

# Endometriosis intestinal: hallazgos radiológicos y complicaciones asociadas.

Paula Pérez Naranjo, Álvaro Moyano Portillo, Mario  
Fernández Conesa, José Antonio Miras Ventura,  
Laura Díaz Rubia.

Hospital universitario Clínico San Cecilio, Granada



# Objetivo Docente

Este trabajo tiene como objetivo principal describir las características radiológicas de la endometriosis intestinal y exponer las posibles complicaciones asociadas que observaríamos en nuestra práctica clínica.



# Revisión del tema

La **endometriosis** es un trastorno ginecológico crónico, benigno y frecuente entre las mujeres en edad fértil, que se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad endometrial y miometrio.

Se estima que hasta en el 15% de las mujeres premenopáusicas existe algún grado de endometriosis.



Su etiología y patogénesis, aún son desconocidas, aunque existen diversas teorías que intentan explicar la presencia de estos focos ectópicos de endometrio:

- Teoría de implantación: establece que durante la menstruación se expulsan fragmentos de endometrio a la cavidad pélvica de manera retrógrada y a través de las trompas de Falopio.
- Teoría de restos embrionarios: durante la embriogénesis persisten restos embrionarios de tejido endometrial fuera del útero lo que explicaría la presencia posterior de endometrio ectópico en la etapa adulta.
- Teoría de diseminación linfática o venosa: establece que fragmentos de endometrio migrarán a distancia a través de estructuras vasculares.
- Teoría de metaplasia celómica: postula que el origen de la endometriosis sería por inducción metaplásica a tejido endometrial del epitelio celómico.



Este tejido ectópico endometrial puede consistir desde implantes microscópicos hasta grandes quistes con contenido hemático en su interior (endometriomas).

Debido a que se trata de tejido hormonodependiente puede originar sangrado, inflamación, fibrosis y formación de adherencias, ocasionando dolor pélvico crónico e infertilidad.



A efectos prácticos, la endometriosis se clasifica en tres categorías en cuanto a sintomatología, manejo y evolución:

- la endometriosis ovárica
- la endometriosis peritoneal
- la endometriosis profunda (infiltrante).

Las localización más frecuente son: ovario (endometrioma) y peritoneo, seguido del espacio subperitoneal, intestino y sistema urinario.

Cómo nos ocupa en este trabajo nos vamos a centrar en estudiar la endometriosis profunda de tipo infiltrante a nivel intestinal y sus posibles complicaciones asociadas.



## **ENDOMETRIOSIS INTESTINAL:**

El intestino es el sitio más común de afectación extrapélvica de la endometriosis, que ocurre en 12-35% de las pacientes.

El colon es el segmento de intestino más frecuentemente afectado, sobre todo a nivel rectosigmoideo (85-95%), seguido del colon derecho, intestino delgado, apéndice vermiforme y ciego.



La presentación clínica de este cuadro suele ser inespecífico, manifestándose predominantemente como dolor abdominal y/o pélvico (tipo cólico) que se suele exacerbar con la menstruación, asociado a diarrea, náuseas, vómitos, distensión abdominal, dolor rectal e incluso sangrado transrectal. Menos frecuente son las complicaciones como la perforación intestinal o la ascitis hemorrágica.



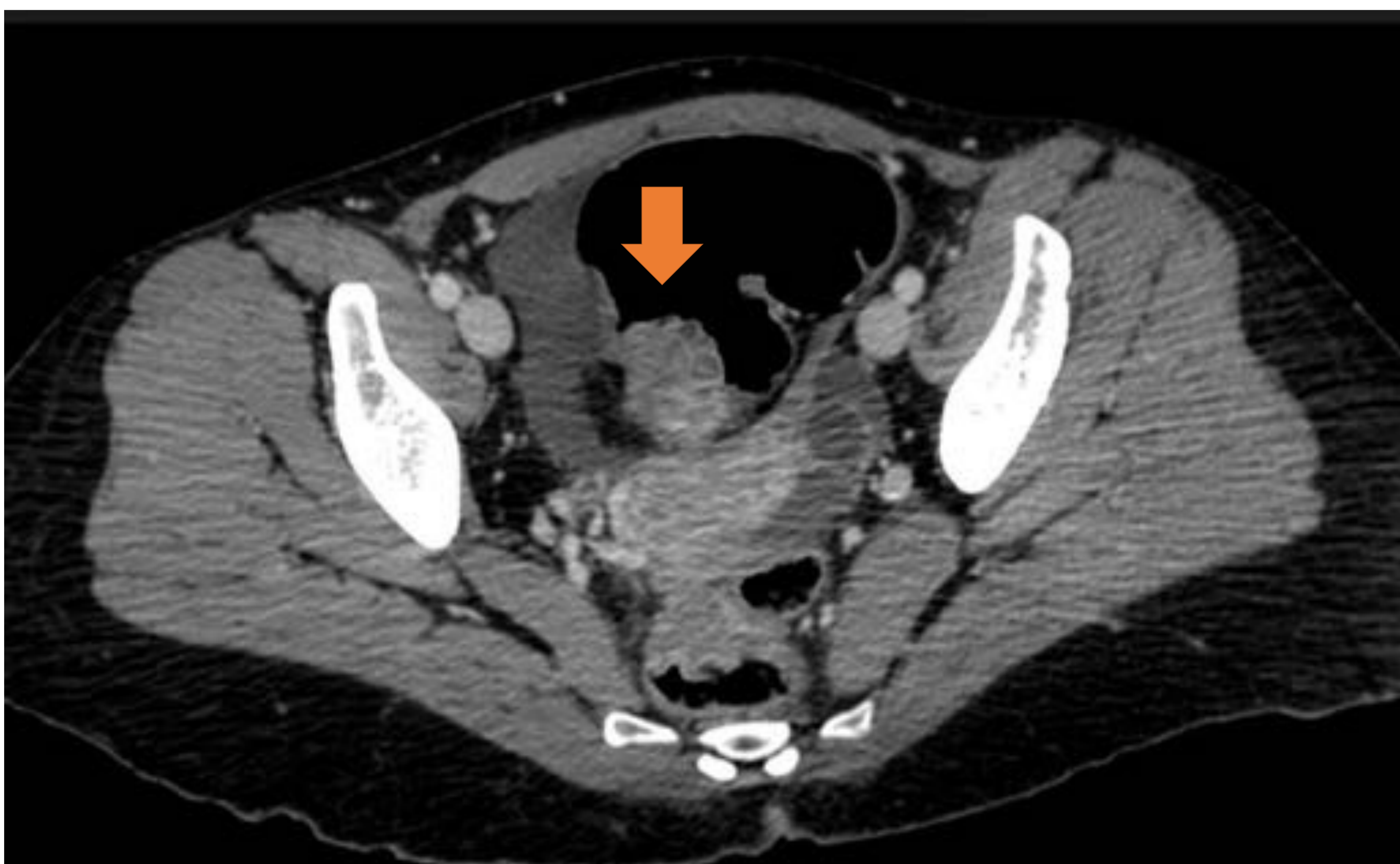
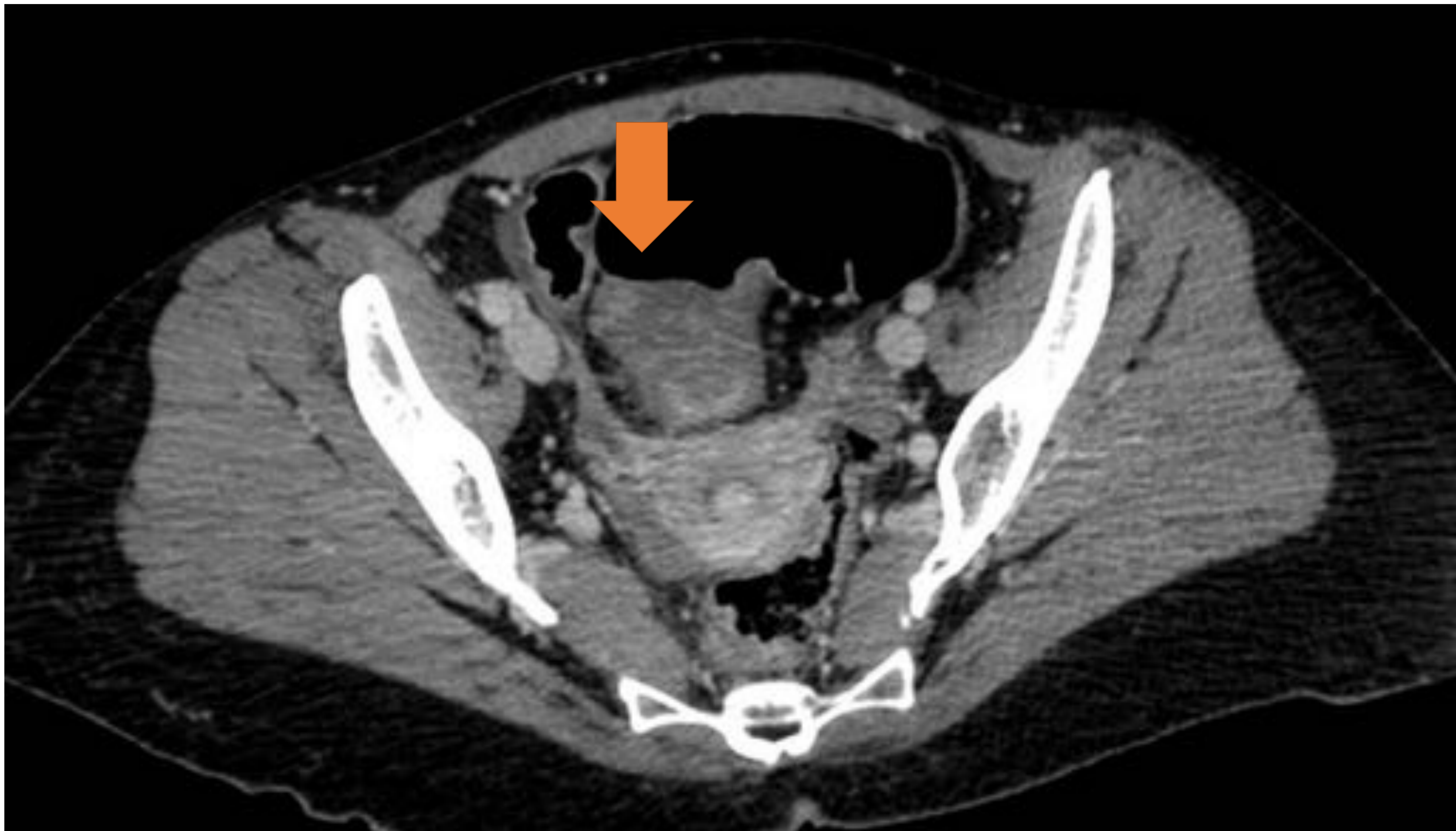
Esta endometriosis intestinal comienza a implantarse en la serosa, seguida de la invasión de la capa muscular; siendo la participación de la mucosa infrecuente.

Los implantes endometriósicos grandes pueden causar estenosis y fibrosis intestinal, que pueden condicionar posterior obstrucción mecánica.



En estos casos la obstrucción intestinal generalmente acontece cuando la endometriosis afecta al íleon, aún así se trata de una localización infrecuente, requiriendo resección intestinal por obstrucción el 0,7% de todas las pacientes tributarias de cirugía por endometriosis abdominopélvica.





*TC abdominopélvica con contraste iv en fase portal en la que se observa una masa de densidad tejidos blandos localizada en sigma, con captación heterogénea de contraste, que estenosa completamente la luz intestinal.*









*18F-FDG PET/TC donde se identifica masa que asienta sobre el colon sigmoide, de débil tasa metabólica (SUV 2), que produce dilatación retrógrada del marco cólico.*



Con respecto al diagnóstico diferencial deberá hacerse con entidades como la apendicitis, diverticulitis, colitis isquémica, Crohn, carcinoma y linfoma entre otras.

En aquellos casos de sospecha de endometriosis pélvica profunda la ecografía endovaginal no suele ser suficiente por la localización de dichos implantes.

En estos casos las pruebas de imagen radiológicas, como el TC o enema de bario, muestran zonas de estenosis o lesión tumoral así como el nivel donde se encuentra la lesión.



No obstante, la RM constituye la técnica de imagen de elección para la valoración correcta de dichos implantes ya que nos permite un alto grado de resolución de imagen a nivel de la pelvis, permitiendo en la mayor parte de los casos un diagnóstico preciso y una posterior planificación quirúrgica en caso de considerarse necesario.

Si bien el diagnóstico de certeza es anatomopatológico, tras toma de muestras bien por colonoscopia, estudio por vía laparoscópica o bien tras resección por laparotomía de los segmentos intestinales afectados.



El tratamiento de la endometriosis generalmente se basa en el manejo hormonal adecuado, pero la cirugía estará indicada en aquellos casos de endometriosis intestinal que se presente con sangrado, obstrucción o una neoplasia maligna que no se pueda descartar.



# Conclusiones

Aunque un alto porcentaje de las masas observadas en el intestino grueso que causan obstrucción son generalmente neoplásicas, no debemos olvidar otras causas benignas que pueden imitarlas, como las adherencias secundarias a la endometriosis, especialmente en mujeres jóvenes.



# Bibliografía

1. Rana R, Sharma S, Narula H, Madhok B. A case of recto-sigmoid endometriosis mimicking carcinoma. Springerplus. 2016 May 17;5:643.
2. Arafat S, Alsabek MB, Almousa F, Kubtan MA. Rare manifestation of endometriosis causing complete recto-sigmoid obstruction: A case report. Int J Surg Case Rep. 2016;26:30-3.
3. Bidarmaghz B, Shekhar A, Hendaheewa R. Sigmoid endometriosis in a post-menopausal woman leading to acute large bowel obstruction: A case report. Int J Surg Case Rep. 2016;28:65-67.