

Endometriosis intestinal como causa de síndrome oclusivo

Intestinal Endometriosis as a Cause of Obstructive Syndrome

Raulmel Rodríguez Sánchez^{1*} <https://orcid.org/0009-0001-1451-8201>

Leonila Noralís Portal Benítez¹ <https://orcid.org/0000-0002-2801-213X>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

*Autor para la correspondencia: rodriguezraulmel@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La endometriosis intestinal es una forma rara de endometriosis extragenital, que puede causar obstrucción intestinal de manera muy infrecuente. Su diagnóstico preoperatorio resulta en extremo difícil por su baja incidencia de aparición y la inespecificidad de su cuadro clínico.

Objetivo: Presentar una paciente tratada en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Arnaldo Milián Castro de Santa Clara con el diagnóstico de obstrucción intestinal por endometriosis intestinal.

Presentación del caso: Se presentó una paciente de 51 años con antecedentes de fibroma uterino, que desarrolló una obstrucción intestinal y fue sometida a una laparotomía, en la que se constataron lesiones de aspecto tumoral en el íleon terminal, ciego y el colon sigmoides. La intervención quirúrgica consistió en una hemicolectomía derecha con anastomosis ileotransversa y sigmoidectomía con colostomía tipo Hartmann. El diagnóstico histológico de la pieza quirúrgica demostró una endometriosis intestinal como causa de la oclusión.

Conclusiones: La endometriosis intestinal, aunque rara, debe ser considerada entre los diagnósticos diferenciales de la obstrucción intestinal en mujeres en edad fértil, y su tratamiento por lo general se basa en la resección del intestino afectado con el restablecimiento del tránsito intestinal.

Palabras clave: endometriosis intestinal; oclusión intestinal; endometriosis.

ABSTRACT

Introduction: Intestinal endometriosis is a rare form of extragenital endometriosis that can very rarely cause intestinal obstruction. Its preoperative diagnosis is extremely difficult due to its low incidence and the nonspecific nature of its clinical presentation.

Objective: To present a patient treated at the Arnaldo Milián Castro University Clinical Surgical Hospital in Santa Clara with a diagnosis of intestinal obstruction due to intestinal endometriosis.

Case presentation: A 51-year-old female patient with a history of uterine fibroids presented with intestinal obstruction and underwent a laparotomy, during which tumor-like lesions were found in the terminal ileum, cecum, and sigmoid colon. The surgical procedure consisted of a right hemicolectomy with ileotransverse anastomosis and sigmoidectomy with a Hartmann's colostomy. Histological examination of the surgical specimen confirmed intestinal endometriosis as the cause of the obstruction.

Conclusions: Intestinal endometriosis, although rare, should be considered among the differential diagnoses of intestinal obstruction in women of childbearing age, and its treatment is generally based on resection of the affected intestine with restoration of intestinal transit.

Keywords: intestinal endometriosis; intestinal obstruction; endometriosis.

Recibido: 14/10/2025

Aceptado: 10/11/2025

Introducción

La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, que induce un proceso inflamatorio crónico, y afecta aproximadamente entre el 10-15 % de mujeres en edad reproductiva.⁽¹⁾ Fue descrita por primera vez en 1690. Sus localizaciones más frecuentes incluyen ovarios, ligamentos útero sacros, peritoneo pélvico y, en menor medida, intestino, vejiga y otros órganos extrapelvianos.⁽²⁾

Esta condición ginecológica, aunque comúnmente afecta los ovarios y la pelvis, puede involucrar en muy raras ocasiones el tracto gastrointestinal, especialmente el intestino grueso y, en menor medida, el intestino delgado.

La obstrucción intestinal secundaria a endometriosis es poco frecuente, con una prevalencia estimada entre el 0,1-0,7 % de todos los casos de endometriosis intestinal descritos.^(2,3)

La endometriosis intestinal constituye aproximadamente entre el 3-37 % de todos los casos de endometriosis, según la serie y el método diagnóstico empleado. Su localización más común es el rectosigmoide (70 %), seguido por el íleon terminal (7 %), la válvula ileocecal y el apéndice (3-18 %), aunque pueden afectarse otras porciones del intestino delgado o grueso.^(2,4)

La infiltración intestinal puede ser superficial (serosa) o profunda, que compromete la muscular propia y la submucosa, lo que genera estenosis progresiva y, en casos raros, obstrucción intestinal aguda.^(2,4)

La patogénesis de la endometriosis intestinal implica la implantación de tejido endometrial en la serosa intestinal. Esta afección involucra múltiples mecanismos como implantes endometriósicos, que inducen inflamación crónica, fibrosis y adherencias, así como contracción del músculo intestinal y estenosis luminal progresiva, que pueden llevar al origen de una oclusión intestinal.

Los factores hormonales, especialmente la acción de los estrógenos, favorecen la proliferación y persistencia del tejido endometrial ectópico, lo que aumenta el riesgo de complicaciones mecánicas como la obstrucción.⁽⁵⁾

Desde el punto de vista clínico, la endometriosis intestinal suele manifestarse con síntomas inespecíficos, como dolor abdominal cíclico, distensión, cambios en el hábito intestinal, diarrea, estreñimiento o sangrado rectal cíclico. Esta variabilidad hace que el diagnóstico preoperatorio sea un reto, y la oclusión intestinal secundaria a endometriosis sea un evento poco frecuente, reportado en menos del 1 % de los casos de endometriosis intestinal.^(6,7)

El reconocimiento temprano de esta condición es crítico, ya que permite un manejo quirúrgico planificado y disminuye el riesgo de complicaciones severas, incluyendo necrosis intestinal, perforación o recurrencia posoperatoria.^(2,4)

La combinación de estudios de imagen, historia clínica detallada y alta sospecha en mujeres en edad fértil es esencial para orientar el diagnóstico y la estrategia terapéutica.^(2,4)

Dada la escasa presentación de esta afección, resulta difícil pensar en ella como diagnóstico ante una paciente que manifiesta un síndrome oclusivo. Por esta razón, el objetivo de este artículo fue presentar una paciente tratada en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Arnaldo Milián Castro de Santa Clara, con el diagnóstico de obstrucción intestinal por endometriosis intestinal.

Presentación del caso

Se presenta una paciente femenina de 51 años de edad, piel blanca, procedencia rural, con antecedentes de fibroma uterino de varios años de evolución, con escasa sintomatología, en lo fundamental de metrorragia asociada al periodo menstrual, sin recogerse otro dato clínico significativo, excepto la historia de dos embarazos, un aborto espontáneo y un parto eutócico. No se recogieron antecedentes patológicos familiares de enfermedad, alergias, traumatismos, ni operaciones.

La paciente acudió al servicio de urgencias de cirugía general por presentar dolor abdominal difuso tipo cólico de más de ocho horas de evolución, acompañado de vómitos abundantes con presencia de restos de alimentos y bilis. Además, refirió dificultad para expulsar los gases por el recto.

Al examen físico se constató la distensión simétrica del abdomen y de ruidos hidroaéreos aumentados en todos los cuadrantes a la auscultación. La paciente aquejó dolor abdominal a la palpación sin signos de irritación peritoneal. Se interpretó el cuadro como una oclusión intestinal y se le realizaron los exámenes complementarios de urgencia, que se muestran a continuación:

– Laboratorio clínico:

- Hematocrito: 0,36 l/l
- Tiempo de sangrado: 1´
- Tiempo de coagulación: 9´
- Leucocitos: $14,6 \times 10^9/l$
- Neutrófilos: 0,82
- Linfocitos: 0,16
- Eosinófilos: 0,02
- Conteo de plaquetas: $220 \times 10^9/l$

– Exámenes de imagen:

- Radiografía simple de abdomen en bipedestación, vista anteroposterior; se observaron múltiples niveles hidroaéreos centrales que se correspondieron con el intestino delgado, y distensión de las asas yeyunoileales.

Con el diagnóstico de una oclusión intestinal por posible tumor de colon derecho se decidió realizar tratamiento quirúrgico urgente. Fue llevada al quirófano, donde se

le realizó laparotomía exploratoria, en la que se constató presencia de líquido ascítico claro, del cual se tomó muestra para estudio citológico y bacteriológico. Además, se observó gran distensión del intestino delgado en su totalidad, e identificó a nivel del íleon distal un proceso constrictivo, fibroso e invagínate de la pared intestinal, que obliteraba la luz del órgano y se comportaba como la causa mecánica de la oclusión, y de características muy similares a una tumoración maligna.

En la exploración también se observó una lesión de aspecto idéntico en el ciego y otra a nivel del colon sigmoides, que recordó por sus características el típico tumor en “anillo de servilleta” de esta región anatómica (figs. 1 y 2) y se observó, un útero de gran tamaño (superior a los 10 cm de altura), fibromatoso, que ocupaba toda la pelvis, con adherencias fibróticas y retracción de ambos anejos, presencia de múltiples adenopatías en el mesenterio del íleon distal, y no se evidenciaron lesiones de aspecto metastásico en hígado, peritoneo parietal u otro órgano.



Fig. 1 - Lesión de aspecto tumoral en íleon distal (1) como causa de oclusión intestinal mecánica y lesión similar en el ciego (2).



Fig. 2 - Lesión estenosante en “anillo de servilleta” en sigmoides (1) y órganos genitales internos (2) con múltiples adherencias y fibrosis.

Con el diagnóstico operatorio de tumores malignos sincrónicos del ciego, sigmoides y el íleon terminal, se decidió realizar una hemicolectomía derecha con exéresis de las adenopatías descritas en el mesenterio y se restableció el tránsito intestinal con una ileotransversostomía término-terminal en dos planos de sutura. Se añadió una sigmoidectomía parcial para reseca la lesión tumoral del sigmoides y se realizó una colostomía tipo Hartmann, con cierre del cabo distal del colon.

La paciente presentó una evolución posoperatoria favorable, en la que inició alimentación, con líquidos orales a partir de las 48 horas de la cirugía con buena aceptación. La colostomía se mantuvo funcional y sin alteraciones, y la herida quirúrgica, con una adecuada cicatrización, por lo que se egresó del hospital al sexto día de posoperatorio.

El estudio bacteriológico resultó sin crecimiento y el estudio citológico del líquido

ascítico describió abundantes células de aspecto glandular, y en el que, no se pudo descartar un adenocarcinoma.

El resultado del estudio histológico de la pieza quirúrgica informó que, esta estuvo constituida por 40 cm de íleon terminal y colon derecho, con dos áreas de flexión (obstrucción), con presencia de endometriosis de la pared intestinal y adenopatías aisladas con reacción inflamatoria, así como de otra biopsia constituida por un segmento de 8,5 cm de colon sigmoides que presentó endometriosis de la pared intestinal.

La paciente hasta el momento se mantiene asintomática, y con evolución satisfactoria, bajo tratamiento con Danazol oral, por lo que, en un segundo momento se planificará una intervención quirúrgica con el fin de realizar una histerectomía total abdominal y el cierre de la colostomía.

Discusión

La endometriosis es una alteración que aparece en mujeres de edad fértil, caracterizada por la siembra ectópica de tejido endometrial. Rara vez afecta el tracto gastrointestinal y su forma de presentación como oclusión intestinal es aún más infrecuente. Puede manifestarse como un pseudotumor por su presentación, sintomatología, estudios de imagen y hallazgos macroscópicos.⁽³⁾

El caso presentado es de una edad similar a la mostrada por *Suldrup* y otros,⁽²⁾ en su estudio, al reportar una paciente afectada por una oclusión intestinal secundaria a endometriosis intestinal, en la que el sitio de la estenosis se encontraba localizado en el íleon terminal cercano a la válvula ileocecal.

Otros autores reportan pacientes con esta entidad de distintas edades; tal es el caso de *Andrade* y otros,⁽⁴⁾ los que presentan una mujer de 36 años ocluida, cuyo estudio anatomopatológico reportó endometriosis en la válvula ileocecal y la apéndice cecal. Como se puede apreciar, en estos casos existe concordancia en cuanto al sitio de implantación del tejido endometrial causante de la oclusión.

Clínicamente, la endometriosis puede cursar de forma asintomática o puede presentar síntomas inespecíficos, como el dolor abdominal recurrente, y que puede vincularse con el ciclo menstrual.⁽⁸⁾

Su diagnóstico presuntivo requiere de un alto índice de sospecha, ya que puede simular un carcinoma de colon, por lo que, a pesar de las imágenes preoperatorias y los hallazgos quirúrgicos, los resultados definitivos estarán dados por la anatomía patológica.^(2,9,10)

Por esto la laparoscopia exploradora o diagnóstica es el procedimiento de referencia (estándar de oro). Sin embargo, la sospecha de malignidad hará que la conducta sea de una cirugía oncológica,^(2,9,10) tal cual se aplicó en el caso presentado.

El tratamiento en aquellos casos agudos o complicados-abarcará la resección del segmento afectado junto al mesocolon y mesenterio, seguido por la anastomosis intestinal. Tal como se ha mencionado, la extensión de la resección depende de la sospecha intraoperatoria de enfermedad maligna como diagnóstico diferencial.⁽¹¹⁾

Por tal motivo, en la paciente presentada se realizó una hemicolectomía derecha con ileotransversostomía y sigmoidectomía con colostomía tipo Hartmann.

En aquellos casos en que no exista sospecha oncológica, no será necesaria la resección del meso correspondiente.⁽¹²⁾

El tratamiento médico posquirúrgico con danazol,⁽¹³⁾ no ha demostrado beneficios y se reserva para aquellas pacientes que no pueden ser operadas. En aquellas pacientes sin signos de obstrucción completa, puede intentarse en primera instancia el tratamiento médico o, también, la dilatación endoscópica.

Esta última terapéutica tiene como ventaja actuar de ventana hasta la cirugía para la optimización del balance hidroelectrolítico de la paciente. Sin embargo, se suelen requerir varias sesiones para permitir la permeabilidad intestinal, y no está exenta de riesgos, además de que suele finalizar igualmente en una resección intestinal quirúrgica.⁽²⁾

De este modo, un enfoque multidisciplinario que incluya ginecólogos, cirujanos y

radiólogos es esencial para un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado.

La intervención quirúrgica oportuna, seguida por tratamiento hormonal, puede mejorar significativamente los resultados clínicos y la calidad de vida de las pacientes.

Conclusiones

La endometriosis intestinal, aunque rara, debe ser considerada entre los diagnósticos diferenciales de la obstrucción intestinal en mujeres en edad fértil, y su tratamiento por lo general se basa en la resección del intestino afectado con el restablecimiento del tránsito intestinal.

Referencias bibliográficas

1. Iordache IE, Muşat F, Fejes R. A rare case of intestinal obstruction due to endometriosis: case report and literature review. *World J Clin Cases*. 2024 [acceso 04/10/2025];12(5):160-7. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2039-7283/14/5/160>
2. Suldrup F, Echezarreta C, Uad PV. Obstrucción intestinal secundaria a endometriosis. Informe de caso. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires*. 2025 [acceso 04/10/2025];45(2):e0000434. Disponible en: <https://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/article/view/434>
3. Moreno DF, Montes ML, Kransel MSS, Noguera W. Endometriosis: pseudoneoplasia como causa de obstrucción intestinal. *Rev Repertorio de Medicina y Cirugía*. 2025. DOI: <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.012173.72.1530>
4. Andrade A, Ballesteros A, Cabañas J, Rodríguez A, Nieto R, Die J, et al. Obstrucción intestinal secundaria a endometriosis ileocecal, un caso poco frecuente de obstrucción intestinal. *Casos clínicos Asociación Madrileña de Cirujanos*. [acceso

- 05/10/2025]. Disponible en: https://cirugiamad.com/images/site/casos/AMC_Casos_2025.V4.pdf#page=70
5. Altamirano C, Trujillo C, Medina S, Zamorano C, Astete A, Escobar E. Endometriosis colorrectal, resultados de un estudio transversal de un centro especializado. Rev de Cirugía. 2025 [acceso 06/10/2025];77(5). Disponible en: <https://www.revistacirugia.cl/~revtacirugia23/index.php/revistacirugia/article/download/2687/957>
6. Halfon P, Estrade J, Penaranda G, Choucroun N, Bouaziz J, Nicolas A. High prevalence of small intestinal bacterial overgrowth and intestinal methanogen overgrowth in endometriosis patients: A case-control study. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2025;170(1):284-91. DOI: <https://doi.org/1002/ijgo.70005>
7. Palenque G. Tejido endometrial ectópico ileal (endometriosis intestinal). Gaceta Méd Bol. 2024 [acceso 05/10/2025];47(2):147-50. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-9662024000200147&script=sci_artt_ext
8. Matheus M, Siqueira JJ, Lima E. S2373 A case of a deep infiltrative rectal endometriosis causing bowel obstruction. Am J Gastroenterol. 2021 [acceso 06/10/2025];116(Suppl 1):S2373. Disponible en: https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2021/10001/s2373_a_case_of_a_deep_infiltrative_rectal.2377.aspx
9. Forouhar F, Mesbah N, Esmailpour S, Bastani P, Salimi M. Endometriosis Presenting as a Rare Cause of Intestinal Perforation: A Case Report with Literature Review. Clinical Case Reports. 2025 [acceso 08/10/2025];13(2):e70226. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/ccr3.70226>
10. Gurluler E, Demirci S, Yildirim G. Intestinal endometriosis among another extra-pelvic endometriosis causes of acute bowel obstruction. BMC Surg. 2025 [acceso 05/10/2025];25(1):27. Disponible en: <https://bmcsurg.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12893-024-02755-y>
11. Fejes R, Muşat F, Iordache IE. Colonic endometriosis: from subtotal bowel obstruction to malignant transformation. World J Gastroint Surg. 2025 [acceso

08/10/2025];7(3):124-30. Disponible en: <https://www.wjgnet.com/2219-2840/full/v7/i3/124.htm>

12. Limbachiya D, Patel S, Patel S. Laparoscopic resection and anastomosis in bowel endometriosis: a single-stapler technique. World J Gastroint Surg. 2025 [acceso 08/10/2025];7(3):112-8. Disponible en: <https://www.wjgnet.com/2219-2840/full/v7/i3/112.htm>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto-de intereses.