

Endometriosis ileal. A propósito de un caso

M.I. Ribau, D. Ferrer^a, F. Alameda^a, F. Isbert^b, C. Parada^b y R. Carreras

Servicios de Obstetricia y Ginecología, ^aAnatomía Patológica y ^bCirugía General. Hospital del Mar. Barcelona. España.

SUMMARY

We present a case of ileal endometriosis with an unusual location, which presented multiple diagnostic difficulties and for which surgical treatment is usually required. We analyse the clinical symptoms, the diagnostic clues and differential diagnosis of intestinal endometriosis.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial (glándulas y estroma) fuera del útero. Ha sido descrita en multitud de órganos y tejidos como en los tejidos blandos pélvicos, la vejiga urinaria, el recto, el pulmón, el intestino delgado, etc. Dado que estos focos son funcionantes, el sangrado repetido en esas localizaciones puede producir reacciones fibrosas reparativas y adherencias entre órganos, o bien entre órganos y tejidos vecinos. En el intestino puede producir engrosamiento focal de la pared y fibrosis, y llegar a ocasionar la obstrucción de la luz intestinal. El diagnóstico diferencial debe realizarse fundamentalmente con una enfermedad neoplásica y con una enfermedad inflamatoria intestinal¹⁻⁸. El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica es diagnóstico y no presenta problemas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 40 años que ingresó por un cuadro de dolor abdominal de tipo espasmódico junto con meteorismo y aumento del perímetro abdominal, sin fiebre, de 2 semanas de evolución y que en las últimas 48 h se había asociado a vómitos sin emisión de gases ni heces. Entre los antecedentes destacaba una apendicectomía practicada a los 7 años y dos embarazos y

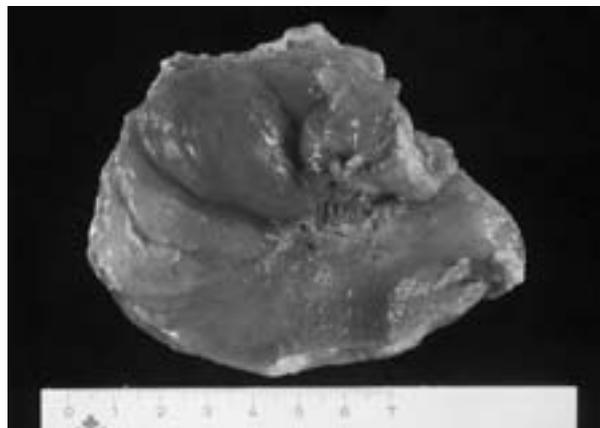


Fig. 1. Pieza quirúrgica. Segmento de intestino delgado donde se localiza la obstrucción. Se observa un área rojiza con material fibrináceo en su superficie.

partos normales. En el examen físico, el abdomen estaba ligeramente distendido y timpánico; se palpaba una masa indurada en la fosa ilíaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal apreciable. La analítica general no presentaba alteraciones. La radiografía simple de tórax evidenciaba una distensión central de las asas de intestino delgado por la presencia de aire. Se orientó el caso como una oclusión de intestino delgado, por lo que se decidió intervención quirúrgica de forma urgente.

La laparotomía exploradora demostró en el lugar de la obstrucción la presencia de una zona angulada e indurada correspondiente al íleon terminal de aproximadamente 3 cm de diámetro máximo, en la que se observaba una superficie blanquecina y fibrinosa. Se practicó resección ileal segmentaria con posterior ileocecotomía terminolateral. El resto de la cavidad abdominal junto con el útero y los dos anejos no presentaban alteraciones a la inspección.

En el estudio anatomopatológico de la pieza se observó que en la zona de estenosis de la luz, la mucosa era rojiza y friable en un área de 3 cm (fig. 1). En el estudio microscópico se demostró la presencia de numerosas glándulas endometriales rodeadas por

 Aceptado para su publicación el 9 de enero del 2000.

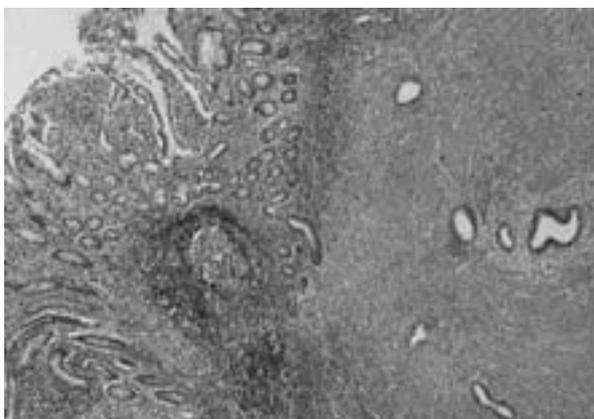


Fig. 2. Glándulas endometriales de epitelio cilíndrico pseudoestratificado ciliado rodeadas de células pequeñas de la estroma endometrial que se disponen entre los haces de músculo liso de la pared intestinal (HE, $\times 400$).

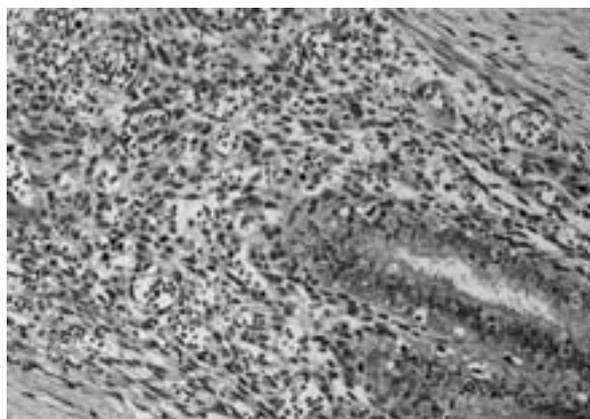


Fig. 3. Endometriosis con hemorragia reciente, numerosos capilares con extravasación de hematíes (HE, $\times 100$).

estroma endometrial, distribuidas entre las capas serosa, subserosa y muscular de la pared intestinal (fig. 2). En la mucosa intestinal se observaba un abundante infiltrado inflamatorio intersticial, con presencia de folículos linfoides, pero no se observaron glándulas endometriales. El epitelio glandular endometriósico era pseudoestratificado con escasas mitosis, focalmente ciliado (metaplasia tubárica) y sin presencia de vacuolas de secreción; la estroma endometrial era densa y presentaba signos de sangrado reciente (hematíes extravasados) y antiguo (macrófagos cargados de hemosiderina). En conjunto, los hallazgos fueron diagnósticos de endometriosis intestinal (fig. 3).

La enferma evolucionó favorablemente prescribiéndose análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) durante 6 meses. Transcurrido un año permanece clínicamente asintomática, con controles ecográficos normales.

DISCUSIÓN

La endometriosis, en general, es un hallazgo relativamente común en mujeres, pero la afección intestinal es poco frecuente y afecta con mayor frecuencia a aquellos tramos de intestino situados en la pelvis, próximos a los órganos genitales, como el rectosigmoide, el apéndice y el íleon terminal.

El rectosigmoide es el tramo más comúnmente afectado aunque la obstrucción completa en esta zona es rara. La segunda zona afectada con más frecuencia es el apéndice y la tercera el íleon. En esta última localización se ve afectado el íleon distal y está limitado a la serosa.

La mayoría de los casos de endometriosis intestinal están situados en el contexto de una endometriosis pélvica¹⁻⁷, pero pueden darse de forma aislada como en nuestra paciente. En estos casos suele tratarse de un hallazgo quirúrgico sin la sospecha previa de endometriosis. Los focos de endometriosis suelen situarse en la serosa y la subserosa y pueden afectar también a la muscular pero raramente afectan a la mucosa^{1-3,6-12}.

Se han elaborado distintas teorías para explicar esta enfermedad, pero ninguna ha sido satisfactoria. La teoría más aceptada sobre la afección del tracto gastrointestinal y la cavidad abdominal en general es la teoría de la menstruación retrógrada. Esta teoría supone que el tejido endometrial durante la menstruación es regurgitado de forma retrógrada a través de las trompas, para eventualmente adherirse a la serosa intestinal o a otras localizaciones^{1-3,5-8,12}. Esto podría explicar la afección de los segmentos del intestino delgado localizados en la proximidad anatómica a la pelvis femenina, pero no la aparición inusual de implantes endometriales, por ejemplo en la superficie pleural^{7,12}.

Los síntomas que produce la endometriosis intestinal son inespecíficos: cambios cíclicos de la función intestinal, diarrea o estreñimiento, náuseas, vómitos e incluso una distensión abdominal, con o sin relación con la menstruación. El síntoma más común es el dolor abdominal bajo recurrente como en el caso que nos ocupa.

Cuando la endometriosis se localiza en el rectosigmoide, y si la endometriosis afecta la mucosa, puede producir sangrado en relación con la menstruación. Sin embargo, tanto el sangrado como el abdomen

agudo por obstrucción intestinal son raros en el contexto de una endometriosis, ya que la afección intestinal suele ser superficial, limitada a la serosa y subserosa, y no suele llegar a afectar la mucosa intestinal^{2,5,7,9,10}.

La endometriosis ileal tiene importancia porque puede ocasionar con cierta frecuencia obstrucción intestinal e incluso perforación intestinal^{3,6,7}. La obstrucción puede deberse tanto a la formación de adherencias, secundarias a la afección de la serosa, y que pueden ocasionar angulaciones y estrangulamientos, como al engrosamiento fibroso de la pared intestinal, consecuencia de la hiperplasia del músculo liso y de la fibrosis reactiva a la presencia de endometrio ectópico, junto con la extravasación sanguínea periódica en esta capa que conlleva un estrechamiento gradual de la luz intestinal^{1,3-5,6,7-9,10}.

En general, el diagnóstico preoperatorio de la obstrucción del intestino delgado suele ser difícil ya que generalmente no se piensa en la endometriosis como causante de la obstrucción y la paciente es explorada sospechando una apendicitis o una enteritis regional^{1,4,5}. La tomografía axial computarizada (TAC) y la ecografía pueden ser útiles al informar de la localización, el tamaño y la extensión de la endometriosis en una paciente con endometriosis ya conocida o que no se sospechaba. Durante la cirugía, el íleon terminal se suele ver inflamado, indurado, engrosado y angulado por las adherencias fibrosas, como en el caso que presentamos.

El diagnóstico diferencial clínico debe plantearse con multitud de enfermedades tanto inflamatorias como neoplásicas, que pueden afectar el íleon de una mujer joven y presentar una clínica semejante. Entre ellas cabe destacar las lesiones inflamatorias como la enfermedad de Crohn⁶, la hiperplasia nodular linfóide, la apendicitis o diverticulitis de Meckel¹ y el síndrome del colon irritable. También infecciones como la producida por *Yersinia*, la tuberculosis, el linfogranuloma o la enfermedad de Behçet, y lesiones de carácter tumoral como metástasis, tumor carcinoide, carcinoma o linfoma^{1,2,5,7,8,10-12}.

Mediante laparoscopia o laparotomía por otra causa, como hallazgo accidental, se pueden observar implantes en la serosa, que sin un diagnóstico previo de endometriosis, pueden confundirse con nódulos de necrosis grasa o con implantes de carcinoma. El estudio histológico no plantea problemas diagnósticos^{1,2,7,8,10,12,13}.

Cuando la paciente acude por obstrucción intestinal, como en nuestro caso, ya sea por endometriosis conocida o no, se ha de proceder a la resección segmentaria con anastomosis terminoterminal o término-

lateral ileocolónica^{4,5,7-9}. Sin embargo, en casos de suboclusión en una paciente con endometriosis conocida, y una vez descartado un proceso maligno, el tratamiento de elección sería no quirúrgico. Las lesiones asintomáticas puramente superficiales de la serosa, halladas durante la intervención en una mujer con endometriosis conocida y que no planteen problemas de diagnóstico diferencial, pueden eliminarse mediante vaporización con láser durante la laparoscopia.

En cuanto al tratamiento, la endometriosis es una enfermedad hormonodependiente; por ello, la supresión hormonal sigue siendo una herramienta básica en el tratamiento de la enfermedad.

En pacientes peri o posmenopáusicas o que no quieran tener más hijos, están indicadas la histerectomía total y la salpingooforectomía bilateral^{4,8,10}. La recurrencia de la endometriosis intestinal tras la ooforectomía es poco común^{4,8}.

El danazol tiene actualmente pocas indicaciones mientras que los análogos de la GnRH tienen una potente eficacia y baja toxicidad. Se prefiere en casos graves y en asociación con la cirugía ya que mejora los síntomas, sobre todo el dolor, disminuye el tamaño de los implantes y reduce las adherencias. También los contraceptivos orales de forma continua pueden producir un estado de pseudoembarazo con reabsorción del tejido endometrial ectópico¹⁴.

RESUMEN

Presentamos el caso de una endometriosis ileal como localización infrecuente, que presenta múltiples dificultades diagnósticas y que usualmente es tributaria de tratamiento quirúrgico. Analizamos las manifestaciones clínicas y el diagnóstico de la endometriosis intestinal, así como su diagnóstico diferencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boulton R, Chawla MH, Poole S et al. Ileal endometriosis masquerading as Crohn's ileitis. *J Clin Gastroenterol* 1997; 25: 338-342.
2. Shah M, Tager D, Feller E. Intestinal endometriosis masquerading as common digestive disorders. *Arch Intern Med* 1995; 155: 977-988.
3. Stahl C, Grimes EM. Endometriosis of the small bowel. Case reports and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 1987; 42: 131-136.
4. Martimbeau PW, Pratt JH, Gaffey TA. Small bowel obstruction secondary to endometriosis. *Mayo Clin Proc* 1975; 50: 239.
5. Henley JD, Kratzer SS, Seo IS, Davis T. Endometriosis of the small intestine presenting as a protein-losing enteropathy. *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 103-133.

- | | |
|--|--|
| <p>6. Cappell MS, Friedman D, Mikhail N. Endometriosis of terminal ileum simulating the clinical roentgenographic and surgical findings in Crohn's disease. <i>Am J Gastroenterol</i> 1991; 86: 1057-1062.</p> <p>7. Minocha A, Davis MS, Wright RA. Small bowel endometriosis masquerading as regional enteritis. <i>Dig Dis Sci</i> 1994; 39: 1126-1133.</p> <p>8. Croom RD, Donovan ML, Schwesinger WH. Intestinal endometriosis. <i>Am J Surg</i> 1984; 184: 660-667.</p> <p>9. Badawy SZA, Freedman, Numann P, Bonaventura M, Kim S. Diagnosis and management of intestinal endometriosis: a report of five cases. <i>J Reprod Med</i> 1988; 33: 851-855.</p> | <p>10. Townell NK, Vanderwalt JD, Jagger GM. Intestinal endometriosis: diagnosis and management. <i>Br J Surg</i> 198; 71: 629-630.</p> <p>11. Venable JH. Endometriosis of the ileum: four cases with obstruction. <i>Am J Obstet Gynecol</i> 1972; 113: 1054.</p> <p>12. Aronchick CA, Brooks FP, Dyson WL, Baron R, Thompson JJ. Ileocolic endometriosis presenting with abdominal pain and gastrointestinal bleeding. <i>Dig Dis Sci</i> 1983; 28: 566-572.</p> <p>13. Weed JC, Ray JE. Endometriosis of the bowel. <i>Obstet Gynecol</i> 1987; 69: 727-730.</p> <p>14. Audebert A. Medical treatment of endometriosis. <i>Rev Prat</i> 1999; 49: 269-275.</p> |
|--|--|