



## P-665 - ENDOMETRIOSIS INTESTINAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO

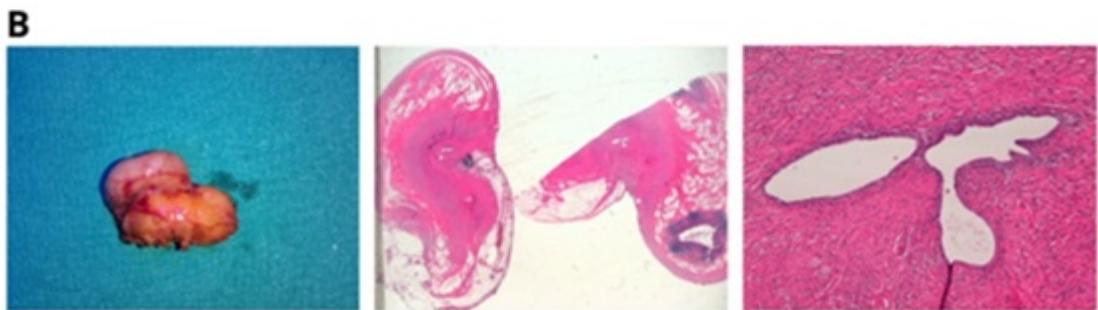
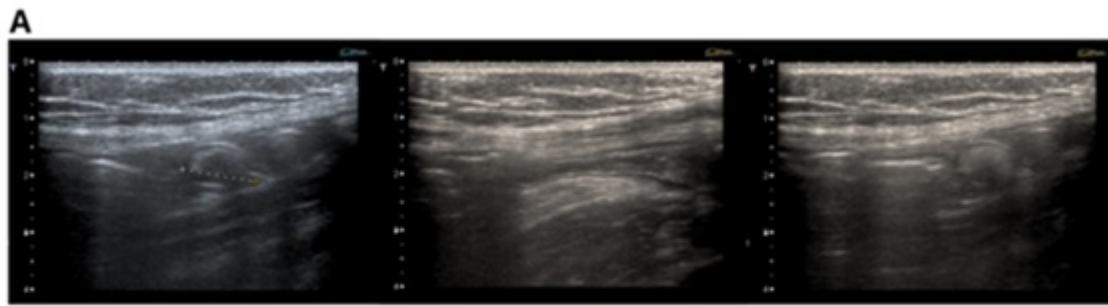
*Pedro Parres, Sara; Magán Martín, Alejandro Antonio; Cortés Climent, Javier; Cejudo Berenguer, Luis; Belda Ibáñez, Tatiana; Pérez Climent, M.<sup>a</sup> de las Nieves; Serra Díaz, Carlos; Espinosa Asencio, Nuria Rita*

*Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.*

### Resumen

**Introducción:** La endometriosis es una enfermedad ginecológica de etiología multifactorial caracterizada por la presencia de tejido endometrial funcional fuera de la cavidad uterina, que afecta aproximadamente al 10-15% de las mujeres en edad fértil. Aunque su localización más frecuente es pélvica puede afectar al tracto gastrointestinal, siendo esta una forma de presentación menos habitual pero de gran relevancia clínica cuando se manifiesta como abdomen agudo. Se presentan dos casos clínicos de abdomen agudo secundario a endometriosis intestinal.

**Casos clínicos:** Caso 1. Mujer de 43 años en seguimiento por ginecología por endometriosis con varios implantes, uno de ellos un nódulo apendicular de 10 mm sugestivo de endometrioma. La paciente consulta por dolor abdominal localizado en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, y ante el empeoramiento clínico se realiza una ecografía abdominal que evidenció un aumento del tamaño del nódulo apendicular hasta 17 mm asociado a cambios inflamatorios leves en el tejido periapendicular (fig. A). Con sospecha de apendicitis aguda en el contexto de posible complicación de un endometrioma apendicular, se realiza de una appendicectomía laparoscópica. El estudio anatomo patológico confirmó la presencia de tejido endometriótico implantado en la pared del apéndice cecal, estableciendo así el diagnóstico definitivo de endometriosis apendicular (fig. B). Caso 2. Paciente de 35 años sin antecedentes de interés que consulta por dolor abdominal de varios días, náuseas, vómitos, estreñimiento y dificultad para la expulsión de gases. Tras la exploración física con distensión y timpanismo abdominal, y ante la sospecha de oclusión intestinal se solicita RX de abdomen evidenciando una marcada dilatación de asas de intestino delgado y colon con niveles hidroaéreos. Se completa el estudio con un TC que muestra una masa hipercaptante polilobulada de 45 mm sugestiva de endometrioma en transición recto-sigma que condiciona una oclusión intestinal (fig. C). Ante estos hallazgos se interviene de forma urgente realizando una resección segmentaria de sigma con anastomosis L-T mecánica. El estudio de anatomo patológico confirmó el diagnóstico de endometrioma en sigma.



**Discusión:** La endometriosis intestinal representa entre el 3,8% y el 37% de los casos de endometriosis. El rectosigma es el segmento más frecuentemente afectado (88%), seguido por el intestino delgado (7%), el ciego (3,6%) y el apéndice. Cuando afecta al sigma o al recto, puede cursar de forma asintomática o asociarse a síntomas digestivos inespecíficos (dolor abdominal, tenesmo, cambios en el ritmo defecatorio, rectorragias cíclicas, ...). En los casos más graves, puede producir una verdadera oclusión intestinal debido a una estenosis por fibrosis transmural y adherencias, lo cual constituye una indicación quirúrgica urgente. La endometriosis apendicular, por otro lado, es infrecuente y representa menos del 1% de los casos de endometriosis. Generalmente es asintomática, aunque puede producir síntomas indistinguibles de una apendicitis clásica, debidos a fenómenos obstructivos del lumen apendicular o hemorragias cíclicas en la pared muscular y subserosa del órgano que condicionan inflamación y dolor. Dado que el abdomen agudo es una de las urgencias quirúrgicas más comunes, es fundamental considerar la endometriosis dentro del diagnóstico diferencial, especialmente en mujeres jóvenes en edad fértil, incluso en ausencia de antecedentes ginecológicos relevantes.