

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DE INSTAURACIÓN SUBAGUDA POR ENDOMETRIOSIS ILEAL: LA IMPORTANCIA DE LOS ANTECEDENTES PERSONALES.

SUBACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION PRODUCED BY ILEAL ENDOMETRIOSIS: THE IMPORTANCE OF PERSONAL HISTORY.

J.P. Roldán-Aviña, F. Muñoz-Pozo, S. Merlo-Molina, L. Vargas-Pueso, A. Aparcero-Fuentes

Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla.

Resumen

La presencia de tejido funcional endometrial ectópico extrauterino define a la endometriosis, no siendo habitual la afectación intestinal. Presentamos el caso de una mujer con un cuadro de suboclusión intestinal progresiva secundaria a estenosis-adherencia ileal por foco de endometriosis, que no se sospechó como posible causa al no estar recogido en los antecedentes personales de la paciente que realizaba sus revisiones ginecológicas en un centro privado.

Palabras clave: obstrucción intestinal, endometriosis, abdomen agudo.

Abstract

The presence of endometrial ectopic functional tissue outside the uterine cavity defines endometriosis, and intestinal involvement is not usual. We present the case of a woman with

a progressive intestinal subocclusion secondary to ileal stenosis-adherence due to endometriosis focus, which was not suspected as a possible cause since it was not included in the patient's personal history who performed gynecological examinations in a private center.

Keywords: intestinal obstruction, endometriosis, acute abdomen.

Introducción

La endometriosis se define por la presencia de un tejido similar al de la mucosa endometrial, tanto estructural como funcionalmente, en lugares distintos al que fisiológicamente ocupa en el endometrio^{1,2}. Su localización más frecuente es a nivel del peritoneo pélvico, y rara vez afecta al íleon terminal³. Puede producir síntomas obstructivos por estenosis del segmento afectado, invaginación o vólvulo de un asa secundario a adherencias. Menos del 1% de las pacientes precisan de resección intestinal para resolver el cuadro³.

Caso clínico

Paciente mujer de 39 años, que acudió a Urgencias por un cuadro de 48 horas de evolución consistente en diarrea inicial y posteriormente vómitos y dolor abdominal difuso tipo retortijón intenso. Febrícula de hasta 37,7°C. No transgresión dietética. Entre sus antecedentes de interés destacan tiroidectomía total por enfermedad

CORRESPONDENCIA

Juan Pastor Roldán Aviña
Hospital de Alta Resolución de Écija
41400 Écija (Sevilla)
jproldan@aecirujanos.es

Fecha de envío: 02/03/2019

Fecha de aceptación: 24/03/2019

de Graves-Basedow, colecistectomía laparoscópica, dos legrados por aborto y parto por cesárea. Realiza tratamiento con levotiroxina 137 mcg/día.

A la exploración física presentaba ligera distensión del abdomen, con dolor no focalizado y sin signos de irritación peritoneal. Presentaba cicatrices de colecistectomía laparoscópica y de cesárea (Pfannestiel) sin hernias. A la auscultación aumento del peristaltismo, sin llegar a ser de lucha.

La analítica de urgencias mostraba normalidad tanto en el hemograma, como en la bioquímica y el estudio de coagulación.

En la radiografía de abdomen (dos proyecciones) se apreciaban niveles hidroaéreos y dilatación de asas de intestino delgado (**Figura 1A**).

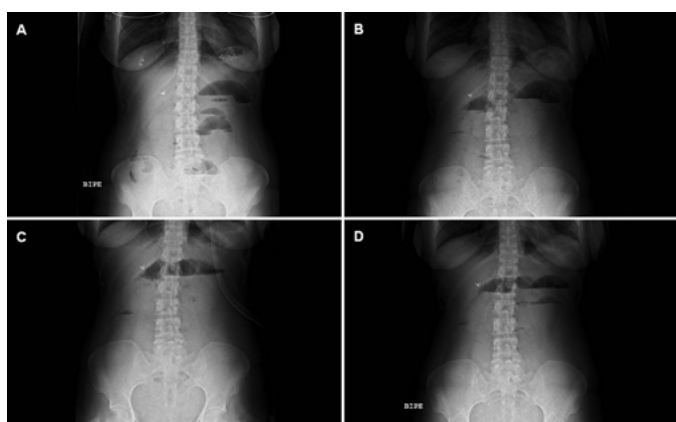


Figura 1

Radiografía de abdomen en bipedestación. Se aprecia evolución del cuadro obstructivo entre A (al ingreso) y D (96 horas tras el ingreso).

Ante la sospecha de un cuadro suboclusivo/obstructivo de probable origen adherencial, la paciente ingresó a cargo de Cirugía, con tratamiento conservador: descompresión con SNG, reposición hidroelectrolítica y analgesia, no se consideró necesaria la realización de TAC de abdomen por la mejoría que presentó la paciente desde su llegada a Urgencias.

La evolución en planta inicialmente fue buena, desapareciendo el dolor y la distensión abdominal y presentando escasas deposiciones diarreas sin productos patológicos. Por persistir niveles hidroaéreos en la radiografía de control se solicitó TAC de abdomen (**Figuras 2 y 3**) que informaba de una obstrucción de intestino delgado con afectación de yeyuno-íleon con transición de calibre en el íleon distal a unos 10 cm de la unión ileocecal, sin evidencia de anomalías que justificaran una obstrucción mecánica, a considerar la posibilidad de bridas postquirúrgicas, con una discreta cantidad de líquido libre intraabdominal.

En las siguientes 48 horas la evolución clínica era estacionaria, manteniendo deposiciones diarreas, sin mejoría en los controles radiológicos (**Figuras 1B y 1C**). A las 72 horas del ingreso, la paciente volvió a presentar dolor abdominal y distensión abdominal

con claro empeoramiento radiológico (**Figura 1D**) por lo que se indicó tratamiento quirúrgico urgente. En la laparotomía exploradora se encontró una adherencia firme entre dos asas de íleon (**Figura 4**) que deja un paso filiforme, por lo que se realizó resección intestinal del segmento afecto y anastomosis término-terminal monopiano con sutura de polipropileno 3/0.

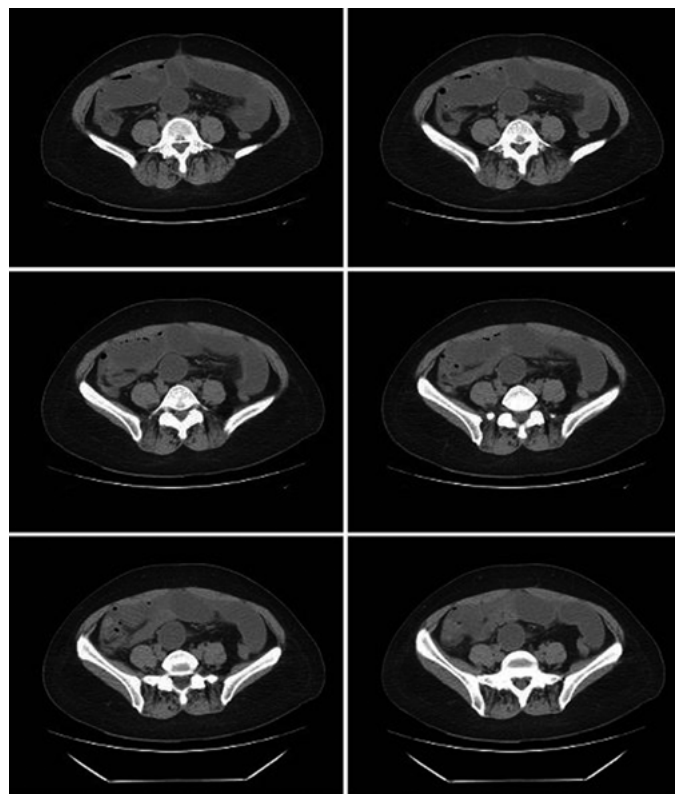


Figura 2

TAC de abdomen (cortes axiales) con dilatación de asas de intestino delgado (yeyuno e íleon).

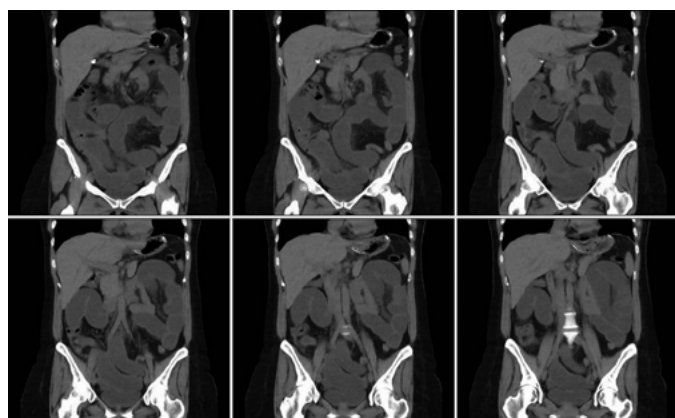


Figura 3

TAC de abdomen (cortes coronales) con obstrucción de intestino delgado con transición de calibre en el íleon distal a unos 10 cm de la unión ileocecal por probable brida.

El postoperatorio cursó sin incidencias con alta hospitalaria a los ocho días de la operación.

Con la paciente aún ingresada llegó el resultado de anatomía patológica que informaba de un foco de endometriosis. Al interrogar la paciente, nos comentó que su único embarazo fue a través de una FIV debido una endometriosis ovárica. Al haber realizado el procedimiento en un centro privado, no constaba entre sus antecedentes personales.



Figura 4 Imagen intraoperatoria con adherencia entre dos asas de intestino delgado por tumoración firme extraluminal.

En el posterior seguimiento en consultas no presentó ninguna complicación y continúa en seguimiento por Ginecología dos años después del episodio.

Discusión

La endometriosis es una enfermedad que puede afectar hasta un 4-17% de las mujeres en edad fértil^{1,2}, con un pico entre los 30-40 años³. Los antecedentes de esterilidad o de parto por cesárea llegan suponen entre el 30-40% de los casos^{2,3}. Del total de mujeres con endometriosis la afectación intestinal es muy variable¹ afectando sobre todo al recto-sigma (72%) y muy escasamente al intestino delgado (7%)³. La etiología de la endometriosis sigue siendo desconocida con diversas teorías aún no demostradas^{2,4,5}.

Los casos que debutan con obstrucción intestinal son muy raros^{1,5,6} y aunque se desconoce la incidencia real, suponen menos del 1% de los casos de endometriosis publicados^{3,7} y el 0,7% de las intervenciones quirúrgicas por endometriosis^{3,7}. Las causas de la obstrucción puede ser⁶: angulación del asa intestinal afectada, presión directa del implante sobre la luz (estenosis) o invaginación intestinal. En la mayoría de los casos existe componente de estenosis secundario a la hiperplasia del músculo liso y a la fibrosis del tejido glandular ectópico⁶.

En aquellos casos que se presentan como obstrucción intestinal el diagnóstico diferencial suele establecerse entre bridas/adherencias, enfermedad de Crohn, tuberculosis intestinal e incluso tumores digestivos³. La radiología simple¹ muestra un patrón de obstrucción con dilatación de asas y niveles hidroaéreos, lo mismo que el TAC de abdomen que en ocasiones puede mostrar el nivel de la obstrucción^{2,4}. Parece de más utilidad es uso de la resonancia magnética^{1,3} para el diagnóstico de endometriosis como causa de la obstrucción aunque su uso no se ha generalizado.

El manejo inicial suele ser conservador, y en aquellos casos en los que se sospeche la endometriosis como causa se puede añadir tratamiento hormonal^{1,2}. Cuando no se resuelva el cuadro deberá realizarse tratamiento quirúrgico para eliminar los segmentos afectados y restaurar el tránsito digestivo^{1,4-6}. El diagnóstico definitivo será mediante confirmación histopatológica¹.

Tras la cirugía se recomienda mantener tratamiento con danazol o análogos de la GnRH que favorecen la involución de los implantes^{1,5}.

Podemos concluir que, en aquellos casos de obstrucción intestinal en mujeres en edad reproductiva, con problemas de esterilidad o antecedentes de cesárea, o ya con diagnóstico de endometriosis, deberemos sospechar como posible causa un implante intestinal.

Bibliografía

1. Sali PA, Yadav KS, Desai GS, Bhole BP, George A, Samir AG et al. Small bowel obstruction due to an endometriotic ileal stricture with associated appendiceal endometriosis: a case report and systematic review of the literature. *Int J Surg Case Rep* 2016; 23: 163-168. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.04.025>
2. López JA, Margarito JJ, Guzmán F, Fernández JP, Wimber M. Obstrucción intestinal por endometriosis. *Acta Med Grupo Angeles* 2016; 14: 248-250. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032016000400248
3. Mishra G, Vats M, Pandey D, Akhtar A. Small bowel obstruction due to subserosal endometriosis: an elusive condition. *Int Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2016; 5: 907-912. Disponible en <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20160610>

4. Agarwal K, Sehgal S, Bargotya M. Incomplete small bowel obstruction due to isolated endometriosis: a mimic of tuberculosis. J Obstet Gynaecol India 2016; 66: s642-s644. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s13224-015-0789-3>

5. Duduyemi BM, Owusu-Afriyie O, Bohene P, Titiloye AN, Ossei SP, Adjei EK et al. Intestinal obstruction from multifocal endometriosis: a case report and review of literatura. Journal of Surgery 2014; 2: 101-104. Disponible en <http://dx.doi.org/10.11648/j.js.20140206.15>

6. Chowdhury AT, Yue Z. Bowel endometriosis. J Gastrointest Dig Sys 2014; 4: 186. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4172/2161-069X.1000186>

7. Chhabra P, Rao C, Singh H, Sharma V, Modi M, Yadav M et al. Endometriosis causing bowel obstruction. Tropical Gastroenterol 2013; 34: 188-191. Disponible en <http://dx.doi.org/10.7869/tg.130>