



P-329 - ENDOMETRIOSIS INTESTINAL: LA PERMANENTE EMBUSTERA DIAGNÓSTICA

Aguilar Martínez, María del Mar; Moya Forcén, Pedro; Bellón López de Antón-Bueno, Marta; Arroyo Sebastián, Antonio; Giner Bernal, Lorena; Galindo Benito, Isabel; Alcaide Quirós, María José; Calpena Rico, Rafael

Hospital General Universitario de Elche, Elche.

Resumen

Introducción: La endometriosis, caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera del útero, representa un trastorno benigno, crónico y frecuente en mujeres en edad fértil, cuya prevalencia varía entre el 5 y el 10%. A nivel intestinal, la afectación rectosigmoidea representa la localización más frecuente. La presentación clínica es inespecífica, aunque lo más frecuente es el dolor abdominal y/o pélvico que coincide o se exacerba con la menstruación. Su diagnóstico diferencial es amplio y a veces dificultoso. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico.

Caso clínico: Mujer de 31 años que acude a urgencias por dolor abdominal y vómitos, de localización preferente en fosa ilíaca izquierda de unas 12 horas de evolución. Como antecedentes familiares destacan un tío materno con cáncer de colon fallecido a los 40 años y una tía paterna con cáncer de ovario. Tras una primera valoración por parte de cirugía general, que descarta patología quirúrgica urgente, la paciente es finalmente ingresada a cargo de Ginecología con el diagnóstico de quiste endometriósico de ovario izquierdo. El estudio de extensión realizado durante el ingreso revela, además de una endometriosis recto-vaginal y un ovario izquierdo engrosado a expensas de una formación quística, una tumoración adenomatosa en sigma de unos 3,5 cm de longitud que afecta a toda la circunferencia. Tras biopsiarse la lesión en una colonoscopia, la anatomía patológica de dicha lesión es informada de adenoma serrado con displasia epitelial de bajo grado. Debido al tamaño de la lesión y al no poder researse con garantías de manera endoscópica, se programó una intervención quirúrgica conjunta entre los servicios de Cirugía General y Ginecología, donde se realiza una sigmoidectomía y una salpinguectomía y anexectomía izquierdas, todo ello bajo abordaje laparoscópico. Tras un postoperatorio sin incidencias, la anatomía patológica de las piezas examinadas fueron informadas de endometriosis transmural en el sigma y de endometrioma en el ovario izquierdo, sin encontrarse cambios histológicos significativos en la trompa de Falopio.

Discusión: Aunque el diagnóstico más probable era el de endometrioma ovárico con afectación sigmoidea, teniendo en cuenta el tamaño y el aspecto polilobulado de dicha afectación, así como la descripción anatomopatológica inicial, el diagnóstico no podía descartar procesos como la enteritis regional, la enfermedad de Crohn o la apendicitis, e incluso algunos de naturaleza maligna como una neoplasia obstructiva de sigma. Como vemos, la afectación extrauterina de la endometriosis supone un reto diagnóstico tanto para los clínicos como para los anatómo-patólogos. La presencia endoluminal de estas lesiones puede simular tumores de colon y recto, y conducir a tratamientos

quirúrgicos agresivos.