

# ENDOMETRIOSIS PÉLVICA EXTRAGENITAL



Marín Pérez, A; Ibarra Vilar, P; Níguez Sevilla, I; Marín Sánchez, MP; Machado Linde, F; Nieto Díaz, A.



Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

## OBJETIVOS

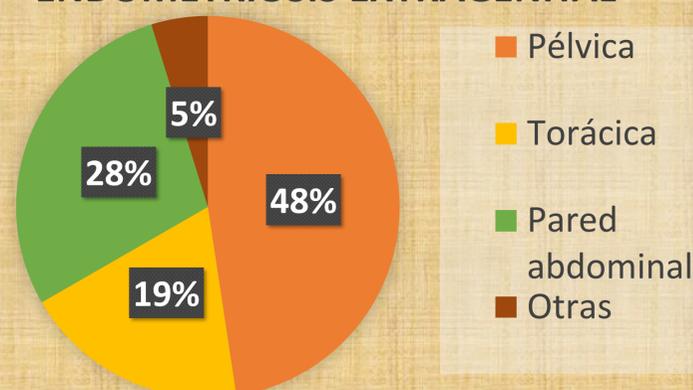
Estudiar los casos de endometriosis pélvica extragenital que ha habido en nuestro servicio entre los años 2014, 2015 y 2016 y compararlo con la literatura.

## MATERIAL Y MÉTODOS

De un total de 158 pacientes intervenidas de endometriosis en nuestro servicio entre 2014 y 2016 hemos recogido **10 casos de endometriosis pélvica extragenital** (6,3%) de un total de 20 casos de endometriosis extragenital (12,6%).

Del total de 10 casos, 4 son de endometriosis **apendicular** (2,53%), 2 de endometriosis **intestinal** (1,26%), y 4 de ellos de endometriosis del **tracto urinario** (2,53%).

## ENDOMETRIOSIS EXTRAGENITAL



Cabe destacar que 3 de las endometriosis **apendiculares** debutaron como **abdomen agudo**. La diferencia que existe con la apendicitis aguda es que en los casos de endometriosis apendicular no existe leucocitosis. En el caso restante, la apendicectomía se realizó de forma profiláctica en un caso de endometriosis profunda, con afectación también de la plica vesicouterina, y finalmente se encontraron focos de endometriosis en el mismo.

En cuanto a los casos de endometriosis **intestinal**, uno fue a nivel de íleon y otro a nivel de recto. Debutando ambos como **cuadros obstructivos**.

En el caso de las endometriosis del **tracto urinario**, dos de ellas se localizan en vejiga, una en uréter y la restante en la plica vesicouterina.

Las 10 pacientes precisaron cirugía y poseen diagnóstico anatomopatológico.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La frecuencia de la **endometriosis intestinal** varía del 3-34%. Se cree que alrededor de un 50% de pacientes con **endometriosis profunda severa** poseen endometriosis intestinal. Las afectaciones más comunes son en **rectosigma** (51%) y apéndice (15%). Esto puede ser debido a que la endometriosis recto-vaginal parece derivar de restos de **tejido mulleriano dentro del tabique recto-vaginal**.

La sintomatología más frecuente de la endometriosis intestinal consiste en **rectorragia**, distensión abdominal, tenesmo rectal y diarrea. Otras formas de presentación, como la **obstructiva**, son más graves y menos frecuentes.

En cuanto a la **endometriosis del tracto urinario**, la forma más común es la **vesical** (84%), seguida de la ureteral (10%) y por último la renal (2%). Debemos tener en cuenta que la endometriosis vesical se considera también una forma de endometriosis profunda **infiltrante**, producida por la implantación de células en el espacio vesico-uterino.

El debut más habitual consiste en **urgencia miccional**, tenesmo vesical, dolor suprapúbico y dispareunia. La hematuria cíclica y las infecciones urinarias son menos frecuentes.

La endometriosis vesical debe ser evaluada mediante cistoscopia, y en los casos de afectar a la mucosa está indicado una **resección segmental**, como se llevó a cabo en una de nuestras pacientes.

En la **mayoría de los casos de endometriosis pélvica extragenital** suele ser necesario recurrir a la **cirugía**, ya que son casos de endometriosis profunda infiltrante, que no suelen tener buena respuesta al tratamiento médico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. VEERASWAMY, A., LEWIS, M., MANN, A., KOTIKELA, S., HAJHOSSEINI, B. and NEZHAT, C. (2010). Extragenital Endometriosis. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 53(2), pp.449-466.
2. Rambuszek, P. and Miłek, T. (2013). Rectal endometriosis –rare case of intestinal obstruction. Case report. *Polish Journal of Surgery*, 85(4).
3. Dun, E., Wieser, F. and Nezhad, C. (2013). Pelvic and Extragenital Endometriosis: A Review of the Surgical Management of Deeply Infiltrating Lesions. *Journal of Gynecologic Surgery*, 29(3), pp.118-127.
4. SCHNEIDER, A., TOULOUPIDIS, S., PAPATSORIS, A., TRIANTAFYLLIDIS, A., KOLLIAS, A. and SCHWEPPE, K. (2006). Endometriosis of the urinary tract in women of reproductive age. *International Journal of Urology*, 13(7), pp.902-904.