



FUCS

Repertorio

de Medicina y Cirugía

Vol. XX
(Núm. Supl.X)
Nºx . xxxx

ISSN: 0121-7372 • ISSN electrónico: 2462-991X

PREPRINT

Reporte de caso

Endometriosis: pseudoneoplasia como causa de obstrucción intestinal

Endometriosis: pseudoneoplasm as a cause of intestinal obstruction

Diego Fernando Moreno MD^a
Martha Montes MD^b
Marah Sophie Sabine^c
William Noguera MD^d

^a Esp. en Medicina Interna, Esp. en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, Mag. en Epidemiología, Servicio de Medicina Interna Hospital San Juan de Dios, Cuidado Intensivo Clínica Nuestra Señora de los Remedios. Pontificia Universidad Javeriana, Universidad del Valle, Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia.

^b Esp. en Anatómica Patológica y Patología Clínica, Universidad del Valle.

^c Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

^d Medico General Universidad Central del Valle del Cauca, Clínica Nuestra Señora de Los Remedios, Cali, Colombia.

RESUMEN

Introducción: la endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, lo que implica un proceso inflamatorio crónico, siendo las zonas extrapélvicas las menos afectadas. Puede manifestarse como un pseudotumor por su presentación, sintomatología, estudios de imágenes y hallazgos macroscópicos. **Presentación del caso:** mujer de 33 años con signos y síntomas de obstrucción intestinal, simulando un tumor de comportamiento incierto y cuyo diagnóstico final correspondió a una endometriosis ileal. **Discusión y conclusión:** la endometriosis intestinal debe considerarse dentro de las causas de obstrucción intestinal en mujeres jóvenes; se requiere una alta sospecha clínica que pueda sugerir el diagnóstico.

Palabras clave: endometriosis, obstrucción intestinal, dolor abdominal..

© 2025 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Fecha recibido: 19 febrero de 2024

Fecha aceptado: 15 de julio de 2025

Autor para correspondencia:

Dr. Diego Fernando Moreno
dmoreno140497@yahoo.com

DOI

10.31260/RepertMedCir.01217372.1530

Citar este artículo así: Moreno DF, Montes M, Sabine MS, Noguera W. Endometriosis pseudoneoplasia como causa de obstrucción intestinal. Repert Med Cir. <https://doi.org/10.31260/Repert Med Cir.01217372.1530>

ABSTRACT

Introduction: endometriosis is defined as the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity, characterized by a chronic inflammatory process, being extrapelvic organs the least affected. It can manifest as a pseudotumor due to its presentation, symptomatology, and imaging and macroscopic findings. **Case presentation:** a 33-year-old woman with signs and symptoms of intestinal obstruction, mimicking a tumor of uncertain behavior, ultimately diagnosed as ileal endometriosis. **Discussion and conclusion:** intestinal endometriosis should be considered among the causes of intestinal obstruction, particularly in young women; a high level of clinical suspicion is crucial to insinuate this diagnosis.

Keywords: endometriosis, intestinal obstruction, abdominal pain.

© 2025 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

La endometriosis consiste en la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, induciendo un proceso inflamatorio crónico; fue descrita por primera vez en 1690.¹ Es una afección diagnosticada en 10 a 15% de las mujeres en edad reproductiva, con mayor frecuencia entre 25 y 45 años.² Los síntomas varían según la ubicación, siendo la dismenorrea, la dispareunia, el dolor pélvico crónico, el sangrado uterino irregular y la infertilidad los más frecuentes. La variante intestinal representa 12.37% de todas las localizaciones y de estas, 50 a 90% afecta el área rectosigmoidea, 2-16% el intestino delgado y 3-18% el apéndice.³ Cabe señalar que esto ocurre con poca frecuencia debido al gran diámetro intraluminal del intestino.⁴

El diagnóstico preciso con respecto a la presencia, ubicación y extensión de la endometriosis puede ser útil para la evaluación preoperatoria y la planificación quirúrgica.⁵ Dado que la información clínica es esencial para un adecuado diagnóstico y tratamiento de la forma extrapélvica, casi siempre se tornan complejos debido a la variedad de sitios afectados, la falta de métodos de diagnóstico precisos y el manejo de la enfermedad por diferentes especialidades.⁶ A continuación se describe el caso de una paciente quien presentó un cuadro de obstrucción intestinal secundario a endometriosis, simulando un tumor de colon.

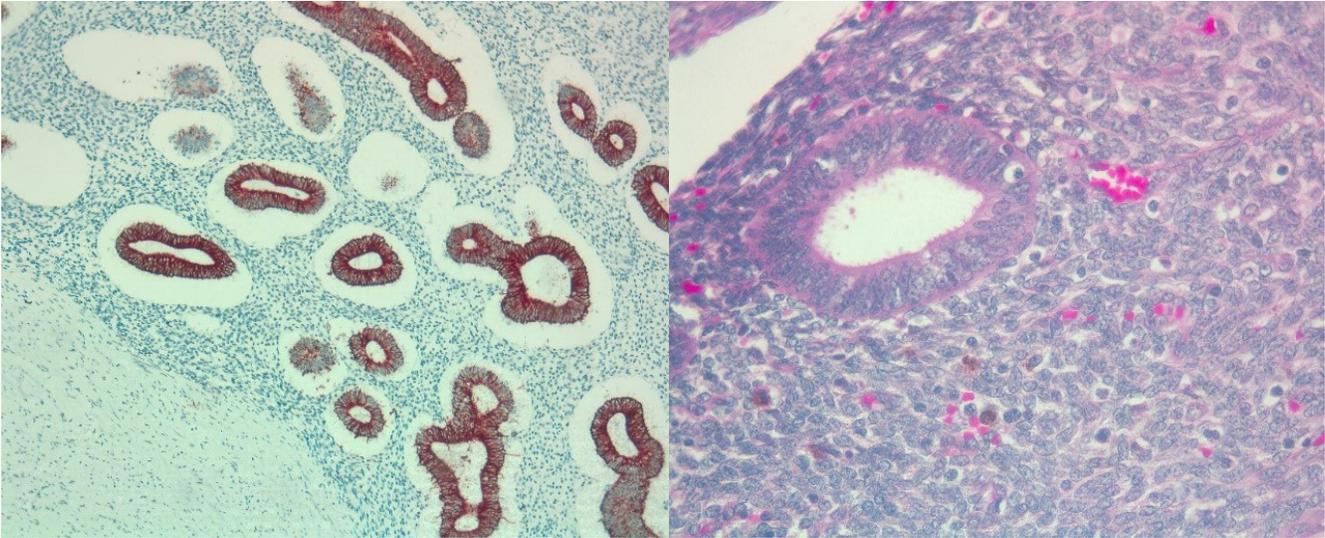
PRESENTACIÓN DE CASOS

Paciente femenina de 33 años con antecedentes de colon irritable y estreñimiento, los ginecoobstetricos: GOPO con ciclos menstruales regulares. Consultó a urgencias por un cuadro de 5 días de evolución consistente en dolor abdominal de tipo cólico, diarrea autolimitada sin moco ni sangre, e intolerancia a la vía oral con emesis de contenido gástrico.

Al examen físico se encontró en regular condición general, álgica y pálida. Presión arterial de 100/60 mm Hg, frecuencia cardíaca 100, y respiratoria 22; no presentaba fiebre. Las mucosas estaban húmedas. A nivel cardiopulmonar, sin alteraciones relevantes. El abdomen presentaba una gran distensión, hipertimpánico a la percusión y con dolor a la palpación profunda generalizada. La radiografía de abdomen reveló niveles hidroaéreos en íleon y ausencia de gas distal. Se indica tratamiento farmacológico sintomático y se introduce una sonda nasogástrica de drenaje, por la cual salió un líquido de característica fecaloide. La escanografía de abdomen mostró hallazgos sugestivos de oclusión del intestino delgado (**figura 1**).



Figura 1. Escanografía de abdomen que describe dilatación de asas intestinales delgadas con niveles hidroaéreos. En el íleon distal se aprecia cambio de calibre del asa y un colon poco distendido, hallazgos que sugieren oclusión de intestino delgado. Fuente: los autores.



Figuras 2 y 3. Cortes histopatológicos de intestino delgado en cuya muscular propia se evidencian nidos de estructuras glandulares que recuerdan la mucosa endometrial con epitelio cilíndrico simple sin atipia, inmersas en un estroma muy celular con núcleos irregulares, linfocitos, histiocitos, focos de hemorragia intersticial reciente y antigua. Las estructuras glandulares son positivas para panqueratina AE1/AE3, citoqueratina 7 (CK7), estrógenos progestágenos siendo negativas para citoqueratina 20 (CK20) y antígeno leucocitario común. Diagnóstico: endometriosis intestinal. Fuente: los autores.

Por lo anterior, la paciente se llevó a cirugía con los siguientes hallazgos: a 3 cm de la válvula ileocecal había una masa estenosante del 100% de la luz del íleon distal y retracción del meso, generando obstrucción intestinal completa de forma retrógrada con gran distensión de asas delgadas, edema de las mismas, sin necrosis ni perforación, y abundante líquido turbio de reacción peritoneal. Se describió como un tumor de comportamiento incierto o desconocido del intestino delgado. Se realizó hemicolecotomía derecha e ilectomía distal, anastomosis latero-lateral ileotransversa, lavado abdominal y cierre primario. Durante la evolución en los días siguientes, presentó choque séptico de origen abdominal que requirió varias intervenciones quirúrgicas, documentándose evisceración contenida, severo síndrome adherencial, obstrucción en varios segmentos desde el Treitz hasta el transverso y filtración anastomótica emplastronada con absceso pútrido y peritonitis de dos cuadrantes. El manejo en la unidad de cuidado intensivo requirió soporte de ventilación mecánica, vasopresor, antibiótico de amplio espectro y transfusión de hemoderivados. En los días siguientes, presentó evolución satisfactoria y egreso con manejo ambulatorio por cirugía general y ginecología. La biopsia de la lesión tumoral evidenció endometriosis intestinal (**figuras 2 y 3**).

DISCUSIÓN

La endometriosis es una afección inflamatoria crónica dependiente de estrógenos que se puede clasificar en genital y extragenital, siendo el intestino la ubicación más común de la segunda variante, con síntomas variables según el sitio de afectación; aunque las más comunes son

dismenorrea (79%), dolor pélvico (69%) y subfertilidad (53%).⁶ No obstante, algunas permanecen asintomáticas y un porcentaje desconocido cursa con síntomas relacionados con la enfermedad que van desde dolor abdominal, hinchazón o calambres hasta abdomen agudo y obstrucción intestinal.⁷ En este caso la paciente no presentó los síntomas más comunes que experimentan las mujeres. Por otro lado, el conocimiento de la endometriosis preexistente, así como de las diversas manifestaciones clínicas, juega un papel clave a la hora de elegir la modalidad de imágenes más adecuada para una investigación adicional. A pesar de estas modalidades de imagen disponibles, la endometriosis intestinal muchas veces se detecta de forma incidental durante el tratamiento quirúrgico, como en el presente caso.⁸

La endometriosis del intestino delgado puede causar síntomas inespecíficos como dolor abdominal recurrente e hinchazón. En mujeres con endometriosis no diagnosticada, la utilidad de la exploración física puede ser limitada con menor sensibilidad y especificidad, en muchos casos se diagnosticarían posquirúrgicamente.⁹ Similar situación presenta este caso donde se evidencia una afectación a nivel del íleon, con el desarrollo de obstrucción aguda del intestino delgado (hallazgos identificados en la escanografía de abdomen) y el diagnóstico confirmado posteriormente en la patología. Este tipo de lesiones intestinales pueden causar complicaciones y generalmente justifican la resección quirúrgica.¹⁰

CONCLUSIONES

La obstrucción intestinal debida a endometriosis es una afección poco común, pero debe considerarse en mujeres en

edad fértil que acuden al servicio de urgencias con signos y síntomas de esta patología. Aún más rara es la aparición de esta enfermedad en mujeres posmenopáusicas, pero sigue siendo un diagnóstico posible. Intraoperatoriamente, la apariencia macroscópica de las lesiones puede parecerse considerablemente a la de una enfermedad neoplásica, desde el aspecto de la masa obstructiva hasta la presencia de afectación de los ganglios linfáticos.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran no haber recibido ninguna financiación para la realización de este trabajo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses con la publicación de este artículo.

REFERENCIAS

- Muşat F, Păduraru DN, Bolocan A, Constantinescu A, Ion D, Andronic O. Endometriosis as an Uncommon Cause of Intestinal Obstruction-A Comprehensive Literature Review. *J Clin Med*. 2023;12(19):6376. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm12196376>
- Koyama R, Aiyama T, Yokoyama R, Nakano S. Small Bowel Obstruction Caused by Ileal Endometriosis with Appendiceal and Lymph Node Involvement Treated with Single-Incision Laparoscopic Surgery: A Case Report and Review of the Literature. *Am J Case Rep*. 2021;22:e930141. <http://dx.doi.org/10.12659/AJCR.930141>
- Catena F, De Simone B, Coccolini F, Di Saverio S, Sartelli M, Ansaloni L. Bowel obstruction: a narrative review for all physicians. *World J Emerg Surg*. 2019;14:20. <http://dx.doi.org/10.1186/s13017-019-0240-7>
- Long B, Robertson J, Koyfman A. Emergency Medicine Evaluation and Management of Small Bowel Obstruction: Evidence-Based Recommendations. *J Emerg Med*. 2019;56(2):166-176. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.10.024>
- Chiu T, Niranjana N, FitzGerald K. Endometrioma causing recurrent small bowel obstruction in a virgin abdomen—a case report and literature review. *J Surg Case Rep*. 2023;2023(7):rjad392. <http://dx.doi.org/10.1093/jscr/rjad392>
- Dhannoon A, Bajwa A, Kunna M, Canney A, Nugent E. Beyond borders: A case report of small bowel obstruction secondary to undiagnosed florid endometriosis. *Int J Surg Case Rep*. 2022;93:106994. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.106994>
- Ragab MI, Altabba AM, Hilmi S, Attia KE, Elnogoomi AI. Endometriosis Causing Large Bowel Obstruction: A Case Report. *Cureus*. 2023;15(4):e37025. <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.37025>
- Shetty S, Varma D. Rare Case of Ileocecal Obstruction Secondary to Endometriosis Presenting for the First Time. *Cureus*. 2021;13(8):e17074. <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.17074>
- Zambrano-Moncayo CP, López-Jaramillo JD, López-Isanoa JD, Herrera-Betancourt AL, Zuluaga-García LM, Piedrahíta-Gutiérrez DL, Villegas-Echeverri JD. Seguridad del manejo laparoscópico de pacientes con endometriosis infiltrativa profunda, en un centro de referencia en Pereira, Colombia. Cohorte retrospectiva, 2007-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2019;70(3):181-188. <https://doi.org/10.18597/rcog.3288>
- Choi JDW, Yunaev M. Endometriosis of the appendix causing small bowel obstruction in a virgin abdomen. *BMJ Case Rep*. 2019;12(7):e230496. <https://doi.org/10.1136/bcr-2019-230496>
- Park H, Paek JH, Kim Y, Park WY, Han S, Jin K. Clinical characteristics and risk factors for kidney failure in patients with autosomal dominant polycystic kidney disease: A retrospective study. *Medicine*. 2022;101(47):E31838. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000031838>
- Tian W, Chen N, Ye Y, Ma C, Qin C, Niu Y, et al. A genotype-first analysis in a cohort of Mullerian anomaly. *J Hum Genet*. 2022;67(6):347-352. <http://dx.doi.org/10.1038/s10038-021-00996-w>
- Abdul Majeed N, Font-Montgomery E, Lukose L, Bryant J, Veppumthara P, Choyke PL, et al. Prospective Evaluation of Kidney and Liver disease in Autosomal Recessive Polycystic Kidney Disease-Congenital Hepatic Fibrosis. *Mol Genet Metab*. 2020;131(1-2):267-276. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ymgme.2020.08.006>