

# Oclusión Intestinal por Endometriosis Multifocal ileocolica.

## Reporte de un caso.

HOSPITAL STARMEDICA AGUASCALIENTES.

### INTRODUCCION

La endometriosis se define como tejido endometrial, fuera de la cavidad uterina. Dependiendo del tejido u organo que afecte, se manifiesta desde dolores abdominales durante el acto sexual, cuadros de dismenorrea y detección de masas subcutáneas cerca de cicatrices quirúrgicas post cesaras; abdomen agudo por ruptura de endometriomas, e inclusive oclusión intestinal que requiere resección intestinal. La frecuencia varía según la población. En etapa fértil, el 30 al 50% de los pacientes con endometriosis presentan infertilidad. Siendo el rango de edad entre los 20 a los 50 años, y su incidencia mayor a los 28 años. La causa se basa en múltiples teorías, entre las mas aceptadas, diseminación retrograda de endometrio, trasplante mecánico posterior a intervenciones quirúrgicas, metaplasia celómica, diseminación linfática, vascular o directa del tejido endometrial. Así mismo, la teoría de los restos embrionarios, factores genéticos, inmunológicos ,y combinación de otras causas. La prevención implica la sospecha temprana, permitiendo realizar acciones con fines preventivos, tales como: realizar laparoscopias en adolescentes con dismenorrea incapacitante, no posponer demasiado los embarazos, evitar tactos vaginales durante la menstruación, evitar coito durante el periodo menstrual, así como realizar estudios invasivos, tales como: histerosalpingografía; ya que, esto implica presión retrograda sobre el tejido endometrial.

El tratamiento dependerá de la etapa en la cual se diagnostique este mismo, variando desde el manejo medico con fines de lograr embarazo, tratamiento hormonal, uso de inmunomoduladores, limpieza quirúrgica de tejido endometrial, resección de endometriomas, resecciones segmentarias, y resección de segmentos intestinales afectados.

### OBJETIVO

Considerar en hallazgos de zonas de estenosis multifocal intestinal con dificultad para diferencial entre causa inflamatoria, neoplásica o idiopática, la posibilidad de que se trate de una endometriosis avanzada intestinal.



INFILTRACION DE TEJIDO ENDOMETRIAL EN COLON.

### CASO CLINICO

Se presenta el caso de femenina de 42 años, sin antecedentes heredo familiares, ni personales o patológicos de importancia.

Antecedentes Ginecobstetricos Gesta 1 Cesarea 1.

APP Resección de tumor hepático a los 3 meses de edad, cirugía nasal estética, laparotomía exploradora por endometriosis hace 10 años; cesárea hace 4 años, y 2 meses previos se sometió a histerectomía con ooforectomía unilateral. Se reportó anatomopatologicamente endometrio proliferativo y adenomiosis.

Se presenta a consulta el 30 de julio del 2018, por datos de oclusión intestinal parcial de 3 semanas de evolución, cuadro totalmente atípico, ya que presentaba gran distensión abdominal progresiva, episodios de evacuaciones diarreicas, dolor abdominal tipo espasmo en en marco cólico, acompañado de nausea y vomito. A la exploración física, 1.52 de estatura, 45 kg de peso, IMC 19.47, sin dato de toxinfeción, abdomen sumamente distendido con peristalsis de lucha, doloroso sin datos de irritación peritoneal. En consulta previa, 18 de abril 2018, presentaba 2 meses de evolución con evacuaciones diarreicas, dolor epi - mesogástrico repetitivo, se catalogó como cuadro enteral más síndrome de intestino irritable. Se decide enviar a hospitalización, donde se toma imágenes radiográficas de abdomen, mostrando íleo generalizado. Laboratorios Hb 13.4, Leucocitos 3100, Química sanguínea y tiempos de coagulación normales, proteínas totales 6.65, Alb 4.18, Globulina 2.47, Electrolitos séricos normales. Con base a lo anterior, se somete a la paciente a una laparotomía exploradora. Los hallazgos fueron: moderada cantidad de líquido citrino, 1.5 mts de íleon de gran calibre, con múltiples focos de estenosis de aspecto fibrótico inflamatorio, principalmente en válvula ileocecal, por lo que se realiza resección de 1.5 mts de íleon y colon ascendente, así como anastomosis manual ileotransversa. Se colocó catéter venoso central, como apoyo para la administración de nutricional parenteral.

La evolución post opertoria fue satisfactoria egresándose al 7mo día posterior, tolerando la via oral, sin complicaciones. Su ultima consulta, el 15 de abril del 2019, a los 9 meses post quirúrgica, con peso de 49 kg, e IMC de 21.26 kg/m2/SC. En condiciones generales con mejoría en todos los aspectos.

### CONCLUSIONES

El caso presentado muestra la gran diversidad de formas de presentación de esta afección, desde la primera consulta que se observó los datos ya vistos con el retroscopio, eran manifestaciones de la afección, por lo cual aun siendo poco frecuente, debemos tener presente la posibilidad de su existencia, y proceder en consecuencia en pacientes con este tipo de manifestaciones.

AUTORES: LARA BARRÓN, R.; RAMIREZ VELÁZQUEZ, LL; TENORIO ZAMARRIPA, J.



Fotografía: @Dra. Guillermina Pedroza - Anatomopatologa

.- Ileón y colon , superficie anterior y posterior



Fotografía: @Dra. Guillermina Pedroza - Anatomopatologa

Tejido endometrial en serosa y pared intestinal

Visitanos en internet:



Agradecemos el apoyo al Dr. Jose Tenorio Zamarripa, Dra Guillermina E. Pedroza Herrera por su apoyo.

BIBLIOGRAFIA: 1. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. N Engl J Med 1993; 328: 1759-1769. / 2. Lu PY, Ouy SL. Endometriosis: current management. Mayo Clin Proc 1995; 70: 453-463 / 3. Keane TE, Peel AL. Endometrioma. An intra-abdominal troublemaker. Dis Colon Rectum 1990; 33: 963-965 / 4. Adrao MS, Podgarec S, Filho BM, Ramos LO, Pinotti JA, de Oliveira RM. The use of biochemical markers in the diagnosis of pelvic endometriosis. Hum Reprod 1997; 12: 2523-2527 / 5. Pritts EA, Taylor RN. An evidence-based evaluation of endometriosis-associated infertility. Endocrinol Metab Clin North Am 2003; 32: 653-667 / 6. Bergqvist A. Different types of extragenital endometriosis: a review. Gynecol Endocrinol 1993; 7: 207-221 / 7. Frackiewicz EJ, Zarotsky V. Diagnosis and treatment of endometriosis. Expert Opin Pharmacother 2003; 4: 67-82 / 8. Fox H, Buckley CH. Current concepts of endometriosis. Clin Obstet Gynaecol 1984; 11: 279-287 / 9. Lin YH, Kuo LJ, Chiang AY, Cheng TL, Hung CF. Extrapelvic endometriosis complicated with colonic obstruction. J Clin Med Assoc 2006; 69: 47-50 / 10. 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: 445-454 /