



P-569 - ENDOMETRIOSIS INTESTINAL COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO

Sánchez Cifuentes, Ángela; Martínez Sanz, Nuria; Vicente Ruiz, María; Fernández López, Antonio José; Candel Arenas, M^a Fe; Ruiz Marín, Miguel; Peña Ros, Emilio; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: La endometriosis es una patología ginecológica, crónica y benigna. Se define como la presencia de tejido endometrial funcional fuera de la cavidad uterina. La localización más frecuente de la endometriosis extragenital es en colon, seguida de íleon y apéndice.

Objetivos: Describir nuestra serie de pacientes con endometriosis intestinal.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, de pacientes diagnosticadas de endometriosis intestinal entre 2006-2015, en nuestro hospital.

Resultados: La serie se compone de 16 pacientes con edad media de 38,8 años (21-47). En 11 casos debutó con clínica de dolor abdominal, 3 de ellos acompañados de suboclusión intestinal y 2 con obstrucción intestinal completa. En 2 casos se presentó con rectorragia. En un caso fue hallazgo casual tras cirugía de cáncer de ovario y en otro durante un estudio por endometriosis extensa. En 5 casos la localización era en el apéndice cecal, 3 en íleon, 3 ileocecal, y 5 en colon descendente y recto. Se intervinieron 14, la mitad de forma urgente (3 laparoscopias y 11 cirugía abierta). En todos los casos se realizó resección del segmento afecto, menos en uno, que se realizó electrocoagulación del foco endometriósico. 8 pacientes continuaron con tratamiento hormonal.

Conclusiones: La endometriosis fue descrita por primera vez por Rokitansky en 1860. Afecta a mujeres en edad fértil, con un pico de incidencia entre los 27-35 años. El colon descendente-recto es el segmento intestinal más afectado (85-95%), seguido del colon derecho, íleon, apéndice y ciego. Es una patología hormonodependiente y su clínica va ligada al ciclo menstrual. La presentación clínica es inespecífica, con dolor abdominal o pélvico, diarrea, distensión abdominal, dismenorrea, dispaneuria e infertilidad. Son infrecuentes las complicaciones como la perforación, hemorragia digestiva o la obstrucción. Es necesario realizar diagnóstico diferencial con apendicitis, diverticulitis, colitis, enfermedad de Crohn, carcinoma y linfoma, entre otros. El diagnóstico se realiza mediante historia clínica detallada, exploración física y técnicas de imagen como la ecografía endovaginal o endorrectal, el TC y en ocasiones la RMN. En la colonoscopia raramente veremos afectación de la mucosa. Es necesario un alto índice de sospecha, siendo una parte de ellas diagnosticadas de forma incidental mediante una laparoscopia por otro motivo. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico. El tratamiento de la endometriosis intestinal depende de la forma de presentación, y deseo de gestacional de la paciente. La vía de abordaje puede ser laparotómico o

laparoscópico, mostrando esta última más beneficios. La resección intestinal, resección limitada del implante o exéresis mediante destrucción física, son las opciones quirúrgicas, según la localización y extensión de las lesiones y la histerectomía con doble anexectomía está indicada en caso no presentar deseos reproductivos. El tratamiento hormonal está ampliamente aceptado en casos de afectación visceral leve o como adyuvante a una cirugía programada. La endometriosis intestinal es una causa infrecuente de abdomen agudo quirúrgico que requiere un elevado índice de sospecha para su diagnóstico preoperatorio. Suele presentarse como un cuadro de oclusión intestinal o dolor abdominal, pudiendo aparentar una apendicitis aguda. En este contexto, debe ser considerado en toda paciente en edad fértil, asociado a síntomas previos de dolor abdominal intermitente y periodos menstruales dolorosos.