

nias y pólipos del ombligo, y lesiones malignas como tumores primarios del ombligo (epiteliomas escamosos y melanomas) y carcinomas metastásicos (nódulo de la hermana María José)<sup>9</sup>. En nuestro caso, la presencia de una estructura glandular epitelial en el material obtenido por PAAF llevó a plantear el diagnóstico diferencial con metástasis de adenocarcinoma.

Por todo ello, se puede decir que la sintomatología es muy variada, estando relacionada tanto con la localización como con el grado de actividad del tejido endometrial, y pueden existir formas asintomáticas. Cuando asienta en el intestino dependiendo de la localización, puede producir desde síntomas vagos, dolores abdominales intensos de difícil diagnóstico e incluso iniciarse como abdomen agudo<sup>10</sup>.

El diagnóstico se realiza por técnicas de imagen ecográfica o TC, y la confirmación es histológica (PAAF o biopsia). No obstante, creemos que el reto está en llegar al diagnóstico preoperatoriamente, debido a que no es una enfermedad habitual en la práctica diaria; de hecho, en la bibliografía revisada el diagnóstico se hizo la mayoría de las veces durante el acto quirúrgico al encontrar quistes de material hemático o mediante estudio histológico diferido<sup>5,10,11</sup>.

El tratamiento quirúrgico de la endometriosis es controvertido y está sujeto a diferentes consideraciones como localización, sintomatología y deseo reproductivo de la paciente. En general, se acepta el tratamiento quirúrgico (extirpación) de la lesión en las localizaciones de la pared abdominal y el perineo incluyendo la fascia y la piel<sup>5,6,12</sup>. Cuando hay afectación de órganos intraabdominales, la decisión quirúrgica debe ser individualizada, y en casos agresivos se plantea la asociación de histerectomía más doble anexectomía. El tratamiento médico se realiza mediante agonistas de la LH-RH, impidiendo que el estímulo hormonal actúe sobre los receptores estrogénicos, llegando a producir desaparición del tejido endometrial, por lo que puede estar indicado como coadyuvante en aquellas pacientes que tras la cirugía se encuentran restos de dicho tejido<sup>6</sup>.

**I. García Bear, R. Baldonado Cernuda,  
M. Méndez López, J.A. Álvarez Pérez y J.I. Jorge Barreiro\***

FEA. Cirugía General. \*Jefe de Servicio de Cirugía General. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital San Agustín. Avilés.

## Bibliografía

- González Valverde FM, Ballester A, Méndez M, Montesinos JM, Parra P, Soriano H. Endometriosis extraperitoneal. *Cir Esp* 1999; 66: 265-267.
- Seydel AS, Sickel JZ, Warmer ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg* 1996; 171: 239-241.
- Koger KE, Shatney CH, Hodge K, McClenathan JH. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 177: 243-246.
- Schröder J, Löhner M, Doniec JM, Dohrmann P. Endoluminal ultrasound diagnosis and operative management of rectal endometriosis. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 614-617.
- Alarcón Viana JL, Feliú Palá X, Pérez Martí X, Marco Molina V, Poveda Gómez S. Complicaciones quirúrgicas de la endometriosis. *Cir Esp* 1995; 57: 222-225.
- Brenner C, Wohlgemuth S. Scar endometriosis. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 170: 538-540.
- González Sanz C, Alcón Caracena A, Elósegu Aguirrezabala JL, Olaizola Ayerdi A, Berdejo Lambarri L, Elorza Orúe JL et al. Endometriosis: un reto diagnóstico para el cirujano general. *Cir Esp* 1997; 62: 435-438.
- González-Herráez García L, González Martín MA, González de Francisco T, Turienzo Frade A, López Otazu J, Alonso López J et al.

Endometriosis umbilical. *Cir Esp* 1996; 60: 155-156.

- Hernández E, Marugán JA, Ferrando L, Rueda JL, Del Amo E. Metástasis umbilical: presentación atípica de adenocarcinoma papilar tubárico. *Cir Esp* 1995; 57: 58-60.
- De la Cruz J, Julián JF, Piñol M, Mira X, Castellá E, Muñoz C et al. Oclusión intestinal por endometriosis ileal. *Cir Esp* 1997; 62: 80-81.
- Collera P, Navarro A, Muñoz E, Rius J, Rodríguez J, Hoyuela C et al. Endometrioma perianal. *Cir Esp* 1997; 62: 82-83.
- Montero F, Montserrat V, López-Bonet E, Ribes M, Llobet M. Endometriosis vesical. A propósito de un caso. *Clin Invest Gin Obst* 1997; 24: 15-17.



## Oclusión intestinal baja de instauración aguda como forma rara de presentación de endometriosis

**Sr. Director:**

La endometriosis es una entidad ginecológica peculiar que se caracteriza por la presencia de tejido funcional y estructuralmente muy semejante o idéntico a la mucosa endometrial, en lugares distintos del interior del útero. Sus manifestaciones gonadales se hallan bien caracterizadas en los textos de ginecología, por tratarse de una entidad relativamente frecuente<sup>1,2</sup>; sin embargo, sus síntomas extragonadales suelen ser heterogéneos y clínicamente poco orientadores. No es infrecuente la afección intestinal, que en el rectosigmoideo es del 71%<sup>3</sup>, pero la magnitud de sus síntomas rara vez motiva una consulta urgente en un servicio de cirugía.

El motivo de la presente nota es el de una mujer con una historia clínica de estreñimiento muy recortada en el tiempo, que consultó en urgencias por un cuadro de oclusión intestinal.

Se trataba de una paciente de 24 años sin antecedentes de interés salvo tabaquismo moderado. En su historia sólo refería una leve dismenorrea y en los últimos 10 días un cuadro de estreñimiento progresivo, que llegó a la situación actual de cierre intestinal total a heces y gases.

En nuestro contexto, durante las horas de guardia, sólo fue posible practicar una analítica básica, una placa simple abdominal y posteriormente un enema opaco con la ayuda del técnico de radiología. La radiografía simple (fig. 1) revelaba un luminograma del colon con un marco cólico distendido amputado en el promontorio, hallazgos compatibles con una oclusión intestinal baja. El enema opaco (fig. 2) fue demostrativo de una oclusión completa en el recto superior. Se decidió intervención urgente.

En la laparotomía se halló una tumoración rectal firmemente adherida al útero con un plano de disección entre ambas estructuras de difícil acceso. En la pelvis no se apreciaba ninguna lesión o implante típico de endometriosis, en el fondo de saco de

(*Cir Esp* 2001; 69: 424-426)



Fig. 1.

Douglas. Tras una dificultosa disección uterorrectal se decidió realizar una operación de Hartmann. La apertura de la pieza no presentaba afección mucosa, pero sí un claro engrosamiento de consistencia poco elástica de la pared rectosigmoidea. La paciente siguió un curso clínico favorable, y fue dada de alta en una semana. El dictamen anatomopatológico estableció una extensa afección de submucosa y la muscular propia por endometriosis.

Cuatro meses más tarde le fue reconstruido el tránsito intestinal sin ninguna incidencia.

Las lesiones de endometriosis pueden implantarse en distintos lugares, originando diversas combinaciones de sintomatología ginecológica, urinaria y digestiva. Cada uno de los órganos afectados puede presentar un cuadro sintomático dominante sobre los otros. La clínica originada suele ser más específica de otras entidades que, por tanto, se barajan en primer lugar dentro del diagnóstico diferencial. Los estudios y pruebas complementarias dirigidas al estudio de dichos órganos suelen dar resultados desalentadores o negativos en el caso de la endometriosis. Por todo ello, se necesita un alto grado de sospecha para llegar al diagnóstico definitivo. A ello ayudará el hecho de que sea predominante la sintomatología ginecológica. También debe hacer sospechar la existencia de cierta periodicidad de los síntomas, que pueda correlacionarlos con el ciclo ovárico.

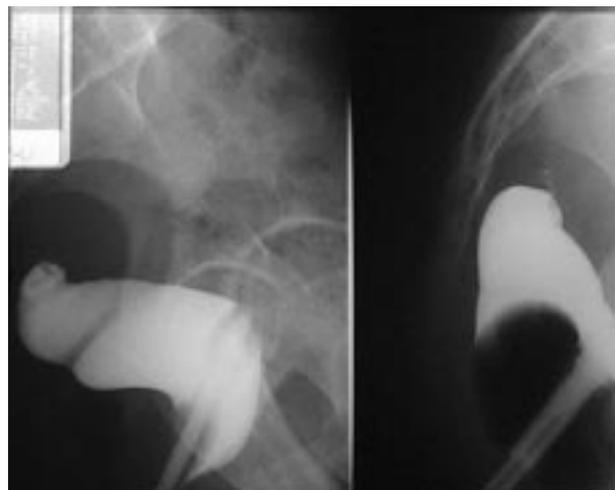


Fig. 2

El rectosigma es el punto más frecuentemente afectado en la endometriosis intestinal. Weed y Ray<sup>4</sup> en una amplia serie de endometriosis operadas, hallan que la afectación intestinal se producía en sólo un 5,4%, y de ellas un 70% se hallaban en el rectosigma. Como causantes de oclusión se aportan cifras variables entre un 8 y un 12% en la mayoría de trabajos<sup>4,5</sup>.

La endometriosis en el rectosigma puede causar dolor defecatorio, tenesmo y rectorragias como manifestaciones más frecuentes, además de dismenorrea y dispareunia, síntomas ginecológicos mucho más constantes<sup>6</sup>.

Con cierta frecuencia, también puede ser asintomática. Cuando origina los citados síntomas la exploración que parece más indicada es la colonoscopia, que como único hallazgo suele presentar una zona estenótica o de compresión extrínseca con mucosa preservada<sup>7-11</sup>.

La mayoría de la bibliografía revisada presenta casos de endometriosis conocidas previamente, es decir, causante en primer lugar de síntomas ginecológicos que, posteriormente, afectaron al tracto intestinal. Casi todas las citas revisadas están de acuerdo en la necesidad de una colonoscopia para descartar la malignidad.

En los casos de afección rectal, en que la sintomatología se presenta de manera no urgente y permite efectuar pruebas complementarias, una prueba muy útil puede ser la ecografía endorrectal<sup>12</sup>. Dicha técnica permite apreciar la existencia y morfología de cualquier nódulo en el espesor de la pared rectal, que junto con una evolución cíclica de la clínica puede ser de gran ayuda para filiar la naturaleza no maligna de la lesión y evitar intervenciones exérecitas excesivas.

En los casos en los que la enfermedad es conocida, el tratamiento quirúrgico debe aplicarse a aquellos que son sintomáticos, evitando grandes resecciones, pues se trata de una enfermedad benigna. No obstante, el tratamiento quirúrgico debe planificarse de acuerdo con la edad de la paciente y sus deseos de maternidad<sup>1</sup>.

El tratamiento definitivo es controvertido. Para la mayoría de autores pasa no sólo por la resección del segmento intestinal afectado sino también por la eliminación del estímulo hormonal y la fuente del tejido endometrial, es decir, asociando histe-

rectomía y salpingooforectomía bilateral. Sin embargo, también existe acuerdo en que es posible obtener un buen control de la enfermedad con la resección sólo del intestino afectado<sup>1,9</sup>. Para otros autores no tiene gran sentido la histerectomía y la anexectomía, pues se han observado pacientes sintomáticas en etapa posmenopáusica<sup>3,13</sup>, y en ellas sería suficiente, en este caso, la exéresis local del foco endometriósico.

A nuestro juicio, lo más interesante de nuestro caso en concreto es su forma de presentación como una oclusión intestinal en el contexto de una historia de estreñimiento progresivo relativamente corta. Como autocrítica cabe resaltar el hecho de haber soslayado la importancia que en este caso tenía la historia de dismenorrea, si bien ésta no era muy invalidante.

En cuanto al tratamiento realizado creemos que ante una lesión de dudosa etiología, como era la que nos ocupaba, en el contexto de una paciente tan joven, la conducta tal vez más correcta se halla en ser relativamente conservadores. En una paciente de edad avanzada o posmenopáusica probablemente habríamos asociado una histerectomía, en el convencimiento de hallarnos ante una oclusión de tipo neoplásico.

**J. Vallet Fernández, F. Pi Siqués, A. Sueiras Gil,  
R. Calabuig Escoda y C. Ortiz Rodríguez**

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo (Dr. F. Pi Siqués).  
Hospital de Viladecans. Viladecans. Barcelona.

## Bibliografía

1. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, Jordan C, Miles WFA, Macyntire IMC et al. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. *Br J Surg* 1995; 82: 1349-1351.
2. Rawson JM. Prevalence of endometriosis in asymptomatic women. *J Reprod Med* 1991; 36: 513-515.
3. Bergqvist A. Different types of extragenital endometriosis: a review. *Gynecol Endocrinol* 1993; 7: 207-221.
4. Weed JC, Ray JE. Endometriosis of the bowel. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 727-730.
5. Prystowsky JB, Stryker SJ, Ujiki GT, Poticha SM. Gastrointestinal endometriosis. Incidence and indications for resection. *Arch Surg* 1988; 123: 855-858.
6. Tran KTC, Kuijpers HC, Willemsen WNP, Bulten H. Surgical treatment of symptomatic rectosigmoid endometriosis. *Eur J Surg* 1996; 162: 139-141.
7. García Omedes A, Morollón Lóriz MJ, Ligorred Padilla L, Vera Álvarez J, Bardají Pérez JM, Guirao Larrañaga R et al. Estenosis sintomática de rectosigma por endometriosis. *Cir Esp* 1993 53: 497-499.
8. Delicata RJ, Clarke GW, Roy MK, Shaw RW, Carey PD. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. *Br J Surg* 1996; 83: 711.
9. Bergqvist A. Extragenital endometriosis. A review. *Eur J Surg* 1992; 158: 7-12.
10. Parr NJ, Murphy C, Holt S, Zakhour H, Crosbie RB. Endometriosis and the gut. *Gut* 1988; 29: 1112-1115.
11. Verspyck E, Lefranc JP, Guyard B, Blondon J. Treatment of bowel endometriosis: a report of six cases of colorectal endometriosis and a survey of literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 71: 81-84.
12. Bacher H, Schweiger W, Cerwenka H, Mischinger HJ. Use of anal endosonography in diagnosis of endometriosis of the external anal sphincter. Report of a case. *Dis Col Rectum* 1999; 42: 680-682.
13. Borsellino G, Bounaguidi A, Veneziano S, Borsellino V, Mariscalco G, Minnici G. Endometriosis of the large intestine. A report of two clinical cases. *Minerva Ginecol* 1993; 45: 443-447.



## Hematoma de los músculos rectos abdominales: aproximación clínica y terapéutica

**Sr. Director:**

Las recientes publicaciones en esta Revista de casos de hematoma espontáneo del músculo recto anterior del abdomen por parte de Pelayo Salas et al<sup>1</sup> y Pajares et al<sup>2</sup>, junto con la aportación por parte de Simón Adiego et al<sup>3</sup> de otros 4 casos de la misma patología, nos han animado a presentar nuestra experiencia al respecto.

Aportamos 21 casos de pacientes con hematoma del músculo recto anterior del abdomen que fueron ingresados en nuestro hospital y valorados en algún momento de su evolución por miembros del servicio de cirugía general. Se trata de 15 mujeres y 6 varones con una edad media de 67,5 años (rango, 56- 92 años). La mayoría de los casos (81%) presentaban una enfermedad asociada de diversa índole: toma de anticoagulantes orales en 11 casos, hipertensión arterial en 9 casos, cardiopatías diversas en 7 casos, fibrilación auricular 4 pacientes, diabetes mellitus en 4 casos, y otros 4 casos cumplían criterios de bronquitis crónica. Como fácilmente se puede comprobar, el factor predisponente más frecuente en nuestra serie es la hipocoagulabilidad producida por la toma de anticoagulantes orales (52%). En ocho de los casos la tos actuó directamente como factor precipitante del hematoma. Dos pacientes relacionaron la aparición del hematoma con la realización de un ejercicio brusco. Dos pacientes presentaban cicatrices quirúrgicas en la pared abdominal (supraumbilical por gastrectomía y xifopúbica por Nissen e histerectomía), pero en ninguno de los 2 casos éste fue el factor precipitante del hematoma.

Clínicamente, 18 casos se iniciaron en forma de abdomen agudo, con un tiempo medio de evolución de 17 h (rango, 2-24 h). En los 3 casos restantes apareció también dolor abdominal, pero fue más leve y de evolución más larga (8 días, 10 días y 2 meses). Once pacientes se quejaron de la aparición de un "bulto" en la pared abdominal. En 2 casos se asoció inestabilidad hemodinámica y en un caso se produjo una descompensación cardiorrespiratoria. En cuanto a los hallazgos de la exploración física, la totalidad de los casos presentaban una masa abdominal dolorosa y palpable que se asociaba a defensa en 5 casos. La localización más frecuente fue infraumbilical (66,6%).

Para confirmar el diagnóstico, en 13 casos se realizó una ecografía, en 4 casos una tomografía computarizada (TC) y en 4 casos una ecografía y una TC. Todas las exploraciones fueron diagnósticas salvo una ecografía realizada de forma urgente. En 2 casos se realizó punción dirigida con ecografía.

Se realizó tratamiento conservador del hematoma en 14 casos, con reposo, analgésicos, antiinflamatorios y cobertura anti-biótica. En los pacientes que tomaban anticoagulantes orales,

(*Cir Esp* 2001; 69: 426-427)