Check for updates

https://doi.org/10.47993/gmb.v47i2.895

Tejido endometrial ectopico ileal (endometriosis intestinal)

ileal ectopic endometrial tissue (intestinal endometriosis)

Germán Palenque Rocabado[1]

Resumen

La endometriosis es una patología que consiste en la presencia de tejido endometrial benigno fuera del útero. Se presenta el caso de una paciente de 39 años de edad, con un cuadro clínico de dolor abdominal y vómitos. En la intervención quirúrgica se evidencia adherencias en íleon terminal y ciego, se realiza resección de íleocecal con posterior anastomosis termino-Lateral, enviándose la pieza al servicio de patología que concluye con el diagnostico de: intestino delgado con inflamación crónica y adherencias oclusivas secundarias a endometriosis intestinal. El origen histogénico de la endometriosis ha sido objeto de debate durante años. Actualmente, se aceptan las siguientes tres teorías: de trasplante, metaplásica, y de diseminación vascular o linfática. La literatura, en general, reporta predominio de implantes de endometriosis en la región rectosigmoidea cuando se afecta región intestinal; sólo en algunos casos se menciona involucramiento del intestino delgado.

Palabras claves: obstrucción intestinal, endometriosis, endometriosis intestinal

Abstract

Endometriosis is a pathology that consists of the presence of benign endometrial tissue outside the uterus. The case of a 39-year-old patient with a clinical picture of abdominal pain and vomiting is presented. During the surgical intervention, adhesions were evident in the terminal ileum and cecum, a resection of the ileocecal and subsequent end-to-lateral anastomosis was performed, sending the piece to the pathology service, which concluded with the diagnosis of small intestine with chronic inflammation and occlusive adhesions secondary to intestinal endometriosis. The histogenic origin of endometriosis has been the subject of debate for years. Currently, the following three theories are accepted: transplant, metaplastic, and vascular or lymphatic dissemination. The literature, in general, reports a predominance of endometriosis implants in the rectosigmoid region when the intestinal region is affected; Only in some cases is involvement of the small intestine mentioned.

Keywords: intestinal obstruction, endometriosis, intestinal endometriosis.

Recibido el
21 de junio de 2024
Aceptado
28 de noviembre de 2024
[1]Jefe del servicio de Patología Hospital Obrero N°6 "Dr. Jaime Mendoza" CNS Chuquisaca, Bolivia.
https://orcid.org/0009-0004-8694-2089
***Correspondencia:**
Germán Palenque Rocabado
Correo electrónico:
palenque.german@usfx.bo
Doi:
https://doi.org/10.47993/gmb.v47i2.895

La endometriosis es una patología que consiste en la presencia de tejido endometrial glandular y/o estromal benigno fuera del útero[1,2]. La edad promedio se encuentra entre el tercer y cuarto decenios, sin embargo, puede aparecer en cualquier momento después de la primera menstruación (menarquia)[3].

Los sitios más frecuentes, por orden decreciente de frecuencia, son: 1) los ovarios; 2) los ligamentos del útero; 3) el tabique rectovaginal; 4) el peritoneo pelviano; 5) las cicatrices de laparotomía, y 6) raras veces, en el ombligo, vagina, vulva o apéndice. 4. Incluido los nódulos linfoides de la pelvis pueden contener focos de tejido endometrial. En raras ocasiones, estos focos pueden encontrarse asimismo en vísceras distantes, como los pulmones, la pleura, el intestino delgado, los riñones y los huesos[3,5] (Figura 1).

La primera vez que se describió un caso de endometriosis intestinal fue en 1950 por Marshak 1, y como se mencionó, es una entidad poco frecuente y se la define como la presencia de focos de tejido endometrial en la pared del intestino, involucrando la grasa o plexos subserosos[1].

Presentación del caso

Se presenta el caso de una paciente de 39 años de edad, con un cuadro clínico de aproximadamente 2 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal en la región mesogástrica me tipo opresivo con una intensidad de 8/10 acompañado con vómitos en tres oportunidades.

La paciente refiere que fue tratada hace una semana en otra institución sin llegar a remitir el cuadro.

Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos se refieren dos gestaciones que concluyeron en partos a término, dentro de los antecedentes quirúrgicos, la paciente fue colecistectomizada hace 10 años.

Al examen físico general, la paciente consiente, en decúbito dorsal, hipoactiva, facies álgida.

Al examen físico regional se observa abdomen semigloboso, blando, depresible, a la palpación superficial. Percusión con timpanismo aumentado. A la auscultación en mesogastrio, ruidos hidroaéreos hiperactivos.

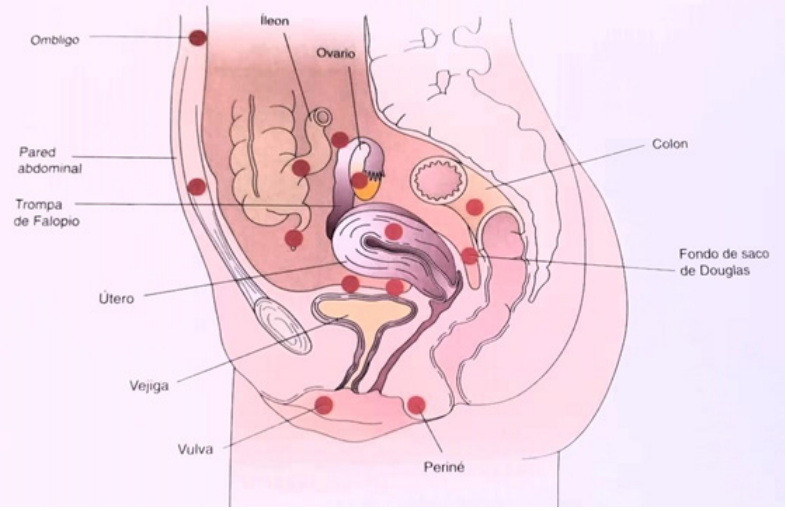


Figura 1: Sitios más comunes de endometriosis en la mujer

Fuente: Rubin Patologia estructural fundamentos clinicopatologicos en Medicina

Dentro de los exámenes comentarios se le realiza una ecografía (Figura 2) que muestra asas de intestino delgado y grueso aumentadas de calibre, peristaltismo no propulsivo, en cavidad pélvica con presencia de líquido libre en cantidad moderada, aspecto homogéneo.

Los exámenes de laboratorio clínico mostraron alteración de electrolitos con: disminución de potasio (3,21 mmol/L) y Calcio (7,75 mg/dl), y leve aumento de Cloro (108,0 mmol/L). resto de valores dentro de valores normales.

La paciente es internada con una impresión diagnóstica de suboclusión intestinal alta, programándose una intervención quirúrgica de laparotomía abdominal exploratoria.

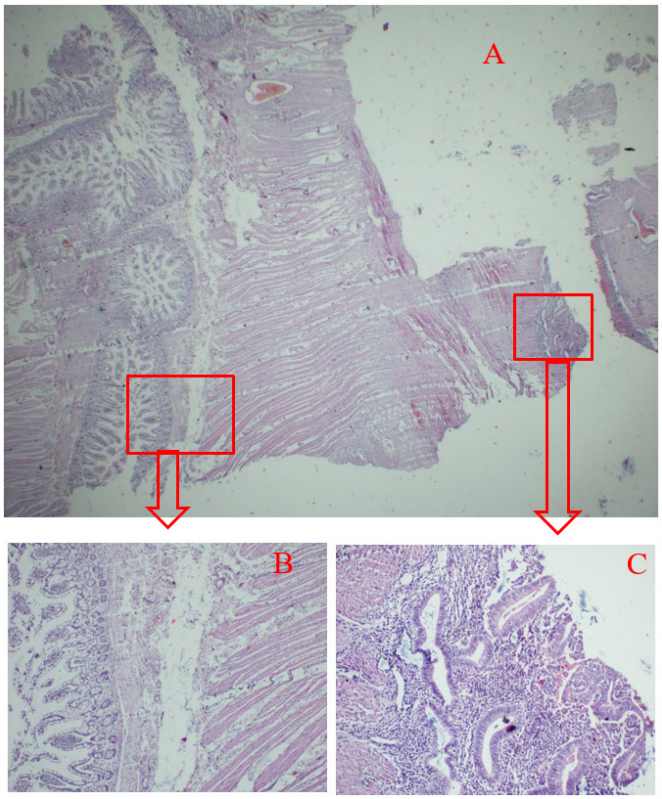
En la intervención quirúrgica se explora la región abdominal encontrando: líquido hemático y múltiples adherencias a nivel de íleon terminal y ciego ocasionado. Se realiza limpieza quirúrgica de zona operatoria mediante aspiración de líquido hemático, y se procede a liberar adherencias en forma digital e instrumental, sin ninguna respuesta, por lo que se decide realizar resección de de íleon terminal y ciego con posterior anastomosis ileocólica termino-lateral con técnica Asa Fija.

La paciente egresa de quirófano con signos vitales estables a sala de cirugía y se envía la pieza operatoria a patología para su estudio morfológico.

En el servicio de patología se recibe segmento de intestino delgado, grueso y apéndice cecal, se evidencian adherencias intraluminales e interasas. Se incluyen cinco cortes representativos para su correspondiente proceso histológico por el método de inclusión de parafina.



Figura 2: ecografía de la paciente del caso presentado



A: Microfotografia (20x) Donde se observa una mucosa intestinal de tipo ileal y subserosa con tejido endometrial.

B: Microfotografia (100x) SE muestra detalle de la mucosa intestinal de tipo ileal.

C: Microfotografia (200x) Se observa detalle del foco de endometriosis.

Figura 3: Cortes histológicos, intestino delgado de tipo ileal, coloreados con tinción de hematoxilina y eosina

Los cortes histológicos coloreados con tinción de hematoxilina y eosina (Figura 3) muestran pared de intestino delgado de tipo ileal con adherencias de mucosa por fibrosis, lámina propia con leve infiltrado inflamatorio crónico, capa muscular constituida por haces de fibras musculares lisas conservadas, subserosa con presencia de glándulas tapizadas por epitelio cilíndrico rodeado por estroma fibroreticular ambos de características endometroides. Los bordes quirúrgicos preservados, concluyéndose con el diagnóstico de intestino delgado con inflamación crónica y adherencias interasas e intraluminales oclusivas secundarias a endometriosis intestinal.

Discusión

El origen histogenico de la endometriosis ha sido objeto de debate durante años. Actualmente, se aceptan las siguientes tres teorías 7 (figura 4):

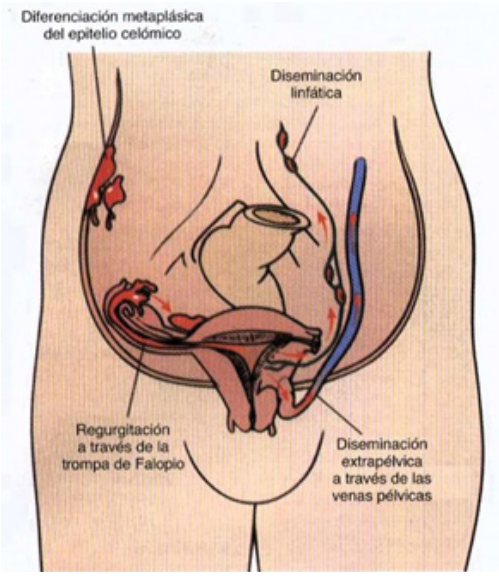


Figura 4: Representación gráfica de las teorías sobre la histogénesis de la endometriosis

Fuente: Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional,. 9.• ed.

1. Teoría del trasplante o la regurgitación: se basa en la suposición de que el tejido endometrial ectópico es trasplantado del útero a una ubicación anormal a través de las trompas de Falopio, debido a la regurgitación de sangre menstrual.
2. Teoría metaplásica: sugiere que el endometrio ectópico se desarrolla in situ a partir de los tejidos locales, por metaplasia del epitelio celómico.
3. Teoria de la diseminación linfo-vascular: sugiere la diseminación de tejido endometrial en sitios extrauterinos a través de esas vias.

Existen factores genéticos, hormonales e inmunitarios que permiten explicar una tendencia aumentada de algunas mujeres a desarrollar endometriosis. Teniendo en cuenta el hallazgo de citocromo P450 aromatasa en el tejido endometriósico, pero no en el endometrio normal, se ha sugerido que el tejido de la endometriosis posee por si mismo la propiedad de producir sus propias hormonas mediante la mencionada enzima[7].

La endometriosis intestinal es conocida coloquialmente como «la gran simuladora» en lo que respecta a las causas de dolor abdominal. Habitualmente las manifestaciones clínicas se asocian con alteraciones menstruales, como dismenorrea, dispareunia, dolor abdominal hipogástrico, náusea, vómito y diarrea[8]. La oclusión intestinal secundaria es una manifestación poco frecuente, aunque se presenta en casos con importante compromiso intestinal[9]. Se considera a la cirugía como un estándar para el diagnóstico de esta patología, sin embargo la confirmación se lo realizara en el estudio anatomopatológico mediante la detección de dejido parenquimatoso y estromal correspondientes a endometrio[8].

La literatura, en general, refiere un predominio de endometriosis en región rectosigmoidea cuando se refiere al aparato digestivo; existiendo escaso casos que involucren al intestino delgado[6].

La alteración más importante en la tercera parte de las mujeres con endometriosis es la esterilidad. El medio hormonal en una mujer que no logra la concepción favorece el desarrollo de la endometriosis. A su vez, una vez que la endometriosis se desarrolla, su presencia contribuye a la esterilidad, estableciéndose un círculo vicioso. Por el contrario, el embarazo suele tener un efecto beneficioso sobre la enfermedad[3]. Llama la atención el presente caso, ya que, como se describió, la paciente presentó antecedente de dos gestaciones que concluyeron en partos normales.

La apariencia de la endometriosis varía ampliamente según la ubicación y la extensión de la enfermedad. Los focos de endometriosis aparecen como áreas azules o marrones negruzcos debajo de la superficie. A menudo, estos focos están rodeados por tejido fibroso, lo que produce la adherencia a las estructuras adyacentes, como se evidenció al examen de la pieza. El examen histológico, el diagnóstico es simple y se basa en la identificación de los focos de glándulas y estroma endometriales, hemorragias nuevas o antiguas, macrófagos cargados de hemosiderina, y una zona de inflamación y fibrosis alrededor[10].

Referencias bibliográficas

1. Méndez DGF. Oclusión intestinal por endometriosis. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2022;08(08). Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9134417.pdf [Consultado 30 mayo 2024]

2. Imasogie DE, Agbonrofo PI, Momoh MI, Obaseki DE, Obahiagbon I, Azeke AT. Intestinal obstruction secondary to cecal endometriosis. Niger J Clin Pract [Internet]. 2018; 1081-1085. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30074015/. [Consultado 01 junio 2024]

3. Rubin. Aparato genital femenino. En: Rubin Principios de Patologia. 7 Edicion. Madrid: Editorial Wolters Kluwer. 2019:845-909. Disponible en: https://www.edicionesjournal.com/Papel/9788417602284/Rubin++Principios+De+Patolog%C3%ADa+Ed+7

4. Aparato Genital femenino. In Cotran. Robins Patologia estructural y funcional. Mexico: McGraw-Hill Interamericana. 2021:1079-1136. Disponible en: https://tienda.elsevierhealth.com/robbins-y-cotran-patologia-estructural-y-funcional-9788413821115.html

5. Mosquera G, Quintana H, Hani A. Obstrucción intestinal ileal por endometriosis: Descripción de una causa infrecuente de obstrucción intestinal en pacientes jóvenes. Acta Med Colom [Internet]. 2014;39(3):83-287. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482014000300013 [Consultado 23 mayo 2024]

6. López JMJGF. Obstrucción intestinal por endometriosis. Acta méd. Grupo Ángeles [Internet]. 2016;14(4):248-250.. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2016/am164k.pdf [Consultado 01 junio 2024]

7. Moham H. Tracto Genital Femenino. En: Mohan Patologia. 6 edicion. Buenos Aires: Editorial Panamericana. 2012:721 - 753. Disponible en: https://es.scribd.com/document/374078557/Patologia-Harsh-Mohan-6a-Edicion-librosmedicina-org

8. Zeki M, Ali M, Yener O, Dölek Y. A rare case of acute mechanical intestinal obstruction: colonic endometriosis. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2020;26(1):148-51. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31942741/ [Consultado 30 mayo 2024]

9. Olvera A, Cervantes J, Márquez G, Sánchez M. Endometriosis intestinal: ¿un reto diagnóstico para el médico. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2021 ;59(1):81-86. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/4577/457766370014/html/ [Consultado 05 junio 2024]

10. Ruiz L. Rosai y Akerman. Patologia Quirurgica. 11 edicion. Madrid: Editorial Almolka. 2019:1477 -1820. Disponible en: https://www.edicionesjournal.com/Papel/9789804300745/Rosai+Y+Ackerman+Patolog%C3%ADa+Quir%C3%BArgica+(2+Vols+)+Ed+11