

ENDOMETRIOSIS ILEAL. CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

ESTEBAN GONZÁLEZ SALAZAR^{1, 2}, GUSTAVO MASTROIANNI², CAROLINA VANETTA², JEREMÍAS GORANSKY², GUILLERMO ARBUÉS²

¹Sector de Coloproctología. ²Servicio de Cirugía General Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Resumen La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Ocurre en aproximadamente 5 a 10% de las mujeres en edad fértil. Cuando afecta al intestino tiende a confundirse clínicamente con una gran variedad de afecciones por lo cual en algunas oportunidades se le ha llamado también "la gran simuladora". La revisión de la literatura muestra que la localización intestinal es poco frecuente y que la obstrucción secundaria a esta causa es aún más inusual, siendo el diagnóstico preoperatorio un desafío para los cirujanos. Con el propósito de resaltar características clínicas y de estudio por imágenes que ayuden a la sospecha preoperatoria de esta entidad tan infrecuente en la práctica habitual, se presentan dos casos de mujeres operadas de urgencia, sin diagnóstico previo de endometriosis y con oclusión intestinal como primera manifestación de la enfermedad. El tratamiento consiste en la resección intestinal del sector afectado y anastomosis primaria. El diagnóstico se basa en un alto índice de sospecha y debería ser considerado en mujeres en edad fértil, sin antecedentes patológicos y con historia de menstruaciones dolorosas.

Palabras claves: endometriosis intestinal, oclusión intestinal, abdomen agudo

Abstract *Ileal endometriosis. An uncommon cause of bowel obstruction in women in fertile age.*

Endometriosis is defined as the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity. It affects ~5-10% of women in their reproductive years. When it affects the intestine, it tends to be confused clinically with a wide variety of affections, which is why it has sometimes been called "the great simulator". A review of the literature shows that intestinal localization is rare and that obstruction secondary to this cause is even more unusual, with preoperative diagnosis being a challenge for surgeons. With the purpose of highlighting clinical and diagnostic imaging characteristics that help the preoperative suspicion of this entity, so rare in routine practice, we present two cases of women who underwent emergency surgery, without a previous diagnosis of endometriosis and with intestinal occlusion as the first manifestation of the disease. Treatment of intestinal occlusion by endometriosis consists of intestinal resection of the affected sector and primary anastomosis. Diagnosis of intestinal occlusion secondary to ileal endometriosis is based on a high index of suspicion and should be considered in women of childbearing age, without a history of disease and with a history of painful menstruation.

Key words: intestinal endometriosis, intestinal occlusion, acute abdomen

La endometriosis es una condición ginecológica benigna, de evolución crónica y de etiología desconocida. Se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Afecta aproximadamente a 5-10% de las mujeres en edad fértil¹.

La endometriosis intestinal tiende a confundirse clínicamente con una gran variedad de dolencias, por lo cual en algunas oportunidades se le ha llamado también "la gran simuladora". La revisión de la literatura muestra que la localización intestinal es poco frecuente y que la

obstrucción secundaria a esta causa es aún más inusual siendo el diagnóstico preoperatorio un desafío para los cirujanos.

Se presentan dos casos de mujeres operadas de urgencia, sin diagnóstico previo de endometriosis y con oclusión intestinal como primera manifestación de la enfermedad.

Caso clínico 1

Mujer de 34 años, ingresó al departamento de emergencia con dolor abdominal cólico y constipación de 3 días de evolución. Su historial médico no presentaba comorbilidades, cirugías abdominales previas ni embarazos. Refería dolores abdominales inespecíficos y principalmente postprandiales, atribuidos al síndrome de colon irritable, para lo cual estaba siendo medicada. El examen físico reveló distensión abdominal y defensa en fosa iliaca derecha sin signos de irritación

peritoneal. Los análisis de laboratorio se encontraban dentro de parámetros normales. En la Rx de abdomen se vio dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos. Se solicitó TAC confirmando el cuadro oclusivo con marcada distensión de asas e identificando el sitio de transición de calibre en la válvula ileocecal (Fig. 1 A).

Se realizó laparoscopia exploradora que evidenció la obstrucción (Fig. 1 B). Debido al aspecto de la lesión, a la presencia de adenopatías y ante la sospecha de tumor maligno, se realizó hemicolectomía derecha laparoscópica con anastomosis mecánica intracorpórea. El postoperatorio transcurrió sin incidentes, bajo el protocolo de recuperación acelerada (ERAS)², otorgando el alta al tercer día. Éste consiste en un plan multimodal de cuidados perioperatorios destinados a disminuir el estrés quirúrgico y acelerar la recuperación postoperatoria. Han sido descritas primariamente en el postoperatorio de cirugía colorrectal, y se han expandido en los últimos años para abarcar otros escenarios de la práctica quirúrgica.

La anatomía patológica de la pieza operatoria confirmó endometriosis intestinal con muscularis propia engrosada y depósitos multifocales de glándulas con estroma de tipo endometrial proliferativo (Fig. 2).

Caso clínico 2

Mujer de 48 años, consultó por dolor abdominal tipo cólico, constipación pertinaz y vómitos de 48 h de evolución. Refería dolores cólicos recurrentes en los últimos meses, interpretados como colon irritable, para lo cual era tratada con trimebutina. No tenía cirugías previas ni comorbilidades, múltipara. El

examen físico reveló distensión abdominal, defensa sin signos de irritación peritoneal y aumento de los ruidos hidroaéreos. Se solicitó TAC confirmando la oclusión en íleon terminal, líquido libre y engrosamiento parietal con la presencia de burbujas de aire mezcladas con restos fecales en el interior de un asa yeyunal (signo de "la miga de pan") (Fig. 1 C).

Se realizó laparotomía exploradora que confirmó la obstrucción en íleon terminal debido a la compresión extrínseca e infiltración mural por 2 lesiones blanquecinas de 2 x 3 cm (Fig. 1 D). Además, se identificaron lesiones similares en peritoneo parietal de la pelvis y en la superficie cecal. Estos hallazgos hicieron sospechar una carcinomatosis peritoneal con primario desconocido. En este sentido, la congelación intraoperatoria podría brindar información adicional, pero su disponibilidad en la urgencia constituye la principal limitante. Se realizó resección intestinal del sector afectado y restitución del tránsito con anastomosis primaria (ileo-ascendo anastomosis latero-lateral manual).

La anatomía patológica descartó carcinomatosis, confirmando endometriosis intestinal con estructuras glandulares sin atipia, epitelio mülleriano y abundante estroma hipercelular.

Discusión

La endometriosis intestinal fue descrita por primera vez por Sampson en 1922³. El tracto gastrointestinal constituye la localización extrapelviana más frecuente. El compromiso intestinal se define por infiltración de la capa muscular y se estima que ocurre entre 3% y 37% de las

Fig. 1.– a- El círculo marca el engrosamiento parietal del íleon causando una estenosis crítica (Caso1). b- Visión laparoscópica de la estenosis concéntrica (flecha) en íleon próximo a la válvula ileocecal (Caso 1). c- Se muestra la zona de cambio de calibre y se identifican las lesiones nodulares causantes de la oclusión. Además puede verse el signo de la miga de pan en un asa yeyunal (Caso 2). d- La flecha blanca muestra una de las lesiones endometriósicas y la gran distensión proximal del íleon (Caso 2).

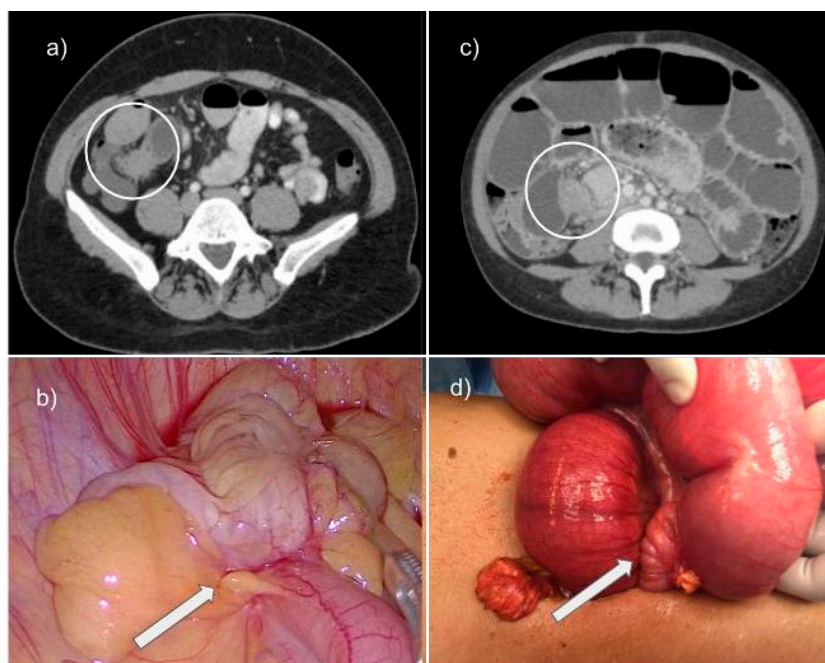
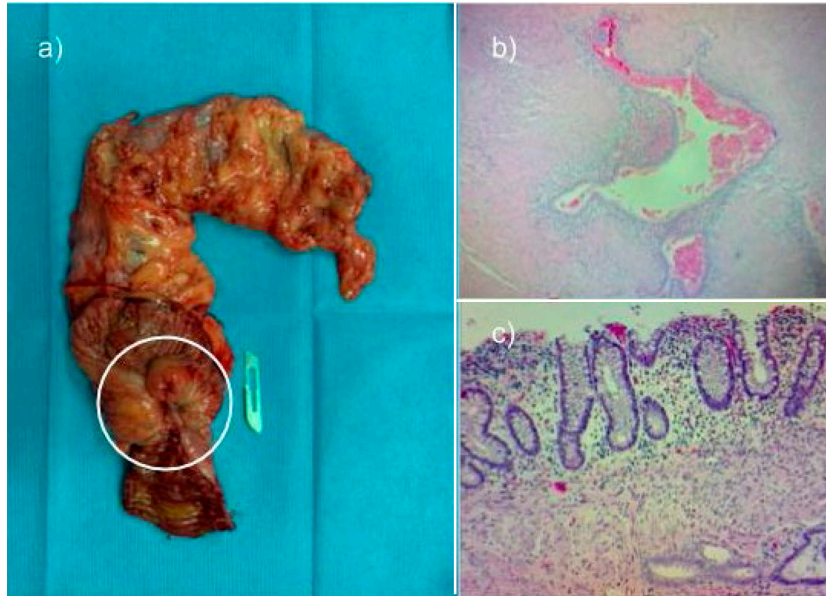


Fig. 2.- a- Pieza quirúrgica de colectomía derecha. El círculo muestra la lesión causante de la oclusión. b- La anatomía patológica muestra foco de endometriosis en muscular propia y hemorragia dilatando la glándula transformándola en un quiste. c- Tinción con HyE que muestra en el espesor de la muscular de la mucosa glándulas endometriales



mujeres con endometriosis. Afecta con mayor frecuencia el recto y colon sigmoide (74%), seguido del tabique rectovaginal, región ileocecal y menos frecuentemente el intestino delgado⁴.

La sintomatología depende de la localización de la enfermedad y la profundidad de su invasión. Habitualmente, en el intestino delgado los implantes endometriósicos son superficiales, hallándose confinados a la capa serosa y por lo general asintomáticos. La esclerosis y reacción fibrosa del proceso sobre la pared intestinal puede generar estenosis y con ello la presentación de síntomas inespecíficos como cólicos y distensión posprandial. Éstos a menudo pueden simular otras entidades y ser atribuidos a otros desórdenes gastrointestinales como síndrome de colon irritable, enfermedad inflamatoria intestinal, intususcepción, apendicitis e incluso enfermedad maligna^{5,6}.

Ambas mujeres tenían diagnóstico previo de colon irritable y estaban realizando tratamiento médico. Resulta importante destacar la ausencia de síntomas compatibles con endometriosis (dispareunia, dolor pélvico, menstruación dolorosas, esterilidad) haciendo particularmente difícil el diagnóstico preoperatorio. La endometriosis extrapelviana generalmente se diagnostica entre los 34 y 40 años, mientras que en la forma pélvica ocurre una década antes⁷. Este pico de presentación etaria coincide con la de los casos.

La tomografía computarizada constituye el *gold standard* en la evaluación de la obstrucción intesti-

nal⁸⁻¹⁰, pero tiene un valor limitado en el diagnóstico de la endometriosis intestinal. Sin embargo, Biscaldi y col. condujeron un estudio en 98 mujeres con síntomas sugestivos de endometriosis colorrectal donde la TC identificó el 94.8% de los nódulos endometriósicos intestinales¹¹.

En el Caso 1, la presencia de una estenosis de corta longitud del íleon terminal y adenopatías satélites en el pedículo ileocólico hacían sospechar cáncer *versus* enfermedad de Crohn, aunque en esta última la afectación consiste en un engrosamiento más marcado y extendido de la región ileocecal (Fig. 1 A). En la laparoscopia las características de la lesión estenosante (blanquecina, concéntrica y circunferencial) incrementaron la sospecha de malignidad, por lo que se realizó hemicolectomía derecha con el vaciamiento ganglionar correspondiente (Fig. 1 B). En el segundo caso la tomografía identificó dos lesiones nodulares en contacto con íleon terminal causando el cambio de transición (Fig. 1 C). En la evaluación intraoperatoria, el hallazgo de esas imágenes blanquecinas e induradas con retracción del mesenterio condujo al diagnóstico presuntivo de carcinomatosis peritoneal con primario desconocido, con resección del segmento afectado. En ambas circunstancias, el estudio histopatológico diferido de la pieza confirmó la endometriosis ileal como causa de la oclusión intestinal.

La oclusión intestinal en pacientes jóvenes constituye un reto diagnóstico. Deberían excluirse los tumores y

la enfermedad inflamatoria intestinal tipo Crohn principalmente. La endometriosis es una causa infrecuente y tiene que considerarse en mujeres en edad fértil sin antecedentes quirúrgicos, con historia previa de dolor abdominal y períodos menstruales dolorosos¹².

El tratamiento consiste en la resección del segmento afectado y anastomosis primaria. Ante la duda razonable de malignidad la resección con criterios oncológicos es aceptable como lo expuesto en el primer caso¹³. En este sentido, Yantiss y col. encontraron cuatro casos que simulaban carcinomas intestinales primarios con ulceración e induración de los bordes lesionales⁵, por ello deberían incluirse las neoplasias entre los diagnósticos diferenciales y actuar en consecuencia ante la falta de certezas etiológicas¹⁴.

En cuanto a la técnica quirúrgica, proponemos enfáticamente, de ser posible, el abordaje laparoscópico, ya que al compararlo con el convencional permitiría una recuperación más acelerada y menor dolor postoperatorio, con un rápido retorno a las actividades diarias; aunque conlleva la desventaja de exigir un riguroso entrenamiento y debería realizarse en centros de alto volumen.

Concluimos que la oclusión intestinal secundaria a endometriosis ileal es una condición extremadamente rara que exige un alto grado de sospecha y se confirma con el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med* 2020; 382: 1244-56.
2. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: 2018. *World J Surg* 2019; 43: 659-95.
3. Sampson JA. Intestinal adenomas of endometrial type: Their importance and their relation to ovarian hematomas of endometrial types (perforating hemorrhagic cystic of the ovary). *Arch Surg* 1922; 5: 217-80.
4. Campagnacci R, Perretta S, Guerrieri M, et al. Laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Surg Endosc* 2005; 19: 662-4.
5. Yantiss 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: 445-54.
6. Lea R, Bancroft K, Whorwell PJ. Irritable bowel syndrome, chronic pelvic inflammatory disease and endometriosis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004; 16: 1269-72.
7. Charatsi D, Koukoura O, Ntavela IG, et al. Gastrointestinal and urinary tract endometriosis: a review on the commonest locations of extrapelvic endometriosis. *Adv Med* 2018; 2018: 3461209.
8. Paulson EK, Thompson WM. Review of small-bowel obstruction: the diagnosis and when to worry. *Radiology* 2015; 275: 332-42.
9. Hassan M, Ali M, Shazlee MK, et al. Detection of Transition zone in bowel obstruction via curved multiplanar reformations with multidetector computed tomography. *Cureus* 2019; 11:e 4233.
10. Sultan A, Hassan M, Ali M. Role of multidetector computed tomography with multiplanar and curved multiplanar reformations in the detection of cause of intestinal obstruction: a tertiary care experience. *Cureus* 2020; 12:e7464.
11. Biscaldi E, Ferrero S, Fulcheri E, et al. Multislice CT enteroclysis in the diagnosis of bowel endometriosis. *Eur Radiol* 2007; 17: 211-9.
12. Beltrán MA, Freddy Tapia Q T, H FA, et al. Endometriosis del íleon como causa de obstrucción intestinal: Reporte de dos casos. *Rev Med Chil* 2006; 134: 485-90.
13. Prystowsky JB, Stryker SJ, Ujiki GT, et al. Gastrointestinal endometriosis. Incidence and indications for resection. *Arch Surg* 1988; 123: 855-8.
14. Bianchi A, Pulido L, Espín F, et al. Endometriosis intestinal. Estado actual. *Cir Esp* 2007; 81: 170-6.