



## clínica e investigación en ginecología y obstetricia

[www.elsevier.es/gine](http://www.elsevier.es/gine)



### CASO CLÍNICO

## Endometriosis intestinal como causa de abdomen agudo

A. Juárez\*, M.A. Durán, A.M. Rivera, S.E. Téllez y R. Buitrón

*Centro de Esterilidad y Ginecología Integral, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General de México, México*

Recibido el 4 de febrero de 2010; aceptado el 8 de marzo de 2010

Disponible en Internet el 29 junio 2010

#### PALABRAS CLAVE

Endometriosis;  
Intestinal;  
Dolor

#### KEYWORDS

Endometriosis;  
Intestinal;  
Pain

**Resumen** El dolor abdominal es motivo de consulta médica muy frecuente y además es un síntoma inespecífico que aparece en un gran número de patologías tanto digestivas como extra digestivas. La endometriosis intestinal es una enfermedad poco frecuente y común gran espectro clínico, lo cual hace difícil su diagnóstico.

Se presenta el caso clínico de paciente que curso son síndrome abdominal agudo secundario a endometriosis intestinal. Se hace una revisión del tema en la literatura mundial.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### Intestinal endometriosis as a cause of acute abdomen

**Abstract** Abdominal pain is a frequent cause of medical consultation and is also a nonspecific symptom that occurs in a large number of both digestive and extraintestinal disorders. Intestinal endometriosis is a rare disease with a broad clinical spectrum, hampering diagnosis. We report the case of a patient with acute abdomen secondary to intestinal endometriosis. A review of the topic in the world literature is provided.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

### Introducción

El tracto gastrointestinal es el sitio mas frecuente de endometriosis extrapélvica, afectando alrededor del 5–15% de mujeres que sufren esta entidad, de este grupo de pacientes, el recto y el colón sigmoides son los sitios mas

frecuentes que están involucrados (75–90%), otros sitios menos comunes son el ileón distal (2–16%) y el apéndice (3–18%), solamente la mucosas y la serosa se encuentra afectados, raramente la mucosa<sup>1–4</sup>.

El cuadro clínico es muy variado puede ir desde el dolor a la evacuación, el sangrado rectal, la obstrucción intestinal y mas raro la perforación o la trasformación maligna, los síntomas son cíclico normalmente como ocurre en otras localizaciones hasta en el 40, 5 de los casos, incluyen dolor pélvico y abdominal crónica, constipación, diarrea,

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [arjuaz@yahoo.com.mx](mailto:arjuaz@yahoo.com.mx) (A. Juárez).

distensión abdominal, tenesmo, así como datos de órganos pélvicos, dismenorrea, dispareunia infertilidad<sup>5-7</sup>.

## Caso clínico

Paciente del sexo femenino de 35 años de edad, con antecedente de dolor pélvico de 2 años de evolución, asimismo, manifestaba misma sintomatología durante periodo menstrual, refiere aumento progresivo de dicha sintomatología en los últimos 3 meses. Dicho dolor se manifestaba en hipogastrio, se acompaña de estreñimiento y tenesmo rectal. La colonoscopia demostró una estenosis de 40 cm del margen anal, por modulación submucosa, con mucosa conservada. Acudía regularmente al servicio de ginecología sin evidenciarse patología ginecológica.

Acude con síndrome doloroso abdominal practicándose tomografía computarizada abdominal. Se practica resección laparoscopia de la estenosis con anastomosis terminal. Evolución postoperatoria adecuada. Diagnóstico anatomopatológico confirmando endometriosis intestinal.

## Comentario

Se desconoce la prevalencia real de la endometriosis extrapélvica, informes de casos repartidos entre publicaciones quirúrgicas y ginecológicas incluyen hallazgos de endometriosis extrapélvica virtualmente en todo aparato, sistema y tejido corporal.

El aparato digestivo ha sido el sitio más frecuente de endometriosis extrapélvica. Cuando la afección es gastrointestinal los sitios más afectados son el recto y el colon sigmoideo, hasta en el 95% con diagnóstico de endometriosis intestinal, por lo general se afectan la serosa y la musculares, el ileon terminal es el sitio preferido para la endometriosis del intestino delgado, en cambio el colon transversal es una rara localización, así como la vesícula biliar, el hígado y el páncreas<sup>3,4</sup>.

La endometriosis intestinal ocurre en el 12-37% de los casos de esta entidad, la obstrucción completa de la luz intestinal ocurre en menos del 1% de los casos. Los datos clínicos son debidos a la estenosis producida por las adherencias o fibrosis causada por tejido ectópico endometrial estimulado cíclicamente<sup>1</sup>.

Es importante conocer como se lleva a cabo el proceso de endometriosis intestinal, existen diversas teorías las cuales incluyen:

1. Regurgitación de sangre menstrual con tejido endometrial a través de las trompas de Falopio.
2. Metaplasma del epitelio celómico.
3. Diseminación de partículas endometriales a través de vía linfática y hematogena.

Es de suponer que el material endometrial la pared intestinal penetra en los vasos sanguíneos y se replica en dicho tejido, así como en la gangliomesenterios o mesocolónicos<sup>2</sup>.

En la literatura, la endometriosis intestinal no manifiesta sintomatología, es generalmente asintomática, pudiéndose diagnosticar durante una laparotomía o laparoscopia. En los casos sintomáticos, las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas, idénticas a los de otros trastornos gastrointestinales. Diversos autores reconocen que la endometriosis intestinal no se sospecha de forma preoperatoria, salvo en aquellas pacientes con antecedentes de endometriosis o con manifestaciones clínicas cíclicas coincidiendo con la menstruación. La endometriosis intestinal debe incluirse en el diagnóstico diferencial del dolor en fosa iliaca derecha. Las pruebas diagnósticas suelen aportar poca información, pero la colonoscopia, la resonancia magnética, la endoscopia y, sobre todo, la toma de biopsias, pueden ser de utilidad para el diagnóstico<sup>8-10</sup>.

La endometriosis intestinal amerita una intensa investigación pues los datos clínicos, radiológicos y endoscópicos semejan y en muchas ocasiones confunden con situaciones clínicas como las neoplasias, enfermedad intestinal inflamatoria, infecciones y enfermedad divertículo.

Es un fenómeno esporádico y que lo observamos ocasionalmente en la práctica de la ginecología.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Palacios RJ, Pérez M, Mijares GM, Estrada MI. Endometriosis colonica como causa de obstrucción y perforación intestinal. *Rev Med Hosp Gen (Mex)*. 2000;3:25-9.
2. Puccini DJ. Endometriosis en ganglio linfático mesentérico asociado a endometriosis de intestino delgado. IV Congreso Virtual Hispano Americano de Anatomía Patológica, Argentina 2001.
3. Kidney M, Goiney R, Cooperberg PL. Adenomyosis of the gallbladder: A pictorial exhibit. *J Ultrasound Med*. 1996;5:331.
4. Nisch B, Ho C, Cullen J. Barium study of small bowel endometriosis. *Gastrointest Radio*. 1988;13:361.
5. Varras M, Kostopanagiotou E, Katis K, Farantos CH, Angelidou-Manika Z, Antoniou S. Endometriosis causing extensive intestinal obstruction simulating carcinoma of the sigmoid colon: a case report and review of the literature. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2002;23:353-7.
6. Yantiss RK, Clement PB, Young RH. Neoplastic and pre-neoplastic changes in gastrointestinal endometriosis: a study of 17 cases. *Am J Surg Pathol*. 2000;24:513-24.
7. Kane SV, Sable K, Hanauer SB. The menstrual cycle and its effect on inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome: a prevalence study. *Am J Gastroenterol*. 1998;93:1867-72.
8. Astore L. Rare localization of so-called "external endometriosis" (intestinal, inguinal umbilical, cicatricial). *Arch De Vecchi Anat Patol*. 1980;64:19-58.
9. Juvanvik K, Comité F. Extrapelvic endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1997;24:411-40.
10. Schwartz JL, Schwartz LB. Extrapelvic endometriosis. In: Diamond MP, Osteen KG, editors. *Endometrium and Endometriosis*. Blackwell Science; 1977. p. 247-54.