



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-549 - ENDOMETRIOSIS EN EL EMBARAZO. UNA PATOLOGÍA GINECOLÓGICA INFRECUENTE EN GESTANTES CONDICIONANDO UNA URGENCIA QUIRÚRGICA

Cisneros Ramírez, Andrea; Hernández García, María Dolores; López-Cantarero García-Cervantes, Manuel; Daban Collado, Enrique; Díaz Granados, Ana; Mirón Pozo, Benito

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Resumen

Introducción: La endometriosis es una enfermedad estrógeno-dependiente, originalmente se creía que con el embarazo la enfermedad mejoraba, pero estudios recientes describen su asociación con complicaciones durante el embarazo.

Caso clínico: Mujer de 33 años gestante de 14+3 semanas, con antecedente de endometriosis, intervenida 2 años antes realizándose ooforosalinguectomía derecha por endometrioma. Acudió a urgencias por epigastralgia, náuseas y vómitos de 5 días de evolución, sin mejoría con tratamiento médico, analíticamente destacaba PCR 168,4 y la ecografía informaba abundante barro biliar sin signos de colecistitis. Dada la sospecha de cólico biliar persistente, se realizó colecistectomía laparoscópica visualizándose vesícula hidrópica sin signos de colecistitis, además de dilatación de asas de intestino delgado. A las 48 h la paciente presentó distensión abdominal, náuseas y vómitos, realizándose nueva ecografía informando distensión generalizada de asas intestinales de delgado por probable íleo paralítico. Se inició tratamiento médico y colocación de SNG sin mejoría tras 48 h; una nueva ecografía informó hallazgos sugestivos de obstrucción de i. delgado con punto de obstrucción en íleon distal, visualizando endometrioma derecho en íntima relación con íleon terminal, como probable causa obstructiva, ante estos hallazgos y el mal estado general de la paciente, se decidió realizar Laparotomía exploradora evidenciando distensión generalizada de asas de intestino delgado con obstrucción en íleon terminal secundaria a implante de endometrioma realizándose ileocequectomía con anastomosis L-L manual, confirmando el diagnóstico anatomopatológico. Se comprobó viabilidad fetal ecográfica por parte de ginecología durante el ingreso y presentó una evolución lenta pero favorable siendo alta al 10º día posoperatorio. A las 33 semanas de gestación se realizó cesárea electiva programada por CIR de ambos fetos.

Discusión: La endometriosis es una enfermedad inflamatoria, estrógeno dependiente, cuya causa es desconocida, afecta a un 10-20% de mujeres en edad fértil. En los últimos años numerosos estudios han investigado el impacto de esta enfermedad benigna en el desarrollo del embarazo, así como su acción y efecto durante la gestación. Entre el 8,8 y el 39% de los endometriomas aumentan durante el embarazo, requiriendo en algunos casos cirugía urgente. El agrandamiento del endometrioma y los cambios de morfología ecográfica son las razones más frecuentes para las intervenciones quirúrgicas durante el embarazo. La endometriosis del tracto gastrointestinal afecta aproximadamente a un 5% de mujeres con endometriosis, principalmente se localiza en recto-sigma en 70% de los casos, y en menor frecuencia a íleon terminal, válvula ileocecal y apéndice. En casos de endometriosis severa que producen obstrucción intestinal, como el que describimos, el tratamiento de elección suele ser la extirpación quirúrgica de la zona afecta junto

con resección intestinal. Con respecto al resultado perinatal, algunos estudios apoyan la asociación entre la endometriosis y un mayor riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro, retardo de crecimiento intrauterino, ruptura uterina y la necesidad de una cesárea, como fue el caso de nuestra paciente. Es importante que en pacientes gestantes con antecedentes de endometriosis y clínica obstructiva sospechemos de esta patología como diagnóstico diferencial, pues representa una hazaña y un reto quirúrgico para los cirujanos, al tener mayor limitación diagnóstico-terapéutica en gestantes.