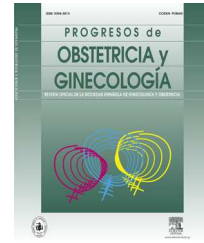


PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Endometriosis como causa de obstrucción intestinal tratada por vía laparoscópica



Carolina Guillén Morales*, Alberto Carabias Hernández, Miguel Ángel Hernández Bartolomé y José María Jover Navalón

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

Disponible en Internet el 16 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Endometriosis intestinal;
Obstrucción intestinal;
Laparoscopia

KEYWORDS

Intestinal endometriosis;
Small bowel obstruction;
Laparoscopy

Resumen La endometriosis intestinal es una causa poco frecuente de abdomen agudo que debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la obstrucción intestinal en mujeres fértiles con antecedentes de episodios repetidos de dolor abdominal. Presentamos un caso clínico de dicha patología, diagnosticada mediante laparoscopia exploradora ante un cuadro de obstrucción intestinal sin respuesta al tratamiento conservador.

© 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Endometriosis as a cause of bowel obstruction treated with laparoscopy

Abstract Intestinal endometriosis is a very uncommon cause of acute abdomen that must be included in the differential diagnosis of small bowel obstruction in young fertile women with a history of recurrent abdominal pain. We present a case of this disease diagnosed by exploratory laparoscopy in a patient with bowel obstruction and no response to conservative treatment.

© 2014 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La endometriosis es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, localizándose principalmente en superficie peritoneal y ovarios. El tracto gastrointestinal es una localización poco frecuente y puede cursar de forma asintomática, o manifestarse como una obstrucción intestinal.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 40 años, con una cesárea realizada hace 13 años y sin otros antecedentes médicos, ginecológicos o quirúrgicos de interés, que presenta episodios recurrentes y cíclicos de dolor abdominal epigástrico asociado a vómitos, de un año de evolución. Ingresó para estudio, con diagnóstico de suboclusión intestinal. En la exploración física se observa leve distensión abdominal; a la palpación presenta dolor abdominal difuso más acentuado en epigastrio y fosa iliaca derecha sin signos de irritación peritoneal. Analíticamente, parámetros dentro de la normalidad. En las radiografías de abdomen seriadas, destaca dilatación de asas de intestino

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cguillenmorales@gmail.com
(C. Guillén Morales).

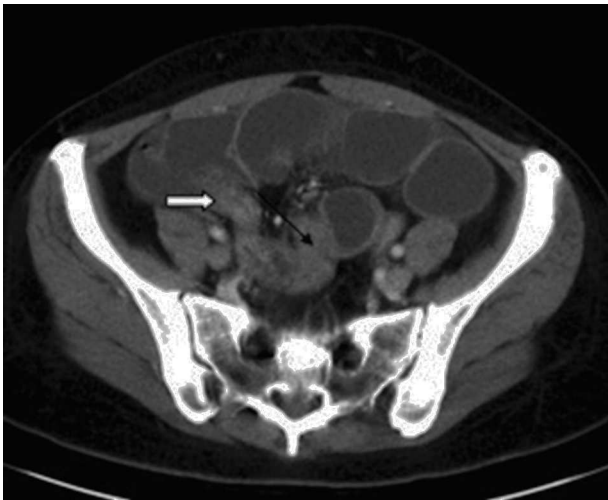


Figura 1 CT abdominal donde se observa dilatación de asas de intestino delgado, y cambio de calibre a nivel de íleon distal (flecha negra), a unos 10 cm de la válvula ileocecal (flecha blanca).

delgado, sin clara mejoría. Se realiza una ileocolonoscopia, sin hallazgos, y un CT abdominal a los 7 días del ingreso, que muestra obstrucción de intestino delgado con cambio de calibre a nivel de íleon distal (fig. 1).

Ante los hallazgos radiológicos y la persistencia de la sintomatología a pesar de tratamiento conservador con dieta absoluta, sueroterapia y analgesia iv, se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza laparoscopia exploradora, evidenciando torsión de íleon y engrosamiento mesentérico a 10 cm de la válvula ileocecal con dilatación de asas intestinales proximales; inflamación pélvica con hidrosalpinx bilateral sin observar implantes endometriósicos ni signos de infección. Se resecan 15 cm de íleon terminal (fig. 2), con posterior anastomosis termino-terminal y extracción de pieza a través de incisión de Mc Burney. La anatomía patológica de la pieza revela una endometriosis intestinal y en mesenterio, con volvulación de segmento intestinal (fig. 3).

La evolución posterior fue satisfactoria, iniciando tolerancia oral a los 4 días postoperatorios, dándose el alta al 7.º día postoperatorio sin complicaciones. En las revisiones posteriores, la paciente se mantuvo asintomática sin nuevos episodios de dolor abdominal ni suboclusión intestinal.



Figura 2 Íleon distal resecado (15 cm), con aspecto macroscópico de volvulación y mesenterio engrosado.

Discusión

La endometriosis es una de las patologías ginecológicas más frecuentes¹. La prevalencia oscila entre un 10-15% de las mujeres fértiles asintomáticas^{2,3}, llegando a estar entre el 20 y el 90% de las mujeres con dolor pélvico y/o infertilidad⁴.

Se caracteriza por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, localizándose principalmente en pelvis⁴. La endometriosis intestinal se presenta entre un 3,8 y un 37% de mujeres con endometriosis (12-15% de mujeres fértiles)^{3,5}, encontrándose en la literatura una prevalencia muy variable: rectosigma 50-90%, intestino delgado 2-16%, apéndice 3-18%, ciego 2-5%^{3,6}. La afectación ileal en concreto se encuentra en menos de un 7% de los casos^{1,7}. Además se ha asociado a pacientes con cesáreas previas, presentándose en la zona de la cicatriz en un 0,5%^{8,9}.

La endometriosis cursa generalmente de forma asintomática; en otras ocasiones se manifiesta con síntomas inespecíficos que dificultan el diagnóstico, como dolor abdominal recurrente asociado o no a la menstruación⁸, estreñimiento, diarrea, vómitos o retortijones, lo que obliga a hacer un diagnóstico diferencial con otras enfermedades como colon irritable, infecciones, colitis isquémica, enfermedad inflamatoria intestinal o neoplasias³. Se han descrito casos de

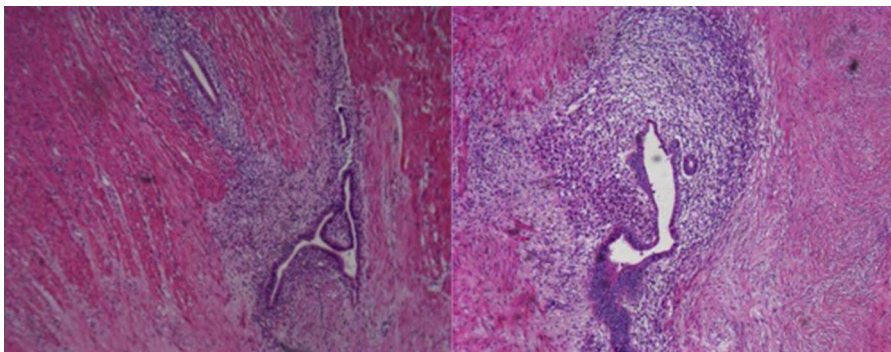


Figura 3 Endometriosis intestinal: se observa tejido endometrial (glándulas y estroma de endometrio), localizado en la capa muscular del intestino delgado.

obstrucción en menos de un 1% de los casos de endometriosis intestinal, siendo más frecuente en los de localización en rectosigmo, y menos de un 0,7% de localización en intestino delgado como en nuestro caso². El diagnóstico diferencial principal en estos casos debe hacerse con una enteritis tuberculosa, enterocolitis por *Yersinia*, tumores carcinoides, linfoma o enfermedad de Behçet⁷.

La historia clínica puede orientar la sospecha diagnóstica, aunque el diagnóstico de certeza se realiza tras una laparoscopia exploradora con la toma de biopsias y el análisis anatomopatológico^{1,4,5,7}.

El tratamiento médico en la endometriosis sintomática se realiza mediante supresión hormonal con danazol, esteroides antiprogestacionales, combinaciones de estrógenos y progesterona, agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) o antiinflamatorios no esteroideos⁹. En casos de obstrucción, sangrado o perforación, será necesario un tratamiento quirúrgico. El tratamiento médico postquirúrgico no ha demostrado beneficios, tal y como se describe en un metaanálisis¹⁰.

En conclusión, la endometriosis intestinal es una entidad poco frecuente, que debería considerarse en los diagnósticos diferenciales ante un dolor abdominal inespecífico asociado a la menstruación en mujeres jóvenes en edad fértil, con historia previa de cesárea y/o infertilidad. La laparoscopia puede ser una buena opción diagnóstico-terapéutica ante la sospecha de dicha entidad clínica.

Responsabilidades éticas

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Asanza-Llorente JA, Serrano-Egea A, López-López A, García-Aparicio M, Calderón-Duque T, Timón-Peralta J. Enterovesical fistula and intestinal obstruction by ileal endometriosis. *Rev Esp Enferm Dig.* 2013;105:504–6.
2. Upreti S, Bansal R, Upreti S, Mathur S. Stromal endometriosis of the intestine: an elusive presentation with a review of the literature: a case report. *J Clin Diagn Res.* 2013;7:378–80.
3. Tong YL, Chen Y, Zhu SY. Ileocecal endometriosis and a diagnosis dilemma: a case report and literature review. *World J Gastroenterol.* 2013;19:3707–10.
4. García Manero M, Olartecoechea B, Royo Manero P, Aubá M, López G. Endometriosis. *Rev Med Univ Navarra.* 2009;53:4–7.
5. Ruiz-Tovar J, Pina Hernández JD, Lobo Martínez E, Sanjuanbenito Dehesa A, Martínez Molina E. Endometriosis intestinal. *Rev Esp Enferm Dig.* 2007;99:730–41.
6. Gonzalez R, Cires M, Jimenez FJ, Rubio T. Endometriosis intestinal. *An Sist Sanit Navar.* 2008;31:197–200.
7. Karaman K, Pala EE, Bayol U, Akman O, Olmez M, Unluoglu S, et al. Endometriosis of the terminal ileum: a diagnostic dilemma. *Case Rep Pathol.* 2012;2012:742035.
8. De Ceglie A, Bilardi C, Bianchi S, Picasso M, di Muzio M, Trimarchi A, et al. Acute small bowel obstruction caused by endometriosis: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2008;14:3430–4.
9. Ruiz R, Pacheco M, Oliden O. Endometriosis de ileon como causa de obstrucción intestinal. Presentación de un caso. *An Med Interna.* 2008;25:307–8.
10. Yap C, Furness S, Farquhar C. Pre and post operative medical therapy for endometriosis surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;CD003678.