de resección puede resultar en una muestra incompleta y existe un aumento en el riesgo de recurrencia y necesitar terapia adicional. La endometriosis perianal con afectación del esfínter anal es poco frecuente (Sayfan et al. 1991, Bacher et al. 1999, Dougherty y Hull 2000). La paciente del presente caso no presentó incontinencia fecal postoperatoria en un periodo de seguimiento de 16 meses, quedando como alternativa de reconstrucción si llegase a necesitarse, la reintervención, bien sea por formas de esfinteroplastia o en casos más seleccionados como la transposición del músculo gracilis (Torres et al. 2008). La paciente en estudio fue referida al servicio de ginecología para control y manejo con terapia hormonal. Tapia et al. (1995) afirman que solamente tres pacientes tenían compromiso parcial del esfínter las cuales ameritaron resección con buenos resultados. El tipo de resección puede ser basado de acuerdo con la edad del paciente y la posibilidad del futuro embarazo, y la decisión pudiera estar basada de acuerdo con la evolución de la paciente.

Torres et al. 2009. Endometrioma perineal con afectación del esfínter anal. *MedULA* 18: 124-128.

REFERENCIAS.

Seydel A, Zickel J, Warner E, et al. 1996. Extrapelvic endometriosis: Diagnosis and treatment. *Am J Surg*. 171: 239 - 41

Adamson G. 1990. Diagnosis and clinical presentation of endometriosis. *Am J Obstet Gynecology*. 162: 568 - 9.

Puerta JD, Castaño R, Hoyos S. 1999. Endometrioma del esfínter anal. *Rev Colombiana Cir*. 14: 243 - 246

Snyder M, Stryker S. 2007. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. Springer. Chapter 21. Pag 308 - 321.

D.E. Beck et al. (Eds.). 2009 The ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery, Springer 439.

Hasson HM. 1976. Incidence of endometriosis in diagnostic laparoscopy. *J Reprod Med*. 16:135 - 138.

Drake TS, Grunert GM. 1980. The unsuspected pelvic factor in the infertility evaluation. *Fertil Steril*. 34:27 - 31.

Markham S, Carpenter S, Rock J. 1989. Extrapelvic endometriosis. *Obstetric Gynecology Clin North Am*. 16: 193 - 219.

Toyonaga T, Matsushima M, Tanaka Y, et al. 2006. Endoanal ultrasonography in the diagnosis and operative management of perineal endometriosis: report of two cases. *Tech Coloproctol*. 10: 357 - 360.

Sayfan J, Benosh L, Segal M, et al. 1991. Endometriosis in episiotomy scar with anal sphincter involvement. Report of a case. *Dis Colon Rectum*. 34:713 - 716

Schickele M (1923). Les pseudolipomes du ligament large. *Bull Mem Soc Anat Paris*. 20:603 - 605

Minvielle L, de La Cruz, JV. 1968. Endometriosis of the anal canal: presentation of a case. *Dis Colon Rectum*. 11:32 - 5.

Gordon PH, Schottler JL, Balcos EG, et al. 1976. Perianal endometrioma: report of five cases. *Dis Colon Rectum*. 19: 260 - 265

Olive D, Schwartz L. 1993. Endometriosis. *N Engl J Med*. 328: 963 - 965

Williams T, Pratt J. 1997. Endometriosis en 1000 consecutives celiotomies. Incidence and management. *Am J Obstetric Gynecology*. 129:245 - 258.

Kumar A, Scholefield JH. 2000. Endosonography of the anal canal and rectum. *World J Surg*. 24:208 - 215

Togashi K, Nishimura K, Kimura I et al. 1991. Endometrial cysts. Diagnosis with MR imaging radiology. 180:73 - 8

Bacher H, Schweiger W, Cerwenka H, et al. 1999. Use of anal endosonography in diagnosis of endometriosis of the external anal sphincter: report of a case. *Dis Colon Rectum* 42:680 - 682

Todd RW, Kehoe S, Gearty J. 2000. A case of clear cell carcinoma arising in extragonadal endometriosis. *Int J Gynecology Cancer* 10:170 - 172

Dougherty LS, Hull T. 2000. Perineal endometriosis with anal sphincter involvement: report of a case. *Dis Colon Rectum* 43:1157 - 1160

Tapia A, Rahmer A, Odolom A, et al. 1995. Perineal endometriosis. Clinical experience with 8 patients. *Rev Med Chil*. 122: 37 - 41.

Torres C, González P, Suárez L, et al. 2008. Transposición del Músculo Gracilis como alternativa en el tratamiento de Fístula Rectovaginal Persistente. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Venezolana de cirugía*. 61:2: 82 - 86.

D'Andrea M, Vittorio De prisco C, et al. 2000. Endometrioma perineal a propósito de dos casos. *Vitae. Academia Biomédica Digital*. Abril/junio no. 11.

Recibido: 12 junio 2009. Aceptado: 15 sep 2009

MedULA en Internet

Usted puede acceder y descargar todos los contenidos de la revista **MedULA**, a texto completo, desde algunas de las siguientes páginas

de la Web, entre otras: www.saber.ula.ve/medula; www.latindex.org; www.periodica.org; www.doaj.org; www.freemedicaljournals.com; www.fj4d.com; <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extrev?codigo=7642>; www.portalesmedicos.com; <http://web5.infotrac.galegroup.com>; www.ebsco.com; www.monografias.com; www.imbiomed.com; www.indexcopernicus.com