



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-619 - ENDOMETRIOSIS INTESTINAL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

P. Calvo Espino, K. Cuiñas León, J. Serrano González, N. González Alcolea, E. Jiménez Cubedo, B. Laíz Díez, L. Giménez Alvira y V. Sánchez Turrión

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Objetivos: Presentación de tres casos de endometriosis intestinal intervenidas en nuestro centro por un cuadro de obstrucción de intestino delgado.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 32 años con endometriosis intestinal conocida, acude a urgencias por un cuadro de obstrucción intestinal, sin alteraciones analíticas significativas. Se solicitó TC abdomen: “dilatación de asas intestinales con cambio de calibre en íleon terminal, por engrosamiento mural, nodular y excéntrico compatible con endometriosis intestinal”. Intervención quirúrgica urgente: resección de 60 cm de íleon terminal, por afectación parcheada de ésta, anastomosis íleo-cecal y apendicectomía. Caso 2: paciente de 48 años con antecedentes de apendicectomía laparoscópica y endometriosis, acude a urgencias por dolor abdominal de 48 horas de evolución coincidiendo con la menstruación. Se realizó TC abdominal: obstrucción de intestino delgado hasta íleon distal con áreas segmentarias de engrosamiento concéntrico de pared de corta extensión. Se inició manejo conservador del cuadro obstructivo, dada la persistencia de la clínica se decide intervención quirúrgica programada. Laparoscopia exploradora: dos implantes de endometriosis en íleon terminal, con dilatación de asas intestinales proximales, se realiza resección ileocecal. Caso 3: mujer de 23 años, apendicectomizada, consulta en urgencias por dolor periumbilical cólico, de 48 horas de evolución, con cuadro suboclusivo añadido, en las 24 horas siguientes presenta un empeoramiento clínico y radiológico, decidiéndose realizar intervención quirúrgica urgente: Laparotomía media infraumbilical, hallando múltiples estenosis fibrosas en íleon distal con obstrucción casi completa de la luz intestinal, fibrosis en el borde antimesentérico en unos 20 cm de íleon terminal y adenopatías mesentéricas. Se realiza resección íleo-cecal y anastomosis íleo-cólica término-terminal. En los tres casos, la anatomía patológica confirmó el diagnóstico inicial de endometriosis intestinal, hallándose en el primero de ellos, además, una apendicitis por foco endometriósico. Evolucionaron favorablemente durante el postoperatorio, sin presentar ninguna complicación.

Discusión: La endometriosis es, la presencia de glándulas y estroma del endometrio fuera de su localización anatómica normal, está presente en el 5-15% de las mujeres de edad reproductiva. La localización en el tracto gastrointestinal es relativamente frecuente (3-37%), afectando con mayor frecuencia al recto y sigma (50-90%), y al intestino delgado entre un 2-16%, sin embargo en nuestra experiencia, el íleon distal fue la localización más frecuente. La sintomatología suele ser poco específica, con dolor abdominal cíclico, coincidiendo con el ciclo menstrual, aunque pueden confundirse con otros trastornos gastrointestinales como apendicitis, diverticulitis, síndrome del colon irritable o enfermedad de Crohn, entre otras, aunque menos del 1% de las endometriosis intestinales ocasionan un cuadro de obstrucción intestinal en todas nuestras

pacientes presentadas fue el cuadro clínico. El diagnóstico preoperatorio es poco frecuente. Actualmente el diagnóstico se realiza con más frecuencia durante la laparoscopia exploradora. El objetivo del tratamiento médico con Danazol y análogos de la GnRH es la regresión de los implantes y evitar la recurrencia. En el caso de las obstrucciones intestinales secundarias a implantes endometriósicos está indicada la resección intestinal, como en los casos presentados.