

## Perforación ileal secundaria a endometriosis

Margalida Vanrell Garau<sup>a</sup>, Daniel Ginard Vicens<sup>a</sup>, Zoe Mariño Méndez<sup>a</sup>, María José Bosque López<sup>a</sup>, José Reyes Moreno<sup>a</sup>, Ana Escarda Gelabert<sup>a</sup>, Ana Cortez<sup>a</sup> y Jaime Gayá Cantallops<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. Mallorca. España.

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. Mallorca. España.

### RESUMEN

La endometriosis es la presencia de tejido endometrial fuera del útero. La afección del intestino por endometriosis es una entidad poco frecuente y suele ser asintomática o presentarse de forma inespecífica con dolor abdominal, diarrea, estreñimiento u obstrucción intestinal. La perforación intestinal es poco frecuente, y hay pocos casos publicados en la literatura médica. La endometriosis intestinal puede imitar a un gran número de enfermedades digestivas, como el síndrome del intestino irritable, la enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones o neoplasias. El diagnóstico se suele realizar a través de laparoscopia o laparotomía. Presentamos el caso de una paciente con dolor abdominal recurrente y posterior perforación ileal, secundaria a endometriosis.

### ILEAL PERFORATION SECONDARY TO INTESTINAL ENDOMETRIOSIS

Endometriosis is defined as the presence of endometrial tissue outside the uterus. The bowel is not often affected. There are no specific clinical findings for intestinal endometriosis. It is typically asymptomatic, but sometimes can present with abdominal pain, diarrhoea, constipation or intestinal obstruction. Ileal perforation is a rare complication of intestinal endometriosis and only a few cases have been reported in the literature. Intestinal endometriosis can mimic many gastrointestinal diseases, such as irritable bowel syndrome, inflammatory bowel disease, infections and neoplasms. The diagnosis is made by laparoscopy or laparotomy. We present a case of a woman with intermittent abdominal pain and ileal perforation secondary to intestinal endometriosis.

### INTRODUCCIÓN

La endometriosis intestinal es una entidad poco frecuente y se define como la presencia de tejido endometrial en los órganos gastrointestinales. Los más afectados son el recto-sigma, el apéndice y el fleon. Clínicamente, suele ser asintomática, pero en ocasiones puede aparecer dolor abdominal –si está afectada la serosa, e incluso cuando el tejido endometrial penetra en la pared intestinal–, diarrea, estreñimiento, obstrucción parcial y dolor abdominal recurrente. Se debe tener en cuenta que, aunque el tejido endometrial ectópico parece estar regulado hormonalmente, los síntomas no siempre son cíclicos. La perforación intestinal y la colitis isquémica son complicaciones muy poco frecuentes. Describimos el caso de una paciente con una perforación ileal secundaria a endometriosis intestinal.

### OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 33 años de edad, exfumadora, con antecedente de dislipemia tipo II y en tratamiento con atorvastatina, que ingresó por episodios de dolor abdominal recurrentes. Presentaba dolor abdominal intermitente, difuso, de tipo cólico, de 6 meses de evolución. La periodicidad había ido aumentando de un episodio cada 2 meses a 3 en el último mes. El dolor se acompañaba de vómitos alimentarios y en alguna ocasión presentó diarrea autolimitada sin productos patológicos. En la exploración física presentaba un abdomen ligeramente distendido, doloroso a la palpación difusa, con un efecto masa en el hipogastrio y con el peristaltismo disminuido. En la analítica destacaban los siguientes parámetros: leucocitos 24.600/μl (88% neutrófilos), hemoglobina 11,5 g/dl, colesterol 303 mg/dl. El resto del hemograma y la bioquímica fueron normales, incluida la proteína C reactiva y la velocidad de sedimentación globular, así como las analíticas posteriores. Se realizó una radiografía simple de abdomen que presentaba algún nivel hidroaéreo. La ecografía abdominal evidenciaba asas intestinales distendidas con contenido líquido en su interior y líquido libre entre las asas. Se realizó una tomografía computarizada (TC) con y sin contraste, observándose una discreta dilatación de las asas con mínima cantidad de líquido en el fondo de saco de Douglas. La colonoscopia no mostró alteraciones, pero no se consiguió visualizar el fleon terminal. En el tránsito gastrointestinal destacó la presencia de una zona segmentaria de fleon en la pelvis izquierda, con disminución del calibre, sin poder observar correctamente el fleon terminal. Ante estos hallazgos radiológicos y la imposibilidad de llegar a un diagnóstico definitivo, se contactó con el servicio de cirugía para valorar la realización de una laparotomía exploradora. En aquel momento se decidió una actitud conservadora.

Debido a la clínica y a las pruebas radiológicas, se pensó en la posibilidad de que pudiera tratarse de una enfermedad de Crohn con una afectación ileal que causaría crisis suboclusivas, por lo que se decidió instaurar

Correspondencia: Dr. D. Ginard Vicens.  
Servicio de Aparato Digestivo.  
Hospital Universitario Son Dureta.  
Andrea Doria, 55. 07014 Palma de Mallorca. Mallorca. España.  
Correo electrónico: dginard@hsd.es

Recibido el 4-12-2006; aceptado para su publicación el 12-12-2006.

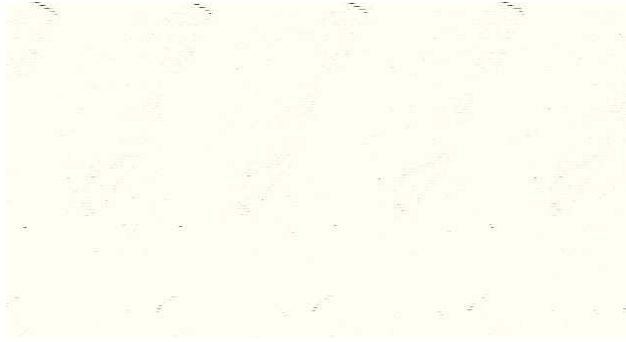


Fig. 1. Foco de endometriosis en la pared intestinal.

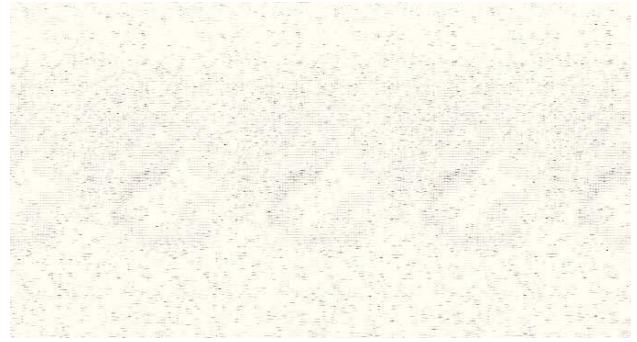


Fig. 2. Foco de endometriosis en la pared intestinal. Imagen con un mayor aumento.

rar un tratamiento empírico con mesalazina. La paciente realizó controles en consultas externas y seguía presentando episodios recurrentes de dolor abdominal, aunque de menor intensidad. Se realizó una entero-TC de forma ambulatoria, y se observó una adecuada distensión de la mayoría de asas del intestino delgado, quedando únicamente algún asa ileal, en la pelvis menor, colapsada. No se identificaron engrosamientos parietales patológicos ni captaciones anómalas del contraste intravenoso en el intestino delgado. Un año después, la paciente acude a urgencias por presentar un dolor abdominal periumbilical con fiebre de 38,5 °C. En la exploración presentaba un mal estado general y un abdomen muy doloroso con signos de peritonismo. Se realizó una exploración ginecológica que fue normal y una ecografía abdominal con abundante líquido libre intraperitoneal, de aspecto turbio, sugestivo de peritonitis. Se practicó una laparotomía exploradora, donde se observó una peritonitis con un asa de íleon terminal y un plastrón con estenosis y retracción. En los ovarios había quistes de aspecto endometriode. Se realizó una hemicolectomía derecha ampliada a íleon terminal. El diagnóstico definitivo se estableció a partir de la pieza obtenida a través de la laparotomía: endometriosis intestinal con afectación del íleon terminal y del apéndice cecal (figs. 1 y 2). Había estenosis ileal por adherencias entre asas y focos de endometriosis y dilatación supraestenótica con perforación del íleon terminal.

## DISCUSIÓN

La endometriosis, definida como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, fue descrita por primera vez por Von Rokitsansky en 1860. Los implantes ectópicos de tejido endometrial suelen estar localizados en la pelvis, pero pueden encontrarse en cualquier órgano. La prevalencia de la endometriosis pélvica varía entre un 6 y un 10% en mujeres en edad fértil<sup>1</sup>. Parece que influye sobre ello el estado socioeconómico, la raza y la edad<sup>2</sup>. Así, el embarazo tardío parece ser que aumenta el riesgo de endometriosis. Esto sugiere que es más frecuente en las mujeres de clase socioeconómica alta que retrasan su embarazo. Al contrario de lo que ocurre con la afectación endometrial de los órganos reproductores femeninos, la intestinal es mucho menos frecuente (del 12-35% de los casos)<sup>3</sup>, y suele ser asintomática. La endometriosis se observa casi exclusivamente en mujeres en edad fértil, entre los 20 y 45 años. Es muy rara su aparición en niñas y mujeres menopáusicas, debido a su regulación hormonal. Se han propuesto diferentes teorías para explicar la localización ectópica del tejido endometrial. De ellas, la más

aceptada es la que sugiere un transporte retrógrado del tejido endometrial durante la menstruación, que luego se implanta y crece en los órganos pélvicos y en el peritoneo; la diseminación también puede ocurrir durante una intervención quirúrgica. Desde éstos, aparecen implantes por vía hematógena o linfática en órganos más alejados. La alteración de la inmunidad tanto humoral como celular también parece desempeñar un papel importante en la patogenia de la endometriosis<sup>4,5</sup>. Una vez implantado el tejido endometrial, parece que está regulado por influencias hormonales, de tal modo que los estrógenos pueden estimular su crecimiento y la progesterona inhibirlo. Estos ciclos de crecimiento y necrosis tisular pueden provocar una irritación de la serosa y una invasión del músculo intestinal con fibrosis e hipertrofia muscular.

Las localizaciones intestinales más frecuentes, en orden decreciente, son el rectosigma, el apéndice y el íleon<sup>6</sup>. La afectación de otros órganos del tracto digestivo, como el páncreas, la vesícula biliar y el hígado es muy poco habitual. La mayoría de las mujeres con implantes intestinales no presenta ninguna sintomatología. Cuando aparecen síntomas, la forma de presentación más frecuente es el dolor abdominal, seguido de la aparición de una masa palpable<sup>7,8</sup>. Otras formas de presentación son la obstrucción intestinal, la rectorragia, la diarrea y el estreñimiento. Al contrario de lo que habitualmente se piensa, los síntomas no siempre son cíclicos y pueden variar según los valores hormonales, como tampoco los síntomas gastrointestinales están necesariamente asociados a los síntomas ginecológicos, como en el presente caso. Otras formas de presentación menos frecuentes son la isquemia colónica y la perforación intestinal. La perforación suele afectar sobre todo al colon y el apéndice, muy raramente al íleon –aunque hay algunos casos descritos en la literatura médica–, y suele estar asociada al diagnóstico tardío<sup>9,10</sup>. De todas maneras, hay que tener muy en cuenta que la endometriosis intestinal puede asemejarse a un gran número de enfermedades digestivas. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con las siguientes entidades: diverticulitis, apendicitis, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome

del intestino irritable, enfermedades infecciosas (como la tuberculosis ileocolónica o la esquistosomiasis), neoplasias (carcinoma, linfoma) y colitis isquémica<sup>7,11,12</sup>.

El diagnóstico clínico de la endometriosis intestinal suele ser muy difícil, por su gran variedad de síntomas, a veces inespecíficos, y porque, como se ha mencionado anteriormente, se puede confundir con múltiples enfermedades intestinales. De todas maneras, siempre debe tenerse en cuenta la endometriosis en mujeres con dolor abdominal recurrente y síntomas intestinales, sobre todo si se encuentran en edad fértil. Es importante realizar una exploración ginecológica con palpación rectovaginal. El hallazgo de nódulos blandos o irregularidades en el fondo de saco es altamente sugestivo de endometriosis, aunque puede variar durante el ciclo menstrual. La colonoscopia suele ser normal, excepto en las áreas de compresión o estenosis extrínseca, es poco habitual la afectación de la mucosa, excepto en los casos en que aparece hematoquecia. Los estudios baritados pueden mostrar la presencia de masas polipoides submucosas, o áreas de estenosis de la luz intestinal<sup>13</sup>. La ecografía, la TC y la resonancia magnética son útiles como métodos diagnósticos complementarios y para evaluar la extensión. Se debe tener en cuenta que ninguna imagen radiológica es patognomónica de endometriosis y que las alteraciones de la mucosa que permiten tomar biopsias raramente son positivas. El diagnóstico definitivo se realiza por laparoscopia o laparotomía con biopsias<sup>8,9,14,15</sup>.

El tratamiento en los casos con gran afectación intestinal suele ser quirúrgico, sobre todo si provoca una obstrucción parcial tanto del colon como del intestino delgado, y generalmente con buenos resultados a largo plazo que mejoran la sintomatología<sup>16</sup>. El tratamiento hormonal puede ser una alternativa en algunos casos de endometriosis intestinal, sobre todo cuando sólo está afectada la serosa. Su utilización cuando hay una afección grave del intestino no es recomendable. Los fármacos más utilizados hasta el momento son el danazol, un andrógeno sintético, y los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina. Actúan disminuyendo la síntesis ovárica de esteroides e inducen un estado de pseudomenopausia. Ambos pueden mejorar el dolor y parece que pueden reducir el tamaño de los implantes<sup>17</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Beltran MA, Tapia Q TF, Araos H F, Martínez GH, Cruces KS. Ileal endometriosis as a cause of intestinal obstruction. *Rev Med Child*. 2006;134:485-90.
2. Houston DE. Evidence for the risk of pelvic endometriosis by age, race, and socioeconomic status. *Epidemiol Rev*. 1984; 6:167.
3. Goodman P, Raval B, Zimmerman G. Perforation of the colon due to endometriosis. *Gastrointest Radiol*. 1990;15:346-8.
4. Steele RW, Domowski WP, Marmer DJ. Immunologic aspects of human endometriosis. *Am J Reprod Immunol*. 1984;6: 33-6.
5. Domowski WP, Gebel HM, Braun DP. The role of cell-mediated immunity in pathogenesis of endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1994;159 Suppl:7-14.
6. Weed JC, Ray JE. Endometriosis of the bowel. *Obstet Gynecol*. 1987;69:727.
7. Yantis 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;25:445-54.
8. Douglas C, Rotimi O. Extragenital endometriosis: a clinicopathological review of Glasgow Hospital experience with case illustrations. *J Obstet Gynaecol*. 2004;24:804-8.
9. Decker D, König J, Wardelmann E, Ritcher O, Popat S, Wolff M, et al. Terminal ileitis with sealed perforation: a rare complication of intestinal endometriosis: a case report and short review of literature. *Arch Gynecol Obstet*. 2004;269:294-8.
10. Bossotti M, Bona A, Olivieri MG, Coda R, Micca FB, Fasciano F, et al. Ileal perforation due to ileocecal endometriosis: a case with an unusual clinical and pathological presentation. *Chir Ital*. 2000;52:597-601.
11. Skoog SM, Foxx-Orestein AE, Levy MJ, Rajan E, Session DR. Intestinal endometriosis: the great masquerader. *Curr Gastroenterol Rep*. 2004;6:405-9.
12. Shah M, Tager D, Feller E. Intestinal endometriosis masquerading as common digestive disorders. *Arch Intern Med*. 1995; 155:977-80.
13. Scarmato VJ, Levine MS, Herlinger H, Wickstrom M, Furth EE, Tureck RW. Ileal endometriosis: radiographic findings in five cases. *Radiology*. 2000;214:509-12.
14. Abbo L, Segre D, Liberatore E, Emmolo I, Rosso C, Landra M, et al. Perforated endometriosis of the sigmoid. Report of a case. *Minerva Chir*. 1995;50:393-7.
15. Roger N, Muñoz-Bongrand N, Vila A, Allez M, Gornet JM, Cattani P, et al. Exclusive ileal endometriosis. *Gastroenterol Clin Biol*. 2005;29:1157-9.
16. Fleisch MC, Xafis D, De Bruyne F, Hucke J, Bender HG, Dall P. Radical resection of invasive endometriosis with bowel or bladder involvement: long term results. 2005;123:224-9.
17. Olive DL. Medical therapy of endometriosis. *Semin Reprod Med*. 2003;21:209-22.