

## REPORTE DE CASOS

# ENDOMETRIOSIS APENDICULAR Y DIAFRAGMÁTICA. REPORTE DE 2 CASOS. HOSPITAL SANTO TOMÁS SERVICIO GINECOLOGÍA, UNIDAD LAPAROSCOPIA JUNIO 2011

Dr. Ernesto Alvarez Durnov<sup>1</sup>, Dr. Samuel Delgado<sup>2</sup>, Dr. Alberto Morales<sup>2</sup>, Dr. Riffie Castillo<sup>2</sup>

### RESUMEN

La Endometriosis es una enfermedad frecuente benigna hormonodependiente que predomina en pacientes en edad fértil. Los focos de Endometriosis pueden tener diferentes localizaciones anatómicas. Presentamos dos casos clínicos de pacientes con Endometriosis Extrapélvica (Diafragmática y Apendicular), ambos con diagnóstico Laparoscópico llevado a cabo en nuestra Unidad.

### INTRODUCCIÓN

La Endometriosis es una enfermedad común en Ginecología y es causa importante de Infertilidad (frecuencia de 20-50%), Dolor Pélvico Crónico (frecuencia de 40-50%) y su frecuencia en mujeres asintomáticas varía de 2-22% según diferentes reportes.

Múltiples órganos pueden ser afectados por esta enfermedad y existen diferentes Hipótesis sobre su Etiopatogenia que podrían explicar los casos en que las pacientes presentan Endometriosis Extrapélvica.

Presentamos dos casos clínicos de pacientes ambas con Endometriosis Apendicular y Diafragmática con diagnóstico Laparoscópico.

### PACIENTE No. 1

Paciente de 32 años G1P1 (1998), con historia de 10 meses de evolución a su ingreso de palpase una masa en Fosa Iliaca Izquierda, no dolorosa y móvil. En Ultrasonido pélvico, se evidencia tumoración en Ovario derecho de aspecto quístico con múltiples detritus en su interior de 8,1 x 6,8 x 7,2 cm en sus diámetros mayores y volumen de 213 cc. y evidencia de lesión quística multilobulada en Ovario izquierdo, llena de detritus y volumen de 49,5 cm, 4,8 x 2,6 x 4,9 cm en sus diámetros mayores.

La paciente también informa ciclos menstruales regulares cada mes por 5 días de duración asociado a dismenorrea. Niega dispareunia o sangrado intermenstrual. Presentaba además niveles séricos de CA-125 en 87,8 U/ml.

Se hace diagnóstico preoperatorio de Endometriomas Ováricos Bilateral y se programa para Laparoscopia Operatoria en nuestra Unidad.

En laparoscopia operatoria, Se visualizan, aspiran y decapsulan ambos Endometriomas Ováricos (derecho 5x6 cm e izquierdo 6x7 cm) y se reseca tejido Ovárico redundante. Se observa obliteración de Cul de Sac. A nivel extrapélvico hay hallazgo de focos endometriósicos a nivel de apéndice cecal al igual que a nivel diafragmático bilateral (**Fig. 1 y 2**).

**El Diagnóstico post-operatorio:** 1. Endometriosis Estadío IV, 2. Endometriosis Apendicular y Diafragmática bilateral. En el post operatorio, la paciente cursa con buena evolución, sin dolor abdominal, tolerando vía oral y se da egreso con seguimiento por su Ginecólogo y tratamiento con Anticonceptivos Orales.



**Fig. 1** Endometrioma derecho (flecha blanca) Endometrioma izquierdo drenado (flecha negra)



**Fig. 2** Apéndice Cecal

<sup>1</sup> Médico Especialista Ginecología y Obstetricia en el Hospital Santo Tomás

<sup>2</sup> Médicos Residentes de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Santo Tomás



Fig. 3 Focos Endometriósicos diafragma derecho

#### PACIENTE No 2

Paciente de 41 años G1P1 (2003), con historia de dismenorrea de aproximadamente 1 año de evolución.

Se le realiza ultrasonido pélvico donde se observa quiste complejo de 9,0 cm de diámetro y volumen de 258 cc que se ubica entre útero y piso vesical, ovarios de tamaño, ecogenicidad y volumen normal y útero con miometrio heterogéneo y 3 miomas de 1 cm cada uno hacia fondo uterino. Nivel sérico de CA125 en 36.2U/ml

Paciente es programada para Laparoscopia, donde se visualiza, punciona, succiona y decapsula endometrioma ovárico derecho de 8-9 cm de diámetro (Fig. 4); además se observan focos endometriósicos a nivel de ligamentos Útero-ovaricos, Útero-sacos, Infundíbulopélvicos pliegue Vesico-Uterino, Apéndice Cecal y a nivel de Diafragma derecho cerca de vasos intercostales (Fig. 5). Se realiza liberación de adherencias de anexos y cauterizan focos endometriósicos a nivel de Ligamentos Útero-sacos y pliegue Vésico-Uterino.

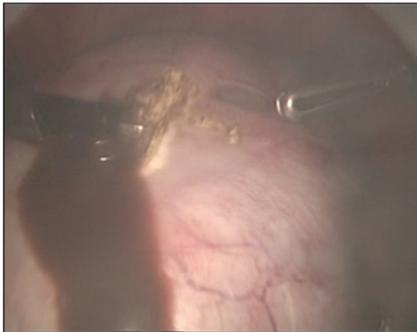


Fig. 4 Endometrioma derecho



**Diagnóstico post-operatorio:** 1. Endometrioma Ovárico Derecho, 2. Endometriosis pélvica, Apendicular y Diafragmática derecha.

Se da egreso 5 horas post-operatorio, sin dolor abdominal y tolerando dieta.

#### DISCUSIÓN

La Endometriosis es una enfermedad Ginecológica Benigna que se caracteriza por la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de su ubicación normal. Su frecuencia es difícil de medir dado a que muchas mujeres permanecen asintomáticas y las técnicas imagenológicas tienen una sensibilidad muy reducida para el diagnóstico. El método principal para el diagnóstico es la Laparoscopia, con o sin biopsia para su confirmación histopatológica (Kennedy 2005; Marchino 2005)<sup>1</sup>.

La Endometriosis se puede clasificar como Endometriosis Pélvica, donde los sitios más frecuentemente afectados son los ovarios y el peritoneo pélvico o la Endometriosis extra Pélvica donde la afectación del tracto gastrointestinal representa la más frecuente con un 3-15%, siendo el rectosigmoides la localización más usual (88%) y siendo el compromiso apendicular una localización inusual con un 3-5% de todos los casos.<sup>2,3,4</sup>

Cuando existe afección apendicular ésta generalmente es asintomática, como en ambos casos descritos, pero puede expresarse clínicamente como dolor crónico en fosa ilíaca derecha, hemorragia digestiva baja<sup>3</sup>, intususcepción<sup>3,4</sup>, dolor abdominal asociado a la menstruación, apendicitis aguda<sup>2,3</sup>, perforación y peritonitis, estos últimos síntomas aún extremadamente raros.<sup>2,3</sup> Se describe que el cuerpo apendicular es el sitio más frecuentemente comprometido por la endometriosis apendicular (56%) y su extremo distal en un 44%.<sup>4</sup>

Por otro lado, la Endometriosis Torácica, es una entidad infrecuente (incidencia inferior al 1%)<sup>5</sup>, que se caracteriza por la presencia de focos endometriósicos en la cavidad torácica (árbol bronquial, parénquima pulmonar y/o pleuras). Fue descrita por primera vez en 1958 por Maurer, con pico de incidencia entre los 20 y los 30 años.

Existen diferentes teorías que tratan de explicar el mecanismo de implantación de los focos endometriósicos a nivel torácico; de éstas las más aceptadas son: 1. Teoría de Sampson, de menstruación retrógrada, 2. "metástasis" a distancia de células endometriales y 3. Teoría de la Metaplasia Celómica<sup>6</sup>. Incluso, se piensa que la implantación a nivel diafragmático conlleva el flujo según las manecillas del reloj del líquido peritoneal con células endometriales lo que explicaría el porqué del predominio de los implantes diafragmáticos en hemitórax derecho.

Esta entidad muestra una gran variedad clínica: Las pacientes pueden cursar asintomática como es el caso de ambas pacientes descritas o bien presentarse con hemoptisis a repetición y/o un Hemo/Neumotórax Catamenial (72% de casos). En esta última condición, la clínica aparece entre

las primeras 72 horas del inicio de la menstruación y su etiopatogenia es objeto de controversia siendo la hipótesis más razonable, la erosión o trasgresión del diafragma por el tejido endometrial que puede acumularse en el lado peritoneal del diafragma y atravesarlo a través de canales microscópicos, perforaciones congénitas o por invasión por medio de una acción proteolítica activa<sup>5,7</sup>.

Existen criterios clínicos para el diagnóstico de Hemo/Neumotórax Catamenial que incluyen: 1. Recurrencia periódica de neumotórax con el inicio de la menstruación, 2. Endometriosis que afecta al diafragma, 3. Agujeros o defectos en el diafragma, causados probablemente, por necrosis endometrial cíclica, 4. Predominio en la pleura derecha, 5. Curación por cierre del defecto diafragmático, sin embargo según estudios el diagnóstico definitivo lo aporta la confirmación histológica<sup>5</sup>.

Cuando se sospeche un Neumotórax Catamenial, el método de exploración preferido debe ser la videotoroscopia la cual debe realizarse al comienzo de la menstruación para permitir la máxima visibilidad de los potenciales implante endometriales. Todas las lesiones sospechosas deben ser resecaadas o eliminadas incluso con plicatura del diafragma y se recomienda realizar una pleuroesclerosis por videotoroscopia<sup>6,7,8</sup>.

El tratamiento hormonal es una opción terapéutica secundaria, especialmente cuando se considere una enfermedad sistémica y se basa en el bloqueo hormonal que provoca la inhibición de la proliferación de tejido endometrial.

En conclusión, hacemos reporte de 2 casos clínicos con hallazgos laparoscópicos de endometriosis extrapélvica (Apendicular y Diafragmática) con diagnóstico llevado a cabo en nuestra unidad, ambas pacientes asintomáticas con respecto a localizaciones extrapélvicas de focos endometriósicos. A las 2 pacientes se les notificó su diagnóstico post-operatorio y se le dio egreso con tratamiento médico, basado en anticonceptivos orales.

## REFERENCIAS

1. Williams Gynecology, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas. Pag. 265.
2. Ayala RS, Urbina AG, y col. Appendicular endometriosis: Apropos of a case. *Acta Med. Per* 27(2,) 2010.
3. Arevalo FA y Sánchez GC. Endometriosis apendicular como hallazgo en cuadros de apendicitis aguda. Reporte de 4 casos del Hospital Nacional Dos de Mayo. *Rev. Gastroenterol. Perú* 2006; 26: 324-327.
4. Yu-Hung Lin, Li-Jen Kuo, Ai-Ying Chuang, Tsun-I Cheng, Chi-Feng Hung. Extrapelvic Endometriosis Complicated with Colonic Obstruction. Department of Surgery, Taipei Veterans General Hospital, and Second Division of Colorectal Surgery Departments of Surgery, Pathology, Internal Medicine, and Gynecology, Koo Foundation Sun Yat-Sen Cancer Center Hospital, Taipei, Taiwan, R.O.C. 2009. Published by Oxford University Press on behalf of the European Society of Human Reproduction and Embryology.
5. Martínez S, Mármol EE y col. Aportación de la toracoscopia en el diagnóstico y tratamiento de la endometriosis torácica complicada (a propósito de 2 casos). *Arch Bronconeumol.* 2008; 44:224-5.
6. Marshall MB y col. Catamenial pneumothorax: optimal hormonal and surgical management. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 27 (2005) 662–666.
7. Guang-Qiong Hou, Bee-Song Chang, Senzan Hsu, Sheng-Po Kao, Dah-Ching Ding. Catamenial Pneumothorax due to Pulmonary Endometriosis – A Case Report. *Tzu Chi Med J* 2006\_18\_No. 4.
8. Maurer JA, Schaal JA y col. Chronic recurring spontaneous pneumothorax due to endometriosis of the diaphragm. *JAMA.* 1958; 168:2013-4.