

NOTAS CLÍNICAS

Hospital Provincial Docente Dr. "Ambrosio Grillo Portuondo"

Endometriosis apendicular

Dr. Daniel Acosta González,¹ Dr. Pastor Herrera Delís,² Dra. María C. López Rodríguez,³ Dra. Clara Pérez Bell⁴ y Dra. Odalis Pagés Gómez⁵

La endometriosis es el crecimiento de tejido endometrial funcionante fuera del útero¹ y se encuentra típicamente limitada a la pelvis profunda con implicación del fondo de saco de Douglas y los uterosacros.²

En algunos casos esta enfermedad no altera de manera importante la vida de las mujeres que la padecen en etapas iniciales, pero a la larga pueden deteriorar la salud, la calidad de vida y la fertilidad. Un diagnóstico oportuno es un factor decisivo en el resultado favorable del tratamiento.

Esta entidad es frecuente en otros órganos de la pelvis como en los rectosigmoides, el ciego, el intestino delgado, así como en la serosa de la pared abdominal y muy infrecuente en el apéndice cecal.³

En relación con su patogenia existen varias teorías:⁴

- Hereditarias: Se considera que existe una predisposición genética a padecer de endometriosis, se notifican familias con tres hermanas afectadas.
- Inmunológicas: Sostiene que algunas alteraciones del sistema inmunológico ocasionan que se genere endometriosis.
- Menstruación retrógrada: Se considera que existe una menstruación retrógrada hacia las trompas y de ahí hacia el abdomen.

Teoría iatrogénica: Se afirma que la implantación de tejido endometrial puede producirse por accidente durante una intervención quirúrgica abdominal.

Otra teoría estima que el endometrio puede viajar a través de la corriente sanguínea o del sistema linfático.

Aunque no se considera una afección maligna, implica un trastorno intrínseco en la proliferación y adhesión celular similar a una neoplasia, donde tiene la capacidad de invadir localmente y a distancia; sin embargo, raramente es fatal.

Diversos estudios han documentado una predisposición familiar para la afección;⁵ sin embargo, la agregación familiar de cualquier enfermedad, no implica exclusivamente causa genética, ya que las familias también poseen un ambiente común. Análisis en pares de gemelos han establecido una mayor concordancia en gemelos monocigóticos que en los dicigóticos,⁶ lo que confirma que existe un componente genético de relevancia.

Actualmente, se acepta que los familiares de primer grado de las mujeres afectadas tienen entre 5 y 8 % de riesgo de padecer endometriosis.⁷ Este porcentaje de riesgo está dentro de las magnitudes habituales de trastornos con herencia poligénica, multifactorial como la mayoría de las enfermedades comunes; no obstante, hay informes de casos familiares que muestran un patrón de herencia mendeliano o monogénico, concordante con una transmisión autosómica dominante.

Durante las últimas décadas se ha tratado de ubicar los genes responsables de la endometriosis, aunque los análisis de ligamientos de grandes grupos de pacientes han sido poco concluyentes e incluso contradictorios entre distintos centros de investigación.⁷

Se ha especulado con la participación de una gran variedad de genes candidatos a desarrollar endometriosis,⁷ tales como:

1. Reguladores del ciclo celular
2. Para enzimas de detoxificación.
3. Receptores esteroidales

4. Relacionados con el sistema inmunológico
5. Del metabolismo de la galactosa
6. De adhesión celular
7. Angiogénicos
8. Para enzimas de matriz extracelular
9. Reparación del daño del ADN, entre otros

Sin embargo, no se ha podido determinar la verdadera función que desempeña uno de ellos en esta enfermedad.⁷

Se necesita organizar toda la información disponible, estandarizar y validar resultados, para poder entender la complejidad de los procesos involucrados en el desarrollo de la enfermedad.

Debido a que la endometriosis tiene un desarrollo invasor del tipo metastásico, los genes involucrados debieran corresponder a genes que codifican proteínas de adhesión celular y enzimas que degradan la matriz extracelular.⁸

La endometriosis es un proceso de evolución imprevisible. Algunas mujeres presentan pequeños implantes que no se modifican a lo largo de los años, mientras que en otras es posible que se desarrollen extensamente dentro de la pelvis.

Esta 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,⁴ por tanto, el cirujano debe tener en cuenta esta entidad en toda mujer en etapa reproductiva que acuda a él.

Caso clínico

Paciente femenina de 37 años de edad, de piel mestiza, con alergia a la penicilina y antecedentes de haber sido intervenida quirúrgicamente de histerectomía, que acude al cuerpo de guardia por presentar desde hace tres días dolor en bajo vientre que se instala gradualmente, carácter sordo, más intenso hacia el lado derecho, que se irradia hacia la cadera, sin fiebre. En la exploración se constata la presencia de dolor en fosa iliaca derecha con Blumberg positivo, los exámenes hematológicos fueron normales.

Exámenes complementarios

Estudio laparoscópico: Se observó apéndice cecal, solo se visualiza en su parte proximal, que está engrosada, vascularizada, algo dolorosa a su movilización, no se visualiza el resto por interposición de asas intestinales y adherencias. Se aplicaron medidas preoperatorias de urgencia y se diagnosticó una apendicitis aguda, de modo que se realizó una apendicectomía.

Microscópicamente se observa pieza de apéndice que mide 7cm de largo por 2 de ancho, con áreas nodulares, pequeñas y amarillentas en la pared y áreas focales de fibrina. En el examen microscópico fueron observadas, en el espesor de la capa muscular, varias estructuras glandulares endometriales, revestidas por una capa de epitelio cilíndrico, rodeadas por estroma de tipo endometrial (**figura**). Se concluye el caso con el diagnóstico de endometriosis apendicular.



Figura. Se observan glándulas (algunas con sangre) y estroma endometrial en el interior de la capa muscular apendicular y tejido linfóide apendicular

Comentarios

La endometriosis suele considerarse como una enfermedad benigna, cuya hipótesis más aceptada es que las células endometriales son transportadas desde la cavidad uterina para implantarse en lugares ectópicos¹, se plantea además que el flujo retrógrado del tejido menstrual a través de las trompas de Falopio podría producir una endometriosis intraabdominal,³ aunque existen otras teorías como la metástasis y la diseminación vascular o linfática como expresa Horowitz et al.⁹

La endometriosis apendicular se manifiesta clínicamente con dolor en fosa iliaca derecha que simula un cuadro de apendicitis aguda y su diagnóstico suele ser siempre posoperatorio.² Aunque los datos de la historia clínica de la paciente, como son la presencia de dolores cíclicos lo puedan sugerir, no siempre los estudios endoscópicos con biopsia de las lesiones permiten el diagnóstico de la misma, como lo muestra el trabajo de Horowitz et al⁹ y a pesar de que son empleados otros procedimientos diagnósticos como la ecografía), la TAC, RM que pueden ser útiles para demostrar la extensión de la enfermedad y seguir su curso, no son útiles para el diagnóstico, al igual que los marcadores séricos de la enfermedad, el CAL 25 y los anticuerpos endometriales.¹

El diagnóstico de la endometriosis no puede hacerse sólo basándose en los síntomas que presente cada paciente, deben realizarse una serie de exploraciones complementarias ya descritas para concretar la existencia y la severidad de cada caso, recordando además que el hallazgo puede ser casual en una visita rutinaria.

Harcourt, Álvarez, Robins et al¹⁻³ coinciden en que la entidad es más frecuente entre los 25 y 44 años de edad, que es el rango en que se encuentra la paciente, pero destacan la mayor incidencia en la raza oriental.² Esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en la superficie peritoneal o serosa de los órganos intrabdominales, los ovarios, el ligamento ancho, el fondo de saco posterior y los ligamentos uterosacros, y con menos frecuencia en las superficies serosas de los intestinos delgados y gruesos, la vejiga, los uréteres y la vagina.^{1, 2, 9} La terapéutica de la endometriosis requiere una visión integral de la mujer que ha de ser aconsejada. Deberán considerarse la edad, los síntomas y el deseo de fertilidad. En algunos casos el tratamiento médico sólo puede ser suficiente, mientras que otras pacientes se beneficiarán de un tratamiento médico y quirúrgico combinado.⁶

Hasta el momento no se ha encontrado una cura, pero existen varias opciones de tratamiento que permiten aliviar el dolor y algunos síntomas relacionados con esta enfermedad, como los análogos de la Gn-Rh (gonadotropin-releasing hormone); esta es la medicación más novedosa y ampliamente extendida para el control de la endometriosis, son sustancias que actúan igualmente a nivel cerebral y suprimen de modo mucho más intenso la génesis de las hormonas desde el ovario y que al dejarlas causan un estado de menopausia reversible.⁴

El grado de endometriosis (mínima, leve, moderada o severa) puede observarse mediante la laparoscopia y permite determinar el tratamiento a seguir, aunque la enfermedad puede controlarse con la administración de hormonas y algunos analgésicos. Este tratamiento no cura y puede llegar a inhibir la proliferación de tejido endometrial por tiempo bastante prolongado. La cirugía es otro de los recursos útiles para controlar la enfermedad, pues permite retirar y vaporizar los implantes de tejido, lo cual alivia los síntomas y en muchos casos hace posible el embarazo. La cirugía puede ser menor o mayor, en la primera se utiliza la laparoscopia y una moderna técnica de rayos láser para cortar las adherencias y vaporizar los implantes.

Los hallazgos, hasta el momento, sobre esta enfermedad demuestran que debe realizarse un diagnóstico oportuno, ya que constituye un factor decisivo en el resultado favorable del tratamiento y se evitaría con ello el deterioro del estado de salud de las mujeres, además de las serias complicaciones que puede ocasionar.

A pesar de décadas de investigación sobre el tema, todavía no se tiene una explicación concreta de los motivos por los cuales algunas mujeres sufren de la endometriosis y otras no, de ahí que se establecieron centros de investigación para continuar estudios y llegar a la causa, al tratamiento y a la cura de la enfermedad.

Referencias bibliográficas

1. Manual de Merck [monografía en línea]. 10ma edición. Barcelona: Ediciones Harcourt SA: 1999. Secc. cap 239.
2. Álvarez T, González L, Escribano N, Yagüe JL, Reyes Y, López García A. Endometriosis y diverticulosis apendicular: a propósito de un caso. Rev Esp Patol 2002, 35(2):74-9.
3. Robins. Patología estructural y funcional. 6 ed. Madrid: MC Graw Hill Interamericana, 2000.
4. Wenzl R, Kiessel L, Huber JC, Wieser F. Endometriosis a genetic disease. Drugs Today 2003; 39(12):961-72.
5. Kashima K, Ishimaru T, Okamura H, Suginami H, Ikuma K, Murakami T, Iwahista M, Tanaka K. Risk among Japanese patients with endometriosis int. J Gynecol Obstet 2004;84(1):61-4.
6. Treloar SA, O' Connor DT, O Connor VM, Martin NG. Genetic influences on endometriosis in an Australian Twin sample. Fertil Steril 1999, 71 (4):701-10.
7. Bischoff F, Simpson JL. Genetics of endometriosis. Heritability and candidate genes. Best. Pract. Rev Clin Obstet Gynaecol 2004;18(2):219-32.
8. Osteen KG, Yeaman GR, Bruner-Tran KL. Matrix metalloproteinases and endometriosis. Semin Reprod Med 2003; 21(2):115-64.
9. Horowitz IR. What's new in gynecology and obstetrics. J Am Coll Surg 2003; 197(4):613-4.

Dr. Daniel Acosta González. Pedro Alvarado # 21 entre 8 y A, Reparto Terraza de Vista Alegre, Santiago de Cuba

E-mail: dani6115@yahoo.com

1. **Especialista de I Grado en Cirugía General**
2. **Especialista de I Grado en Coloproctología. Instructor**
3. **Especialista de I Grado en Anatomía Patológica**
4. **Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología**
5. **Especialista de I Grado en Cirugía Plástica y Caumatología**

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Acosta González D, Herrera Delís P, López Rodríguez MC, Pérez Bell C, Pagés Gómez O. Endometriosis apendicular [artículo en línea]. MEDISAN 2006;10(4).<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_4_06/san07406.htm> [consulta: fecha de acceso].