

Endometriosis pélvica extragenital como presentación de abdomen agudo obstructivo en una mujer posmenopáusica. Reporte de caso

Brian U. Santos,¹ Livia Gareis,¹ Santiago Brayer,¹ Matías Recchia²

¹Médico cirujano de guardia, Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos B. Udaondo. CABA, Argentina.

²Médico residente Cirugía Gastroenterológica, Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos B. Udaondo. CABA, Argentina.

RESUMEN

Introducción: La endometriosis es la presencia de células endometriales fuera de la cavidad uterina, una enfermedad benigna que afecta tanto a mujeres durante el período reproductivo como a aquellas en la postmenopausia. Se denomina endometriosis pélvica extragenital a las lesiones endometrióticas que involucran órganos pélvicos como el recto, el sigmoides y la vejiga.

Caso clínico: Una paciente femenina de 71 años, presenta dolor abdominal y cambios en el hábito evacuatorio de tres meses de evolución. Ingresa con cuadro de suboclusión intestinal de cinco días de evolución. Las imágenes revelan niveles hidroaéreos sin aire a distal. Se toma una conducta quirúrgica: laparotomía exploradora. Se halla una lesión inflamatoria en rectosigmoida que involucra al intestino delgado. Se realiza una cirugía de Hartmann. El estudio anatomopatológico informa que la pared colónica presenta focos de endometriosis y adherencia a parénquima ovárico y tubárico.

Conclusión: La endometriosis colónica puede presentarse con obstrucción y ser difícil de diferenciar de otras causas de obstrucción del intestino grueso, como la enfermedad de Crohn o neoplasias. La afectación del colon sigmoides es la más frecuente. El diagnóstico preoperatorio en la urgencia es dificultoso y depende de la confirmación histológica del espécimen resecaado.

Palabras claves: Endometriosis colónica; Endometriosis pélvica extragenital; Endometriosis profunda

ABSTRACT

Endometriosis is the presence of endometrial cells outside the uterine cavity. It is a benign disease that affects women both during the reproductive and postmenopausal period. Endometriotic lesions involving pelvic organs such as the rectum, sigmoid, and bladder are called extragenital pelvic endometriosis. We present a 71-year-old patient with a 3-month history of abdominal pain and changes in bowel habits who was admitted with 5-day duration of bowel obstruction. In the exploratory laparotomy, an inflammatory lesion was found in the rectosigmoid colon involving the small intestine, and a Hartmann procedure was performed. The pathological study reports colonic wall with foci of endometriosis and adherence to the ovarian and tubal parenchyma. In extragenital endometriosis, the sigmoid colon is the most frequently affected. Preoperative diagnosis in the emergency setting is difficult and depends on the histological confirmation of the resected specimen to differentiate it from other colonic causes of intestinal obstruction such as Crohn's disease or neoplasms.

Keywords: Colonic Endometriosis, Extragenital Pelvic Endometriosis, Deep Endometriosis

INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como la presencia de mucosa endometrial implantada en otras localizaciones distintas de la cavidad uterina.^{1,4} Las manifestaciones gastrointestinales de la endometriosis son comunes, se presentan en 5-12 % de los pacientes. Las localizaciones más frecuentes de esta enfermedad en el tracto gastrointestinal son el recto (13-50 %), el colon sigmoides (18-47 %), el yeyuno ileon (2-5 %) y el apéndice cecal (3-18 %).^{2,5} El término endometriosis pelviana extragenital describe de forma más precisa aquellas lesiones endometrióticas que afectan a los órganos pelvianos como el recto, el colon sigmoides y la vejiga.¹ La endometriosis puede ser una causa de obstrucción colónica que ocurre en el colon sigmoides en solo un 1-10 % de

todos los casos. Aunque existen algunos casos raros de obstrucción del intestino grueso debido a la endometriosis en mujeres premenopáusicas, esto es aún más infrecuente en la postmenopausia.³

PRESENTACIÓN DEL CASO

Desarrollo

Ingresa por guardia una paciente femenina 71 años de edad, con antecedentes de dolor abdominal y cambios en el ritmo evacuatorio, con heces acintadas, de tres meses de evolución, anexohisterectomía (no recuerda la causa), cirugía bariátrica y colecistectomía. Presenta dolor abdominal de tipo cólico difuso de cinco días de evolución asociado a distensión abdominal, náuseas y falta de eliminación de gases. Nunca se había realizado una videocolonoscopía. Ingresa con signos vitales normales. Presenta el abdomen distendido, globoso, con dolor difuso a predominio fosa iliaca izquierda con defensa parietal, tim-

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés.

Brian Uriel Santos

brian_urriel_santos@hotmail.com

Recibido: octubre de 2020. **Aceptado:** diciembre de 2020.



Figura 1: Niveles hidroaéreos colónicos sin aire hacia distal, compatibles con suboclusión intestinal.



Figura 2: Lesión de aspecto inflamatorio en rectosigmo que involucra al intestino delgado.

pánico generalizado y ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad. En el tacto rectal no se hallan lesiones ni evidencia de sangrado. Los estudios complementarios re-

velan niveles hidroaéreos colónicos sin aire hacia distal (Figura 1). Se colocan una vía periférica, una sonda nasogástrica y una vesical. Dada la evolución clínica y la no respuesta al tratamiento médico junto con los hallazgos imagenológicos se decide realizar una laparotomía de urgencia. Durante el procedimiento quirúrgico se evidencia una lesión de aspecto inflamatorio en rectosigmo que involucra al intestino delgado (Figura 2). Se realiza una cirugía de Hartmann. La paciente presenta hundimiento de colostomía y se realiza reconfección de la misma a las 48 horas. El estudio anatomopatológico informa que la pared colónica presenta focos de endometriosis y adherencia a parénquima ovárico y tubárico; diverticulosis; y parénquima ovárico con cuerpo albicans, sin evidencia de lesión neoplásica colónica. Durante su internación intercorre con neumonía intrahospitalaria y fallece durante la internación.

DISCUSIÓN

La afectación del tracto gastrointestinal reportada es de hasta 3,8-37 % de las mujeres diagnosticadas con endometriosis. Las mujeres adolescentes, en edad reproductiva, así como mujeres menopáusicas pueden verse afectadas. El compromiso de diferentes sitios del tracto gastrointestinal próximos al útero apoya la teoría de la implantación de lesiones endometrióticas por menstruación retrógrada. Aquellos implantes limitados a la capa serosa del colon son habitualmente asintomáticos. Contrariamente, las lesiones con infiltración profunda pueden provocar síntomas gastrointestinales severos. La afectación rectosigmoidea a menudo produce alteraciones en el hábito intestinal, como estreñimiento, diarrea, disminución del calibre de las heces, tenesmo o, en raras ocasiones, sangrado rectal. Tales síntomas aparecen con mayor frecuencia en la época de la menstruación. Dado que la mucosa intestinal rara vez se ve afectada, el sangrado rectal es un síntoma inusual, aunque puede ocurrir debido a una obstrucción intestinal grave e isquemia.

Nuestra paciente fue operada de una anexohisterectomía y hubiera sido de importancia conocer la etiología de la misma. Lo interesante es el dolor abdominal y el cambio del hábito evacuatorio en los últimos tres meses que inicia a los 71 años de edad. Esto haría pensar en patología neoplásica en primera instancia.

La endometriosis colónica puede presentarse con obstrucción y ser difícil de diferenciar de otras causas de obstrucción del intestino grueso, como la enfermedad de Crohn o neoplasias. La resonancia magnética puede ser útil para el diagnóstico de la endometriosis multifocal, así como para definir la ubicación anatómica de la afectación con una sensibilidad y especificidad de alrededor del

90 %. La rectosigmoidoscopia o la colonoscopia tienen poco valor en el diagnóstico dado que la endometriosis es una enfermedad extrínseca, típicamente no transmural. El diagnóstico generalmente se realiza o confirma por laparoscopia o durante una laparotomía.

Podemos concluir que la endometriosis es una enfermedad caracterizada por la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad uterina y que su presentación es rara en mujeres posmenopáusicas. La en-

dometriosis pelviana es una causa infrecuente de obstrucción del intestino grueso y su tratamiento puede ser un desafío. El diagnóstico preoperatorio en el contexto de emergencia es a menudo dificultoso y depende de la confirmación histológica postoperatoria sobre todo en aquellas mujeres sin antecedentes de endometriosis, debido a la baja sensibilidad de los estudios por imágenes en dicho contexto.

REFERENCIAS

1. Charatsi D, Koukoura O, Ntavela IG, Chintziou F, Gkorila G, Tsagkoulis M, et al. Gastrointestinal and urinary tract endometriosis: A review on the commonest locations of extrapelvic endometriosis. *Adv Med* 2018. doi.org/10.1155/2018/3461209
2. Erol T, Reis E, Koç Ö, Taşbaş B. Colon resection for endometriosis. *Türk J Surg* 2018. doi:10.5152/turksurg.2018.4054.
3. Wadhwa V, Slattery E, Garud S, Sethi S, Wang H, Poylin V, et al. Endometriosis mimicking colonic stromal tumor. *Gastroenterol Rep* 2016;4:257-59.
4. Baden DN, van der Ven A, Verbeek PCM. Endometriosis with an acute colon obstruction: a case report. *J Med Case Rep* 2015;9:150 DOI 10.1186/s13256-015-0609-5.
5. Bidarmaghz B, Shekhar A, Hendaheba R. Sigmoid endometriosis in a post-menopausal woman leading to acute large bowel obstruction: A case report. *Int J Surg Case Rep* 2016; 28: 65-7.

COMENTARIO

Se trata de un interesante caso de oclusión colónica por una causa tan poco frecuente como lo es la Endometriosis profunda, sobre todo en una paciente postmenopáusica. La oclusión por Endometriosis está mayormente publicada a través de reportes de casos aislados, con una incidencia aproximada del 1 % entre las pacientes con Endometriosis profunda.^{1,2}

Un punto en común entre los reportes de casos es el hallazgo, al momento de la exploración quirúrgica, de un gran componente inflamatorio. Esto es habitual en esta enfermedad, por lo que el gran desafío es realizar una buena disección por planos. Por un lado, para cumplir con los principios oncológicos de la Colectomía (dada la falta de diagnóstico de certeza previo en los casos de urgencia) y por otro lado para evitar lesionar otras estructuras que pueden estar íntimamente comprometidas en el proceso inflamatorio tales como uréteres, vasos ilíacos u órganos ginecológicos.

Joaquín Tognelli
Sanatorio Sagrado Corazón y Sanatorio Finochietto. CABA, Argentina.

REFERENCIAS

1. Darai E, Dubernard G, Coutant C, Frey C, Rouzier R, Ballester M. Randomized trial of laparoscopically assisted versus open colorectal resection for endometriosis: morbidity, symptoms, quality of life, and fertility. *Ann Surg* 2010; 251: 1018-23.
2. Imasogie DE, Agbonrofo PI, Momoh MI, Obaseki DE, Obahiagbon I, Azeke AT. Intestinal obstruction secondary to cecal endometriosis. *Niger J Clin Pract* 2018; 21:1081-85.