



Abdomen agudo por obstrucción intestinal secundario a endometriosis intestinal: revisión de un caso

Luis Mario Aragón Sánchez,* Oscar Olivares Ontiveros*

Resumen

Se presenta caso de endometriosis enteral causante de abdomen agudo por oclusión intestinal en paciente en edad fértil, con reciente miomectomía múltiple. Su proceso diagnóstico y su resolución quirúrgica. Entidad nosológica de difícil presunción por la baja incidencia.

Palabras clave: Abdomen agudo, obstrucción intestinal, endometriosis intestinal.

Abstract

Enterol endometriosis causing acute abdomen by intestinal obstruction in patients of childbearing age, with recent multiple myomectomy is present. The process, diagnosis and surgical resolution. It is difficult to identify the source of the illness because is not a common occurrence.

Key words: Acute abdomen, intestinal obstruction, intestinal endometriosis.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es clásicamente definida como la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera del útero, originalmente descrita hace 300 años.¹ Afecta al 6-10% de las mujeres en edad reproductiva, se caracteriza por dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico crónico, sangrado uterino irregular y/o infertilidad.²

Existen dos formas diferentes de endometriosis, la adenomiosis en la cual 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 frecuencia en los ovarios, septum rectovaginal, recto, colon sigmoide, apéndice, ciego e íleon terminal.³ El compromiso gastrointestinal, en su mayoría como implantes endometriales, puede ocurrir en un 3 a un 37% de las mujeres con endometriosis.⁴

La endometriosis puede causar obstrucción del intestino grueso y del delgado, ascitis hemorrágica, perforación intestinal, hipoalbuminemia e incluso apendicitis, pero estas complicaciones son raras.⁵ En el intestino delgado ocurre en 1-10%, la prevalencia en ciego y apéndice es del 2-8% y se asocia a sintomatología intestinal inespecífica.⁶ (Figura 1).

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Femenino de 39 años, con antecedentes: nulípara, miomectomía de medianos elementos, hacía un año y tratamiento hormonal contra la infertilidad.

Inicia el padecimiento actual con dolor abdominal moderado de predominio en cuadrantes inferiores, distensión, periodos de diarrea-constipación intermitente desde hacía seis meses; fue atendida de manera intermitente por médicos de varias especialidades (ginecólogo y médico internista) con una evolución tórpida; los síntomas fueron empeorando, sobre todo con la ingesta de comidas ricas en grasas, niega dispareunia o dismenorrea. Pérdida de peso de 5 kg desde el inicio del padecimiento.

Durante la última semana presentó, distensión abdominal, cuadro diarreico intenso, náusea y vómito, intolerancia a la vía oral, dolor abdominal tipo cólico, constipación y obstipación de 36 horas.

Exploración física: mal hidratación, taquicardia, palidez de tegumentos, hipertermia; abdomen distendido, resistencia muscular involuntaria, peristalsis ausente,

* Departamento de Cirugía General, Clínica Oncológica «San Francisco» A.C.

Correspondencia:

Dr. Luis M Aragón S

Av. Allende Núm. 934,
27000, Torreón, Coah.

Teléfono: 01 871 717 6885

Teléfono particular: 01 (871) 2 60 21 60

E-mail: drluisaragon@yahoo.com

hiperbaralgesia, dolor a la palpación profunda, dolor a la descompresión en cuadrantes inferiores, tacto rectal con ámpula vacía, sin masas palpables, doloroso a la palpación, examen vaginal sin datos de alteración al momento de la exploración. (Figura 2).

Laboratorio básico. Hb. 10.3 g/dL, leucocitos: 11.6 cel/UI, bandas: 1%, neutrófilos 79%, Na 148 mmol/L, K 4.15 mmol/L, glucosa 107 mg/dL.

USG abdominal, líquido libre en correderas parietocólicas y hueco pélvico, proceso inflamatorio intestinal en fosa iliaca derecha. (Figura 3).

Reporte tomográfico. A nivel de hueco pélvico se encuentran centralización de las asas intestinales, borramiento de la grasa peritoneal y un reforzamiento anómalo de las membranas peritoneales. Niveles hidroaéreos. Útero con reforzamiento heterogéneo. Líquido libre pélvico. Datos de peritonitis a nivel pélvico.

Se ingresó a quirófano con diagnóstico de abdomen agudo.

Se realizó: **laparoscopia exploradora.**

Hallazgos transoperatorios: abundante líquido libre seroso, no fétido; múltiples adherencias asa-asa, asa-útero, tumor en ciego de 6 cm. Obstrucción completa de la luz intestinal. Se realizó hemicolectomía derecha laparoscópica, íleo-transverso anastomosis latero lateral extracorpórea. Presentó una evolución favorable. A los tres días fue egresada a su domicilio, con función motora intestinal presente y útil. En el seguimiento mediato postoperatorio a seis meses, no se han encontrado complicaciones.

Resultado histopatológico: íleon terminal, ciego y colon ascendente, endometriosis extensa transmural con fibrosis acentuada que afecta ciego y válvula ileocecal.

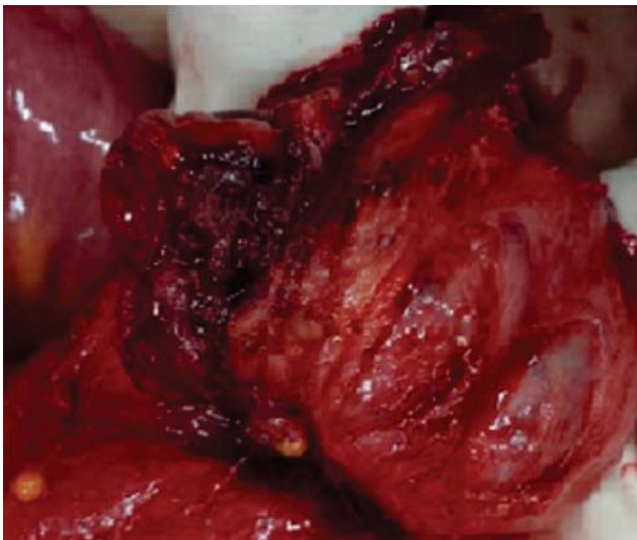


Figura 1. Pieza quirúrgica resultado de hemicolectomía derecha, unión ileocólica.

DISCUSIÓN

La hipótesis más aceptada es que las células endometriales migran desde la actividad uterina para implantarse en otros sitios, se plantea que el flujo retrogrado del tejido endometrial, a través de las trompas de Falopio podría producir endometriosis intraabdominal. La endometriosis afecta, en orden decreciente: recto y sigmoides, apéndice cecal, íleo terminal, ciego y divertículo de Meckel.⁷

En la mayoría de los casos, la endometriosis gastrointestinal es asintomática. Los síntomas pueden incluir:

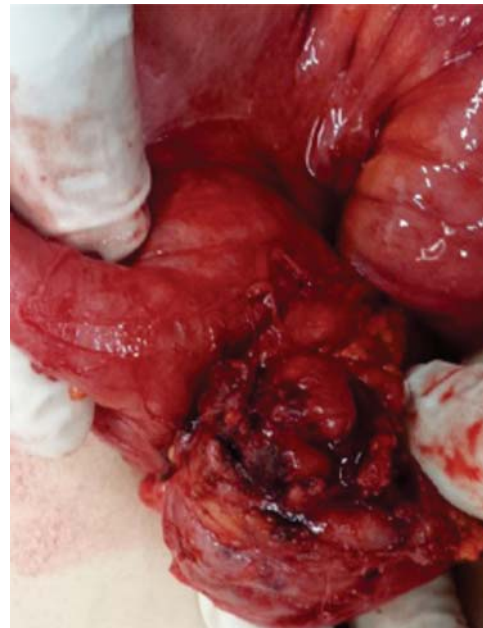


Figura 2. Unión ileocólica, obstrucción completa de la luz por tejido endometrial.

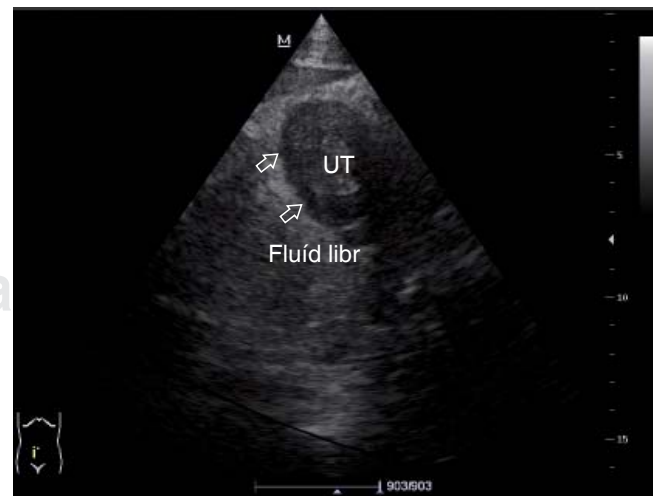


Figura 3. Ultrasonido pélvico, muestra la presencia de líquido libre en espacio de Douglas.

dolor abdominal, pujo, tenesmo, diarrea o constipación, hematoquezia, obstrucción del intestino delgado o grueso o abdomen agudo secundario a apendicitis aguda, intususcepción o perforación (esta última asociada sobre todo al embarazo). La endometriosis gastrointestinal usualmente involucra la serosa y subserosa, pero el involucro de la muscular propia o de la mucosa o submucosa se puede ver en pacientes sintomáticos; el proceso algunas veces forma grandes masas por lo que la enfermedad puede estar enmascarada como una neoplasia colónica obstructiva o un proceso inflamatorio y puede ser subdiagnosticado hasta la cirugía. Debido a que la endometriosis usualmente involucra las capas más externas, la mucosa con frecuencia es normal o muestra cambios endoscópicos mínimos.⁸

El diagnóstico preoperatorio de obstrucción intestinal secundaria a endometriosis es difícil por la cantidad de signos y síntomas (clínicos, ultrasonográficos y/o radiográficos) que pueden confundirse con otras patologías que incluyen:

síndrome de colon irritable, peritonitis infecciosa, colitis isquémica, neoplasias, etc.⁹

CONCLUSIONES

Este es el caso de una presentación inusual de endometriosis en la cual se manifestó por oclusión intestinal, resultando en abdomen agudo quirúrgico. Dada la baja incidencia de esta patología permanece como un desafío para todo aquel médico que se encuentra tratando a estas pacientes y siempre permanecer alerta ante los antecedentes quirúrgicos recientes aunado a terapia hormonal recibida, así como, no pasar por alto la cronología de los síntomas y la pobre respuesta a las terapias otorgadas. A pesar de la incursión quirúrgica el diagnóstico definitivo fue con el reporte histopatológico. Deberá de fomentarse el manejo multidisciplinario para mejorar el diagnóstico y correcto tratamiento de estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertil Steril*. 2012; 98: 511-519. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.06.029.
2. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1997; 24: 235-58.
3. Blanco-Barrios A, Zancada-Díaz de Entre-Sotos F, Rodríguez-Pérez A. Seudoobstrucción intestinal crónica, hiperplasia nodular linfóide intestinal y endometriosis intestinal. *An Med Interna (Madrid)*. 2003; 20: 624-626.
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. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, Jordan C, Miles WF, Macintyre IM et al. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. *Br J Surg*. 1995; 82: 1349-1351.
6. 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: 378-380. doi: 10.7860/JCDR/2013/5075.2775.
7. Villarreal-Peral C, Olvera-Gracida L, González-Maynes ML, Saucedo-Ruiz G. Endometriosis apendicular como causa de abdomen agudo. *Ginecol Obstet Mex*. 2011; 79: 489-492.
8. Hernández-Ramírez DA, Cravioto-Villanueva A, Barragán-Rincón A. Endometriosis rectal: entidad de difícil diagnóstico. *Rev Gastroenterol Mex*. 2008; 73: 159-1562.
9. Ono H, Honda S, Danjo Y, Nakamura K, Okabe M, Kimura T et al. Rectal obstruction due to endometriosis: a case report and review of the Japanese literature. *Int J Surg Case Rep*. 2014; 5: 845-848.