



Acta Médica Costarricense

ISSN: 0001-6002

actamedica@medicos.sa.cr

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
Costa Rica

Barquero Melchor, Hermann; Delgado Castro, Melissa
Obstrucción intestinal debido a endometriosis ileal: Reporte de un caso y revisión bibliográfica
Acta Médica Costarricense, vol. 45, núm. 3, julio-septiembre, 2003, pp. 117-119
Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43445306>

- ▶ 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 debido a endometriosis ileal: Reporte de un caso y revisión bibliográfica

Hermann Barquero- Melchor ¹, Melissa Delgado- Castro ²

Resumen: La obstrucción del intestino delgado es uno de los padecimientos abdominales más frecuentemente atendidos en el servicio de urgencias. Es un síndrome con múltiples causas, una particularmente interesante es la endometriosis intestinal, la cual ocurre hasta en el 37% de las pacientes con endometriosis. La vasta mayoría de pacientes no experimenta síntomas relacionados con el tracto gastrointestinal. Presentamos aquí el caso de una mujer de 34 años con obstrucción intestinal secundaria a endometriosis. Requirió resección quirúrgica con anastomosis primaria. La evaluación patológica demostró endometriosis extensa del intestino delgado, que producía obstrucción completa. Tuvo una lento postoperatorio y requirió una laparotomía e ileostomía, debido a dehiscencia de la anastomosis. Este informe ilumina las raras, aunque significativas complicaciones de la endometriosis intestinal, incluyendo la obstrucción intestinal. La endometriosis intestinal debe considerarse en el diagnóstico diferencial de aquellas pacientes con obstrucción intestinal en edad reproductiva.

Descriptores: Endometriosis, obstrucción intestinal

Recibido: 04 de marzo, 2003

Aceptado: 29 de abril, 2003

La endometriosis es una enfermedad común entre las mujeres menstruantes. Se estima que hasta el 15% de las mujeres premenopáusicas tiene algún grado de endometriosis ¹. Se piensa que la endometriosis se desarrolla cuando hay regurgitación transtubárica de la sangre menstrual, la cual contiene estroma y glándulas endometriales que podrían implantarse y crecer en las superficies serosas de los órganos abdominales y pélvicos ². Los síntomas más comunes son dolores pélvicos premenstruales y cólicos abdominales, dispareunia, dismenorrea, infertilidad y sangrado uterino anormal. El compromiso gastrointestinal, en su mayoría como implantes endometriales, puede ocurrir en un 3% a un 37% de las mujeres con endometriosis ^{3,4}. En su mayoría no manifiestan síntomas específicos del tracto alimentario, pero algunas pueden presentar diarrea, dolor rectal e incluso sangrado transrectal, y en estos casos, es el intestino grueso por mucho, el sitio de mayor compromiso. La endometriosis puede causar obstrucción del intestino grueso y del delgado, ascitis

hemorrágica, perforación intestinal, hipoalbuminemia e incluso apendicitis, pero estas complicaciones son raras ^{5,6}.

Caso clínico

Una mujer de 34 años, nulípara, vecina de La Garita de Alajuela, consultó al servicio de emergencias quirúrgicas del Hospital México, con una historia de 22 días de evolución de dolor abdominal difuso, asociado con vómitos, hiporexia y estreñimiento progresivo, con imposibilidad para canalizar gases y defecar por 24 horas. Negaba fiebre o pérdida de peso, enfermedades conocidas y cirugías previas. Su ritmo menstrual lo describía como regular, cada 28 días, con 3 días de sangrado y asociado con dismenorrea; fecha de última regla 22 días antes de acudir al hospital.

Los signos vitales al ingreso mostraron una presión arterial de 96/67 mmHg, un pulso de 102 latidos por minuto y una temperatura axilar de 37,2 °C. El examen físico reveló distensión abdominal marcada, sin rigidez o masas, dolor no localizado a la palpación y peristalsis aumentada. Al tacto rectal no se palparon heces en el ámpula.

Los exámenes de laboratorio mostraron una hemoglobina de 14,2 gr/dl y un hematocrito en un 39%, leucograma en límites normales, pruebas de función renal y electrolitos dentro de límites normales. Las radiografías de abdomen indicaron niveles hidroaéreos difusos, sin observarse aire distal.

Se inició el manejo sintomático con rehidratación endovenosa y se colocó una sonda nasogástrica. Tras 24 horas de

¹ Residente de 2º año del postgrado en Cirugía General de la Universidad de Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social, Hospital México

² Médica y cirujana, Universidad de Costa Rica, Asistente de Medicina General, Hospital Clínica Bíblica

Correspondencia: Hermann Barquero-Melchor, Caja Costarricense del Seguro Social, Hospital México, Sección de Cirugía, Servicio de Emergencias Quirúrgicas, correo electrónico:hbmelchor@hotmail.com



Figura 1. Pared del íleon en que se observa presencia de glándulas y estroma endometrial hasta la capa muscular propia (flecha). Imagen obtenida con microscopio de luz, con bajo aumento. (cortesy de la Dra. Rosaura Conejo Cantillo, residente de patología del Hospital México).

observación, la paciente persistió con dolor, sin canalizar gases, tenía el abdomen cada vez más distendido y en ese momento con signos de irritación peritoneal, por lo que se decidió llevarla a sala de operaciones, por su cuadro de obstrucción intestinal. Se realizó una laparotomía y se encontró un área de íleon completamente estenosada por un anillo fibroso y una lesión palpable a unos 20 cm proximalmente a la válvula ileocecal, con compromiso de toda la circunferencia y la serosa. No había otras lesiones en los órganos abdominales ni en el peritoneo, no había líquido libre en cavidad. Se observó dilatación importante del asa proximal a la lesión. Se realizó una resección del segmento y anastomosis término-terminal de íleon.

Histopatológicamente se encontraron glándulas y estroma endometrial en la pared del íleon desde la mucosa hasta la capa muscular (Figura 1).

La recuperación postoperatoria fue lenta aunque satisfactoria.

Tras siete días de la cirugía reingresó con un abdomen agudo y necesitó reintervención de urgencia. Se encontró dehiscencia de la anastomosis previa, por lo que se realizó una ileostomía. La evolución fue normal y se egresó con control en la consulta externa del servicio de emergencias quirúrgicas.

Discusión

Meyer, en Alemania, fue el primero en describir la endometriosis en el tracto gastrointestinal hace casi un siglo⁶. El cuadro clínico varía desde una completa ausencia de síntomas, hasta una emergencia por abdomen agudo, la cual requiere intervención quirúrgica. Muchas de las molestias gastrointestinales no son específicas e incluyen diarrea, náuseas, vómitos y distensión abdominal². El diagnóstico de endometriosis intestinal por métodos no invasivos es muy difícil, puesto que

se requiere un alto índice de sospecha y la consideración de esta posibilidad. El dolor pélvico tipo cólico se describe, en su mayoría, como la queja más frecuente^{2,6}. Este dolor ocurre o aumenta asociado con el flujo menstrual, aunque no está bien documentado en la bibliografía². En la mayoría de los casos, la endometriosis involucra el intestino grueso en forma de implantes de serosa que son descubiertos durante la cirugía⁷.

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 involucrar las capas más profundas de la pared intestinal, por lo que el tejido que se obtiene de esta manera podría evidenciar daño crónico, pero sin focos endometriósicos que den el diagnóstico, causando confusión con el diagnóstico diferencial^{3,4}.

Los síntomas relacionados con el compromiso intestinal incluyen dolor en el hemiabdomen inferior, náuseas y vómitos, distensión abdominal, tenesmo y disminución del calibre de las heces^{4,6}. La revisión de la experiencia de veinte años de la Clínica Mayo muestra que la endometriosis intestinal es rara y que la obstrucción secundaria a esta causa es aún más inusual, con una tasa de incidencia del 0.8%⁶.

Hay concordancia en las series de casos de endometriosis gasterintestinal, en cuanto a que el colon es el segmento más comúnmente comprometido y dentro de este destaca el recto sigmoides, con un porcentaje de afección del 85 al 95%; lo sigue, en orden descendente de frecuencia, el colon derecho, el intestino delgado, el apéndice y el ciego^{4,5,6}.

El íleon es el segmento más propenso a obstruirse. Cuando está involucrado, frecuentemente resulta en obstrucción intestinal aguda o crónica⁴. El mecanismo de obstrucción puede relacionarse con el ensortijamiento y fibrosis de la pared intestinal, el cual podría resultar de procedimientos quirúrgicos previos en el área. Además, la obstrucción del intestino delgado en la endometriosis puede ser secundaria a la proliferación del tejido endometriótico y la fibroplasia reactiva entre la muscular propia y la capa submucosa. La cicatrización continua y los cambios reactivos pueden comprometer gradualmente el lumen, llevando a la perforación y peritonitis asociada, que se manifestaría como un abdomen agudo^{4,6}.

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, particularmente cuando un diagnóstico más común no es clínicamente evidente^{4,5}. Aunque es obvio que la mayoría de las mujeres con molestias abdominales durante su período menstrual no tienen esta enfermedad, la presencia de síntomas cíclicos debe hacer pensar en endometriosis, siendo este el único patrón cíclico de tal enfermedad².

Aunque hay reportados múltiples de casos de estenosis en el intestino delgado, secundarias a endometriosis, la presentación más común es una obstrucción solitaria en el ileón terminal, que debe ser tratada con resección⁵.

El tratamiento de la endometriosis intestinal no complicada, depende de la edad y del deseo de paridad de la paciente. La resección intestinal está indicada si hay síntomas de obstrucción o sangrado, o si el diagnóstico de malignidad no puede ser excluido. En pacientes en edad fértil, la resección del segmento de intestino involucrado, seguida por tratamiento hormonal con danazol o agonistas, de la hormona liberadora de gonadotropinas², debe ser suficiente, de otra forma, la histerectomía y ooforectomía bilateral es el tratamiento de elección⁵.

Abstract

Small bowel obstruction is one of the most common abdominal urgencies seen in the emergency room. It is a syndrome due to many causes, a particularly rare one is intestinal envelopment by endometriotic tissue which occurs in up to 37% of patients with endometriosis. The vast majority of patients do not experience symptoms related to the gastrointestinal tract. We present here the case of a 34-year-old woman with intestinal obstruction secondary to endometriosis. She underwent surgical resection with primary anastomosis. Pathologic evaluation showed extensive endometriosis of the small bowel which resulted in complete obstruction of the lumen. Postoperatively, the patient recovered slowly and required an ileostomy due to dehiscence of the anastomosis. This report illuminates the rare, yet significant, complications of intestinal endometriosis, including small bowel obstruction. One should consider the possibility of intestinal endometriosis in the differential diagnosis of bowel obstruction in women of childbearing age.

Referencias

1. Gerbie A, Merrill J. Pathology of Endometriosis. Clin Obstet and Ginecol. 1988; 31(4): 779-889.
2. Gómez-Rubio M, Fernández R, De Cuenca B, Serantes A, Martín A, Gutiérrez ML. Intestinal endometriosis as a cause of chronic abdominal pain leading to intestinal obstruction. Am J Gastroenterol. 1997; 92 (3): 525-6.
3. Scarmato VJ, Levine MS, Herlinger H, Wickstrom M, Furth EE, Tureck RW. Ileal endometriosis: radiographic findings in five cases. Radiology. 2000; 214(2): 509-12.
4. 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(4): 445-54.
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(10): 1349-51.
6. Mussa FF, Younes Z, Tihan T, Lacy BE. Anasarca and small bowel obstruction secondary to endometriosis. J Clin Gastroenterology. 2001; 32(2): 167-71.
7. Urbach DR, Reedijk M, Richard CS, Lie KI, Ross TM. Bowel resection for intestinal endometriosis. Dis Colon Rectum. 1998; 41(9): 1158-64.