

# ENDOMETRIOSIS DE COLON: DIAGNÓSTICO POCO FRECUENTE DURANTE EL ESTUDIO POR RECTORRAGIA.

R.M. Gálvez Fernández<sup>1</sup>, L. Araque-de los Riscos<sup>2</sup>, F. Morales-Alcázar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Costa del Sol, Marbella.

<sup>2</sup>Centro Salud Belén y San Roque, Jaen.

<sup>3</sup>Hospital Quirón, Marbella.

## Resumen

La endometriosis es un trastorno ginecológico benigno, crónico y frecuente en las mujeres en edad fértil.

Se estima que existe algún grado de endometriosis hasta en el 15% de las mujeres premenopáusicas. La localización fuera de aparato genital es más rara y debe sospecharse en mujeres en edad fértil con historia de alteraciones menstruales, infertilidad y que consulten por dolor al defecar, rectorragia, dolor abdominal, etc que se exacerben con la menstruación.

**Palabras clave:** Endometriosis, colon, rectorragia.

## Abstract

Endometriosis is a benign, chronic and common gynecological disorder in women of childbearing age.

It is estimated that there is some degree of endometriosis in up to 15% of premenopausal women. Its finding outside the genital tract is rare and should be suspected in women of childbearing age with a clinical history of menstrual abnormalities, infertility who

complain of painful bowel movements, rectal bleeding, abdominal pain, etc. that exacerbate with menstruation.

**Key words:** Endometriosis, colon, rectal bleeding.

## Caso clínico

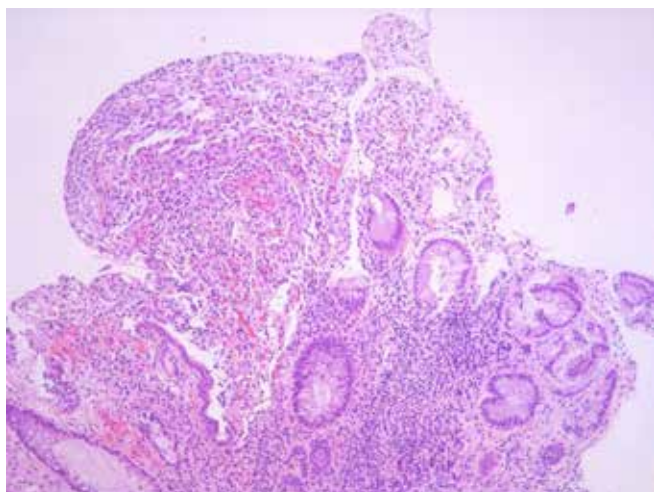
El caso trata de una mujer de 40 años sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés que acude a consulta de aparato digestivo derivada por su médico de atención primaria por cuadro de dos meses de evolución que consiste en hemorragia digestiva baja distal superficial, dolor tipo punzante anal que se irradia a hipogastrio y fosa iliaca izquierda, sin prurito, hábito intestinal sin alteraciones, no dolor abdominal, no pérdida de peso.

En la exploración física se aprecia a la paciente con buen estado general, con abdomen blando, depresible sin masas ni megalias, dolor leve a la palpación, no peritonismo, con peristaltismo conservado.

Con estos antecedentes se solicita una analítica completa con hemograma, coagulación y bioquímica sin hallazgos de interés, y rectosigmoidoscopia que la paciente acepta y en la que se explora hasta 50cm del margen anal. Desde 18cm a 24cm de margen anal se visualiza lesión sésil que ocupa el 50% de mucosa, parcialmente estenosante aunque franqueable al paso del endoscopio, sugerente de endometrioma que se biopsia. El resto de la mucosa explorada es normal. Hemorroides grado I/IV.

## CORRESPONDENCIA

Roque Miguel Gálvez Fernández  
roque\_galfer5@hotmail.com



**Figura 1**

Anatomía patológica. Foco endometriósico. Imagen al microscopio óptico HE 100x: Mucosa de intestino grueso (parte inferior imagen) con un foco de epitelio y estroma endometrial (parte superior imagen).

Anatomía patológica informa la muestra biopsiada como fragmentos de mucosa colónica con cambios hiperplásicos, inflamación crónica inespecífica y foco de endometriosis.

Se deriva la paciente al servicio de ginecología quienes le indican la conveniencia de tratamiento con anticonceptivos orales que la paciente descarta por el momento.

## Discusión

La endometriosis es un trastorno ginecológico crónico, benigno y frecuente entre las mujeres en edad fértil. Se estima que existe algún grado de endometriosis hasta en el 15% de las mujeres premenopáusicas y suele asociarse a historia de infertilidad, antecedente de cesárea, dismenorrea y anomalía en el sangrado uterino. Fue descrita por primera vez por Rokitanski en 1860. Las teorías que explican que haya tejido endometrial fuera de la cavidad uterina son variadas, entre ellas la teoría del flujo retrógrado de Sampson que es la más aceptada. Otras teorías son la aparición de un foco metaplásico fuera de la cavidad uterina en relación con una alteración de la inmunidad local, o la implantación directa tras un proceso quirúrgico. Es un proceso hormonodependiente que cursa con dismenorrea, dolor pélvico cíclico y perineal, dispareunia, hipermenorrea e infertilidad.

En cuanto a la localización extragenital se estima entre un 3 y un 35%. La localización intestinal es la más frecuente, siendo más habitual a nivel rectosigmoideo seguido por ileocecal, apéndice y más raramente otros tramos de intestino delgado y grueso. La clínica de presentación es inespecífica, siendo lo más frecuente el dolor abdominal y/o pélvico de tipo cólico que coincide o se exacerba con la menstruación, aunque en la afectación rectosigmoidea aparecen síntomas más específicos como dolor perineal al defecar, cambio de ritmo deposicional, rectorragia coincidiendo con la menstruación. Más raramente puede aparecer clínica de oclusión intestinal aguda.

A la hora de realizar el diagnóstico es fundamental la realización de una historia clínica detallada, ya que en un gran número de pacientes diagnosticadas de endometriosis intestinal se ha podido sospechar por historia compatible.

En cuanto a las pruebas complementarias es muy útil la realización de ecografía transrectal para valorar la afectación de la pared rectal. También es útil la colonoscopia en sospecha de afectación colorrectal. Se deben realizar biopsias ya que hay que hacer diagnóstico diferencial con otros procesos como enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis, colitis isquémica y procesos neoplásicos, siendo el diagnóstico definitivo anatomopatológico. Para valorar la extensión se puede realizar Tomografía axial computerizada o Resonancia magnética nuclear.

La anatomía patológica de la endometriosis es similar al endometrio de cavidad uterina con la diferencia de que los implantes extragenitales tienen más componente fibrótico.

En cuanto al tratamiento, éste dependerá de la clínica y de la edad de la paciente, así como de sus deseos de embarazo, de la localización del foco de endometriosis, siendo los tratamientos de elección la cirugía y el tratamiento con anticonceptivos, siempre teniendo en cuenta que la endometriosis es dependiente de estrógenos.

## Bibliografía

- 1.- Bianchi A et al. Endometriosis intestinal. Estado actual Cir Esp. 2007;81(4):170-6.
- 2.- Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. N Engl J Med. 1993;328: 1759-69.
- 3.- Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. Am J Obstet Gynecol. 1927;14:422-693.
- 4.- González C.I., Cires M., Jiménez F.J., Rubio T.. Endometriosis intestinal. Anales Sis San Navarra . 2008 Ago 31(2): 197-200.
- 5.- Gerbie A, Merrill J. Pathology of endometriosis. Clin Obstet Ginecol 1988; 31: 779-886.
- 6.- Skoog SM, Foxx-Orenstein AE, Levy MJ, et al. Intestinal endometriosis: The great masquerader. Curr Gastroenterol Rep 2004; 6 (5): 405-9.