

OCLUSIÓN INTESTINAL COMPLETA POR ENDOMETRIOMA: UNA RARA MANIFESTACIÓN DE LA ENDOMETRIOSIS

COMPLETE INTESTINAL OBSTRUCTION BY ENDOMETRIOMA: A RARE MANIFESTATION
OF ENDOMETRIOSIS

**María José Martínez Velázquez¹, Rocío Rafaela Navarro², María Giangreco¹,
José Daniel Andrada Alvarez¹.**

RESUMEN

La endometriosis intestinal es rara, más aún cuando se presenta como causa de oclusión intestinal completa. Presentamos el caso de una paciente joven en la cual la endometriosis debutó como una oclusión intestinal.

Palabras clave: endometriosis, oclusión, resección laparoscópica, urgencia.

ABSTRAC

Intestinal endometriosis is rare, even more so when it courses as a complete intestinal obstruction. We present the case of a young patient in whom endometriosis debuted as an intestinal obstruction.

Key words: endometriosis, occlusion, laparoscopic resection, emergency surgery.

¹Universidad Nacional de Asunción, Hospital de Clínicas, Cirugía General, Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica.
Sala X. San Lorenzo. Paraguay

²Universidad Nacional de Asunción, Hospital de Clínicas, Cirugía General, Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica.
Sala IV. San Lorenzo. Paraguay

Autor correspondiente: Dra. María José Martínez- Dirección: Avda. Mcal. López y cruzada de la Amistad (San Lorenzo) - Email:
majomave93@hotmail.com

Fecha de recepción: 13-11-2021 Fecha de aceptación: 30-11-2021

INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como epitelio endometrial fuera de la cavidad uterina¹. Se puede encontrar en todos los niveles del abdomen, pero su localización en el tracto gastrointestinal ronda entre 3-37%².

La endometriosis puede ser una causa de oclusión intestinal, generalmente en colon es del 1 al 10%. Que esta entidad se manifieste como oclusión completa es rara debido al diámetro del colon y del intestino delgado siendo la incidencia 0,1 a 0,7%³. La endometriosis intestinal generalmente cursa asintomática, pudiendo causar síntomas no específicos como dolor tipo cólico, estreñimiento, náuseas y vómitos.

Presentamos el caso de una paciente en edad fértil con oclusión intestinal completa por endometriosis la cual fue diagnosticada posterior a una resección intestinal laparoscópica.

CASO CLÍNICO

Mujer, de 31 años, que ingresó al hospital con historia de 6 meses de evolución de modificación en el hábito defecatorio (alternancia constipación- diarrea). La paciente fue internada por cuadro oclusivo. Se realizó tomografía de abdomen donde se constató tumor a nivel de íleon terminal. La colonoscopia fue normal. Se complementa con una resonancia de abdomen que informó tumor a nivel de la pared del íleon terminal. (Fig. 1)

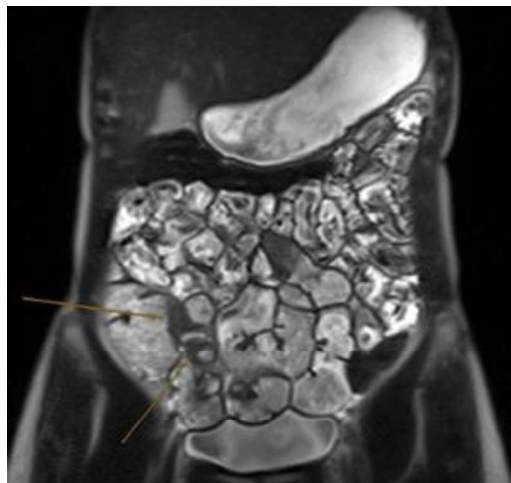


Fig. 1: Resonancia donde se observa tumoralización a nivel del íleon terminal (flechas claras).

Sometida a cirugía donde se constató tumor estenosante por compresión extrínseca a 10 cm de la válvula ileocecal. Se realizó resección ileal laparoscópica con anastomosis ileo-cólica (al colon ascendente). (Fig. 2 y 3)

El informe anatomopatológico retornó endometriosis de la pared intestinal. Los márgenes quirúrgicos estaban libres de endometriosis y los ganglios resecados sin anomalías.



Fig. 2: Vista del ileon terminal.

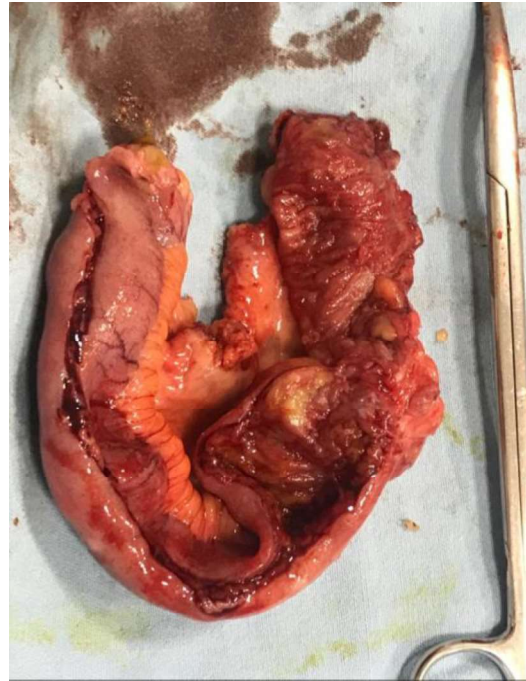


Fig. 3: Pieza operatoria con el tumor

DISCUSIÓN

La presencia de endometriosis en el tracto gastrointestinal se encuentra en el 3-37%⁴. De éstas generalmente el 5% es pre menopáusica⁵. La mayoría de los pacientes refieren síntomas como dismenorrea y dispareunia. Como la mayoría presenta también infertilidad como síntoma, generalmente son sometidas a laparoscopias que pueden indicar un diagnóstico previo de endometriosis, a diferencia de nuestra paciente, que no presentó síntomas sugestivos de endometriosis, lo cual hizo el diagnóstico más difícil.

La endometriosis como causa de oclusión intestinal completa solo se reporta en el 0,1-0,7%⁶.

El diagnóstico definitivo fue realizado mediante la anatomía patológica de la pieza operatoria. En general, el tratamiento de la endometriosis es realizado con pastillas anticonceptivas, danazol o con hormonas liberadoras de gonadotropinas e incluso en algunos reportes fueron utilizados stents intestinales para poder reestablecer el tránsito intestinal, pero en el caso de oclusión intestinal completa la opción quirúrgica es la elegida⁷.

Luego de la cirugía la tasa de recidiva depende de la resección completa de la lesión; así también esta tasa se eleva al 62% si los ovarios son conservados durante la cirugía. Creemos

que todos los cirujanos deben pensar en la endometriosis como causa de oclusión intestinal, especialmente en mujeres y si las mismas acuden con una oclusión intestinal incompleta⁸.

En conclusión, a pesar de que la oclusión intestinal completa por endometriosis es rara, y más aún en intestino delgado, médicos y cirujanos deben tener en cuenta siempre esta enfermedad como un diagnóstico diferencial de oclusión intestinal en mujeres en edad fértil sin síntomas específicos. El tratamiento en caso de oclusión intestinal completa debe ser una resección quirúrgica completa.

REFERENCIAS

1. F.M. Howard, The role of laparoscopy in the evaluation of chronic pelvic pain: pitfalls with a negative laparoscopy. *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparoscopists* 1996; 4 (1) 85–94.
2. L. Insabato, G. Pettinato, Endometriosis of the bowel with lymph node involvement. A report of three cases and review of the literature, *Pathol. Res. Pract.* 1996;192 (9) 957–961, discussion 62.
3. T.J. Williams, J.H. Pratt, Endometriosis in 1000 consecutive celiotomies: incidence and management. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1977; 129 (3) 245–250.
4. P.A. Ribeiro, F.C. Rodrigues, I.P. Kehdi, L. Rossini, H.S. Abdalla, N. Donadio, et al. Laparoscopic resection of intestinal endometriosis: a 5-year experience, *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2006;13 (5) 442–446.
5. N. Katsikogiannis, A. Tsaroucha, K. Dimakis, E. Sivridis, C. Simopoulos. Rectal endometriosis causing colonic obstruction and concurrent endometriosis of the appendix: a case report. *J. Med. Case Rep.* 2011; 5, 320.
6. R.A. Agha, A.J. Fowler, A. Saeta, I. Barai, S. Rajmohan, D.P. Orgill, et al. The SCARE statement: consensus-based surgical case report guidelines. *Int. J. Surg.* 2016; 34; 180–186.
7. Al-Talib, T. Tulandi. Intestinal endometriosis. *Gynecol Surg.* 2010;7; 61–62.
8. H.S. Ribeiro, P.A. Ribeiro, L. Rossini, F.C. Rodrigues, N. Donadio, T. Aoki. Double-contrast barium enema and transrectal endoscopic ultrasonography in the diagnosis of intestinal deeply infiltrating endometriosis. *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2008; 15 (3); 315–320.