



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Abdomen agudo como primera manifestación clínica de endometriosis

José Ángel Flores García^{a,*}, Sara Roldán Baños^a, María Eugenia Galán García^b,
Martina Arribas Jurado^a y Gerardo Blanco Fernandez^c

^aDepartamento de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz, España

^bDepartamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz, España

^cDepartamento de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

Recibido el 30 de marzo de 2012; aceptado el 17 de octubre de 2012

Disponible en Internet el 11 de enero de 2013

PALABRAS CLAVE

Endometriosis
apendicular;
Apendicitis aguda;
Abdomen agudo

KEYWORDS

Endometriosis appendix;
Acute appendicitis;
Acute abdomen

Resumen La endometriosis es una afección de patrón inflamatorio, con prevalencia en aumento, que puede afectar a cualquier mujer en edad fértil con un amplio abanico de presentaciones clínicas que van desde dismenorrea hasta un cuadro de obstrucción secundario a síndrome adherencial e incluso perforación intestinal. La endometriosis apendicular es una afección poco frecuente, siendo en múltiples ocasiones diagnosticada como apendicitis aguda, que se manifiesta como dolor abdominal recurrente, pudiendo ser la primera manifestación de esta enfermedad ginecológica y que debe ser tenida en cuenta a la hora de realizar el amplio diagnóstico diferencial de dolor abdominal.

© 2012 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Acute abdomen as the first clinical manifestation of endometriosis

Abstract Endometriosis is an inflammatory disease that can affect any woman of childbearing age. The incidence of this disease is increasing. Clinical presentations vary widely, ranging from dysmenorrhea to obstructive symptoms, adhesions, and even bowel perforation. Appendiceal endometriosis is rare and is frequently diagnosed as acute appendicitis, which manifests as recurrent abdominal pain. Acute abdomen may be the first manifestation of this gynecological disorder and should be taken into account when making the broad differential diagnosis of abdominal pain.

© 2012 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La endometriosis es una afección con alta prevalencia que se caracteriza por su evolución imprevisible. Las principales manifestaciones clínicas son: dolor pélvico, infertilidad,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseangel.floresgarcia@yahoo.es
(J.Á. Flores García).

dismenorrea y dispareunia. Otros síntomas abdominales descritos son: dolor abdominal difuso de difícil diagnóstico diferencial, dolor y tenesmo rectales, náuseas, estreñimiento crónico, vómitos y diarrea. Las complicaciones abdominales con indicación quirúrgica son obstrucción intestinal y dolor crónico refractario a tratamiento médico¹. Otras presentaciones inusuales son la hemorragia digestiva baja y la perforación intestinal^{2,3}.

Según diversos estudios, la endometriosis apendicular (EA) es una entidad infrecuente que representa solo el 2-3% de los casos de endometriosis gastrointestinal, siendo el rectosigmoides la región más frecuentemente comprometida (88%) del tracto gastrointestinal, seguida de estructuras como el tabique recto-vaginal (13%), el intestino delgado (7%), el ciego (3,6%) y, en raras ocasiones, el apéndice cecal^{2,4}.

Dado que existen escasas referencias de EA en la literatura científica y que el conocimiento de esta afección puede ser de utilidad a la hora de hacer un diagnóstico diferencial de dolor en fosa iliaca derecha (FID) recurrente, queremos aportar nuestra experiencia en dicha entidad.

Caso clínico 1

Paciente de 38 años, con antecedente de cesárea, que consultó por dolor intenso de 24 h de evolución de intensidad creciente, iniciado en el hipogastrio y localizándose posteriormente en la FID, acompañado de sensación distérmica. A la exploración física el abdomen era blando, depresible y doloroso a la palpación en la FID con Blumberg positivo.

En pruebas complementarias destacaba leucocitosis (15.900) con neutrofilia (82%). La ecografía abdominal informaba de proceso inflamatorio en la FID, con asas intestinales engrosadas y líquido libre entre ellas.

Ante la clínica de abdomen agudo, se decidió realizar una intervención quirúrgica urgente, objetivándose apendicitis aguda. Se completa la exploración abdominal, principalmente íleon terminal y ciego, sin hallazgos macroscópicos de interés. Se realiza una apendicectomía abierta reglada.

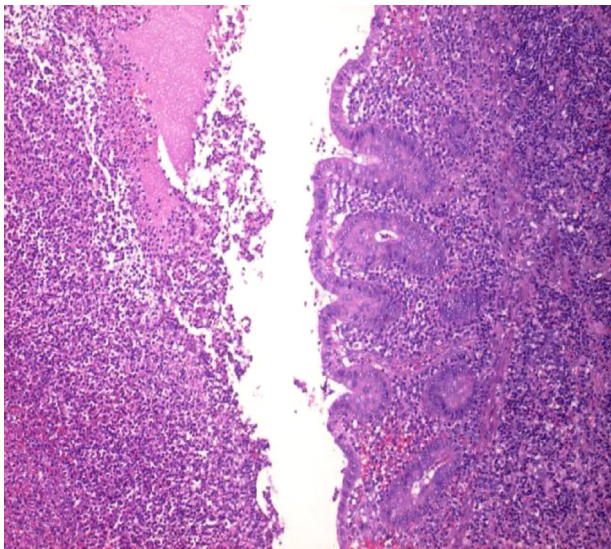


Figura 1 Imagen anatomopatológica: implantes endometriosis apendicular.

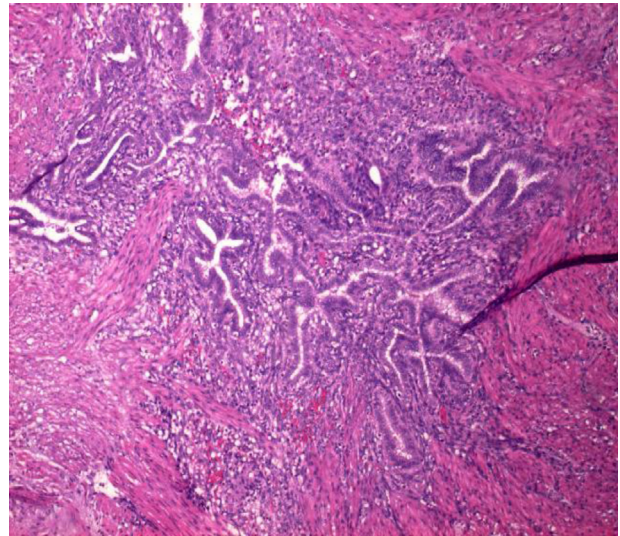


Figura 2 Imagen anatomopatológica: endometriosis apendicular.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica reveló un apéndice cecal de 7 cm, con abundante grasa periapendicular y una zona engrosada gris-blanquecina a nivel del tercio proximal, indicativo de apendicitis aguda con periapendicitis compatible con endometriosis apendicular (figs. 1 y 2).

El postoperatorio cursó sin complicaciones. Al alta se recomendó seguimiento por ginecología. Actualmente, la paciente se encuentra en estudio, carente de sintomatología alguna, con realización de ecografía sin hallazgos de interés, así como toma de anticonceptivos a valorar según clínica.

Caso clínico 2

Paciente de 27 años, sin antecedentes ginecológicos de interés, con apendicectomía 5 años antes, que presenta cuadros suboclusivos en estudio de años de evolución, con buena respuesta al tratamiento conservador.

Acude a urgencias por nuevo cuadro obstructivo con exploración de abdomen distendido, doloroso de forma difusa, con signos de irritación peritoneal y ruidos hidroaéreos metálicos. Analítica dentro de la normalidad. Radiografía de abdomen con dilatación difusa de asas del intestino delgado, con niveles hidroaéreos.

Tras no mejoría con tratamiento conservador, se opta por realizar una intervención quirúrgica urgente laparoscópica, objetivando obstrucción intestinal en el íleon terminal secundario adherencias estenóticas (figs. 3 y 4) y líquido libre seroso; el resto de la exploración abdominal, incluyendo asas intestinales, útero y anejos, dentro de la normalidad. Se procede a la resección intestinal, con posterior estudio anatomopatológico positivo para endometriosis, con infiltración de submucosa y muscular, no rebasando la serosa ni infiltración del tejido adiposo.

Se revisa la apendicectomía previa, sin hallazgos de endometriosis en la misma.

Buena evolución postoperatoria, siendo remitida a ginecología para estudio. En ecografías de seguimiento se aprecia un útero en anteversión, con miometrio homogéneo y endometrio

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3968613>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3968613>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)