



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 347/4066 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ENDOMETRIOMA

I. Gutiérrez París<sup>a</sup>, C. Rojas Soldado<sup>b</sup>, J. Jiménez Gallardo<sup>c</sup> y E. de Rodrigo Tobías<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almodóvar del Río. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dos Torres. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almodóvar del Río. Córdoba. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almodóvar del Río. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 28 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por dolor abdominal intenso de un día de evolución acompañado con náuseas y vómitos fecaloideos. Afebril. Última deposición normal hace tres días. No otra sintomatología acompañante. Dada la sintomatología y el mal estado general de la paciente solicitamos analítica y radiografía de abdomen.

**Exploración y pruebas complementarias:** Mal estado general. Abdomen globuloso, timpánico. Dolor a la palpación profunda. Analítica: normal, excepto FA de 116. Radiografía: niveles hidroaéreos. Dilatación de asas. Ausencia de gas distal. TAC: Asimetría de la pared uterina a expensas de la cara lateral izquierda y posterior, que pierde plano de clivaje con anejos y el sigma colindante, retrayéndolo. Asimismo se identifica aumento de partes blandas mal definido pararectal derecho, que sugiere corresponder a foco de endometriosis. El colon retrógrado a dicha localización se muestra dilatado y con abundante contenido líquido y en miga de pan, compatible con obstrucción intestinal.

**Orientación diagnóstica:** Obstrucción intestinal.

**Diagnóstico diferencial:** Íleo biliar. EPI.

**Comentario final:** Se decide intervención quirúrgica urgente encontrándose un endometrioma en cara posterior de útero con estenosis a nivel de región recto-sigma. Con evolución clínica satisfactoria sin complicaciones quirúrgicas.

### Bibliografía

1. Imasogie DE, Agbonrofo PI, Momoh MI, et al. Intestinal obstruction secondary to cecal endometriosis. Niger J Clin Pract. 2018;21:1081-5.
2. Ellensen LH, Ping EC. The female genital tract. In: Kumar V, ed. Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease, 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010. p. 1005-63.
3. Silverberg SG, Tabbara SO. The uterine corpus. In: Silverberg SG, ed. Silverberg's Principle and Practice of Surgical Pathology and Cytopathology, 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; 2006. p. 1933-85.
4. Lin YH, Kuo LJ, Chuang AY, et al. Extrapelvic endometriosis complicated with colonic obstruction. J Chin Med Assoc. 2006;69:47-50.

5. Machairiotis N, Stylianaki A, Dryllis G, et al. Extrapelvic endometriosis: A rare entity or an under diagnosed condition? *Diagn Pathol*. 2013;8:194.
6. Chhabra P, Rao C, Singh H, et al. Endometriosis causing small bowel obstruction. *Trop Gastroenterol*. 2013;34:188-91.

**Palabras clave:** Obstrucción intestinal. Endometriosis. Dolor abdominal. Endometriosis cecal.