1130-0108/2016/108/8/524-525
Revista Española de Enfermedades Digestivas
© Copyright 2016. SEPD y © ARÁN EDICIONES, S.L.
Rev Esp Enferm Dig
2016, Vol. 108, N.º 8, pp. 524-525

Cartas al Editor

Endometriosis intestinal. Nuestra experiencia

Palabras clave: Endometriosis. Endometriosis intestinal. Obstrucción intestinal.

DOI: 10.17235/reed.2016.4292/2016

Sr. Editor:

La endometriosis intestinal, descrita por Sampson en 1922, se define como la infiltración de la pared intestinal por tejido endometrial ectópico (1). Aparece en un 3-37% de mujeres con endometriosis. El segmento intestinal más afectado es el colon rectosigmoide (70-93%), seguido de la región ileocecal, el apéndice y otros segmentos de colon o intestino delgado (1-3).

Presentamos una serie de 17 pacientes diagnosticadas de endometriosis intestinal, entre 2006 y 2015, en nuestro centro.

Caso clínico

La edad media fue de 35 años (21-53). Tres mujeres (17,64%) tenían antecedentes de cirugía por endometriosis ginecológica. Las características de nuestra serie se describen en la tabla I. Las dos pacientes no operadas recibieron tratamiento hormonal y seguimiento clínico-radiológico, con buena respuesta. De las pacientes intervenidas, 8 siguieron tratamiento hormonal, el resto lo rechazó. El seguimiento medio fue de 24,82 meses (60-1). Tres (17,64%) presentaron recurrencia de la enfermedad. Un caso se trató de manera conservadora, controlada periódicamente. Dos casos precisaron cirugía: sigmoidectomía por endometriosis profunda y resección ileocecal por obstrucción.

Tabla I. Características de la serie

Clínica	*Número de casos (%)*
Dolor abdominal	9 (52,9%)
Obstrucción intestinal	2 (11,76%)
Síntomas inespecíficos	1 (5,55%)
Síntomas típicos	3 (17,64%)
Diagnóstico incidental	2 (11,76%)
Pruebas complementarias	
ECO abdominal	8 (47%)
ECO TV	9 (52,9%)
TC	13 (76,47%)
RM	2 (11,76%)
Colonoscopia	3 (17,64%)
Tipo de cirugía	
Urgente	8 (53,3%)
Electiva	7 (46,6%)
Abordaje quirúrgico	
Abierto	4 (26,6%)
Laparoscópico	11 (73,3%)
Procedimiento	
Apendicetomía	6 (40%)
Apendicetomía + resección intestinal	3 (20%)
Resección intestinal	5 (33,3%)
Destrucción física de focos	1 (6.6%)
Estudio AP (localización)	
Apéndice cecal	6 (40%)
Recto-sigma	5 (33,3%)
Ileocecal	4 (26,6%)

Discusión

La endometriosis intestinal suele ser asintomática, muchas veces diagnosticada casualmente en el transcurso de una laparotomía o laparoscopia realizadas por otros diagnósticos. Los síntomas suelen ser inespecíficos, semejando otros trastornos gastrointestinales, pero puede llegar a debutar como un abdomen agudo.

El diagnóstico precisa de una historia clínica detallada, exploración física y técnicas de imagen (ecografía endovaginal o endorrectal, TC y/o RM) y, en ocasiones, laparoscopia exploradora. La colonoscopia raramente mostrará afectación mucosa. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico (2,4,5).

El tratamiento depende de la forma de presentación y del deseo gestacional de la paciente. La vía de abordaje puede ser laparotómica o, preferiblemente, laparoscópica. La resección intestinal, resección limitada del implante o exéresis mediante destrucción física son las opciones quirúrgicas, según la localización y extensión de las lesiones. La histerectomía con doble anexectomía asociada está indicada en caso de no presentar deseos reproductivos (2).

Ángela Sánchez Cifuentes, María Fe Candel Arenas
y Antonio Albarracín Marín-Blázquez

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Bibliografía

1. Durruty G, Larraín de la C. D, Cuello M, et al. Endometriosis profunda del tabique rectovaginal con compromiso intestinal: manejo quirúrgico con resección segmentaria de rectosigmoides. Rev Chil Obstet Ginecol 2008;73:192-203. DOI: 10.4067/S0717-75262008000300009
2. Bianchi A, Pulido L, Espín F, et al. Endometriosis intestinal. Estado actual. Cir Esp 2007;81:170-6. DOI: 10.1016/S0009-739X(07)71296-4
3. Milone M, Vignali A, Milone F, et al. Colorectal resection in deep pelvic endometriosis: Surgical technique and post-operative complications. World J Gastroenterol 2015;21:13345-51. DOI: 10.3748/wjg.v21.i47.13345
4. Ruiz-Tovar J, Pina Hernández JD, Lobo Martínez E, et al. Endometriosis intestinal. Rev Esp Enferm Dig 2007;99:732-3. DOI: 10.4321/S1130-01082007001200013
5. Ruiz Marín M, Parra Baños PA, González Valverde FM, et al. Appendiceal intussusception resulting from endometriosis presenting as acute appendicitis. Am Surg 2010;76:906-8.