



## CASO CLÍNICO

# Obstrucción intestinal secundaria a endometriosis

M.I. Pardo\*, M. Vázquez-Rodríguez, R. Vidal, R. Álvarez-Rodríguez, E. García-Giménez y J.E. Moral

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

Recibido el 30 de septiembre de 2009; aceptado el 1 de diciembre de 2009

Disponible en Internet el 1 de marzo de 2010

### PALABRAS CLAVE

Endometriosis;  
Obstrucción  
intestinal;  
Dolor abdominal;  
Resección intestinal

### KEYWORDS

Endometriosis;  
Intestinal  
obstruction;  
Abdominal pain;  
Intestinal resection

**Resumen** Aunque la endometriosis es una enfermedad relativamente frecuente en mujeres en edad reproductiva, la localización intestinal no es habitual, y puede causar complicaciones importantes. Presentamos un caso de endometriosis de la válvula ileocecal asociada a endometrioma ovárico que produjo obstrucción intestinal y precisó cirugía de urgencia: resección ileocecal y anexectomía derecha.

El diagnóstico de confirmación fue realizado mediante estudio histológico de la pieza reseçada.

La endometriosis intestinal presenta una sintomatología clínica variada y poco específica, y debería ser tenida en cuenta en mujeres que presentan síntomas digestivos inexplicados al realizar el diagnóstico diferencial.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Intestinal obstruction secondary to endometriosis

**Abstract** Although endometriosis is a relatively common disease in women of reproductive age, intestinal localization is unusual and may lead to severe complications. We report a case of ileocecal endometriosis associated with ovarian endometrioma, causing intestinal obstruction. Emergency surgery, consisting of ileocecal resection and right oophorectomy, was required.

The diagnosis was confirmed by histological study of the surgical specimen.

Intestinal endometriosis has a diverse and nonspecific clinical spectrum and should be included in the diagnosis of women with unexplained digestive symptoms.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La endometriosis es una enfermedad caracterizada por la presencia de tejido endometrial (glándulas y estroma) fuera de la cavidad uterina. Constituye una causa de dolor pélvico crónico en el 5–15% de mujeres en edad fértil<sup>1</sup> y se acompaña de esterilidad en el 30–40% de los casos<sup>2</sup>.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [isabelpp76@hotmail.com](mailto:isabelpp76@hotmail.com) (M.I. Pardo).

Puede ser dividida en intra y extraperitoneal, siendo las localizaciones intraperitoneales más frecuentes los ovarios y los ligamentos uterosacros<sup>3</sup>. La endometriosis del tracto gastrointestinal afecta aproximadamente a un 5% de mujeres con endometriosis; cuando esto ocurre, afecta fundamentalmente a la unión recto-sigma, colon sigmoide y porción superior del recto<sup>4</sup> y sus síntomas son debidos a obstrucción y alteración de la motilidad intestinal<sup>5,6</sup>. La obstrucción intestinal aguda secundaria a endometriosis ha sido descrita en la literatura y en ocasiones es difícil diferenciarla de enfermedades malignas o inflamatorias.

Presentamos el caso de una paciente de 38 años de edad con una obstrucción intestinal aguda a nivel de la válvula ileocecal, complicando una endometriosis digestiva y pélvica.

## Caso clínico

Mujer de 38 años, nuligesta, sin antecedentes médicos de interés que acude a urgencias de nuestro servicio por dolor abdominal y diarrea de varios días de evolución.

A la exploración física presenta abdomen distendido, muy timpanizado con dolor difuso a la palpación. Se realiza ecografía ginecológica que muestra quiste de ovario derecho de 50×44 mm de aspecto endometriósico, no complicado, útero y ovario izquierdo de aspecto normal, por lo que se solicitan marcadores tumorales.

En la analítica solicitada destaca: leucocitosis (18.300) con desviación izquierda, encontrándose los demás parámetros dentro de la normalidad.

En la radiografía simple de abdomen se objetiva marcada distensión de asas abdominales compatible con cuadro oclusivo/suboclusivo. Se solicita TAC abdominopélvico que informa de importante dilatación de intestino delgado, tanto de yeyuno como de íleon con rectosigma y colon izquierdo colapsados, compatible con oclusión de intestino delgado y lesión anexial derecha de 6×5 cm compatible con quiste endometriósico. Se decide ingreso de la paciente y valoración por el servicio de cirugía decidiéndose intervención quirúrgica conjunta por parte de ambos servicios en la que se objetiva tumoración escirrosa a nivel de la válvula de Bauhin que cierra totalmente la luz intestinal, con dilatación extrema de intestino delgado, y quiste de ovario derecho roto, de aspecto endometriósico. Se realiza resección de íleon de aproximadamente 10 cm y anexectomía derecha.

La evolución postoperatoria cursa dentro de la normalidad, siendo la paciente dada de alta al dieciseisavo día postintervención.

La pieza de anatomía patológica es informada como endometriosis a nivel de válvula ileocecal (figs. 1 y 2), quiste endometriósico de ovario derecho y salpingitis aguda.

## Discusión

Presentamos un caso sincrónico de endometriosis ovárica e intestinal complicado con un cuadro de obstrucción intestinal aguda. Entre un 5 – 15% de pacientes con endometriosis pélvica presentan afectación intestinal, pero la obstrucción intestinal es poco habitual<sup>4</sup>. La endometriosis gastrointestinal afecta en el 70% de los casos al recto sigma, y en menor frecuencia a íleon terminal, válvula ileocecal y apéndice<sup>5,7</sup>.



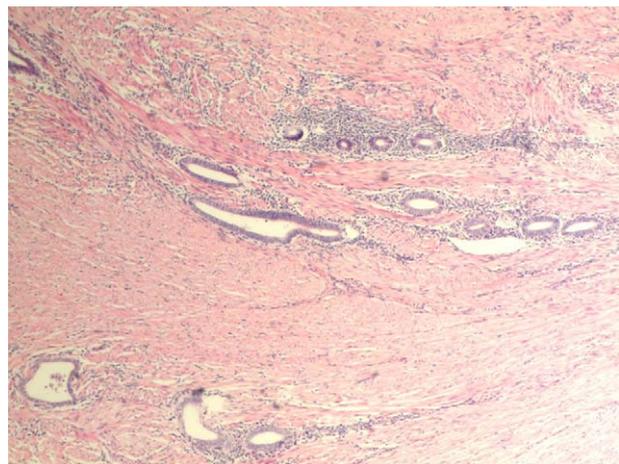
**Figura 1** Sección transversal de la válvula ileocecal con marcado engrosamiento de la capa muscular propia formando una imagen pseudotumoral.

El diagnóstico preoperatorio de la endometriosis intestinal suele ser difícil. Habitualmente las pacientes presentan síntomas de obstrucción intermitente y trastornos del hábito intestinal. Los síntomas inicialmente son cíclicos y suelen presentarse durante el periodo menstrual pero tienden a hacerse permanentes a medida que la lesión progresa<sup>8</sup>. El diagnóstico diferencial debe realizarse con entidades como apendicitis, diverticulitis, colitis isquémica, enfermedad de Chron, carcinoma y linfoma entre otros<sup>9</sup>.

Las pruebas de imagen radiológicas muestran generalmente una zona de estenosis o lesión tumoral, presentando el TAC un importante valor en el caso de presencia de abdomen agudo<sup>5</sup>; si bien el diagnóstico de certeza es anatómopatológico.

El marcador sérico CA 125 ha sido empleado para estudiar la progresión de la endometriosis.

En casos de endometriosis severa que producen obstrucción intestinal, como el que describimos, el tratamiento de elección suele ser la extirpación quirúrgica de la zona afecta junto con resección intestinal<sup>2</sup>.



**Figura 2** Glándulas y estroma endometrial dispersas en la capa muscular propia.

## Conclusión

La endometriosis es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal, que requiere un alto índice de sospecha clínica para ser sospechada de manera preoperatorio; sin embargo, debería tenerse presente en el caso de mujeres en edad fértil que presenten sintomatología gastrointestinal inespecífica asociada a menstruación y/o cuadros de pseudoobstrucción intestinal en ausencia de antecedentes de interés.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. De Ceglie A, Bilardi C, Picasso M, Di Muzio M, Conio A. Acute small bowel obstruction caused by endometriosis: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2008;14:3430–4.
2. Ruíz R, Pacheco F, Oliden O. Endometriosis de ileon como causa de obstrucción intestinal. Presentación de un caso. *An Med Interna.* 2008;25:307–8.
3. Lin YH, Kuo LJ, Chuang AY, Hung CF. Extrapelvic endometriosis complicated with colonic obstruction. *Med Assoc.* 2006;69:45–70.
4. Mourthé M, Batista M, Freitas B, Duarte T. Rectal obstruction due to endometriosis. *Tech Coloproctol.* 2008;12:57–9.
5. Preziosi G, Cristaldy M, Angelini L. Intestinal obstruction secondary to endometriosis: a rare case of synchronous bowel localization. *Surg Oncol.* 2007;16:161–3.
6. Le Meaux J, Sangana G, Panel P, Raynal P. Digestive endometriosis of the caecum and insusception: about one case. *Gynecol Obstet Fertil.* 2007;35:1232–4.
7. Redwine DB. Ovarian endometriosis: a marker for more extensive pelvic and intestinal disease. *Fertil Steril.* 1999;72:310–5.
8. Zwas FR, Lyons DT. Endometriosis: an important condition in gastroenterology. *Dig Dis Sci.* 1991;36:353–4.
9. 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, 445–45.