

OBSTRUCCIÓN DE ÍLEON DISTAL POR ENDOMETRIOSIS

Sergio Adalberto Novotny Canals, Vidina Aurora Rodrigo Amador, Fernando Piniella García, Raquel Grajal Merino, Pawel Zbigniew Malec, Basher Salim Abdelgader, Mohamed Sayyad Al Fayz.

Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero. Burgos. España.

Correspondencia: sergionovotny@hotmail.com (Sergio Novotny Canals).

ABSTRACT:

Introducción y objetivos: Describir el diagnóstico y tratamiento de la obstrucción intestinal por endometriosis basándonos en un caso clínico.

Material y métodos: mujer con vómitos periódicos y estreñimiento pertinaz. En la TAC dilatación de intestino delgado con colapso de íleon terminal. Cirugía exploratoria por empeoramiento en la que se encuentran asas de intestino delgado de hasta 7 cm de diámetro, sin bridas hasta íleon distal, los últimos 25 cm completamente colapsados. Se realiza resección ileo-cecal, y el postoperatorio transcurre sin incidencias. Anatomía patológica: endometriosis intestinal que afecta la serosa y capa muscular del íleon terminal, ausencia de malignidad y linfadenitis crónica reactiva inespecífica.

Discusión: La endometriosis es una entidad clínica frecuente. Se define por la presencia de tejido endometrial en lugares ectópicos. Se acompaña de esterilidad en el 30-40% de los casos. El síntoma clínico más característico es la dispareunia intramenstrual. Otros síntomas son: dolor abdominal difuso, dolor rectal, náuseas, vómitos, diarrea, tenesmo, hemorragia digestiva baja y estreñimiento.

Los cuadros obstructivos son raros, pero más frecuentes en colon que en intestino delgado. La presencia de endometriosis en íleon terminal es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, pero hay que elevar el índice de sospecha en pacientes jóvenes, sin cirugías previas y con antecedentes de períodos menstruales dolorosos asociados a distensión abdominal y estreñimiento crónico. Frecuentemente el diagnóstico se realiza durante la cirugía, y obliga a laparotomías diagnósticas con resecciones intestinales ocasionalmente amplias.

Conclusiones: La endometriosis como causa de obstrucción intestinal debe considerarse en toda paciente en edad fértil, ante un cuadro de obstrucción intestinal sin antecedentes quirúrgicos.

Palabras clave: Endometriosis. Obstrucción intestinal. Endometriosis intestino delgado.

PRESENTACIÓN Y COMENTARIOS DEL CASO:

Introducción y objetivos:

Describir el diagnóstico y tratamiento de una causa poco frecuente de obstrucción intestinal, la endometriosis.

Caso clínico:

Presentamos el caso de una paciente mujer de 40 años de edad, con antecedentes personales de apendicectomía en la infancia, migraña y trastorno de somatización en tratamiento psiquiátrico.

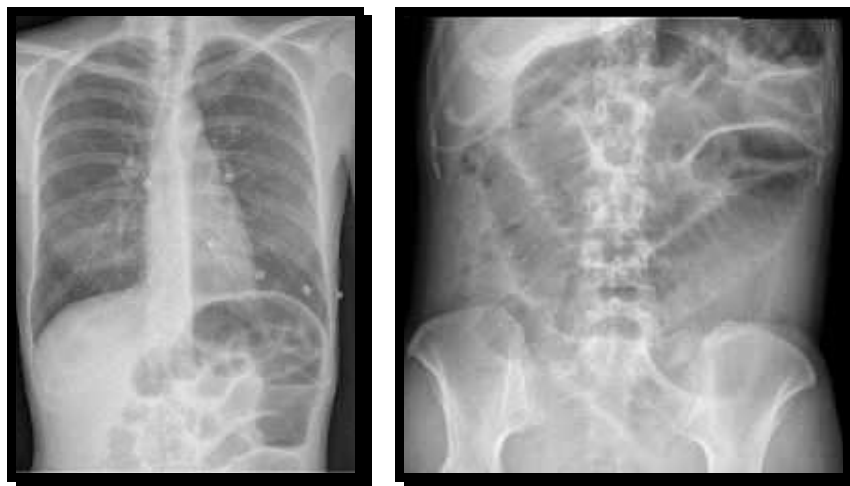
Es remitida a la Consulta Externa de Cirugía por estreñimiento pertinaz de meses de evolución (última deposición 7 días antes, con heces caprinas), con

pérdida de 10 Kg. en los últimos 6 meses, todo ello agravado en las últimas dos semanas. Por ello se decide ingreso para iniciar tratamiento sintomático, soporte nutricional y completar el estudio. Al ingreso presenta una buena tolerancia oral.

A la exploración se objetiva distensión abdominal moderada-severa. Cicatriz de apendicectomía no complicada. Orificios herniarios libres y tacto rectal normal.

En la analítica no presenta alteraciones a nivel de: Hemograma, bioquímica y coagulación; los marcadores tumorales son normales y las serologías para VHB, VHC y VIH negativas.

En la radiografía de abdomen se visualizan abundantes niveles hidroaéreos de intestino delgado (ver **figuras 1, 2**).



Figuras 1 (izquierda) radiología simple de tórax y de abdomen (**figura 2**, derecha): se aprecia dilatación intestinal y abundantes niveles hidroaéreos de intestino delgado.

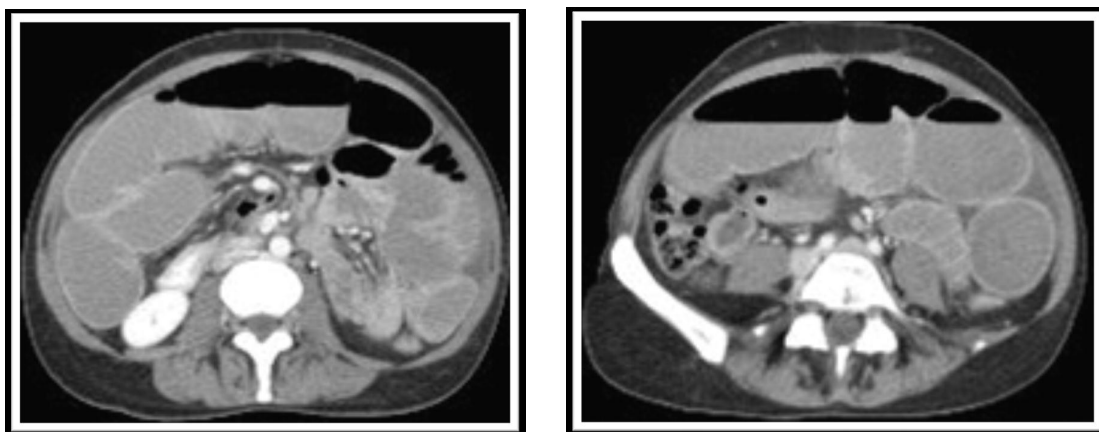
En la TAC destaca dilatación marcada y global del intestino delgado, desde yeyuno hasta íleon distal-terminal, estando esta última porción completamente colapsada, y no objetivándose patología intrínseca (ver **figuras 3-6**).

Debido al empeoramiento tanto clínico, con intolerancia digestiva, como de los estudios complementarios, se propone intervención quirúrgica urgente (laparotomía

exploradora), por cuadro compatible con obstrucción intestinal de probable origen adherencial, debido a los antecedentes de cirugía previa que la paciente acepta.

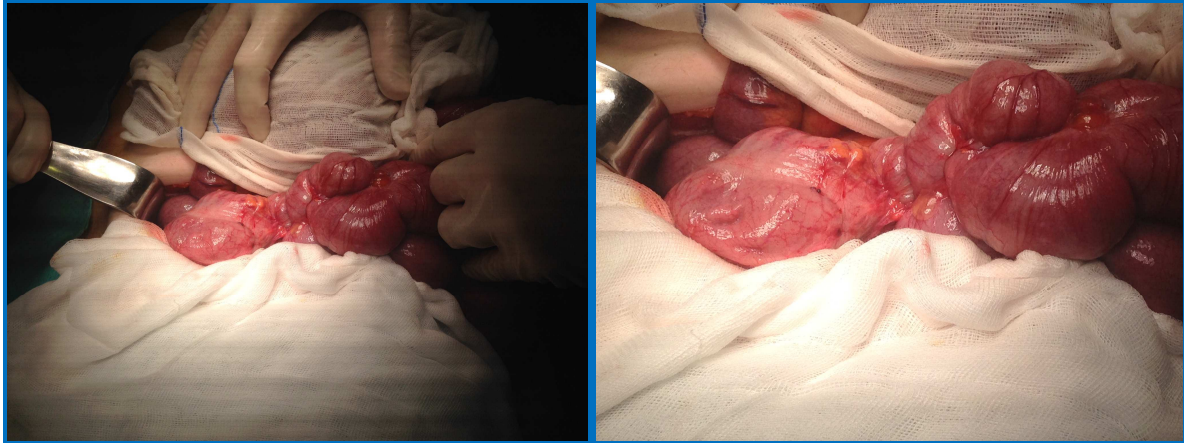


Figuras 3 y 4: TAC, corte coronal (izquierda) y transversal a nivel de hígado (derecha). Se aprecia dilatación del intestino delgado hasta íleon terminal.



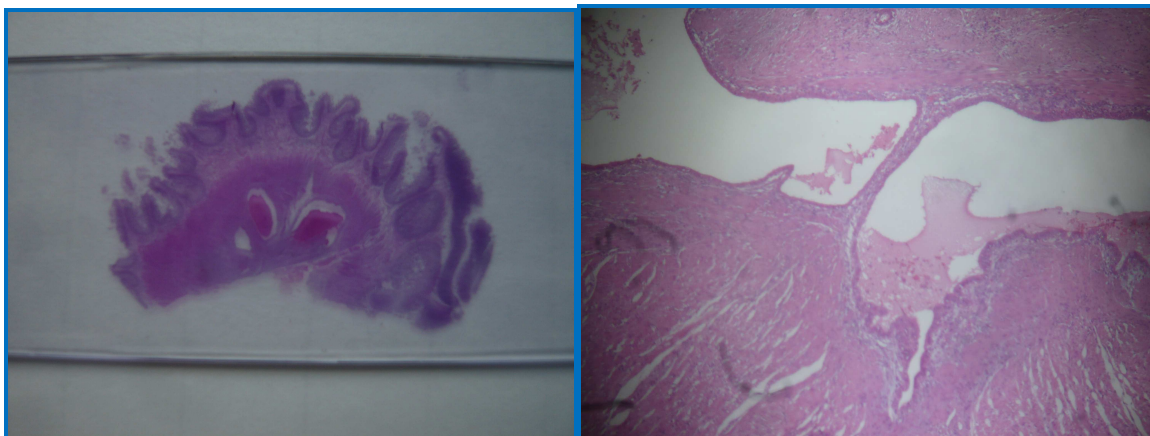
Figuras 5 y 6: TAC, cortes transversales. Dilatación de intestino delgado con íleon colapsado.

Se realizó abordaje por laparotomía media infraumbilical, evidenciando asas de intestino delgado de hasta 7 cm de diámetro, sin encontrarse bridas. A nivel de íleon distal, los últimos 25 cm se encuentran completamente colapsados, sin signos macroscópicos de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (enfermedad de Crohn). Se realizó resección ileo-cecal, con anastomosis manual termino-lateral, biplano, con puntos sueltos (ver **figuras 7-8**). El postoperatorio cursó sin incidencias.



Figuras 7 y 8: Hallazgos operatorios. Dilatación muy marcada de intestino delgado hasta íleon distal.

La anatomía patológica informó de endometriosis intestinal que afecta a la serosa y capa muscular del íleon terminal, y ausencia de malignidad. Adenopatías con linfadenitis crónica reactiva inespecífica (ver **figuras 9 y 10**).



Figuras 9 y 10: Anatomía Patológica. Ocupación de capas intestinal por tejido endometrial. Ausencia de malignidad.

Discusión:

La endometriosis es una entidad clínica frecuente. Afecta al 10-15% de mujeres entre los 30-40 años (1). Se define por la presencia de tejido estructural y funcionalmente similar al endometrial, pero en lugares diferentes a los que ocupa en condiciones fisiológicas. Existen dos formas de endometriosis, la adenomiosis, en la que los focos ectópicos de endometrio se localizan en el miometrio, y la endometriosis propiamente dicha, en la que se localizan fuera del útero, con mayor

frecuencia en el peritoneo pélvico y con menor incidencia, en ovarios, tabique recto-vaginal, recto, sigma, apéndice, ciego e íleon terminal (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

Se acompaña de esterilidad en el 30-40% de los casos (3). El síntoma clínico más característico es la dispareunia intramenstrual. Otros síntomas, 8,9% de los casos: dolor abdominal difuso, dolor rectal, náuseas, vómitos, diarrea, tenesmo, hemorragia digestiva baja y estreñimiento (1, 3, 4, 9).

Los cuadros obstructivos son raros, pero más frecuentes en colon que en intestino delgado (10). La presencia de endometriosis en íleon terminal es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal, pero hay que elevar el índice de sospecha en pacientes jóvenes, sin cirugías previas y con antecedentes de períodos menstruales dolorosos asociados a distensión abdominal y estreñimiento crónico (2, 9, 10). Habitualmente, el diagnóstico de obstrucción intestinal por endometriosis se realiza durante la cirugía, ya que el diagnóstico preoperatorio es muy difícil. En ocasiones obliga a laparotomías diagnósticas con biopsias de espesor completo de pared intestinal y a resecciones intestinales amplias. La incidencia de resección de intestino delgado por obstrucción intestinal secundaria a endometriosis es del 0,7% (2, 10).

El tratamiento médico de la endometriosis después de la cirugía consiste en la supresión hormonal. Se utilizan diversos esquemas que incluyen danazol, esteroides antiprogestacionales, combinaciones de estrógenos y progesterona, agonistas de hormona liberadora de gonadotropinas y antiinflamatorios no esteroideos. No existe evidencia de que un esquema sea superior a otro (1, 2, 3, 4).

Conclusiones:

La endometriosis es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, que requiere de un elevado índice de sospecha para su diagnóstico preoperatorio. Esta entidad debe ser considerada en toda paciente de edad fértil, ante un cuadro de obstrucción intestinal, sin antecedentes quirúrgicos o patológicos. Suele estar precedido de dolor abdominal frecuente, severo, intermitente y asociado al periodo menstrual, aunque esta última característica rara vez se cumple, siendo la causa del bajo índice de sospecha.

Habitualmente, el diagnóstico de obstrucción intestinal por endometriosis se realiza durante la cirugía, ya que el diagnóstico preoperatorio es complejo.

Declaraciones y conflicto de intereses: el presente artículo ha sido revisado y aprobado por todos los autores. Fue presentado en el XVI Congreso de la ACIRCAL (Zamora 2014). No existencia de conflictos de interés en la Revista ACIRCAL.

Bibliografía:

- 1 Yap C, Furness S, Farquar C. Pre and postoperative medical therapy for endometriosis surgery. *Cochrane database Syst Rev* 2004; (3)CD003678. 2004; 75: 583-86.
- 2 Beck DE, Roberts PL, Rombeau JL, Stamos MJ, Wexner SD. *The ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery* 2009. Endometriosis. Edit Springer. Pags 439-448.
- 3 <http://emedicine.medscape.com/article/271899-overview> eMedicine.com Endometriosis.
- 4 Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N Engl J Med* 1993; 328: 1759-69.
- 5 Bergquist A. Different types of extragenital endometriosis, a review. *Gynecol Endocrinol* 1993; 7: 207-21.
- 6 Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol* 1927; 14: 422-693.
- 7 Vinatier D, Orazi G, Cosson M, Dufour P. Theories of endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 96: 21-34.
- 8 Assenza M, Romagnoli F, Simonelli L et al. Acute appendicitis or something else? A case report of cecal endometriosis in emergency setting. *Ann Ital Chir*
- 9 Sciume C, Geraci G, Pisell F et al. Intestinal endometriosis: an obscure cause of cyclic rectal bleeding: *Ann Ital Chir* 2004; 75: 379-85.
- 10 Bianchi A, Pulido L, Espín F et al. Endometriosis intestinal. Estado actual. *Cir Esp* 2007; 81(4): 170-76.