Endometriosis del íleon como causa de obstrucción intestinal

Marcelo A Beltrán^{1,2}, T Freddy Tapia Q^{1,2},
Fernando Araos H³, Hugo Martínez G¹, Karina S Cruces^{1a}.

Ileal endometriosis as a cause of intestinal obstruction. Report of two cases

*Endometriosis is a common, chronic, benign, estrogen dependent gynecological disorder associated to pelvic pain and infertility. Its main characteristic is the presence of endometrial tissue outside the uterus. The prevalence of pelvic endometriosis ranges between 6% and 10% women during their reproductive years. Clinical symptoms of pelvic endometriosis are pelvic pain, dysmenorrhea, dyspareunia and infertility. Distal ileum endometriosis is an uncommon cause of intestinal obstruction with a frequency of 7% to 23% of all cases with intestinal involvement. We report two patients, 30 and 34 years old, with terminal ileum endometriosis and intestinal obstruction that required surgery and intestinal resection. Both patients are well one year after the operation (Rev Méd Chile 2006; 134: 485-90).
(**Key words:** Dysmenorrhea; Endometriosis; Intestinal obstruction)*

Recibido el 9 de junio, 2005. Aceptado el 24 de agosto, 2005.

¹Departamento de Cirugía, ²Unidad de Emergencias, ³Unidad de Patología, Hospital de Ovalle, Chile.

^aEnfermera Clínica

La endometriosis es un desorden ginecológico frecuente, crónico, benigno, dependiente de estrógenos, asociado a infertilidad y dolor pélvico. Se caracteriza por presencia de tejido endometrial fuera de su localización normal en el útero. Se encuentra con mayor frecuencia en el peritoneo pélvico y con menor frecuencia en los ovarios, *septum* rectovaginal, recto, colon sigmoides, apéndice, ciego, íleon terminal y otras localizaciones.

La prevalencia de endometriosis pélvica es de 6% a 10% de la población femenina en edad fértil^{1,2}. Las principales manifestaciones clínicas son: dolor pélvico, infertilidad, dismenorrea y dispareunia¹⁻⁴. Otros síntomas abdominales descritos son: dolor abdominal difuso, que puede confundirse con el síndrome de intestino irritable, dolor rectal, náusea y vómito, diarrea, tenesmo, hemorragia digestiva baja y constipación²⁻⁹. Las complicaciones abdominales con indicación quirúrgica se presentan con mayor frecuencia en recto y colon sigmoides⁴⁻⁸ y consisten en hemorragia digestiva baja, constipación crónica, obstrucción intestinal y dolor crónico refractario a tratamiento médico²⁻⁹. La presencia de endometriosis en el íleon terminal

Correspondencia a: Dr. Marcelo A Beltrán. Plazuela Baquedano # 240, Ovalle, IV región, Chile. Teléfono: 0562 53 637 055. Fax: 0562 53 625 353. Casilla #308.
E-mail: beltran_01@yahoo.com

es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal, que se presenta en 7% a 23% de todos los casos con compromiso intestinal⁶⁻¹³. Las causas de obstrucción del intestino delgado son: estenosis del segmento afectado, intususcepción y vólvulo de un asa secundario a adherencias⁹. La incidencia de resección de intestino delgado por obstrucción intestinal es 0,7% de todas las pacientes que requieren cirugía por endometriosis abdominopélvica¹⁴. Discutimos los casos de dos pacientes con endometriosis del íleon terminal y obstrucción intestinal que requirieron cirugía de urgencia y resección del intestino comprometido.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1. Paciente 34 años de edad. Entre sus antecedentes destacaban períodos menstruales regulares e indoloros y un embarazo con parto por cesárea a los 25 años. Se hospitalizó a través de la Unidad de Emergencias (UE) por un cuadro de 36 h de evolución con dolor abdominal difuso de predominio periumbilical, distensión abdominal, náuseas, vómitos y deposiciones líquidas. Al ingreso, la presión arterial era 133/74 mmHg, frecuencia cardíaca 105 latidos por min y tempera-

tura 36,9°C. El abdomen se encontraba difusamente sensible, distendido, con signo de rebote positivo y ruidos hidroaéreos disminuidos. Se realizaron: ecografía abdominal, que demostró abundante líquido libre, asas de intestino delgado dilatadas y un plastrón inflamatorio en la fosa iliaca derecha; y ecografía ginecológica informada como normal. No se realizaron radiografías simples de abdomen ni pelvis. En los exámenes de laboratorio destacaron: 20.800 leucocitos por mm³, hemoglobina 15,3 g/dl y hematocrito 45,1%. Con el diagnóstico de peritonitis difusa de posible origen apendicular se indicó cirugía. La exploración abdominal se realizó a través de una laparotomía mediana infra y supraumbilical. Los hallazgos operatorios fueron: abundante líquido libre seroso, apéndice cecal con signos de apendicitis no perforada, ciego de paredes engrosadas e induradas y obstrucción del lumen intestinal al nivel de la válvula ileocecal, secundaria a un posible tumor del ciego (Figura 1). Se observaron múltiples focos de endometriosis en las paredes del colon sigmoides, íleon terminal, ciego, útero, ovario y trompa derechos, los que se interpretaron como metástasis tumorales. Se realizó una hemicolectomía derecha, resección de 30 cm de íleon terminal y reconstitución del tránsito intestinal con

Figura 1. Pieza quirúrgica. Sección superior: ciego (C) con focos de endometriosis (E). Sección inferior: válvula ileocecal (VIC) y apéndice cecal (A) con focos de endometriosis.

una ileotransverso anastomosis término-terminal. El diagnóstico postoperatorio fue obstrucción intestinal secundaria a tumor de ciego e íleon terminal. La biopsia informó endometriosis del apéndice (Figura 2), íleon terminal, válvula ileocecal y ciego. Los focos de endometriosis en el íleon y válvula ileocecal producían estenosis del lumen y eran la causa de la obstrucción (Figura 1). La paciente cursó un postoperatorio sin incidentes. Para el manejo médico de la endometriosis fue referida al Servicio de Ginecología y Obstetricia. El tratamiento utilizado fue una combinación de estrógenos y progesterona en la forma de anticonceptivos orales. En el control a la tercera semana, se drenó un seroma de la herida operatoria. En el último control, a los 18 meses de la cirugía, la paciente se encontraba asintomática.

Caso 2. Paciente nulípara, de 30 años de edad. Entre sus antecedentes mencionó cuadros clínicos similares al actual y períodos menstruales acompañados de intenso dolor abdominal. Se hospitalizó a través de la UE por un cuadro de 2 semanas de evolución con frecuentes episodios de dolor abdominal difuso, asociado a distensión abdominal, náusea, vómito y constipación. Al ingreso los signos vitales mostraron presión arterial 118/66 mmHg, frecuencia cardíaca 114 latidos por min y temperatura 36,6°C. El abdomen se encontraba

distendido, sensible, con signo de rebote positivo y ruidos hidroaéreos disminuidos. Se realizaron radiografías simples de abdomen y pelvis, las cuales demostraron distensión del colon derecho y niveles hidroaéreos concordantes con obstrucción intestinal. En la ecografía abdominal se observaron asas de intestino delgado distendidas con paredes engrosadas, sin evidencias de líquido libre intraabdominal. Los exámenes de laboratorio de ingreso fueron normales. Debido al antecedente de cuadros previos similares, se planteó el diagnóstico de endometriosis pélvica como posible causa del cuadro clínico. La paciente no mejoró con el tratamiento conservador inicial, empeoró su condición general y, a los 5 días de su hospitalización, se decidió la cirugía con el diagnóstico de obstrucción intestinal de posible origen ginecológico. El abdomen se exploró a través de una laparotomía mediana supra e infraumbilical. Los hallazgos operatorios fueron: asas de intestino delgado muy dilatadas y al nivel de la válvula ileocecal una masa de consistencia dura que incluía íleon terminal, ciego, apéndice, ovario y trompa derecha. Se realizó cecectomía, resección de 20 cm de íleon terminal y resección de la trompa y ovario derechos en bloque, debido al importante compromiso de estos órganos por la endometriosis y por encontrarse adheridos al intestino comprometido sin un plano de disección

Figura 2. Histología del apéndice: se observan glándulas y estroma endometrial (GE) en la capa de músculo liso (ML) (tinción HE, 100x).

adecuado. El tránsito intestinal fue reconstituido mediante anastomosis término-terminal entre colon ascendente e íleon. Se resecaron los focos de endometriosis de la vejiga, útero y recto. El informe de la biopsia indicó: endometriosis del íleon terminal (Figura 3), enteritis crónica con reagudización flegmonosa y hemorrágica. Colon con edema submucoso y congestión vascular. Salpingitis crónica con endometriosis focal. La evolución postoperatoria fue normal. Para el manejo de la endometriosis fue referida al Servicio de Ginecología y Obstetricia. Para el tratamiento médico se indicaron anticonceptivos orales. En el último control a los 12 meses de la operación la paciente se encontraba asintomática.

DISCUSIÓN

La endometriosis se presenta en mujeres en edad fértil, frecuentemente nulíparas, con 33 años de edad promedio^{4,15-17}. Las manifestaciones gastrointestinales se presentan en 8,9% de todos los casos de endometriosis extragenital¹⁵. La presentación clínica de la endometriosis abdominopélvica es inespecífica y se asocia a los ciclos menstruales hasta en 50% de los casos^{10-13,16,17}. En pacientes jóvenes, sin cirugías previas y con antecedentes de períodos menstruales dolorosos asociados a distensión abdominal y constipación crónica, debe incluirse a la endometriosis en el diagnóstico diferencial de una obstrucción intestinal³⁻²⁰. Habitualmente, el diagnóstico de obstrucción intestinal por endometriosis se realiza durante la cirugía, el diagnóstico preoperatorio es muy difícil y requiere principalmente de un elevado índice de sospecha^{6,10-14,17-19}.

En el primer caso, la paciente tenía el antecedente de una cesárea. Se ha reportado que la cesárea se asocia a 66,7% de los casos de endometriosis abdominopélvica⁴. La endometriosis fue un hallazgo intraoperatorio; inicialmente se planteó una peritonitis apendicular difusa debido al dolor y distensión abdominal, líquido libre en la ecografía y leucocitosis. No se tomó en cuenta que la leucocitosis podría deberse a deshidratación y el dolor y distensión abdominal a una obstrucción intestinal. El diagnóstico de obstrucción intestinal fue planteado en la cirugía. Durante la operación se sugirió que la obstrucción intesti-

Figura 3. Foco de endometriosis caracterizado por glándula endometrial (GE) dilatada con estroma compacto circundante, inmerso en la túnica muscular propia (ML) del intestino delgado (tinción HE, 100x).

nal se debía a un tumor del ciego con compromiso del íleon terminal, debido a ello se realizó una hemicolectomía derecha. La hemicolectomía derecha ha sido descrita en pacientes con endometriosis con extenso compromiso del ciego, apéndice e íleon¹⁹; sin embargo, no es la conducta apropiada. En el caso de sospecha de endometriosis, la conducta quirúrgica apropiada es la resección del segmento afectado y una anastomosis primaria^{9-14,18}.

En el segundo caso, el diagnóstico preoperatorio se realizó debido a un alto índice de sospecha en una paciente que presentaba el cuadro clínico clásico de endometriosis abdominopélvica^{1-9,15-18,20}. La paciente no tenía antecedentes de embarazos previos, pero el cuadro clínico de constipación y dolor abdominal severo asociado a sus períodos

menstruales nos llevaron a sospechar el diagnóstico. Las complicaciones intestinales de la endometriosis abdominopélvica se presentan con mayor frecuencia en el colon sigmoide y recto⁴⁻⁸ y con menor frecuencia en el apéndice, ciego e íleon terminal^{6,10,12-14,20}. La endometriosis del íleon es una causa infrecuente de obstrucción intestinal que debe sospecharse en pacientes en edad fértil con dolor abdominal severo y recurrente, asociado al período menstrual, que se presentan con un cuadro clínico compatible con una obstrucción intestinal. La cirugía fue conservadora, de acuerdo con el diagnóstico preoperatorio, la resección económica del segmento afectado es la conducta adecuada en estos casos^{11,12,14}. En nuestras pacientes, la presentación clínica de la endometriosis fue compatible con un abdomen agudo quirúrgico, sospechándose una peritonitis apendicular en un caso y una obstrucción intestinal en el otro. Ambas formas de presentación han sido previamente reportadas^{5,6,11,14,20}.

El tratamiento médico de la endometriosis después de la cirugía consiste en la supresión hormonal que, eventualmente, produce involución y atrofia de los implantes de endometriosis^{1,2}. Se utilizan diversos esquemas que incluyen el uso de danazol, esteroides antiprogestacionales, combinaciones de estrógenos y progesterona, agonistas de hormona liberadora de gonadotropinas y antiinflamatorios no esteroideos. No existe evidencia de que un esquema sea superior a otro².

En síntesis, la endometriosis es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, que requiere de un elevado índice de sospecha para su diagnóstico preoperatorio. Este cuadro debe ser considerado en toda paciente en edad fértil que presente un cuadro de obstrucción intestinal sin antecedentes quirúrgicos o patológicos, asociado a síntomas previos de dolor abdominal severo intermitente y períodos menstruales dolorosos.

REFERENCIAS

- GIUDICE LC, KAO LC. Endometriosis. *The Lancet* 2004; 364: 1789-99.
- OLIVE DL, PRITTS EA. Treatment of endometriosis. *N Engl J Med* 2001; 345: 266-74.
- KUMAR D. Irritable bowel syndrome, chronic pelvic inflammatory disease and endometriosis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004; 16: 1251-2.
- DUEPREE HJ, SENAGORE AJ, DELANEY CP, MARCELLO CP, BRADY KM, FALCONE T. Laparoscopic resection of deep pelvic endometriosis with rectosigmoid involvement. *J Am Coll Surg* 2002; 195: 754-8.
- BAILEY HR, OTT MT, HARTENDORP P. Aggressive surgical management for advanced colorectal endometriosis. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 747-53.
- CAMERON IC, ROGERS S, COLLINS MC, REED MW. Intestinal endometriosis: Presentation, investigation, and surgical management. *Int J Colorectal Dis* 1995; 10: 83-6.
- MIDORIKAWA Y, KUBOTA K, KAWAI K, MORI M, KAJIURA N. Endometriosis of the rectum causing bowel obstruction: A case report. *Hepatogastroenterology* 1997; 44: 706-9.
- URBACH DR, REEDIK M, RICHARD CS, LIE KI, ROSS TM. Bowel resection for intestinal endometriosis. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1158-64.
- SEYFER AE, MOLOGNE LA, MORRIS RL, CLARK JR. Endometriosis causing acute small bowel obstruction: Report of a case and review of the literature. *Am Surg* 1975; 41: 168-71.
- MARTIMBEAU PW, PRATT JH, GAFFEY TA. Small-bowel obstruction secondary to endometriosis. *Mayo Clin Proc* 1975; 50: 239-43.
- DE WAELE B, MARICHAL M, SWAENPOEL L, VOLCKAERT M. Endometriosis and small bowel obstruction. *Acta Chir Belg* 1982; 82: 91-6.
- WICKRAMASEKERA D, HAY DJ, FAYZ M. Acute small bowel obstruction due to ileal endometriosis: A case report and literature review. *J R Coll Surg Edinb* 1999; 44: 59-60.
- RIDHA JR, CASSARO S. Acute small bowel obstruction secondary to ileal endometriosis: Report of a case. *Surg Today* 2003; 33: 944-7.
- PRYSTOWSKY JB, STRYKER SJ, UJIKI GT, POTICHA SM.

- Gastrointestinal endometriosis: Incidence and indications for resection. *Arch Surg* 1988; 123: 855-8.
15. DOUGLAS C, ROTIMI O. Extragenital endometriosis. A clinicopathological review of a Glasgow hospital experience with illustrations. *J Obstet Gynaecol* 2004; 24: 804-8.
16. KHETAN N, TORKINGTON J, WATKIN A, JAMISON MH, HUMPHREYS WV. Endometriosis: Presentation to general surgeons. *Ann R Coll Surg Engl* 1999; 81: 255-9.
17. 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: 1349-51.
18. CROOM RD, DONOVAN ML, SCHWESINGER WH. Intestinal endometriosis. *Am J Surg* 1984; 148: 660-7.
19. PROPOSITO D, NEGRO P, GOSSETTI F, DI PAOLA M, MONTEMURRO L, GALLINA S ET AL. Extrauterine endometriosis: what interest for general surgeons? Presentation of 3 clinical cases and review of the literature. *Chir Ital* 2002; 54: 699-708.
20. GARCÍA LEÓN F, ORTEGA DÍAZ R, KABLY AMBE A, HERNÁNDEZ VALENCIA A. Intestinal endometriosis as an acute surgical emergency. *Ginecol Obstet Mex* 1997; 65: 287-90.

Agradecimientos

Al Dr. Carlos Barría, de la Unidad de Patología del Hospital de Coquimbo, quien proporcionó el estudio anatomopatológico y las fotografías del Caso 1.