

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ENDOMETRIOSIS RECTOSIGMOIDEA

A. Flores-Cucho¹, J.M. Valladolid-León¹, K.M. Rodríguez-Gallardo², M.L. Reyes-Díaz³,
Á. Caunedo-Álvarez¹, M. Romero-Gómez¹

¹UGC Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

²UGC Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

³UGC Cirugía General. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 39 años, que aqueja dolor abdominal intermitente asociado a gran pérdida de peso en 4 meses de evolución, acude a urgencias con cuadro clínico y radiológico que sugirió obstrucción intestinal. Se realizó laparotomía exploradora reseccandose porción de colon derecho, sigma distal y recto proximal. El estudio histológico de la pieza quirúrgica reveló fibrosis de recto-sigma con presencia de glandulas endometriales secundario a endometriosis rectosigmoidea. La endometriosis como afectación digestiva debe considerarse en el diagnóstico diferencial de todas las mujeres en edad fértil con dolor abdominal intermitente u obstrucción intestinal, aunque no tengan síntomas perimenstruales.

Palabras clave: Endometriosis intestinal.

Abstract

We report the case of a 39 year-old woman with intermittent abdominal pain associated with severe weight loss in four months, who came to the emergency services with clinical and radiological manifestations suggesting intestinal obstruction. The patient underwent a laparotomy with the right portion of the

colon, proximal rectum and distal sigmoid colon being resected. Histology of the surgical specimen showed the existence of fibrosis of rectosigmoid with presence of endometrial glands secondary to rectosigmoid endometriosis. Endometriosis with gastrointestinal involvement should be considered in the differential diagnosis of all women of childbearing age with intermittent abdominal pain or bowel obstruction, even without perimenstrual symptoms.

Key words: Intestinal endometriosis.

Introducción

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcional fuera del revestimiento de la mucosa del útero. Diversas series refieren que entre el 15-37% de mujeres afectadas de endometriosis presentan afectación del tracto gastrointestinal siendo la localización más frecuente la unión rectosigmoidea¹.

Caso clínico

Paciente mujer de 39 años, nulípara, con antecedente de endometriosis ovárica y quistectomía por laparotomía en 2003. Presenta episodios intermitentes de dolor abdominal difuso, náuseas y vómitos, asociado a pérdida de 17 kg. de peso en 4 meses de evolución y estreñimiento de reciente instauración, motivo por el cual acude a urgencias. No refiere dispareunia, dismenorrea ni rectorragia.

CORRESPONDENCIA

Alexander Flores Cucho
alefix1@hotmail.com



Figura 1 ~~~~~

TAC Abdomen: dilatación de asas de ID con contenido hidroaéreo hallazgos compatibles con obstrucción intestinal.

A la inspección presentaba regular estado general, con tensión arterial 125/90 mmHg. y frecuencia cardíaca de 92 latidos/min. El Abdomen era doloroso a la palpación profunda, timpánico, sin signos de irritación peritoneal peritonismo y ruidos hidroaéreos aumentados. La analítica fue normal. En la radiografía simple de abdomen se apreciaba dilatación de intestino delgado. Se realizó TAC abdómino-pélvico que mostró hallazgos compatibles con obstrucción intestinal (Figura 1). Se instauró tratamiento conservador con dieta absoluta y colocación de sonda nasogástrica. Al cuarto día de su ingreso la paciente continuó con dolor abdominal y ausencia de emisión de gases y heces; en la radiografía de abdomen tras protocolo de gastrografín se observó contraste en asas de delgado sin alcanzar marco cólico, con gran dilatación de intestino delgado, por lo que se decidió intervención quirúrgica urgente. Durante el acto quirúrgico se encontró estenosis de la válvula de Bauhin y tumoración rectosigmoidea estenosante. Se realizó hemicolecotomía derecha, anastomosis ileocólica manual laterolateral y rectosigmoidectomía con anastomosis mecánica. El estudio histológico de la pieza quirúrgica demostró endometriosis rectosigmoidea (Figura 2). y cambios inflamatorios inespecíficos a nivel de la válvula de Bauhin e ileon atribuible a cuadro obstructivo. La paciente evolucionó favorablemente, desapareciendo los síntomas que motivaron su ingreso.

Discusión

La endometriosis afecta al 10-15% de las mujeres premenopáusicas. La endometriosis intestinal por lo general es asintomática pero se pueden presentar con síntomas inespecíficos, tales como dolor abdominal, náuseas, vómitos, dolor pélvico, dispareunia y dismenorrea^{2, 3}. La endometriosis colorrectal puede manifestarse con clínica de obstrucción intestinal^{4, 5}. No siempre la sintomatología digestiva se asocia a síntomas perimenstruales, como así fue el caso de nuestra paciente, que presentó un cuadro de obstrucción intestinal en ausencia de ellos.

El mecanismo hipotético que conduce a la obstrucción intestinal es que el tejido endometrial ectópico o implante responde a la estimulación hormonal ovárica en forma cíclica, que

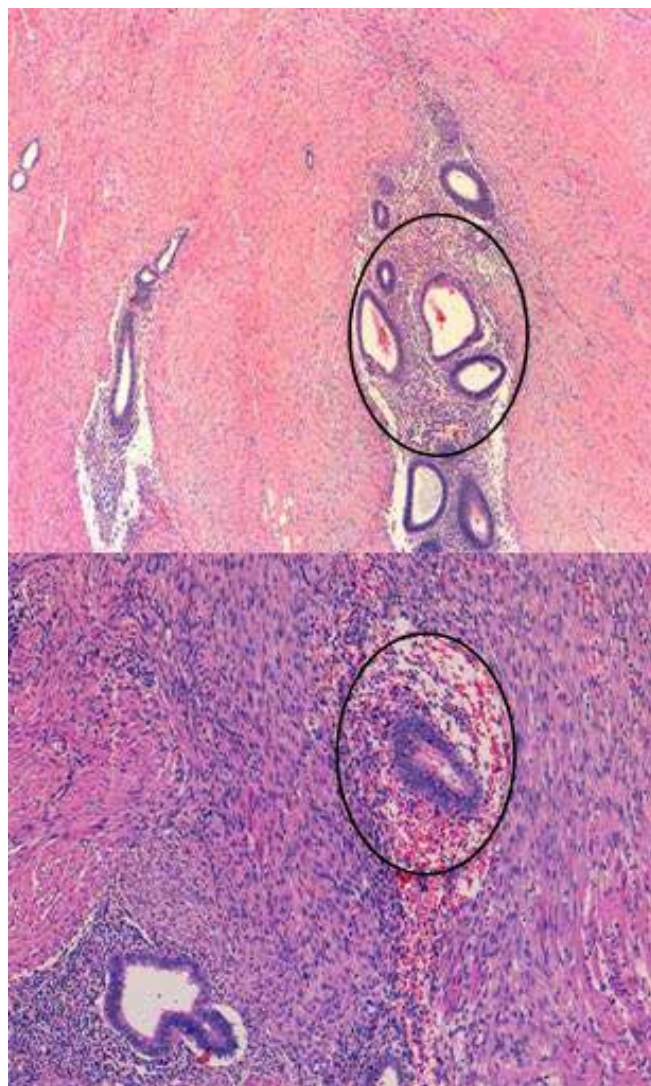


Figura 2 ~~~~~

Focos de endometriosis caracterizado por glándulas endometriales con estroma circundante en sigma.

conduce a la inflamación, fibrosis, metaplasia e hiperplasia del músculo liso intestinal que puede involucrar la serosa, submucosa y ocasionalmente la mucosa⁶. Esto puede producir una obstrucción mecánica intestinal por invaginación o vólvulo, dato característico que presentó nuestra paciente por estenosis debido a fibrosis de la pared intestinal por endometriosis rectosigmoidea.

Si bien la tomografía computarizada puede ser útil en el diagnóstico, la resonancia magnética parece la técnica de imagen más sensible para el diagnóstico de la endometriosis intestinal⁷. La colonoscopia no ha demostrado ser una herramienta de diagnóstico útil, pero todavía se recomienda en la mayoría de los pacientes con sospecha de endometriosis para descartar afectación de la mucosa y presencia de lesiones malignas con ayuda de la biopsia si es necesario. La confirmación histopatológica requiere la presencia tanto de tejido glandular como estromal. La laparoscopia ofrece la mejor oportunidad para el diagnóstico de esta enfermedad, con una sensibilidad global del 97% y a pesar de su invasividad tiene especificidad de sólo el 77%⁸.

El tratamiento de la endometriosis colorrectal es eliminar el tejido endometrial y mejorar los síntomas⁹. El tratamiento médico con danazol, hormonas liberadoras de gonadotropina y los inhibidores de prostaglandina están contraindicados para los pacientes que desean quedar embarazadas y no es siempre eficaz para la endometriosis obstructiva colorrectal. La cirugía es necesaria para los pacientes con endometriosis colorrectal obstructiva. La tasa de embarazo después de la cirugía es de 49%, lo que apoya firmemente el tratamiento quirúrgico de la endometriosis colorrectal¹⁰. En nuestro caso dado la clínica obstructiva se realizó tratamiento quirúrgico con evolución favorable y desaparición de los síntomas.

En resumen, la endometriosis intestinal es una patología relativamente poco frecuente. Su diferenciación con la enfermedad neoplásica, especialmente de colon, puede ser difícil a pesar de los hallazgos endoscópicos y radiológicos. Debe considerarse especialmente como parte del diagnóstico diferencial en la obstrucción intestinal de mujeres en edad fértil sin causa evidente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yantiss RK, Clement PB, Young RH. Endometriosis of the intestinal tract: a study of 44 cases of a disease that may cause diverse challenges in clinical and pathologic evaluation. *Am J Surg Pathol*. 2001;25: 445-454.
2. Yoshida M, Watanabe Y, Horiuchi A, Yamamoto Y et al. Sigmoid colon endometriosis treated with laparoscopy-assisted sigmoidectomy: Significance of preoperative diagnosis. *World J Gastroenterol*. 2007 Oct 28;13(40):5400-2.
3. Pisanu A, Deplano D, Angioni S, Ambu R, Uccheddu A. Rectal perforation from endometriosis in pregnancy: case report and literature review. *World J Gastroenterol*. 2010;16:648-651.
4. Katsikogiannis N, Tsaroucha AK, Dimakis K, Sivridis E, Simopoulos CE. Rectal endometriosis causing colonic obstruction and concurrent endometriosis of the appendix: a case report. *J Med Case Reports*. 2011;5:320.
5. Ono H, Honda S, Danjo Y, Nakamura K, Okabe M, Kimura T, Kawakami M, Nagashima K, Nishihara H. Rectal obstruction due to endometriosis: A case report and review of the Japanese literature. *Int J Surg Case Rep*. 2014;5(11):845-848.
6. Itoga T, Matsumoto T, Takeuchi H, Yoshiyama H, Nishikawa J, Nakamura H. Fibrosis and smooth muscle metaplasia in rectovaginal endometriosis. *Path Int*. 2003;53 (June (6)):371-375.
7. Bazot M, Darai E, Hourani R, Thomassin I, Cortez A, Uzan S, Buy JN. Deep pelvic endometriosis: MR imaging for diagnosis and prediction of extension of disease. *Radiology*. 2004;232:379-389.
8. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R. ESHRE guideline on diagnosis and management of endometriosis. *Hum Reprod*. 2005;20(10):2698-2704.
9. Giudice LC. Clinical practice: endometriosis. *N Engl J Med*. 2010;362:2389-2398.
10. Bailey HR, Ott MT, Hartendorp P. Aggressive surgical management for advanced colorectal endometriosis. *Dis Colon Rectum*. 1994;37:747-753.