



160/2613 - OCLUSIÓN INTESTINAL EN MUJER FÉRTIL. ENDOMETRIOSIS, ¿LO SOSPECHABAS?

M.L. Garde Borao^a, B. Cinca Oriol^b, B. Buil Tricas^c y M.Á. Pérez Gutiérrez^d

^aMédico de Atención Primaria. Centro de Salud de Cascante. Navarra. ^bMédico de Familia. Urgencias Extrahospitalarias Cascante. Navarra. ^cMédico de Familia. Urgencias Extrahospitalarias Buñuel. Navarra. ^dMédico de Familia. Urgencias Hospitalarias. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 35 años, nulípara, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos previos. Acude por dolor abdominal epigástrico, no irradiado, junto con sensación de distensión abdominal, náuseas, vómitos, estreñimiento, borborismo en FID, afebril, síntomas periódicos coincidiendo con la menstruación, es remitida al servicio de urgencias e ingresada con resolución espontánea de la clínica tras dieta absoluta y analgesia sin filiar el dolor abdominal. El último episodio aumenta la intensidad de dolor, se remite a urgencias con la sospecha de endometriosis intestinal, es ingresada y tras tratamiento conservador con sonda nasogástrica, fluidoterapia y analgesia, no se evidencia mejoría clínica por lo que se decide intervención quirúrgica; laparotomía media infraumbilical ; Resección ileocecal y anastomosis ileocólica.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: buen estado general, abdomen blando, depresible, con peristaltismo aumentado en FID, blumberg positivo. Analítica y radiografía abdomen sin alteraciones. Eco abdominal: imagen nodular hipocogénica de unos 25 mm de diámetro interasas de intestino delgado, con engrosamiento y líquido interasas. TAC: Nódulo interasas en FID de naturaleza indeterminada. Colonoscopia: tumor submucoso enteral a 5-10 cm de la válvula ileocecal se toman muestras para biopsia. Anatomía patológica: endometriosis subserosa, espiralización del segmento distal de íleon, adherencias endometriosis en apéndice cecal. Sin displasia.

Juicio clínico: Oclusión intestinal por endometriosis.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis, colitis isquémica y procesos neoplásicos, siendo el diagnóstico definitivo anatomopatológico.

Comentario final: La endometriosis trastorno ginecológico frecuente en edad fértil. En caso de afectación intestinal, la localización más frecuente es rectosigmoidea (85-95%) seguido de colon derecho e intestino delgado. El síntoma más característico es dolor pélvico, en caso de afectación intestinal pueden existir dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos, diarrea, tenesmo, hemorragia digestiva baja, dolor rectal, incluso sangrado transrectal, los cuadros obstructivos son raros 7-23%, generalmente por afectación ileal, requiriendo resección quirúrgica en un 0,7% son infrecuentes complicaciones tales como perforación intestinal y ascitis hemorrágica. El tratamiento dependerá de

la clínica, edad de la paciente, así como deseo de embarazo. La endometriosis es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal, requiere una sospecha clínica, debe sospecharse en la consulta de atención primaria ante mujeres en edad fértil que presenten sintomatología gastrointestinal inespecífica, asociada a la menstruación y/o en obstrucción intestinal sin antecedentes de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pardo MI, Vázquez Rodríguez M, Alvarez Rodríguez, García Giménez E, Moral JE. Obstrucción Intestinal secundaria a endometriosis. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2011;38(4).
2. Beltrán M, Tapia F, Araos F, Lacu BE. Endometriosis del íleon como causa de obstrucción intestinal. *Rev Med Chile*. 2006;134:485-90.
3. Gómez-Rubio M, Fernández R, De Cuenca, Serantes A, Martín A, Gutiérrez ML. Intestinal endometriosis as a cause of chronic abdominal pain leading to intestinal obstruction. *Am J Gastroenterol*. 1997;92:525-6.
4. Barquero Hermann M, Delgado Castro M. Obstrucción intestinal debido a endometriosis ileal: reporte de un caso y revisión bibliográfica. *Acta Méd Costarric*. 2003;45:117-9.
5. González CI, Cires M, Jiménez FJ, Rubio T. Endometriosis intestinal. *Anales Sis San Navarra*. 2008;31:197-200.