



■ Caso clínico

Endometrioma perianal involucrando esfínter anal externo: reporte de un caso

González-Longoria G,¹ Mejía-Ovalle RR,¹ Salinas-Aragón E,¹ Jiménez-González A,¹ González-Contreras HQ²

¹ Residente Cirugía de Colon y Recto.

² Jefe del Servicio de Cirugía de Colon y Recto. Departamento de Cirugía. Servicio de Cirugía de Colon y Recto. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, D.F.

Recibido el 21 de julio de 2010; aceptado el 19 de octubre de 2010.

■ Resumen

La endometriosis perianal que involucra el esfínter anal es una rara presentación de esta enfermedad. La mayoría de estos casos son diagnosticados de forma tardía y existen pocas publicaciones al respecto en la literatura médica, a pesar del número de episiotomías realizadas en la actualidad. Se presenta un caso de esta enfermedad en una mujer con sintomatología perianal posterior a episiotomía 15 años antes. La lesión fue visualizada por ultrasonido endoanal. Realizamos la revisión de la bibliografía sobre el tema. El tratamiento de elección es quirúrgico y se lleva a cabo por medio de escisión amplia de la lesión involucrando el esfínter anal por lo que el defecto esfíntérico debe repararse por medio de esfinteroplastía. De acuerdo con lo informado, el diagnóstico temprano por medio de sospecha

Palabras clave:
Endometriosis,
perianal, ultra-
sonido endoanal,
esfínter anal,
esfinteroplastía,
México.

■ Abstract

The presence of perianal endometriosis involving the anal sphincter is a rare presentation of this disease, most cases are diagnosed late and few are reported in the literature despite the number of episiotomies performed today. We present a case in a female with perianal symptoms after an episiotomy 15 years ago and visualized by endoanal ultrasound. We also review the literature of this condition. The treatment of choice is wide excision of the lesion involving the anal sphincter so the sphincter defect should be repaired by sphincteroplasty. According to the literature, early diagnosis by clinical suspicion and confirmation by endoanal ultrasound, with wide excision of endometrioma gives satisfactory results regarding anal continence.

Keywords:
Perianal, endo-
metriosis, endoa-
nal ultrasound,
anal sphincter,
sphincteroplasty,
Mexico.

clínica y confirmación por ultrasonido endoanal al igual que escisión amplia del endometrioma lleva a resultados satisfactorios en la continencia anal y para el manejo de esta enfermedad.

■ Introducción

La presencia de tejido endometrial funcional fuera del útero se conoce como endometriosis, con una incidencia aproximada de 8% a 15% de mujeres en edad reproductiva. De estos, 5% presentan invasión colorrectal con una mayor frecuencia en la unión rectosigmoidea. La presencia de este tejido en el área perianal se debe a la implantación durante la episiotomía en el parto. Aun cuando este procedimiento es ampliamente utilizado, el número de casos con este padecimiento es pequeño.¹⁻³ La invasión del esfínter por este tejido se ha descrito en nueve casos publicados y se presenta en aquellos donde el diagnóstico es tardío y erróneo, ya que en la mayoría de los enfermos esta alteración se confunde con abscesos o fístulas perianales. El diagnóstico es clínico y puede ser complementado con ultrasonido endoanal para valorar la extensión y dimensión del área perianal. El tratamiento de elección es la escisión amplia del tejido que afecta el área con resección parcial del esfínter anal, que puede comprometer la continencia anal.^{4,5} A continuación se presenta el caso de una paciente con esta enfermedad de aproximadamente 15 años de evolución con dos cirugías previas sin éxito.

■ Presentación del caso

Mujer de 39 años referida al servicio de cirugía de colon y recto del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, por la presencia de una masa perianal dolorosa, de aparición cíclica, que se relacionaba con su periodo menstrual, con sangrado intermitente a través de orificio perianal e incontinencia fecal ocasional a gases y líquidos. Inició su padecimiento 15 años antes con molestias después de un parto vaginal,

durante el cual, se produjo un desgarro grado cuatro, el cual se reparó en el momento. Seis meses después, presentó malestar y sensación de masa en la cicatriz de la episiotomía, a lo que se le agregó dolor, sangrado ocasional y aumento de tamaño de la masa. Se trató en dos ocasiones por medio de cirugía, con mejoría transitoria pero sin resultados adecuados a largo plazo, con un aumento del tamaño de la masa y mayor sangrado posterior a los procedimientos.

A la exploración física se observó el ano cerrado y con reflejo cutáneo presente. A la palpación se localizó una masa dolorosa de aproximadamente 4 cm por 2cm, de lado derecho, con orificio secundario con salida de material hemático (**Figura 1**). A la exploración digital, el esfínter se encontró con disminución del tono en reposo y contracción voluntaria, con datos de fibrosis lateral derecha, con dolor a la palpación del mismo lado y salida de material hemático por el orificio descrito.

Se realizó tomografía computarizada abdominopélvica, la cual no mostró alteraciones abdominales; sin embargo, se observó aumento de volumen de tejidos blandos con densidad heterogénea y discreto realce periférico e hipodensidad central la cual tenía un valor de atenuación de 36 UH. Esta imagen midió 5.2 cm en su eje antero-posterior y 2.6 cm en el transversal, a la altura del esfínter anal. Se le realizó ultrasonido endoanal (Brüel Kjaer Medical) con transductor de 360° de 7 MHz que demostró una lesión en tercio medio e inferior esfínter anal que involucraba el esfínter anal externo del lado derecho y que medía 4.3 cm en su eje antero posterior y 1.6 cm en su eje transversal, sin alteraciones del esfínter anal interno (**Figura 1**).

Con el consentimiento de la paciente, se le realizó escisión amplia de la lesión y del defecto lateral derecho del esfínter anal externo, el cual se

■ **Figura 1.** A la izquierda se muestra masa dolorosa porción perianal derecha y posterior, delimitado por línea punteada. A la derecha se muestra la imagen de ultrasonido endoanal, con lesión de 4.3 cm por 1.6 cm.



corrigió con esfinteroplastia (**Figura 2**). El estudio histopatológico reportó una lesión de 4.7 cm por 3.7 cm por 2.1 cm de color café amarillo, con superficie lisa heterogénea, que presentaba zonas quísticas con contenido sero-hemático y zonas sólidas amarillas, dando como diagnóstico endometriosis quística (**Figura 3**). Presentó buena evolución postquirúrgica por lo que se dio de alta al segundo día del postoperatorio. Se siguió por la consulta externa la semana posterior a la cirugía, al mes, a los tres meses y a los seis meses. El área quirúrgica

presentó buena cicatrización (**Figura 4**), mejoría substancial del dolor y continencia anal completa de acuerdo a la escala de continencia de Jorge y Wexner.⁶ Luego de un año de seguimiento, no ha presentado datos de recurrencia y el área quirúrgica se encuentra cicatrizada.

■ Discusión

La endometriosis perianal es un padecimiento poco común que representa un desafío para su

■ **Figura 2.** A la izquierda se muestra la lesión que involucra esfínter anal. A la derecha se muestra la pieza patológica de aproximadamente 5 cm.



■ **Figura 3.** Glándula endometrial con estroma endometrial alrededor.



■ **Figura 4.** Cicatrización de la herida quirúrgica.



tratamiento adecuado. El primer reporte de endometriosis fue acreditado al patólogo austriaco Von Rokitansky en 1860. Posteriormente, en 1897, Pfannensteil describió tejido endometrial en el tabique recto vaginal y en 1909 se reportó el primer caso de endometriosis intestinal. Pero no fue sino hasta 1923 cuando Schickele informó el primer caso en el cual se involucraba tejido perianal.⁷

Se han propuesto varias teorías para explicar este padecimiento, como la metaplasia celómica, la metástasis linfática y vascular, la implantación endometrial, el trasplante mecánico de endometrio, los restos embrionarios y una teoría reciente que se relaciona con factores inmunes locales. La teoría más aceptada para la lesión perianal es el trasplante mecánico de células endometriales hacia la herida de la episiotomía, lo cual confirma la teoría de endometriosis extra-pélvica. De esta manera, células viables de endometrio son implantadas en la herida y el crecimiento de las células se produce por la fase de cicatrización de la herida.^{8,9}

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, la exploración física, la biopsia y el ultrasonido endoanal, con apoyo de otros estudios de imagen como tomografía computarizada y resonancia magnética, aunque estas representan un mayor costo para el paciente y hay que considerar que no siempre se cuenta con los aditamentos endoanales específicos para el estudio.²

Desde su incorporación al arsenal de estudios diagnósticos, el ultrasonido endoanal ha mejorado sustancialmente y es una herramienta útil para evaluar de forma preoperatoria las patologías anorrectales benignas y malignas. Este estudio es el mejor método para clasificar las fístulas anales, evaluar la integridad del esfínter anal y para estadificar el cáncer rectal. Otra ventaja descrita por Toyonaga y colaboradores¹⁰ es que se puede realizar en el quirófano, previo a la cirugía, durante y al final. El ultrasonido endoanal es útil en este padecimiento porque nos ayuda determinar la localización en el canal anal, el tamaño, su extensión y si involucra el esfínter anal. También presenta un menor gasto al paciente en comparación a la resonancia magnética y tomografía computarizada.¹¹⁻¹³

El diagnóstico definitivo de la endometriosis perianal sólo puede establecerse en forma inequívoca por examen histopatológico. La endometriosis es una de las patologías ginecológicas benignas más comunes, pero la incidencia de esta en la cicatriz de la episiotomía es rara. Aunque la endometriosis se relaciona con los ciclos menstruales, también puede afectar de 2% a 5% de mujeres menopáusicas y generalmente ocurre como un efecto secundario al remplazo hormonal.¹⁴

Existe poca información publicada sobre el tema y se limita a informes de casos aislados o series de casos. Un estudio mexicano de Martínez y colaboradores¹⁵ describió cómo la utilización de ultrasonido endoanal ayuda a visualizar y delimitar la endometriosis en el área perianal y también reportó que la escisión amplia es el tratamiento adecuado, pero puede causar incontinencia anal cuando el esfínter anal está involucrado. La escisión incompleta por temor a esta alteración aumenta la recurrencia y la necesidad de terapia adicional en poco tiempo (seis meses). Para evitar esto, es necesaria la esfinteroplastia, como describe Dougherty,¹⁶ quien presentó siete pacientes con endometriosis perianal y observó recurrencia en aquellos con escisión incompleta en comparación a aquellos con escisión amplia. Zhu¹³ revisó a 36 pacientes con endometriosis perianal, de los cuales en 24 se presentó en la cicatriz de la episiotomía y 12 en desgarros perianales. La escisión amplia de la lesión no presentó recurrencia a largo plazo, pero aquellos pacientes con escisión incompleta por involucro del esfínter presentaron recurrencia a seis meses de la cirugía. Por esta razón recomendamos el seguimiento en intervalos de tres meses y la utilización de ultrasonido endoanal cada seis meses como estudio de seguimiento.

La degeneración maligna de endometriosis en la cicatriz de la episiotomía es muy rara y sólo se presenta en 0.3% a 1% de los casos, como ha sido descrito por Chene¹⁷ y Todd.¹⁸

■ Conclusión

La escisión amplia de la lesión endometrial perianal y esfinteroplastia del defecto esfintérico se

considera la mejor opción quirúrgica para el tratamiento del endometrioma que involucra el esfínter, ya que se evita la recurrencia y se mantiene un buen funcionamiento del esfínter. Este procedimiento ha demostrado ser seguro y efectivo.

Referencias

- Bergquist A. Different types of extragenital endometriosis: a review. *Gynecol Endocrinol* 1993;7:207-221.
- Liang C, Tsai C, Chen T, Soong Y. Management of perineal endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet* 1996;53:261-265.
- Lin Y, Kuo L, Chuang A, et al. Extrapelvic endometriosis complicated with colonic obstruction. *J Chin Med Assoc* 2006;69:47-50.
- Kanellos I, Kelpis T, Zaraboukas T, et al. Perineal endometriosis in episiotomy scar with anal sphincter involvement. *Tech Coloproctol* 2001;5:107-108.
- Park S, Kim J, Cho K. Sonography of endometriosis in infrequent sites. *J Clin Ultrasound* 2008;36:91-97.
- Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993;36:77-97.
- Barisic G, Krivokapic Z, Jovanovic D. Perianal endometriosis in episiotomy scar with anal sphincter involvement: report of two cases and review of the literature. *Int Urogynecol J* 2006;17:646-649.
- Sayfan J, Benosh L, Segal M, Orda R. Endometriosis in episiotomy scar with anal sphincter involvement. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1991;34:713-716.
- Gordon P, Schottler J, Balcos E, Goldberg S. Perianal endometrioma: Report of five cases. *Dis Colon Rectum* 1976;19:260-265.
- Toyonaga T, Matsushima M, Tanaka Y, et al. Endoanal ultrasonography in the diagnosis and operative management of perianal endometriosis: report of two cases. *Tech Coloproctol* 2006;10:357-360.
- Saranovic D, Barisic G, Krivokapic Z, et al. Endoanal ultrasound evaluation of anorectal diseases and disorders: Technique, indications, results and limitations. *Eur J Radiol* 2007;61:480-489.
- Bacher H, Schweiger W, Cerwenka H, Mischinger H. Use of anal endosonography in diagnosis of endometriosis of the external anal sphincter. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1999;42:680-682.
- Zhu L, Lang J, Wang H, et al. Presentation and management of perineal endometriosis. *Int J Gyn Obst* 2009;105:230-232.
- Odobasic A, Pasic A, Iljazovic-Latifagic E, et al. Perineal endometriosis: a case report and review of the literature. *Tech Coloproctol* 2010;14(Suppl1):S25-7.
- Martinez P, Villanueva E, Alvarez-Tostado F, et al. Endoanal sonography in the assessment of perianal endometriosis with external anal sphincter involvement. *J Clin Ultrasound* 2002;30:245-248.
- Dougherty L, Hull T. Perineal endometriosis with anal sphincter involvement: report of a case. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1157-60.
- Chene G, Darcha C, Dechelotte P, et al. Malignant degeneration of perineal endometriosis in episiotomy scar, case report and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer* 2007;17: 709-714.
- Todd RW, Kehoe S, Gearty J. A case of clear cell carcinoma arising in extragonadal endometriosis. *Int J Gynecol Cancer* 2000;10:170-2.