



## Obstrucción intestinal por endometriosis

Juan Antonio López Corvalá,<sup>1</sup> José de Jesús Margarito Castro,<sup>2</sup>  
Fernando Guzmán Cordero,<sup>2</sup> Juan Pedro Fernández Robles,<sup>2</sup> Mayte Wimber Arellano<sup>2</sup>

### INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como la presencia de glándulas endometriales y tejido estromal fuera del útero. Este tejido ectópico produce un proceso inflamatorio crónico estrógeno-dependiente. Esta enfermedad afecta al 5-10% de las mujeres en edad reproductiva.<sup>1</sup>

Las pacientes se pueden presentar con dolor, infertilidad o una combinación de estos problemas. El síntoma clínico más característico es el dolor abdominal en relación con los ciclos menstruales y otras manifestaciones que se vinculan con la localización de los focos de endometriosis; así, en el caso de endometriosis intestinal, pueden existir dolor abdominal difuso, dolor rectal, náusea, vómitos, diarrea, tenesmo, hemorragia digestiva baja y constipación, síntomas que se hacen presentes en el 8.9% de todos los casos. El padecimiento puede ser sospechado en un examen pélvico o estudios de imagen.

Existen dos formas diferentes de endometriosis: la adenomiosis (en la cual los focos ectópicos de endometrio se localizan en el miometrio) y la endometriosis propiamente dicha (en la que se localizan fuera del útero, frecuentemente en el peritoneo pélvico y, ocasionalmente, en los ovarios, septum rectovaginal, recto, colon sigmoides, apéndice, ciego e íleon terminal).<sup>2</sup>

Meyer, en Alemania, fue el primero en describir la endometriosis en el tracto gastrointestinal hace casi un siglo.<sup>3</sup>

A nivel gastrointestinal, la endometriosis se ha encontrado en aproximadamente 3-12% de los casos. La localización exclusiva en íleon es muy rara (1-7%).<sup>4,5</sup> La endometriosis puede causar obstrucción intestinal, ascitis hemorrágica, perforación intestinal, hipoalbuminemia, e incluso, apendicitis, pero estas complicaciones son raras.<sup>6,7</sup> Habitualmente, el diagnóstico se realiza durante la cirugía y requiere de un elevado índice de sospecha clínica. En muchas ocasiones obliga a laparotomías diagnósticas con biopsias de espesor completo de la pared intestinal y a resecciones intestinales amplias para hacer el diagnóstico.<sup>5,7-9</sup>

El tratamiento médico de la endometriosis después de la cirugía se basa en la supresión hormonal, que eventualmente produce involución de los implantes de endometriosis.<sup>10</sup>

### CASO CLÍNICO

Mujer de 36 años de edad, con antecedente de laparoscopia diagnóstica cinco años atrás por infertilidad, con diagnóstico de endometriosis; por este motivo recibió tratamiento hormonal durante seis meses.

Acudió por presentar dolor abdominal de tres días de evolución, tipo cólico, localizado en la fosa iliaca izquierda; posteriormente, el dolor se generalizó, con intensidad 8 de 10 (EVA). Refirió vómito en dos ocasiones de contenido gástrico y ausencia de canalización de gases.

A la exploración física, se le encontró con signos vitales dentro de los parámetros normales, regular estado de hidratación, abdomen distendido, peristalsis ausente, dolor a la palpación generalizada. Se le realizó laboratorio preoperatorio, donde se encontraron leucocitos 12,500/ $\mu$ L. Se solicitó ultrasonograma abdominal, que reportó líquido libre en la fosa iliaca y corredera parietocólica izquierda, asa fija en dicha zona con líquido en su interior.

Se inició el manejo médico para obstrucción intestinal, sin obtener éxito. Con base en lo anterior, se decidió la intervención quirúrgica.

Se realizó laparoscopia diagnóstica, colocando el primer trocar en la región umbilical con técnica abierta; se exploró la cavidad abdominal, donde se encontró líquido libre serohemático (aproximadamente 200 cm<sup>3</sup>); se revisó

<sup>1</sup> Jefe de Cirugía General.

<sup>2</sup> Especialista en Cirugía General.

Hospital Ángeles Tijuana.

#### Correspondencia:

Juan Antonio López Corvalá  
Hospital Ángeles Tijuana.  
Paseo de los Héroes Núm. 10999-905,  
Zona Río Hospital Ángeles, 22010,  
Tijuana, BC, México.  
Correo electrónico: drcorvala@grupolap.com

Aceptado: 18-05-2016.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

el intestino delgado a partir del Treitz, donde se visualizó gran dilatación de asas hasta 10 cm de la válvula ileocecal, secundaria a obstrucción mecánica por una lesión rojiza que condicionaba un bloqueo de la luz intestinal (*Figura 1*). Se identificaron, además, lesiones rojizas, aproximadamente de 3 cm, en el peritoneo parietal, el hueco pélvico y el ovario derecho (*Figura 2*).

Se realizaron maniobras con instrumental romo para liberar la lesión del asa obstruida, sin éxito; por ello, se llevó a cabo una resección intestinal de aproximadamente 20 cm (*Figura 3*), con entero-entero anastomosis término-terminal en dos planos, con sutura multifilamento absorbible, a través de una incisión oblicua suprapúbica en la fossa iliaca derecha de 5 cm. Se introdujo el asa anastomosada a la cavidad abdominal y se revisó nuevamente.

La paciente presentó adecuada evolución clínica. Se inició tolerancia a la vía oral al tercer día. Se egresó al cuarto día postquirúrgico.

En el reporte de patología del segmento intestinal se

describió mucosa con epitelio columnar alto con vellosidades propio del sitio. La submucosa estaba congestiva, con edema. Sobre la capa muscular propia y extendiéndose hacia la serosa, había implantes de tejido endometrial, con estroma y glándulas sin alteraciones morfológicas sugestivas de malignidad. Se concluyó el diagnóstico de endometriosis.

## DISCUSIÓN

La endometriosis es una entidad clínica que puede afectar hasta al 10% de las mujeres en edad reproductiva; en ellas, hasta el 12% puede dañar el tracto gastrointestinal. El inicio de la enfermedad es insidioso, sin evidencia de patología orgánica, y puede fácilmente confundir su diagnóstico con patología funcional del colon. La literatura, en general, reporta predominio de implantes de endometriosis en la región rectosigmoidea; sólo en algunos casos se menciona involucramiento del intestino delgado.

Frecuentemente, las manifestaciones clínicas de involucramiento intestinal de endometriosis son asociadas al periodo menstrual, durante el cual se presentan dolor abdominal bajo, náusea y vómito, diarrea y síntomas urinarios irritativos; la obstrucción intestinal secundaria a endometriosis es una manifestación muy rara de esta patología. Es necesaria alta sospecha clínica para su diagnóstico prequirúrgico, ya que habitualmente se realiza de forma transoperatoria o una vez hecho el análisis histopatológico.

El manejo laparoscópico en este tipo de casos no es el abordaje de elección debido a que la dilatación de asas intestinales supone un alto riesgo de lesiones incidentales durante la colocación de trocares y la manipulación de asas. En grupos experimentados, la laparoscopia es una herramienta muy valiosa, pues es posible realizar de manera segura la exploración de la integridad de la cavidad abdominal y la técnica quirúrgica, con la misma seguridad y

Imagen en color en: [www.medigraphic.com/actamedica](http://www.medigraphic.com/actamedica)



**Figura 1.**

Imagen en color en: [www.medigraphic.com/actamedica](http://www.medigraphic.com/actamedica)



**Figura 2.**

graph



**Figura 3.**

Imagen en color en: [www.medigraphic.com/actamedica](http://www.medigraphic.com/actamedica)

los mismos resultados con menor morbilidad, disminución en el dolor postquirúrgico e incisiones más estéticas.

## CONCLUSIONES

La obstrucción intestinal secundaria a endometriosis es muy infrecuente; su diagnóstico es habitualmente transquirúrgico o con el resultado histopatológico.

El abordaje laparoscópico de la obstrucción intestinal es una técnica segura en grupos expertos.

## REFERENCIAS

1. Waller KG, Lindsay P, Curtis P, Shaw RW. The prevalence of endometriosis in women with infertile partners. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1993; 48 (2): 135-139.
2. Blanco-Barrios A, Zancada-Díaz de Entre-Sotos F, Rodríguez-Pérez A. Seudoobstrucción intestinal crónica, hiperplasia nodular linfoide intestinal y endometriosis intestinal. *An Med Interna (Madrid)*. 2003; 20 (12): 624-626.
3. Gerbie A, Merrill J. Pathology of endometriosis. *Clin Obstet and Ginecol.* 1988; 31 (4): 779-889.
4. De Ceglie A, Bilardi C, Blanchi S, Picasso M, Di Muzio M, Trimarchi A et al. Acute small bowel obstruction caused by endometriosis: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2008; 14 (21): 3430-3434.
5. Slesser AA, Sultan S, Kubba F, Sellu DP. Acute small bowel obstruction secondary to intestinal endometriosis, an elusive condition: a case report. *World J Emerg Surg.* 2010; 5: 27.
6. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, Jordan C, Miles WF, Macintyre IM et al. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. *Br J Surg.* 1995; 82 (10): 1349-1351.
7. Barquero-Melchor H, Delgado-Castro M. Obstrucción intestinal debido a endometriosis ileal: reporte de un caso y revisión bibliográfica. *Acta Med Costarric.* 2003; 45 (3): 117-119.
8. Soumekh A, Nagler J. Gastrointestinal endometriosis causing subacute intestinal obstruction with gradual development of weight loss and misdiagnosed as irritable bowel syndrome. *Case Rep Gastroenterol.* 2014; 8 (1): 51-55.
9. Whelton C, Bhowmick A. Acute endometrial bowel obstruction-A rare indication for colonic stenting. *Int J Surg Case Rep.* 2013; 4 (2): 160-163.
10. Urbach DR, Reedijk M, Richard CS, Lie KI, Ross TM. Bowel resection for intestinal endometriosis. *Dis Colon Rectum.* 1998; 41 (9): 1158-1164.