

ENDOMETRIOSIS EN APÉNDICE: A PROPÓSITO DE UN CASO

APPENDICULAR ENDOMETRIOSIS: A PROPOS OF CASE

Cesar Augusto Marquina Videiro*

RESUMEN

Se presenta un caso que ingresa por el Servicio de Emergencia del Hospital II de Vitarte diagnosticado clínicamente de Apendicitis aguda.

Los estudios de Anatomía Patológica, revelaron, endometriosis en apéndice cecal, siendo el único caso diagnosticado en los últimos 16 años.

La endometriosis es una patología frecuente en ginecología. El tracto gastrointestinal puede presentar focos de endometriosis siendo más frecuentemente en el recto sigmoides, es rara la presentación como endometriosis apendicular.

ABSTRACT

This is a case of a patient that comes to the emergency room showing symptoms of acute appendicitis.

The anatomical pathology report concludes that this is an endometriosis of the appendix, and this is the only one case diagnosed in 16 years.

Endometriosis is a frequent diagnosis en gynecology. Eventually, endometriosis could be seen in the GI tract, more commonly observed in the rectum-sigmoid. But it absolutely uncommon to see endometriosis in the appendix.

*Médico Jefe de Departamento, Hospital II del Seguro Social Essalud, especialista en Anatomía Patológica y Laboratorio, Docente FOE, Universidad San Martín de Porres.

INTRODUCCION

La endometriosis es definida como la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad endometrial.

Varios autores concluyen que, la edad, raza, masa corporal, uso de alcohol y consumo de cigarrillos se encuentran asociadas a una elevada incidencia de endometriosis estas se pueden diferir con el estado de infertilidad y el tiempo de laparoscopia para el diagnóstico (1).

La afectación del apéndice cecal, pese a su cercanía a los órganos pélvicos, es muy inusual, según los casos reportados por Masson, la endometriosis apendicular representa solo el 3% de los casos de endometriosis gastrointestinal, siendo los rectos sigmoides la región más frecuentemente comprometida (88%) del tracto gastrointestinal (2)

En todo caso la endometriosis apendicular cursa generalmente asintomática, siendo la complicación como apendicitis aguda, descrita como extremadamente rara (3)

La enfermedad es inflamatoria, lo que a su vez ocasiona adherencia, es decir puentes de tejido, responsables de que los órganos se adhieran entre ellos. Sus síntomas son muy variables y en algunos casos la mujer no sufre ninguno y el diagnóstico es casual al operarla por otros motivos; por lo tanto, el cirujano debe tener cuenta esta entidad en toda mujer en etapa reproductiva que acuda a él.

La endometriosis, en el apéndice se define como la presencia de glándulas endometriales y estroma; fue descrita por primera vez por Rokitansky en 1960. Collins en 1951, acumuló 150 casos en la literatura de apéndice y en estudio de 50,000 piezas de apendicetomía, observó una prevalencia de 0.054; en nuestro hospital de Vitarte del Seguro Social Essalud, en el Servicio de Anatomía Patológica; este Servicio viene funcionando desde el año 2000, es la primera vez que tenemos este diagnóstico, habiéndose sin embargo realizado 54,898 estudios de Biopsias y especímenes quirúrgicos.

Endometriosis en apéndice: a propósito de un caso

La apendicitis apendicular, causa síntomas de apendicitis aguda o crónica, dolores cíclicos, melena, hemorragia intestinal, vólvulo intestinal y perforación intestinal especialmente durante el embarazo.

El dolor en fosa iliaca derecha es común dentro de las mujeres con endometriosis.

La endometriosis en lugares extra pélvicos se puede explicar por la diseminación de células o tejido endometrial. A través de los vasos linfáticos. Según Vercellini la ocurrencia de compromiso intestinal ha sido estimada en un 3% a 15% de mujeres con endometriosis y más de un 50% de pacientes con enfermedad severa. Las áreas más comunes de compromiso intestinal son recto sigmoides seguido de sigmoides, ciego, íleon terminal, colon proximal en aproximadamente 0.8% de todas las apendicetomías; 3% a 5% de pacientes con endometriosis tienen compromiso apendicular.

En todos los casos descritos de endometriosis apendicular cursa generalmente asintomática, siendo la complicación como apendicitis aguda, descrita como rara.

Caso clínico

Se trata de una paciente de sexo femenino de 38 años de edad, licenciada en Educación, soltera, procede de Huachipa, ingresa al Hospital de Vitarte por el Servicio de Emergencia el día 29 de abril de 2016, entrevistada 02 de Mayo de 2016, domiciliada Asociación, la Florida Mz F Lot 2E Cajamarquilla Huachipa.

Enfermedades anteriores; (hospitalizaciones, ETS): niega. Inmunizaciones completa.

Intervenciones quirúrgicas, traumatismos, transfusiones, niega. Medicación de uso habitual; niego.

Alcoholismo (-), tabaco (-), droga (-); menarquia 12 años, FUR hace 7 días, RC irregular, RS (-), G: 0, P0000. Consumo; agua potable, excretas: desague.

Antecedentes Familiares; padre: fallecido, "fibrosis pulmonar", Madre: HTA.

Enfermedad actual

Tiempo de enfermedad 01 día, refiere la paciente que hace un día, presenta dolor abdominal en FID, tipo cólico, se irradia a la cintura, con sensación de alza térmica no cuantificada. No nauseas, ni vómitos. Al intensificarse el dolor acude a Emergencia.

Funciones biológicas: apetito; disminuido; Sed: conservada, orina, conservada; deposiciones, disminuida; sueño, conservado, peso actual, 61 Kg.

Examen clínico

Temperatura: 36.8°C, P: 74; PA: 110/60 mm Hg, FR: 20/min., Talla: 1:60 mts.

Funciones Generales: mal estado de nutrición, lucida orientada en tiempo espacio y persona, tejido celular subcutáneo: aumentado.

Cabeza: Normo céfalo, no adenopatías. Cuello: cilíndrico, no adenopatías. Tórax: buena ampliación. Aparato cardiovascular: no soplos. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien. Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, dolor en fosa iliaca derecha.

Génito urinario: puntos reno ureterales (negativos), Puño percusión lumbar: (negativo).

Locomotor: normal. Tacto rectal: diferido. Sistema linfático: no adenopatías. Neurológico: normal.

Diagnóstico Presuntivo: Apendicitis aguda.

Exámenes auxiliares

Hb: 9.8 gr. %, Hto: 31 %, Plaquetas: 340,000/ml.; Fórmula: Ab, 02%; S: 65%; Eo: 01%; B: 01%, M: 06%; L: 18%; creatinina: 56 (Vn: 80-115 Umol/l), Glucosa 2.4 (3.9-6mmol/l). Urea 5.1 (Vn: 1.66-8.5 mmol/l), Tiempo de protrombina 10,9; INR 1, Vn: 1-1.2). Grupo "O" Rh positivo

Ecografía:

Útero: mide 75 x48 x 52 mm; endometrio 3.5 mm. AD: 26 x 15; AI: 27 x 20. Fondo de saco de Douglas; líquido libre.

Diagnóstico de ecografía: Útero y anexos normales.

Evolución:

Día 30/04/16 Leucocitos; 14,200; Abastionados 02%, neutrófilos 73 %, Linfocitos 18%, Monocitos 6%, Eosinófilos 01%, Basófilos 0, Hemoglobina 9.8 gr%, Hematocrito 31, Plaquetas 340,000/ml.

Examen completo de orina; aspecto, transparente; leucocitos 0 -2 xC.

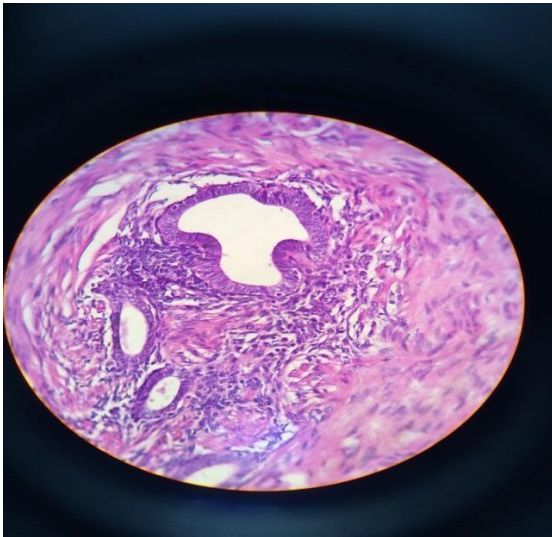
Día 29/04/16

Estudios de Anatomía Patológica, fecha 30/04/16

Diagnóstico Clínico: Apendicitis Aguda.

Estudio macroscópico; Apéndice que mide 5 x 1 cms, engrosamiento en hacia el extremo distal, de color blanquecino grisáceo, despulida, a los diferentes cortes luz ocupada por material fecaloideo sanguinolento. Se toma muestra representativa.

Estudio microscópico; se aprecia en la capa muscular, glándulas endometriales y estroma.



Microfotografía panorámica teñida con H.E mostrando glándulas endometriales.

Diagnóstico de Anatomía Patológica: **Endometriosis en apéndice cecal.**

DISCUSION

La endometriosis del apéndice en apendicetomías es muy rara, alcanzando, alcanzando el 3% de las endometriosis intestinales en una serie presentada por Eulufi et al. (5)

Ocasionalmente causa síntomas como apendicitis, perforación, intususcepción. No se puede diagnosticar de endometriosis apendicular en el preoperatorio aunque esta pueda tener formas de presentación diversas (6)

Nuestra paciente en Vitarte, presentó cuadro de apendicitis aguda, dolor abdominal en FID, tipo cólico, se irradia a la cintura, con sensación de alza térmica no cuantificada. Tumay describió dolor periumbilical; acompañado de dolores crónicos en FID. (6 y 7), Koo ha reportado dolor abdominal con la menstruación (8)

Macroscópicamente; presenta el apéndice engrosamiento de la porción distal, a diferencia de otros autores el compromiso lo fue en la porción de la base del apéndice (9); Mittal y Arévalo (6) y (10) reportan el compromiso en el cuerpo 56% comparado con el compromiso distal en 44%. El diagnóstico de endometriosis es basado en la presencia histológica de glándulas endometriales y estroma, con o sin hemorragia.

Microscópicamente, nuestro paciente presentó glándulas endometriales a nivel de la capa muscular concordando con Langman, Pittaway (7) (11)

Todos los pacientes se recuperaron luego del diagnóstico se recuperaron de la apendicetomía (3, 7, 2, 12, 10), en nuestro caso se recuperó satisfactoriamente pos cirugía.

Se concluye que la endometriosis de apéndice es patología rara y no es diagnóstica correctamente en el preoperatorio. Se diagnostica definitivamente mediante el estudio de anatomía patológica del apéndice.

Referencias bibliográficas

1. Vercelline P, Chapron C, Fedele L, et al. Evidence for asymmetric distribution of lower intestinal endometriosis. *BJOG*. 2004;111:1213.
2. Prytowsky JE, Strikers J, Ujiki GT, Al. Gastrointestinal Endometriosis. *Arch Sur*. 1988; 123:855-857.3.
3. Mittal VK, Choudhury, Cortez JA. Endometriosis of the appendix. Presenting as acute appendicitis. *Am J. Sug*. 1981; 142:519-214.
4. Robins Patología estructural y funcional. 6 ed. Madrid: MC Graw Hill Interamericana.
5. Eulufi, Figuer Coa, Larrain, histopatological finding in 1181 appendicetomies. *Rev. de Chilena de Cirugía*. Vol 57- N° 2, Abril 2005; pags. 138-142 Appendiceal Endometrio
6. V Tumay, E Ozturk, et, al. 142 Appendiceal Endometriosis Mimicking Acute Appendicitis. *Actachirbelg*, 2006, 106, 712-713
7. Langman J, Rowland R, Vernon-Roberts B. endometriosis of the appendix. *Br J Surg* 1981; 68:121-4
8. J Koo, M S A Ismail, CCTiu. Endometriosis of the appendix presenting as acute appendicitis. *Singapore Med J* 2004 Vol 45 (9): 435.
9. R Sebastian Ayala, Endometriosis Apendicular: A propósito de un caso, en *Acta Médica Peruana* Vol 27N° 2 Lima Abril/Junio 2010.
10. Arevalo, Cerrillo. Endometriosis Apendicular como hallazgo en cuadros de apendicitis aguda. Reporte de 4 casos del Hospital Dos de Mayo. *RevGastroenterologia Perú* 2006;
11. PittawayED. Appendicetomy in the surgical treatment of endometriosis. *Obstetric Gynecology* 1983; 61:421
12. Akihito, Hitoshi, Kana et al. Laparoscopic Appendicectomy for appendiceal Endometriosis Presenting as Acute Appendicitis: report of a case. *Surg Today* (2007) 37: 510-513

CORRESPONDENCIA:

Cesar Augusto Marquina Videiro
cmarqunav@usmp.pe