



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-363 - ENDOMETRIOSIS INTESTINAL. LA GRAN SIMULADORA

Velasco López, Rosalía; Pacheco Sánchez, David; Rodríguez Vielba, Paloma; Rodríguez López, Mario; Mambrilla Herrero, Sara; Bailón Cuadrado, Martín; Plúa Muñiz, Katherine; Pinto Fuentes, Pilar

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Objetivos: La endometriosis es la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Afecta en torno al 10% de las mujeres en edad reproductiva, manifestándose en forma de dolor pélvico, dismenorrea, dispareunia, o infertilidad. Cuando aparece en otras localizaciones el diagnóstico se complica, siendo muchas veces un hallazgo incidental tras la realización de laparotomías por otras causas.

Casos clínicos: Caso 1. Mujer, 35 años de edad, ingresada por cuadro de diarrea sanguinolenta de 10 meses de evolución, los días previos a la menstruación. Valorada por Ginecología sin objetivarse patología. En la colonoscopia se evidencia estenosis sigmoidea, sin evidencia de lesiones, con biopsia de inflamación inespecífica. En el TAC se observa una masa de 7 cm a nivel de sigma, estenosante, sin otros hallazgos. Se realizó resección segmentaria de sigma y resección de quiste anexial izquierdo, sin complicaciones, con biopsia intraoperatoria positiva para endometriosis. Caso 2. Mujer, 57 años, con antecedentes de salpinguectomía por embarazo ectópico, que acude a urgencias por dolor en hipogastrio de 24 horas de evolución, con defensa, y ecografía diagnóstica de apendicitis aguda. Se realizó apendicectomía laparoscópica sin incidencias, tras despegar el apéndice vermiforme del ovario derecho. El diagnóstico anatomo-patológico diferido fue concluyente de apendicitis aguda gangrenosa con endometriosis apendicular. La paciente del caso 1 precisó cirugía urgente por sangrado en sábana del lecho quirúrgico e inestabilidad hemodinámica, que se controló con hemostáticos (Flosseal[®]), evolucionando posteriormente de forma satisfactoria. La otra paciente, fue dada de alta 24 horas después de la cirugía.

Discusión: La endometriosis intestinal ocurre en el 5-12% de las pacientes afectadas y debe sospecharse cuando la aparición de los síntomas se relaciona con la menstruación. La zona intestinal más frecuentemente afectada es el recto (13-53%), seguido del colon sigmoide (18-47%) y el íleon (2-5%). La afectación del apéndice, con una prevalencia del 0,8%, puede no ocasionar síntomas, o bien, manifestarse como dolor cíclico en cuadrante inferior derecho, hemorragia digestiva baja, incluso obstrucción o perforación intestinal durante el embarazo. La endometriosis se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de patologías gastrointestinales, junto con otras más prevalentes, como la apendicitis aguda, las hernias, las neoplasias o la enfermedad inflamatoria intestinal. Hallazgos intraoperatorios como líquido peritoneal hemorrágico o nódulos sobre las serosa intestinal, pueden ser sugestivos de endometriosis, pero el diagnóstico de certeza lo aporta el estudio anatomopatológico de la pieza. El tratamiento hormonal, a base de estrógenos y

progestágenos, principalmente en los casos en los que existe además afectación ovárica, ayudará a controlar la gravedad de los síntomas, reservándose la cirugía para aquellos en los que fracasa dicho tratamiento. El seguimiento posterior por parte de Ginecología se hace imprescindible para un adecuado control de la enfermedad.