

Imagen del mes

Lesión estenosante de colon sigmoide

Andrés Santos R.¹, Ignacio Moral C.¹, Marta Gil A.¹, Mónica Villafruela C.¹ y Cristina Díez C.²

Image of the month

Stenosing lesion of sigmoid colon

Mujer de 26 años, nuligesta, que acude a consulta por presentar un cuadro de 1 año de evolución consistente en aumento del número de deposiciones al inicio del cuadro en relación con la menstruación y posteriormente sin relación con la misma. Aporta una colonoscopia realizada en otro centro donde se objetiva una afección continua desde ano con mucosa granular con pérdida de haustración y tractos de fibrina, extendiéndose hasta 22 cm del margen anal. Entre 10 y 22 cm se identifican pseudopólipos con superficie erosionada sobre mucosa eritematosa, todo ello sugerente de colitis ulcerosa (biopsias inespecíficas).

La paciente presenta empeoramiento clínico progresivo con aumento del número de deposiciones, con

presencia de moco y sin sangre, urgencia defecatoria y tenesmo rectal. Se objetiva febrícula, náuseas y ocasionales vómitos asociados.

Se inicia tratamiento con salicilatos tópicos y orales sin respuesta a los mismos, por lo que se instaura posteriormente tratamiento con dipropionato de beclometasona. En los exámenes de laboratorio sólo destaca leve elevación de reactantes de fase aguda (Fibrinógeno 511, alfa glicoproteína ácida 143 y PCR 8) sin anemia.

Debido a este empeoramiento se realiza una nueva colonoscopia donde se objetiva a 20 cm del margen anal una masa vegetante que ocupa el 100% de la luz estenosándola, y una entero-resonancia magnética (Figura 1).

¹Médico Adjunto del servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid, España.

²Médico Adjunto del servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid, España.

Recibido:

Aceptado:

Correspondencia a:

Dr. Andrés Santos Rodríguez.
Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Carretera de Alcalá Meco CP28805,
Alcalá de Henares, Madrid, España.
Tel.: [+34] 695104735.
andressro@hotmail.com

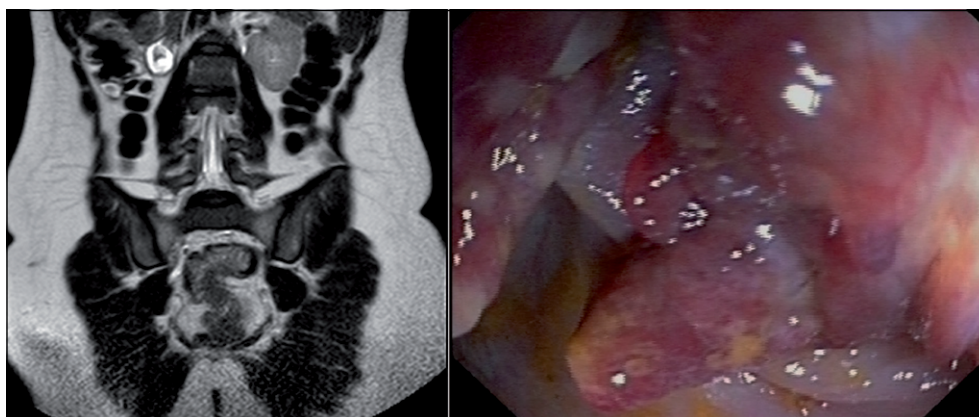


Figura 1. Izquierda: Entero-resonancia magnética donde se identifica pólipo gigante en sigma que oblitera la luz y tiene una extensión de 7 cm. Derecha: Colonoscopia donde se observa una masa vegetante que estenosa la luz del colon.

¿Cuál sería su diagnóstico?

Imágenes en Gastroenterología

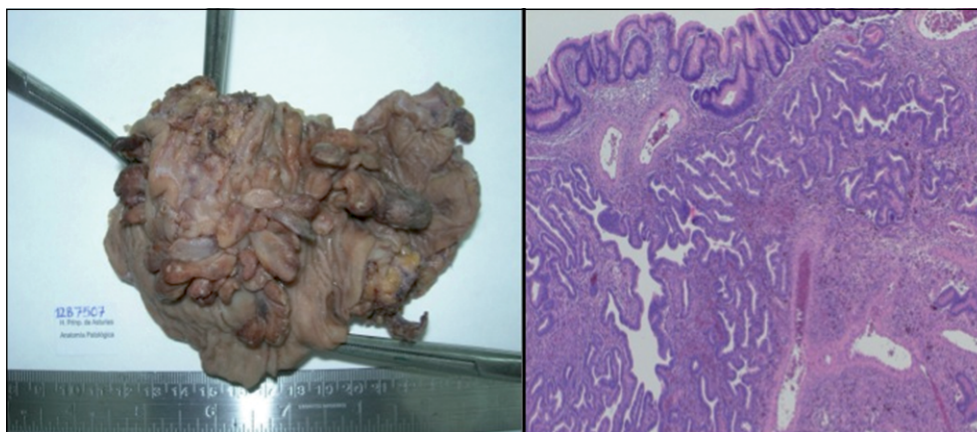


Figura 2. Izquierda: Pieza quirúrgica de sigmoidectomía con tumoración de origen endometrioide. Derecha: Histología endometriosis intestinal.

Se realiza una intervención quirúrgica mediante una sigmoidectomía reglada, con anastomosis terminoterminal mecánica y oforectomía parcial izquierda que incluye quiste endometriosis que engloba a su vez trompa izquierda. Presenta una histología con presencia de tejido fibroso y un segmento de trompa uterina con endometriosis focal. En sigma se identifica una endometriosis polipoide con hiperplasia endometrial compleja con atipia y cambios metaplásicos con afectación transmural de la pared con infiltración vascular focal (Figura 2).

Discusión

La endometriosis se define como la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad endometrial y la musculatura uterina¹.

Se estima que la endometriosis intestinal afecta entre el 3,8 y el 37% de los pacientes con endometriosis. Las localizaciones más frecuentes son sigma (65% de los casos), seguido del recto, íleon, apéndice y ciego².

La endometriosis intestinal es habitualmente asintomática, pero puede mostrar síntomas inespecíficos como dolor abdominal tipo cólico, náuseas, vómitos o síntomas de obstrucción intestinal³.

El diagnóstico de la endometriosis intestinal es en ocasiones un reto ya que puede simular gran cantidad de procesos como la enfermedad inflamatoria intestinal, colitis isquémica o incluso tumoraciones malignas colorrectales⁴.

Aunque la endometriosis con afectación del tracto gastrointestinal fue descrita por Marshak y Friedman y Grimes en 1950, su diagnóstico es todavía muy

complejo hoy en día³.

La endometriosis intestinal se presenta a menudo como una tumoración submucosa o una estenosis luminal y en el caso de que afecte a la mucosa, puede manifestarse como una masa polipoide¹. La sintomatología es variable e inespecífica desde pacientes asintomáticos a cuadros floridos de dolor abdominal, náuseas, vómitos, tenesmo rectal, defecación dolorosa y alternancia del hábito intestinal o rectorragia⁵. Estas manifestaciones clínicas hacen que en ocasiones sea muy difícil de distinguir esta entidad de neoplasias, enfermedad inflamatoria intestinal o colitis isquémica¹. Para llegar al diagnóstico es necesario un manejo multidisciplinario con necesidad de técnicas de imagen como pueden ser la colonoscopia, ecografía, resonancia magnética o incluso laparoscopia.

El diagnóstico endoscópico de la endometriosis intestinal es difícil ya que el tejido endometrial infiltra la pared desde la serosa. En muy pocas ocasiones alcanza la submucosa (38%) o mucosa (6%) por lo que la toma de biopsias está limitada⁵.

Los hallazgos endoscópicos se clasifican en 2 tipos de presentación: engrosamiento excéntrico de la pared y la presentación tipo polipoide, siendo la primera la más frecuente. Se ha observado que en ocasiones pueden cambiar los hallazgos endoscópicos en el tiempo⁴, como es en el caso que presentamos.

Este caso supone un reto diagnóstico ya que se trata de una afección atípica con cambios en su presentación, tanto clínicos como endoscópicos, a lo largo del tiempo simulando inicialmente una enfermedad inflamatoria intestinal tipo colitis ulcerosa, para posteriormente simular una neoplasia colorrectal.

Referencias

- 1.- Kim JS, Hur H, Min BS, Kim H, Sohn SK, Cho CH, et al. Intestinal endometriosis mimicking carcinoma of rectum and sigmoid colon: a report of five cases. *Yonsei Med J* 2009; 50: 732-5.
- 2.- Remorgida V, Ferrero S, Fulcheri E, Ragni N, Martin DC. Bowel endometriosis: presentation, diagnosis, and treatment. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62: 461-70.
- 3.- Katsikogiannis N, Tsaroucha A, Dimakis K, et al. Rectal endometriosis causing colonic obstruction and concurrent endometriosis of the appendix: a case report. *J Med Case Rep* 2011; 5: 320.
4. Kim KJ, Jung SS, Yang SK, Yoon SM, Yang DH, Ye BD, et al. Colonoscopic findings and histologic diagnostic yield of colorectal endometriosis. *J Clin Gastroenterol* 2011; 45: 536-41.
- 5.- Adán Merino L, Aldegue Martínez M, Agüello de Andrés JM, Rivera García T, Plaza Santos R, Lozano Maya M, et al. Endometriosis colónica aislada de tipo polipoide simulando una neoplasia de sigma. *Gastroenterol Hepatol* 2012; 35: 727-9.