

Obstrucción intestinal secundaria a implantes endometriósicos

Zazil Botello Hernández,* Antonio Corona Bautista,** Raúl Albarrán Castillo,** Edilberto Jiménez Rendón,** Fernando de la Torre Rendón,*** Mercedes Andrea Cruz Salinas****

RESUMEN

La obstrucción intestinal es uno de los padecimientos atendidos con más frecuencia en el servicio de urgencias. Es un síndrome con múltiples causas; una particularmente interesante es la endometriosis intestinal, que afecta a 37% de las pacientes con endometriosis. Se comunica el caso de una mujer de 25 años de edad con antecedentes de dismenorrea, que acudió a urgencias debido a dolor abdominal, náusea y ausencia de evacuaciones. A la palpación, se notó dolor en el hemiabdomen inferior, signos de irritación peritoneal y adecuado peristaltismo. Los análisis de laboratorio arrojaron neutrofilia sin leucocitosis. En las radiografías simples de abdomen se observaron niveles hidroaéreos, dilatación de asas del intestino delgado, asa fija en mesogastrio y escaso gas en la ampulla rectal. El ultrasonido reveló plastrón de asas de intestino delgado y abundante líquido libre. En la laparotomía se encontraron dos anillos estenosantes en el íleon terminal, a 3 y 6 cm de distancia de la válvula ileocecal. Se le realizó hemicolectomía derecha con íleo transversal anastomosis. El estudio histopatológico mostró estenosis de íleon por endometriosis de la pared intestinal. Cuando la paciente mejoró se le dio de alta y se le refirió a consulta de ginecología y obstetricia para seguimiento. La presentación clínica de la endometriosis abdominopélvica es inespecífica y se relaciona con los ciclos menstruales en 50% de las pacientes. En mujeres jóvenes, como en el caso que se comunica, no operadas y con periodos menstruales dolorosos, distensión abdominal y estreñimiento crónico, debe incluirse la endometriosis en el diagnóstico diferencial de una obstrucción intestinal.

Palabras clave: endometriosis, endometriosis intestinal, obstrucción intestinal.

ABSTRACT

Intestinal obstruction is one of the most common disorders treated at the emergency department. It is a syndrome with multiple causes; one particularly interesting is the endometriosis, which occurs in up to 37% of patients with endometriosis. This paper reports the case of a 25 year-old female patient with a history of dysmenorrhea, who, in her menstrual period, went to emergency services with abdominal pain, nausea and lack of bowel movements. On palpation, were found pain in lower abdomen, signs of peritoneal irritation and adequate peristalsis. The laboratory tests showed neutrophilia without leukocytosis. Abdominal radiographs revealed fluid levels, dilated bowel loops, loop fixed and low gas in mesogastrium rectal ampulla. The ultrasound reported plastron small bowel and abundant free fluid. At laparotomy two rings were found at the distal ileum stenosing to 3 cm and 6 cm away from the ileocecal valve. We performed right hemicolectomy with ileotransverse anastomosis. Histopathologic study reported ileal stenosis secondary to endometriosis of the bowel wall. When patient improved was discharged and referred to Obstetrics and Gynecology services for monitoring. Clinical presentation is nonspecific and abdominopelvic endometriosis is associated to menstrual cycles up to 50% of patients. In young women, as this case, without previous surgeries and a history of painful periods and bloating associated to chronic constipation, endometriosis should be included in the differential diagnosis of intestinal obstruction.

Key words: endometriosis, intestinal endometriosis, intestinal obstruction.

* Médico residente de cirugía general.

** Cirujano adscrito al servicio de cirugía general.

*** Jefe de quirúrgicos de patología.

**** Médico residente de anatomía patológica.
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, México, DF.

Correspondencia: Dra. Zazil Botello Hernández. Av. Universidad 1321, colonia Florida, CP 01030, México, DF. Correo electrónico: zazilbohz@yahoo.com.mx

Recibido: mayo, 2011. Aceptado: agosto, 2011.

Este artículo debe citarse como: Botello-Hernández Z, Corona-Bautista A, Albarrán-Castillo R, Jiménez-Rendón E y col. Obstrucción intestinal secundaria a implantes endometriósicos. Rev Esp Med Quir 2011;16(4):252-255.

La endometriosis es un trastorno ginecológico frecuente, crónico, benigno y dependiente de estrógenos, que causa infertilidad y dolor pélvico. Se distingue por tejido endometrial fuera de su localización normal en el útero. Se encuentra comúnmente en el peritoneo pélvico y en menor grado en los ovarios, el tabique rectovaginal, el recto, el colon sigmoides, el apéndice, el ciego, el íleon terminal y otras localizaciones.¹ La prevalencia de endometriosis pélvica es de 6 a 10% entre la población femenina en edad fértil.² Por lo general, afecta a mujeres nulíparas¹ de 30 a 40 años de edad (33 años en promedio),³ y puede permanecer activa en la posmenopausia.³ Los implantes

endometriósicos son la manifestación más común y se observan en 3 a 37% de las mujeres con endometriosis;³ en tanto que en 8.9% de los casos de endometriosis extragenital se corroboran alteraciones gastrointestinales. La presentación clínica de la endometriosis abdominopélvica es inespecífica y se relaciona con los ciclos menstruales en 50% de los casos.¹ En pacientes jóvenes, sin operaciones previas y con antecedentes de periodos menstruales dolorosos, con distensión abdominal y estreñimiento crónico, debe incluirse la endometriosis en el diagnóstico diferencial de una obstrucción intestinal.¹

CASO CLÍNICO

Paciente de 25 años de edad, como antecedentes de importancia refirió: dismenorrea no incapacitante, al momento de la exploración estaba en su periodo menstrual, inicio de vida sexual a los 23 años, había tenido una pareja sexual, utilizaba preservativo como método anticonceptivo y no se había embarazado. Acudió al servicio de urgencias debido a un dolor abdominal punzante de moderada intensidad en la zona periumbilical, náuseas sin llegar al vómito, escalofrío y ausencia de evacuaciones. Este cuadro se había prologado durante 72 horas y no se había aliviado con los analgésicos y antiespasmódicos que tomó 24 horas antes de su ingreso.

En la exploración física se observó buen estado general, con estabilidad hemodinámica, abdomen sin cicatrices, distendido, dolor a la palpación en el hemiabdomen inferior, signos de irritación peritoneal, sin tumores ni visceromegalias, y con adecuado peristaltismo.

En los análisis solicitados se encontró: neutrofilia de 83% sin leucocitosis en la biometría hemática; proteínas y cetonas en el examen general de orina, y química sanguínea, electrolitos séricos y perfil de coagulación normales. En las radiografías simples de abdomen de pie y decúbito que se le hicieron a su ingreso, se notaron niveles hidroaéreos, dilatación moderada de asas de intestino delgado, asa fija en el mesogastrio y escaso gas en la ampulla rectal. El ultrasonido abdominal y pélvico mostró plastrón de asas de intestino delgado en la fosa iliaca derecha, abundante líquido libre en ambas fosas iliacas y espacios paravesicales, ovario derecho no visible y el izquierdo de características normales.

Se decidió intervenir quirúrgicamente mediante laparotomía media, supra e infraumbilical; se objetivaron

aproximadamente 500 cc de líquido libre de aspecto serohemático, dilatación importante del intestino delgado y dos anillos estenosantes en el íleon terminal, uno a 3 cm de distancia de la válvula ileocecal y uno a 3 cm del anterior, que ocluían 90% de la luz intestinal, también se apreciaron adenopatías de aproximadamente 0.5 cm en el mesocolon y el mesenterio. En la exploración pélvica se observaron útero y anexos macroscópicamente normales. Se realizó hemicolectomía derecha con íleo transversal anastomosis termino-terminal. Se remitieron muestras al servicio de anatomía patológica para su estudio histológico, el cual arrojó estenosis de íleon a 3 y 6 cm de la válvula ileocecal por endometriosis de la pared intestinal, edema y congestión intensas del segmento preestenótico (Figuras 1, 2 y 3).

Con el diagnóstico de endometriosis en íleon y tras un curso posoperatorio favorable, se remitió a la paciente a consulta de ginecología y obstetricia para valorar el inicio de tratamiento con análogos de hormona liberadora de gonadotrofinas y seguimiento evolutivo.



Figura 1. Íleon terminal con una zona de estenosis y deformación de la pared, de aspecto nodular hemorrágico.

DISCUSIÓN

Meyer, en Alemania, fue el primero en describir la endometriosis en el tubo gastrointestinal hace casi un siglo. El cuadro clínico varía desde una completa ausencia de síntomas, hasta una urgencia por abdomen agudo que requiere intervención quirúrgica. Muchas de las molestias gastrointestinales no son específicas e incluyen diarrea, náuseas, vómitos y distensión abdominal. Diagnosticar endometriosis intestinal por métodos no invasores es muy difícil, puesto que se precisa de un alto índice de sospecha y la consideración de esta

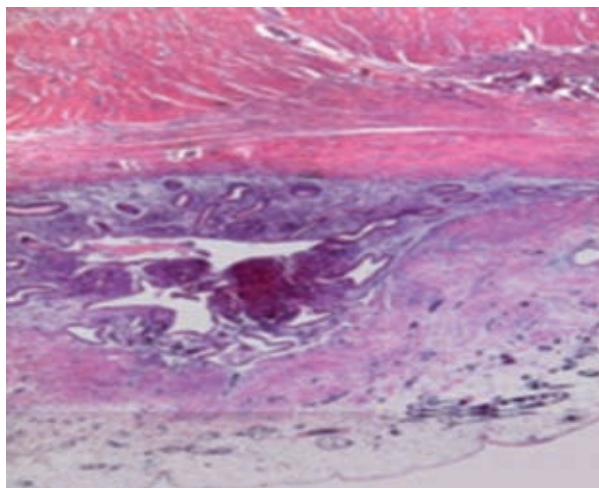


Figura 2. Glándulas endometriales, localizadas entre la muscular externa y la serosa del intestino (hematoxilina-eosina, 4x).

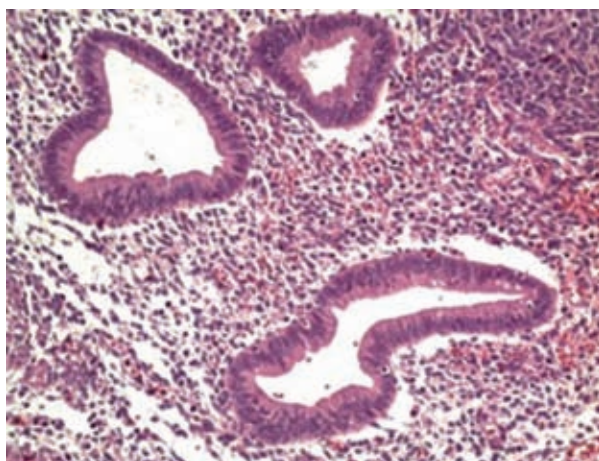


Figura 3. Glándulas y estroma endometriales ectópicos a mayor aumento (hematoxilina-eosina, 40x).

posibilidad. El dolor pélvico tipo cólico es la queja más frecuente. Este dolor ocurre o aumenta en relación con el flujo menstrual, aunque no está bien descrito en la bibliografía.² El diagnóstico preoperatorio correcto es difícil, pues la endometriosis intestinal tiende a confundirse clínicamente con enteritis regional, apendicitis, colitis isquémica, diverticulitis e incluso con neoplasia. Esta enfermedad puede causar confusión al patólogo, pues la muestra de biopsia obtenida endoscópicamente es superficial y la endometriosis suele afectar las capas más profundas de la pared intestinal; por tal razón, el tejido que se obtiene podría mostrar daño crónico, pero

sin focos endometriósicos que den el diagnóstico.² En conclusión, las características de las glándulas endometriales y el estroma, incluidas las glándulas no mucinosas sin células en copa, el epitelio columnar ciliado y el estroma celular con arteriolas en espiral, son de ayuda en el diagnóstico de endometriosis intestinal, que puede confirmarse mediante pruebas de inmunohistoquímica para citoqueratina 7, citoqueratina 20, receptor de estrógenos, receptor de progesterona y CD10.⁴

La endometriosis afecta a mujeres en edad fértil, frecuentemente nulíparas, de 33 años de edad en promedio.¹ Las principales manifestaciones clínicas son: dolor pélvico, infertilidad, dismenorrea y dispareunia. Otros síntomas abdominales descritos son: dolor abdominal difuso, que puede confundirse con el síndrome de intestino irritable, dolor rectal, náusea y vómito, diarrea, tenesmo, hemorragia digestiva baja y estreñimiento. Las complicaciones abdominales con indicación quirúrgica ocurren principalmente en el recto y el colon sigmóides, y consisten en hemorragia digestiva baja, estreñimiento crónico, obstrucción intestinal y dolor crónico resistente a tratamiento médico.¹ La revisión de la experiencia de 20 años de la Clínica Mayo muestra que la endometriosis intestinal es rara y que la obstrucción que ocasiona es aun más inusual, con una tasa de incidencia de 0.8%.¹

Hay concordancia en las series de casos de endometriosis gastrointestinal en cuanto a que el colon es el segmento más comúnmente afectado, sobre todo el recto sigmóides, en cifras que van de 85 a 95%, seguido del colon derecho, el intestino delgado, el apéndice y el ciego.^{1,5} La presentación clínica de la endometriosis abdominopélvica es inespecífica y se asocia con los ciclos menstruales incluso en 50% de los casos. En pacientes jóvenes que no han sido operadas, con antecedentes de periodos menstruales dolorosos, distensión abdominal y estreñimiento crónico, debe incluirse la endometriosis en el diagnóstico diferencial de una obstrucción intestinal.¹

La endometriosis que afecta al íleo es poco frecuente (7 a 23% de todos los casos con afectación intestinal).¹ A 0.7% de todas las pacientes operadas por endometriosis abdominopélvica se les practicó una resección del intestino delgado por obstrucción intestinal.⁶

Las causas de obstrucción del intestino delgado son: estenosis del segmento afectado, intususcepción y vólvulo de un asa secundario a adherencias.¹

El íleon es el segmento más propenso a obstruirse, ya sea de forma aguda o crónica. El mecanismo de obstrucción puede relacionarse con el ensortijamiento y fibrosis de la pared intestinal ocasionado, quizá, por procedimientos quirúrgicos previos. Además, la obstrucción del intestino delgado en la endometriosis puede ser consecuencia de la proliferación del tejido endometriósico y la fibroplasia reactiva entre la muscular propia y la capa submucosa. La cicatrización continua y los cambios reactivos afectan gradualmente el lumen, provocando perforación y peritonitis, que se manifestaría como un abdomen agudo.^{1,7} Aunque se han reportado múltiples casos de estenosis en el intestino delgado ocasionadas por endometriosis, la presentación más común es una obstrucción solitaria en el íleon terminal, que debe ser tratada con resección.^{1,8,9} Debido a la propensión a causar manifestaciones intestinales inespecíficas, el diagnóstico preoperatorio es difícil, pero debe considerarse en la evaluación de las mujeres premenopáusicas con síntomas gastrointestinales; sobre todo cuando no es clínicamente evidente un diagnóstico más común.¹

El diagnóstico diferencial deberá hacerse con padecimientos como: apendicitis, diverticulitis, colitis isquémica, enfermedad de Crohn, carcinoma y linfoma, entre otros. Las pruebas de imagen radiológicas (TAC, enema baritado) muestran habitualmente una zona de estenosis o lesión tumoral, así como el sitio donde se encuentra la lesión, si bien el diagnóstico de certeza es anatomopatológico y se hace tras la toma de muestras por colonoscopia, un estudio abdominal por vía laparoscópica o la resección por laparotomía de los segmentos intestinales afectados. Casi nunca es necesaria la resección por daño del intestino grueso.¹⁰⁻¹²

El tratamiento de la endometriosis intestinal no complicada depende de la edad de la paciente y de su deseo de tener hijos. La resección intestinal está indicada ante síntomas obstructivos, sangrado o si no se ha podido descartar alguna enfermedad neoplásica. En pacientes en edad fértil, la resección del segmento intestinal implicado seguida de tratamiento hormonal con danazol o agonistas de la hormona liberadora de gonadotrofinas, que produce involución y atrofia de los implantes endometriósicos, suele proporcionar buenos resultados. En caso de no ser así, estaría indicada la histerectomía con doble anexectomía.^{3,6,7,13}

CONCLUSIONES

Debido a que la presentación clínica de la endometriosis abdominopélvica es inespecífica y poco frecuente, es incluso más raro que provoque manifestaciones intestinales; por tanto, el diagnóstico preoperatorio se torna difícil. Es aconsejable, entonces, que se considere este padecimiento durante la evaluación de mujeres jóvenes premenopáusicas con antecedentes de periodos menstruales dolorosos, distensión abdominal y estreñimiento crónico, en particular cuando no es clínicamente evidente un diagnóstico común.

REFERENCIAS

1. Beltrán M, Tapia QF, Araos HF, Martínez GH, Crucesa KS. Endometriosis del íleon como causa de obstrucción intestinal. *Rev Med Chile* 2006;134:485-490.
2. Barquero-Melchor H, Delgado-Castro M. Obstrucción intestinal debido a endometriosis ileal. Reporte de un caso y revisión bibliográfica. *Acta Med Costarric* 2003;45(3):117-119.
3. Chaer R, Sam A, Teresi M, Cintron J. Endometriosis-induced acute small and large bowel obstruction: rare clinical entities. *N Z Med J* 2005;118(1217):U1521.
4. Lee H, Kim KR. Intestinal endometriosis: Clinicopathologic analysis of 15 cases, including a case of endometrioid adenocarcinoma. *Korean J Pathol* 2009;43(2):120-125.
5. Al-Talib A, Tulandi T. Intestinal endometriosis. *Gynecol Surg* 2010;7:61-62.
6. González CI, Cires M, Jiménez FJ, Rubio T. Endometriosis intestinal. *An Sist Sanit Navar* 2008;31(2):197-200.
7. Lin YH, Kuo LJ, Chuang AY, Cheng TI, Hung CF. Extra pelvic endometriosis complicated with colonic obstruction. *J Chin Med Assoc* 2006;69(1):47-50.
8. Hernández GC, Bujalil ML, de la Jara DJ. Endometriosis y consumo deficiente de moléculas antioxidantes relacionado con estrés oxidante periférico y peritoneal. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74:20-28.
9. Hernández VM. Diagnóstico de la endometriosis. *Perinatol Reprod Hum* 2009;23:25-29.
10. Palacios RJ, Pérez M, Mijares GM, Estrada MI, Martínez MJ. Endometriosis colónica como causa de obstrucción y perforación intestinal. *Rev Hosp Gral Dr M Gea González* 2000;3(1):25-29.
11. Ayala YR, Mota GM. Endometriosis: fisiopatología y líneas de investigación (primera parte). Artículo de revisión. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75(8):477-483.
12. Ayala YR, Mota GM. Endometriosis: fisiopatología y líneas de investigación (segunda parte). Artículo de revisión. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(9):549-557.
13. De Ceglie A, Bilardo C, Bianchi S. Acute small bowel obstruction caused by endometriosis: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2008;14(21):3430-3434.