



Acta Médica Colombiana

ISSN: 0120-2448

actamedcolomb@etb.net.co

Asociación Colombiana de Medicina Interna
Colombia

Mosquera-Klinger, Gabriel; Quintana, Humberto; Hani de Ardila, Albis
Obstrucción intestinal ileal por endometriosis. Descripción de una causa infrecuente de obstrucción
intestinal en pacientes jóvenes
Acta Médica Colombiana, vol. 39, núm. 3, julio-septiembre, 2014, pp. 283-287
Asociación Colombiana de Medicina Interna
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163132480012>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Obstrucción intestinal ileal por endometriosis

Descripción de una causa infrecuente de obstrucción intestinal en pacientes jóvenes

Intestinal ileal obstruction by endometriosis

Description of a rare cause of intestinal obstruction in young patients

GABRIEL MOSQUERA-KLINGER, HUMBERTO QUINTANA, ALBIS HANI DE ARDILA
 • BOGOTÁ, D.C. (COLOMBIA)

Resumen

La endometriosis es una enfermedad frecuente en mujeres en etapa reproductiva (premenopáusicas), pero el compromiso gastrointestinal por endometriosis es raro, y aún más extraño es la presentación como obstrucción intestinal.

Presentamos dos casos clínicos de mujeres en edad reproductiva que consultan por dolor abdominal, y clínica compatible con obstrucción intestinal alta, y documentación histopatológica de compromiso por endometriosis. (*Acta Med Colomb 2014; 39: 283-287*).

Palabras claves: *obstrucción intestinal, dolor abdominal, endometriosis.*

Abstract

Endometriosis is a common disease in women of reproductive age (premenopausal), but gastrointestinal involvement by endometriosis is rare, and its presentation as intestinal obstruction is even stranger.

2 cases of women of reproductive age presenting with abdominal pain and compatible clinical picture of high intestinal obstruction and histopathological documentation of endometriosis, are presented. (*Acta Med Colomb 2014; 39: 283-287*).

Keywords: *intestinal obstruction, abdominal pain, endometriosis*

Dr. Gabriel Mosquera Klinger: Internista, Residente de Gastroenterología; Dr. Humberto Quintana: Médico Patólogo, Profesor de Patología; Dra. Albis Hani de Ardila: Gastroenteróloga, Jefe de la Unidad de Gastroenterología. Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, D.C. (Colombia). Correspondencia: Dr. Gabriel Mosquera Klinger. Bogotá, D.C. (Colombia). E-mail: gami8203@yahoo.com Recibido: 4/II/2014 Aceptado: 25/VIII/2014

Introducción

La endometriosis intestinal afecta entre 12-15% de las mujeres en el periodo menstrual, y es generalmente una condición asintomática, en algunos pacientes se presenta con dolor abdominal crónico, cólicos, estreñimiento, diarrea, vómitos, dolor rectal, sensación de masa palpable y hematoochezia (sobre todo cuando hay compromiso en colon). El compromiso ileal es muy raro y los pacientes generalmente se presentan asintomáticos o con masa dolorosa. Es una condición extremadamente rara que se manifieste como obstrucción intestinal. Presentamos dos casos de mujeres en edad reproductiva que debutan con obstrucción intestinal por compromiso en ileon por endometriosis, hasta el momento no se han reportado casos en este sentido en Colombia.

En el contexto de mujeres jóvenes, en edad fértil, que tengan obstrucción intestinal en intestino delgado las causas más comunes son dadas por tumores de intestino delgado y enfermedad inflamatoria intestinal tipo enfermedad de Crohn.

Los síntomas de endometriosis intestinal pueden estar asociados con los períodos menstruales en el 18-40%. Bajo la influencia hormonal cíclica, pueden hacer implantes e infiltrados en la serosa o en la pared intestinal que en la mayoría de los casos explican la obstrucción intestinal.

Presentación de casos clínicos

Caso 1

Paciente de 34 años, consultó al hospital por tres semanas de dolor abdominal de tipo cólico, distensión abdominal, náuseas, vómitos de predominio pospandrial tardío, estos síntomas se exacerbaron en los últimos tres días, asociado a cuatro días de no defecar. Fue evaluada en urgencias, donde se encuentran en regulares condiciones generales, deshidratada, afebril, distendida, con dolor abdominal de forma difusa, sin irritación peritoneal, dejan sin vía oral, iniciaron manejo médico con hidratación parenteral, antieméticos, colocación de sonda nasogástrica. Solicitan estudios hemograma con leucocitosis de 15800, neutrófilos

85%, linfocitos 12%, azoados normales, amilasa normal, pruebas de función hepática normales, radiografía de abdomen simple (Figura 1).

A pesar de manejo médico iniciado la paciente no presentó mejoría clínica, con una evolución con tendencia a empeorar, por más dolor abdominal, mayor distensión, vómitos incoercibles de aspecto fecaloide. Por lo que decidieron llevarla a laparotomía exploratoria, donde identifican obstrucción intestinal completa con evidencia de asas delgadas dilatadas de forma retrógrada y estómago con zona de transición a 70 cm de la válvula ileocecal, con foco de endometriosis en la serosa que causaba dicha obstrucción, además otras lesiones pequeñas compatibles con endometriosis en intestino delgado, pero sin despulimientos u otras zonas de obstrucción (Figura 2). Durante el procedimiento hicieron llamado a ginecología que identificaron focos de endometriosis pequeños, con adherencias laxas de vejiga y peritoneo a fondo uterino. Fondo de saco posterior sellado. Ovario izquierdo con focos de endometriosis adherido a pared lateral izquierda de útero y trompa uterina izquierda. Realizan resección intestinal de segmento de 10 cm de ileón, anastomosis laterolateral con sutura mecánica.

Caso 2

Paciente de 25 años, sin antecedentes previos de enfermedad, dismenorrea e hiperpolimenorrea desde la adolescencia. Consulta por dolor abdominal tipo cólico, intenso, de tres



Figura 1. Rx de abdomen: distribución anormal de gas, dilatación de asas delgadas, niveles hidroáreos.

días de evolución, asociado a distensión abdominal, con náuseas, vómitos de contenido alimentario y luego biliar abundantes, dos días de paro de heces, y paro de gases. Al examen físico con disminución de ruidos hidroáreos, distensión, dolor abdominal global, sin irritación peritoneal. Radiografía de abdomen (Figura 3). Por esta razón es lle-



Figura 2. Fotos intraoperatorias, focos de endometriosis.



Figura 3. Rx abdomen: niveles hidroaéreos en intestino delgado, ausencia de gas distal.

vada a laparotomía: dilatación de asas delgadas y de colon derecho, con zonas de transición en ileon distal a 5 cm de la válvula ileocecal, dada por una masa que compromete la totalidad de la pared intestinal y no permite franquear la luz intestinal, meso de asas delgadas engrosado y con múltiples adenopatías en su interior. Realizan hemicolectomía derecha con ileostomía y fístula mucosa.

En seguimiento ambulatorio por ginecología se le dio tratamiento con dienogest (antiandrógeno), con una adecuada respuesta clínica.

Discusión

La endometriosis se define como la presencia de focos ectópicos de tejido endometrial en sitios extrauterinos. Esta fue descrita por primera vez por Rokitansky en 1860 y afecta a un porcentaje importante (5-15%) de las mujeres en edad premenopáusica, con una marcada predisposición genética (1). Su incidencia es mayor en mujeres estériles, y en pacientes con historia familiar de endometriosis en madres y hermanas el riesgo es seis veces mayor comparado con pacientes sin este antecedente familiar (2).

Las causas de obstrucción intestinal tienen una clara relación con el grupo etáreo, siendo las neoplasias la causa número uno en pacientes ancianos. Además el antecedente de cirugías abdominales previas está relacionado con obstrucción por bridás. En los dos casos anotados no existía antecedente quirúrgico, y las dos pacientes son mujeres en edad reproductiva, como se reporta en la literatura.

En pacientes jóvenes que se presentan con obstrucción intestinal en la mayoría de las ocasiones es un reto diagnóstico, entonces se hace necesario establecer una excelente historia clínica, indagando historia personal y familiar, síntomas previos, ya que entre las causas más comunes que constituyen diagnósticos diferenciales, están los tumores de intestino delgado y enfermedad inflamatoria intestinal tipo Crohn. La endometriosis se puede presentar entre 10-15% de mujeres en edad reproductiva y usualmente aparecen en ese momento, ya que las lesiones aparentemente tienen rela-

ción con estímulos ováricos. A pesar de ser una enfermedad común en mujeres en edad reproductiva, el compromiso gastrointestinal es menos común (observándose en 15% de los casos de endometriosis), de éstos entre 50-90% el compromiso es en colon rectosigma, 3-18% en apéndice y 2-5% en ciego, nuestro caso tuvo obstrucción por compromiso de intestino delgado en el que se ha reportado compromiso entre 2-16% (3-4).

Los síntomas observados cuando hay compromiso gastrointestinal son variados y van desde pasar asintomáticos hasta dolor abdominal, cólicos, estreñimiento, diarrea, vómitos, dolor rectal, sensación de masa abdominal, síntomas urinarios irritativos, hematoquezia que suele ser cíclica, y relacionada con el periodo menstrual, estos síntomas anotados, pueden encontrarse en patologías gastrointestinales comunes como síndrome de intestino irritable, gastroenteritis infecciosa, enteritis isquémica, enfermedad inflamatoria intestinal y neoplasias estas variadas formas de presentación hacen difícil establecer en muchos casos diagnóstico prequirúrgico (5). Por esta razón el diagnóstico clínico de la endometriosis con compromiso gastrointestinal suele ser difícil, sugerimos entonces ser muy acuciosos en mujeres en edad reproductiva, tratando de descartar siempre de forma racional esta causa como etiología de desórdenes gastrointestinales. En muchas oportunidades estos pacientes son evaluados por múltiples médicos, y especialidades sin lograr hacer diagnósticos de forma oportuna. Bajo las influencias hormonales cíclicas, los implantes serosos pueden proliferar e infiltrar en la pared del intestino, y dar lugar a la inflamación, fibrosis y metaplasia o hiperplasia del músculo liso intestinal que puede implicar la serosa, submucosa y es menos común la afectación mucosa (6-7). En nuestro caso 1 es llamativo que compromete preferencialmente la capa muscular propia y serosa representada por la presencia de histopatológica de glándulas y estroma endometrial cuya presencia invocan la hipertrofia de la muscular propia que determinan la expresión clínica de cuadro de obstrucción intestinal en la pared del intestino delgado (Figuras 4-6).

La forma de presentación como obstrucción intestinal es menos frecuente, y el diagnóstico siempre se hace intraquirúrgico, en los casos de obstrucción o sangrado el tratamiento siempre es quirúrgico. Los dos casos presentados, debutaron con dolor abdominal, distensión, vómitos, con radiografía abdominal que mostró dilatación de asas delgadas y ausencia de gas distal compatibles con obstrucción intestinal alta. Ambos casos se llevaron a laparotomía exploratoria, el primero de ellos con hallazgos macroscópicos compatibles con endometriosis, por el compromiso en otros órganos extradigestivos, por esta razón se le realizó resección quirúrgica local en ileon. En el segundo caso la primera sospecha diagnóstica fue de lesión tumoral de aspecto neoplásica, por lo que requirió hemicolectomía derecha (Figuras 7 y 8: histopatología de tejido resecado). Recalcamos que en ambos casos coincidimos con las recomendaciones de la literatura universal sobre manejo quirúrgico.

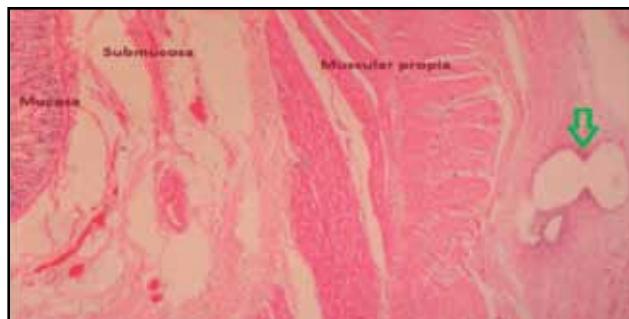


Figura 4. H-E 100x. Pared intestinal: edema submucoso, glándulas y escaso estroma endometrial en serosa (flecha verde).

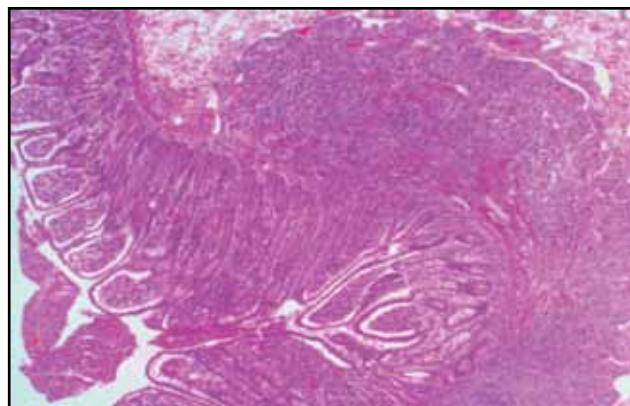


Figura 7. H-E 100x. La siguiente microfotografía muestra mucosa y submucosa del ileon.

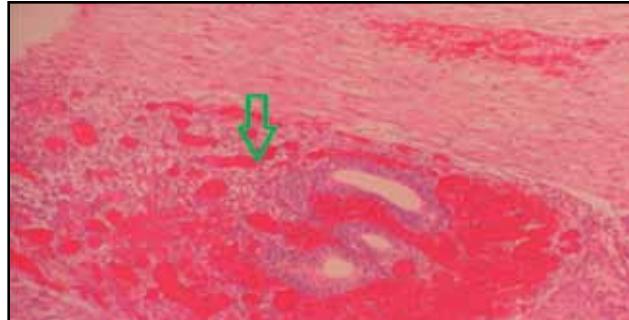


Figura 5. H-E 400X. Dentro de las fibras musculares de la capa muscular propia hay foco de endometriosis, con glándulas endometriales, estroma y hemorragia reciente.

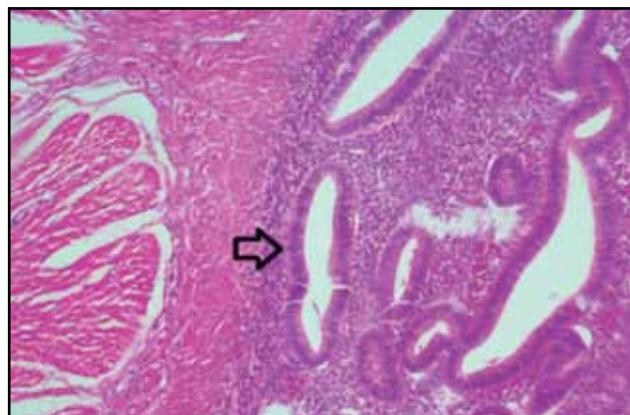


Figura 8. H-E 400x: microfotografía donde se muestra muscular de la mucosa circular interna y longitudinal externa, con glándulas y estroma endometrial inmersos entre los haces musculares.

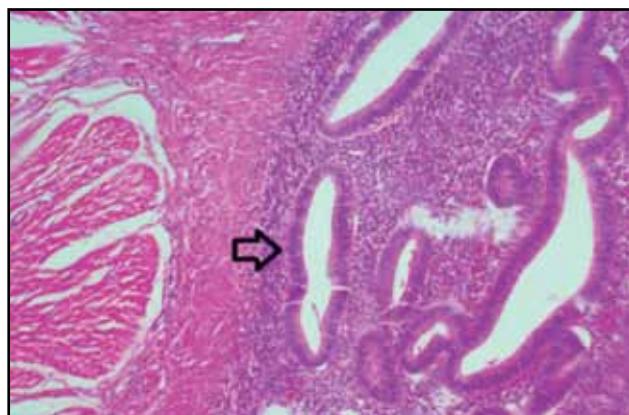


Figura 6. H-E 400x: microfotografía donde se muestra muscular de la mucosa circular interna y longitudinal externa, con glándulas y estroma endometrial inmersos entre los haces musculares.

En ambos casos se le ha realizado seguimiento clínico por ginecología, en el primero se propone tratamiento con danazol, y en el segundo caso teniendo en cuenta los síntomas previos desde la adolescencia (dismenorrea y hipoperlomenorrea) se le dejó diogenest con una muy buena evolución clínica, por mejoría del dolor y del sangrado uterino anormal.

El tratamiento de la endometriosis envuelve terapia farmacológica y remoción quirúrgica de los focos endometriósicos. Teniendo en cuenta que la proliferación y la

sobrevida a largo plazo del tejido endometrial ectópico es dependiente de estrógenos, clásicamente la terapia farmacológica ha sido dirigida a la supresión de la producción de estrógeno endógeno con la administración oral de anticonceptivos, agonistas de gonadotropina, agentes androgénicos o inhibidores de la aromatasa. A pesar de ser altamente efectivo se han reportado efectos adversos relacionados con el uso crónico de estos medicamentos, además recurrencia de la enfermedad, lo cual limita el uso prolongado, y la suspensión de los mismos. El tratamiento médico en la endometriosis es especialmente efectivo en el tratamiento del dolor y en la prevención de la recurrencia de la enfermedad después de la cirugía (8-10). En la actualidad el tratamiento médico tiene varios esquemas que se proponen que van desde el bloqueo de la producción endógena de estrógenos, hasta moléculas inhibidoras de la angiogénesis (10) con diferentes tasas de efectividad.

Recomendamos que toda mujer en edad reproductiva con quejas frecuentes de dismenorrea, y síntomas digestivos se explore hasta descartar de forma racional endometriosis con compromiso gastrointestinal.

Agradecimientos

Agradecemos a las médicas residentes del programa de patología de la Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio: Ana Janeth Salazar y Derly García por sus valiosos aportes en las imágenes de la histopatología.

Referencias

1. Bianchi A et al. Endometriosis intestinal. Estado actual. *Cir Esp* 2007; **81** (4): 170-176.
2. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N Engl J Med* 1993; **328**: 1759-1769.
3. Teke Z, Aytekin FO, Atalay AO, Demirkiran NC. Crohn's disease complicated by multiple stenoses and internal fistulas clinically mimicking small bowel endometriosis. *World J Gastroenterol* 2008; **14**: 146-151.
4. Tong Y, Chen Y, Zhu S. Ileocecal endometriosis and a diagnosis dilemma: A case report and literature review. *World Journal Of Gastroenterology* 2013; **19**(23): 3707-3710.
5. 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.
6. Itoga T, Matsumoto T, Takeuchi H, Yamasaki S, Sasahara N, Hoshi T, Kinoshita K. Fibrosis and smooth muscle metaplasia in rectovaginal endometriosis. *Pathol Int* 2003; **53**(6): 371-5.
7. Chapron C, Chopin N, Borghese B, Foulot H, Dousset B, Vacher-Lavenu MC, et al. Deeply infiltrating endometriosis: pathogenetic implications of the anatomical distribution. *Hum Reprod* 2006; **21**: 1839-1845.
8. Streuli I et al. An Update on the pharmacological management of endometriosis. *Expert Opin Pharmacother*. 2013; **14**(3): 291-305.
9. Brown J, Kives S, Akhtar M. Progestagens and anti-progestagens for pain associated with endometriosis (review). *The Cochrane Collaboration* 2012; 1-83.
10. Laschke M.W, Menger M.D. Anti-angiogenic treatment strategies for the therapy of endometriosis. *Human Reproduction Update* 2012; **18** (6): 682-702.