

dentro de los parámetros normales, una ecografía abdominal en la que se evidenciaba una moderada cantidad de líquido libre (perihepático, periesplénico, interosas y en fondo de saco) y una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal en la que se apreciaba un notable incremento de la peristalsis abdominal, tanto en delgado como en grueso sin imágenes de obstrucción. La rectosigmoidoscopia fue normal y en el tránsito intestinal se observó una dilatación de asas de delgado y estenosis a nivel de íleon terminal con morfología en pico, con dilatación preestenótica y calibre normal postestenótico, compatible con cuadro subocclusivo. La paciente fue valorada por Ginecología, que descartó patología ginecológica, y por Cirugía, que tras valorar la posibilidad de que se tratase de una hernia de Spiegel frente a enfermedad de Crohn, y dada la intensidad creciente del dolor y la ausencia de un diagnóstico claro, programó una laparotomía diagnóstica. Diagnóstico intraoperatorio: tumoración en íleon en asa invaginada, realizándose resección de unos 20 cm de íleon y anastomosis terminolateral en las proximidades de la válvula ileocecal, y apendicectomía. Diagnóstico anatopatológico: endometriosis intestinal y endometriosis apendicular. Tras la intervención, que resultó diagnóstica y terapéutica, la paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta con tratamiento con análogos de gonadotropinas.

La endometriosis intestinal se presenta en mujeres en edad fértil, frecuentemente nulíparas, con 33 años de edad promedio. La localización más frecuente es a nivel de rectosigma (85-95%) y lo siguen en orden descendiente de frecuencia el colon derecho, el intestino delgado, el apéndice y el ciego^{3,5}. 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 abdominal. El dolor pélvico tipo cólico se describe, en su mayoría, como la queja más frecuente. Es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal (7-23%)^{2,6} y en ese caso el íleon es el segmento más propenso a obstruirse⁴. Los motivos pueden ser estenosis del segmento afectado, invaginación o volvulo de un asa secundario a adherencias. 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. El diagnóstico preoperatorio correcto es difícil y requiere un alto índice de sospecha, pues la endometriosis intestinal puede confundirse clínicamente con anexitis, embarazo ectópico y otras patologías ginecológicas, hernias de la pared abdominal, enteritis, apendicitis, colitis isquémica, diverticulitis e incluso con neoplasia. En cualquier caso el diagnóstico definitivo es anatopatológico⁷, pudiendo confundir al patólogo, pues la muestra de biopsia obtenida endoscópicamente es superficial y la endometriosis suele afectar a las capas más profundas de la pared intestinal, por lo que el tejido obtenido de esta manera podría evidenciar daño crónico, pero sin focos de endometriosis, causando confusión con el diagnóstico diferencial. 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, dolor crónico refractario a tratamiento médico o si el diagnóstico de malignidad no puede ser excluido⁸. 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 gonadotropinas, debe ser suficiente. Revisando la bibliografía hemos encontrado 14 publicaciones sobre obstrucción intestinal secundaria a endometriosis en los últimos dos años. En conclusión, la endometriosis es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, que requiere de un elevado índice de sospecha para su diagnóstico preoperatorio. Debe ser considerado en toda paciente en edad fértil que presente un cuadro de obstrucción intestinal sin antecedentes quirúrgicos o patológicos.

Endometriosis como causa de invaginación intestinal

Sr. Director:

La endometriosis es un desorden ginecológico benigno, frecuente, crónico, estrógeno-dependiente, que se asocia a infertilidad y dolor pélvico. Se caracteriza por la presencia y proliferación de tejido endometrial fuera de su localización normal a nivel uterino. El 8,9% de las endometriosis extragenitales cursan con manifestaciones gastrointestinales^{1,2} y, aunque es poco frecuente, puede ser causa de obstrucción intestinal.

Presentamos a continuación el caso de una paciente de 42 años, con antecedentes personales de: fumadora de 20 cigarrillos al día, síndrome ansioso depresivo en tratamiento, síndrome de colon irritable y mioma uterino en revisión por Ginecología. Ingresó en el servicio de Medicina Interna tras acudir en diversas ocasiones a Urgencias, presentando cuadro de intenso dolor abdominal tipo cólico, localizado a nivel de fosa ilíaca derecha irradiado a hipogastrio y epigastrio, resistente a analgésicos habituales inicialmente por vía oral, posteriormente vía intravenosa y finalmente a mórficos, acompañado de un cuadro de estreñimiento de reciente instauración. A la exploración destaca la palpación de una masa reducible de forma intermitente, a nivel de fosa ilíaca derecha, acompañada de ruidos hidroáreos aumentados. Dentro de las pruebas complementarias mencionar una analítica sanguínea sin alteraciones significativas en ninguna de las tres series, hormonas tiroideas, orosomucoide, anticuerpos anti-transglutaminasa IgG y antígeno carcinoembrionario (CEA)

BIBLIOGRAFÍA

1. Douglas C, Rotimi O. Exogenous endometriosis. A clinicopathological review of a Glasgow hospital experience with illustrations. *J Obstet Gynaecol*. 2004;24:804-8.
2. Beltrán MA, Tapia TF, Araos F, Martínez H, Cruces KS. Ileal endometriosis as a cause of intestinal obstruction. Report of two cases. *Rev Med Chile*. 2006;134:485-90.
3. Barqueró Melchor H, Delgado Castro M. Obstrucción intestinal debido a endometriosis ileal: Reporte de un caso y revisión bibliográfica. *Acta Méd Costarric*. (on line) sep. 2003, vol 45, n.º 3 (citado 30 agosto 2007) p. 117-119.
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. Arévalo Suárez FA, Cerrillo Sánchez G. Appendicular endometriosis as a finding in cases of acute appendicitis. 4 case reports. May 2nd national hospital. *Rev Gastroenterol Peru*. 2006;26(3):324-7.
6. Ridha JR, Cassaro S. Acute small bowel obstruction secondary to ileal endometriosis: Report of a case. *Surg Today*. 2003;33:944-7.
7. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N Eng J Med* 1993;328:1759-69. UpToDate® 2006. Pathogenesis, clinical features, diagnosis and treatment of endometriosis.
8. Jarmín R, Idris MA, Shaharudin S. Intestinal obstruction due to rectal endometriosis: a surgical enigma. *Asian J Surg*. 2006;29(3):149-52.

M. Sánchez Santamaría^a, Á. Sánchez Gualberto^b,
 M. R. Alcócer Díaz^c, R. Creagh Cerquera^c
 y E. Pujol de la Llave^c

^aServicio de Medicina Intensiva. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España. ^bUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Vázquez Díaz. Huelva. España.

^cServicio de Medicina Interna. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.