

ENDOMETRIOSIS COMO CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

J.M. Vázquez-Morón, M. Cabanillas-Casafranca, B. Benítez-Rodríguez, H. Pallarés-Manrique, M. Ramos-Lora

Sección de Aparato Digestivo. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Resumen

Presentamos el caso de una paciente de 32 años con vómitos y dolor en fosa iliaca derecha, con claros signos de peritonismo en la exploración. En TAC de abdomen se observó imagen nodular intraluminal a nivel de íleon terminal procediéndose a intervención quirúrgica por persistencia del cuadro obstructivo. El estudio histológico constató el diagnóstico de endometriosis intestinal.

Palabras clave: Endometriosis. Obstrucción intestinal.

Introducción

La obstrucción intestinal consiste en la detención del tránsito intestinal, de forma completa y persistente, en algún punto del intestino delgado o grueso, siendo su origen

mecánico. Una causa muy poco frecuente es la presencia de endometriosis a nivel ileal.

Descripción

Mujer de 32 años de edad, con antecedentes de intervención quirúrgica por hernia cervical y resección de fibroadenoma en mama derecha hacía un año. Acudió a urgencias por presentar, desde doce horas antes, dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha, acompañado de varios episodios de vómitos alimenticios sin trastorno del hábito intestinal. En la exploración destacaba temperatura de 37°C, dolor a la palpación en hipocondrio derecho con Blumberg positivo y maniobra del psoas también positiva. Presentaba valores analíticos (hemograma, bioquímica y tiempos de coagulación) en rango de normalidad. Se solicitó TAC abdominal urgente en el que se observó a nivel de íleon terminal una imagen nodular, sólida, intraluminal, de 2 cms de diámetro máximo (**Figura 1**) que provocaba una dilatación secundaria de asas de delgado hasta yeyuno distal. Se apreciaba además líquido libre entre asas y en pelvis menor. Con el diagnóstico de cuadro obstructivo secundario a tumoración en íleon terminal fue ingresada en la planta de hospitalización de Digestivo. La paciente no presenta

CORRESPONDENCIA

Juan María Vázquez Morón
Sección de Aparato Digestivo
Hospital Juan Ramón Jiménez
Ronda Exterior Norte S/N. 21005. Huelva.
Teléfono fijo: 959101238
juanma_cartaya@hotmail.com

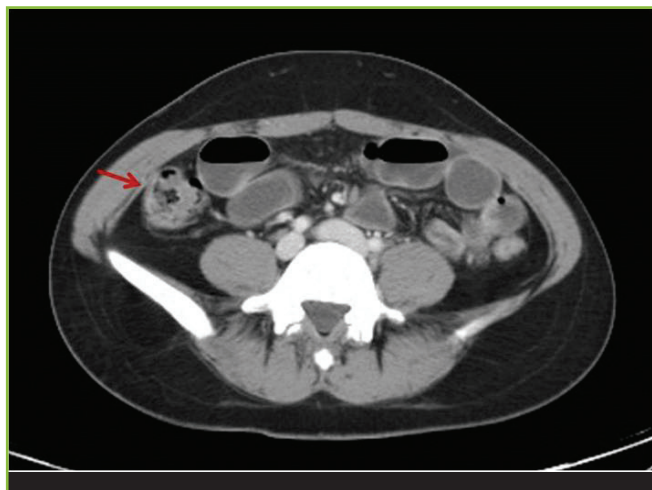


Figura 1

Tumoración nodular intraluminal a nivel de íleon terminal.

mejoría de la clínica a pesar de instaurarse tratamiento con dieta absoluta, sonda nasogástrica y analgesia, continuando con episodios eméticos y dolor abdominal, por lo que se procedió a realizar intervención quirúrgica de urgencia. Ésta consistió en la realización de una resección del íleon terminal prevalvular con anastomosis laterolateral y se completó con la extirpación de 5 ganglios linfáticos. Tras la intervención presentó una buena evolución, cediendo la clínica y tolerando la dieta oral. En el estudio anatomopatológico se apreció una formación nodular de 2 cm con bordes de aspecto infiltrante, que partía desde el meso intestinal, deformando la mucosa y obstruyendo parcialmente la luz ileal, siendo el diagnóstico histológico de endometriosis intestinal (Figuras 2 y 3) con infiltración en uno de los ganglios linfáticos extirpados.

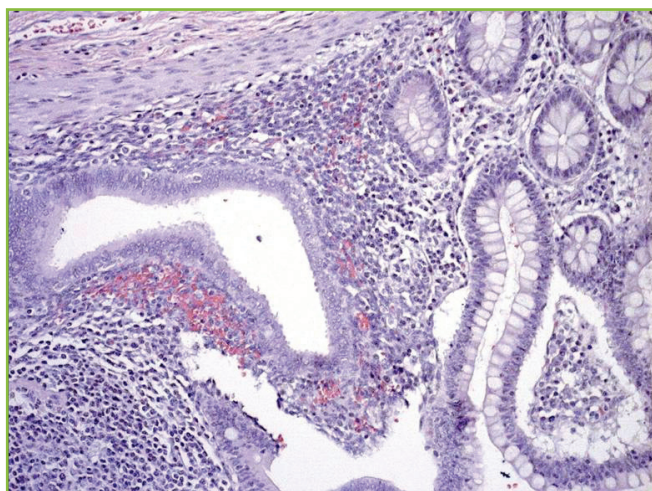


Figura 2

Detalle de las glándulas endometriales englobadas en la mucosa intestinal. A la derecha se observa epitelio glandular con células caliciformes y absorptivas características del intestino grueso normal y a la izquierda glándulas de tipo endometriode con células cilíndricas rodeadas de estroma endometrial.

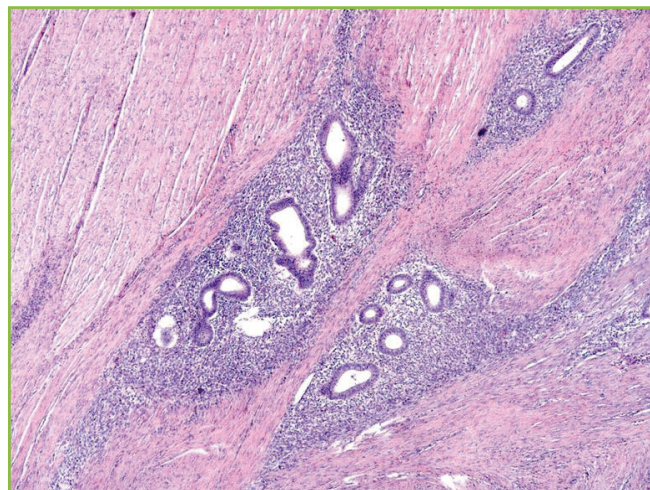


Figura 3

Imagen histológica en la que se observan islotes de endometrio ectópico en la capa muscular del íleon.

Discusión

La endometriosis es un trastorno ginecológico crónico, benigno y frecuente entre las mujeres en edad fértil. Se caracteriza por la presencia de tejido endometrial funcional fuera del útero, pudiéndose implantar y crecer en la capa serosa de los órganos abdominales y pélvicos, siendo infrecuente que se afecte la mucosa^{1,2}. La afectación intestinal puede presentarse entre 3-37% de los casos de endometriosis, siendo la localización a nivel de íleon terminal muy infrecuente (1-7%). La presentación clínica suele ser inespecífica, manifestándose como dolor abdominal y/ o pélvico que aparece o se exagera con la menstruación, diarrea, náuseas, vómitos o distensión abdominal. La obstrucción intestinal generalmente acontece cuando la endometriosis afecta a íleon, como ocurre en nuestro caso, requiriendo resección de intestino delgado por obstrucción intestinal sólo el 0,7% de estos casos. Las pruebas de imagen radiológicas muestran habitualmente una zona de estenosis o lesión tumoral así como un nivel donde se encuentra la lesión, si bien el diagnóstico de certeza es anatomopatológico, tras toma de muestras por colonoscopia, estudio abdominal por vía laparoscópica o tras resección de los segmentos intestinales afectados⁴. El tratamiento de la endometriosis intestinal no complicada depende de la edad y el deseo de paridad de la paciente. En pacientes en edad fértil, la resección del segmento intestinal involucrado seguida de tratamiento hormonal con danazol o agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas suele presentar buenos resultados⁵. En nuestro caso, se realizó resección quirúrgica del segmento intestinal afecto y posteriormente se remitió a consulta de Ginecología y Obstetricia.

Como conclusión final podemos decir que la endometriosis es una causa muy poco frecuente de obstrucción intestinal que debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de los cuadros obstructivos en mujeres en edad fértil, máxime si estos episodios vienen precedidos de historia de dismenorrea, metrorragia o estudio de infertilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weed JC, Ray JE. Endometriosis of the bowel. *Obstet Gynecol* 1987; 69:727.
2. Pereira RM, Zanatta A, Preti CD, et al. Should the gynecologist perform laparoscopic bowel resection to treat endometriosis? Results over 7 years in 168 patients. *J Minim Invasive Gynecol* 2009; 16:472.
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: 525-526.
4. Scarmato VJ, Levine MS, Herlinger H, Wickstrom M, Furth EE, Tureck RW. Ileal endometriosis: radiographic findings in five cases. *Radiology* 2000; 214: 509-512.
5. Vercellini P, Crosignani PG, Abbiati A, et al. The effect of surgery for symptomatic endometriosis: the other side of the story. *Hum Reprod Update* 2009; 15:177.