

Endometriosis profunda con implantación gástrica: reporte de caso

Alfredo Alejandro Monsalve Turbay , Vanessa Ruiz Juárez 

Autor de Correspondencia: Alfredo Alejandro Monsalve Turbay Correo Electrónico: alfredo512m@gmail.com

Afiliación

Resumen

Introducción: La endometriosis consiste en la implantación de tejido endometrial fuera del útero, afectando hasta un 10% de mujeres en edad fértil. Su forma profunda puede comprometer órganos urinarios, respiratorios y gastrointestinales, siendo la localización gástrica sumamente infrecuente. La clínica depende del sitio de implantación, simulando patologías funcionales digestivas o urinarias. **Caso clínico:** Mujer de 42 años, con 7 años de dolor epigástrico urente, saciedad precoz y distensión postprandial intermitente, en relación con el ciclo menstrual. Sin hallazgos clínicos relevantes. Estudios endoscópicos previos mostraron gastroduodenitis erosiva severa y colitis infecciosa. Ante persistencia y agravamiento de síntomas se realizó nueva gastroscopia, evidenciando pangastropatía erosiva y lesión rojiza en cuerpo gástrico. La biopsia reveló cúmulos de hemosiderina y glándulas endometriales con coágulos, compatibles con endometriosis. **Conclusiones:** La endometriosis es frecuente, pero su presentación en el tracto gastrointestinal plantea un desafío diagnóstico por su similitud con trastornos funcionales. La presencia de síntomas cíclicos debe alertar sobre esta entidad. El diagnóstico oportuno orienta decisiones terapéuticas, incluyendo opciones quirúrgicas en casos de endometriosis profunda.

Palabras clave: Cíclico, dolor, endometriosis profunda, Implantación gástrica.

Deep endometriosis with gastric implantation: a case report

Abstract

Introduction: Endometriosis consists of the implantation of endometrial tissue outside the uterus, affecting up to 10% of women of reproductive age. Its deep form can compromise urinary, respiratory, and gastrointestinal organs, with gastric localization being extremely rare. Clinical presentation depends on the site of implantation, often mimicking functional digestive or urinary disorders. **Case Report:** A 42-year-old woman presented with a 7-year history of burning epigastric pain, early satiety, and intermittent postprandial bloating, related to the menstrual cycle. No relevant clinical findings were noted. Previous endoscopic studies had revealed severe erosive gastroduodenitis and infectious colitis. Due to persistent and worsening symptoms, a new gastroscopy was performed, showing erosive pangastropathy and a reddish lesion in the gastric body. Biopsy revealed hemosiderin deposits and endometrial glands with clots, consistent with endometriosis. **Conclusions:** Endometriosis is common, but its presentation in the gastrointestinal tract poses a diagnostic challenge due to its similarity with functional disorders. The presence of cyclic symptoms should raise suspicion of this condition. Timely diagnosis guides therapeutic decisions, including surgical options in cases of deep endometriosis.

Keywords: Cyclical, pain, deep endometriosis, gastric implantation.

Introducción

La endometriosis es una entidad ginecológica caracterizada por la implantación anómala de glándulas y estroma endometrial en órganos intrapélvicos u órganos distantes. Suele afectar a pacientes mayores de 30 años en edad fértil y en la actualidad aun se desconoce la causa exacta de su aparición.¹ Sin embargo, existen múltiples teorías propuestas entre las que destacan las propuestas por Sampson de menstruación retrógrada y metástasis benignas, así como disregulaciones hormonales e inmunológicas que propician el reclutamiento y proliferación de células endometriales en dependencia del ciclo estrogénico. Se considera excepcionalmente infrecuente el compromiso gastrointestinal asociado a endometriosis más allá de la implantación a nivel rectosigmoideo, esta invasión a órganos extrapélvicos se clasifica como endometriosis

profunda.¹⁻³

Clínicamente la endometriosis se caracteriza por presentar dolor pélvico de curso crónico asociado a trastornos de fertilidad, dismenorrea y dispareunia; todo esto usualmente relacionado con la fase menstrual del ciclo reproductivo. En el ámbito gastrointestinal se consideran infrecuentes los síntomas. No obstante, abarcan una amplia gama de estos entre los que destacan los cólicos, constipación, diarrea, vómitos, dolor rectal e inclusive hematoquecia.³⁻⁵

En el tracto gastrointestinal se describen en orden de frecuencia como zonas de implantación el colon sigmoideo, recto, apéndice e intestino delgado. Siendo sitios de implantación excepcionalmente infrecuentes la vesícula biliar, estomago, páncreas e hígado.⁶

El diagnóstico de esta entidad se basa actualmente en la combinación e instauración de signos y síntomas. Sin

Cómo citar este artículo: Monsalve Turbay AA, Ruiz Juárez V. Endometriosis profunda con implantación gástrica: reporte de caso. Rev Gen. 2025; 79(4): 219-222. doi: 10.61155/gen.v79i4.788.

embargo, se considera el Gold Standard la visualización y toma de biopsia de focos de endometriosis a pesar de que esta no aporta beneficio directo en la terapéutica y brinda distintos riesgos así como retraso en el tratamiento por la confirmación diagnóstica.⁶ Histopatológicamente para su diagnóstico amerita cumplir la presencia de 2 de 3 criterios entre los que se describe: presencia de glándulas endometriales, presencia de estroma endometrial o macrófagos con presencia de hemosiderina.⁷

Existen adicionalmente algunas características imagenológicas en la endometriosis gastrointestinal, en tomografía computarizada se describen infiltraciones dishomogeneas en las paredes de estómago y asas intestinales, las cuales según su localización pueden ser observables a través del ultrasonido endoscópico como lesiones hipoecoicas en diferentes capas de las paredes del segmento afectado.⁸

Endoscópicamente puede presentarse de múltiples maneras, entre estas se describen lesiones de aspecto infiltrativo o con características de lesión subepitelial ya que es más frecuente la infiltración submucosal; adicionalmente están descritas lesiones en la mucosa de aspecto fibrótico con áreas de aspecto vascular.^{9,10}

Entre el tratamiento está contemplado el uso de terapias de reemplazo hormonal a predominio progestágeno así como agonistas y antagonistas de la GNRH e inhibidores de la aromatasas.

En última instancia esta descrita la ablación de focos de endometriosis y la histerectomía total. Actualmente, la presencia de endometriosis profunda se considera criterio de histerectomía total.¹¹

Caso Clínico

Se trata de paciente femenino de 42 años de edad, natural y procedente de la localidad, quien refiere inicio de enfermedad actual hace 7 años caracterizada por presentar deposiciones Bristol 7 durante 3 días, asociados a dolor abdominal a predominio de epigastrio y fosas iliacas de carácter urente de manera cíclica en relación al ciclo menstrual.

Niega antecedentes familiares u oncológicos relevantes, refiere dispepsia y cambios de patrón evacuatorio hacia la diarrea de manera cíclica.

Al examen físico presentaba TA: 100/70 mmHg, abdomen blando, doloroso a la palpación hacia epigastrio y ambas fosas iliacas.

Durante su protocolo de estudio se realizaron estudios paraclínicos con único hallazgo significativo de Blastocystis spp 28-30 por campo al coproanálisis (**Tabla 1**). Cuenta con gastroscopia y colonoscopias del 2020 presentando gastroduodenitis erosiva severa y Colitis infecciosa (**Figura 1y 2**) y una nueva colonoscopia en 2021 que reporta ileitis inespecífica.

Tabla 1. Paraclínicos iniciales

01/21				07/21	
Hb	13.8 g/dl	Glic	86.9 mg/dl	Citología	Negativa para LIE o malignidad
HCT	42%	Uroanálisis	Normal		Blastocystis Spp 28-30 xc
VCM	94.8fL	VSG	15 mm/h	Coproanálisis	PH:6,Leu: ausentes, Hongos: ausentes, Restos alimentarios + Moco: ausente
HCM	31.1 pg				
Leu	6600/mm ³				
SN	63%			Azúcares reductores	250 mg/dl
Lin	35%			Sudan III	Gotas pequeñas 0-1 xc
PLT	350000/mm ³			Creatorrea	negativa
Coolest	185.6 mg/dl			AFP	4.7/10 ng/ml
HDL	38.6 mg/dl			CA 125	5.3/35 U/ml
Trig	126.5 mg/dl			BHCG	1.5/8 mU/ml

Paralelamente cuenta con tomografía computarizada por estudio de sangrado uterino anormal evidenciando lesión hipodensa en fondo de saco vesicouterino sugestiva de probable endometriosis (**Figura 3**).

Paciente asiste nuevamente en el año 2025 a consulta por presentar durante 2 meses deposiciones diarreicas incontables de 6 días de evolución, sin respuesta a tratamiento médico, por lo que se decide realizar nuevos estudios endoscópicos.

Figura 1. Gastroscoopia 2020

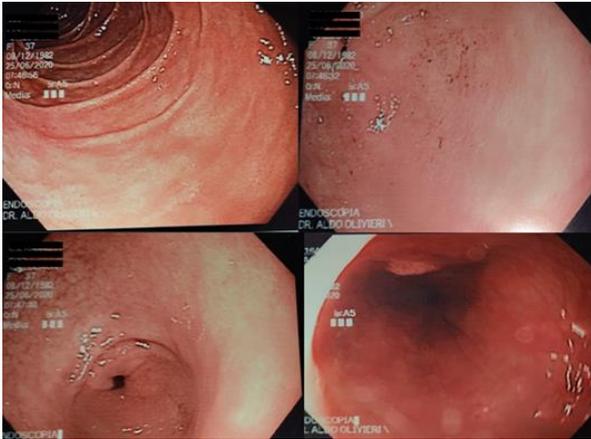


Figura 2. Colonoscopia 2020

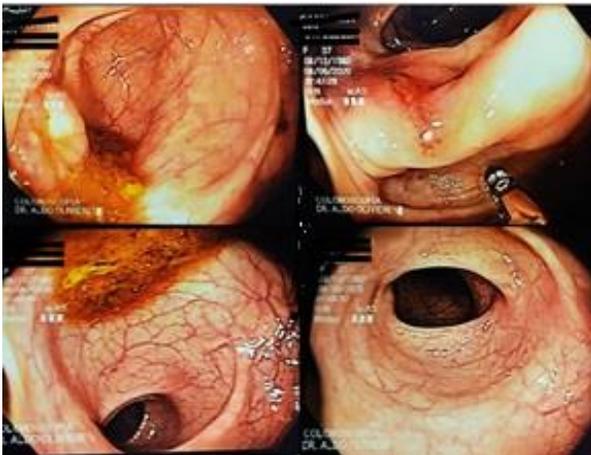
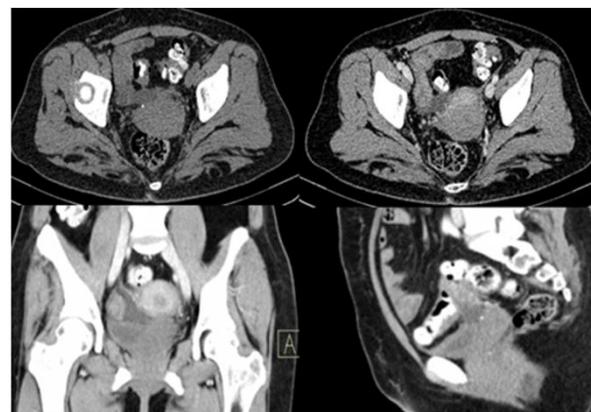
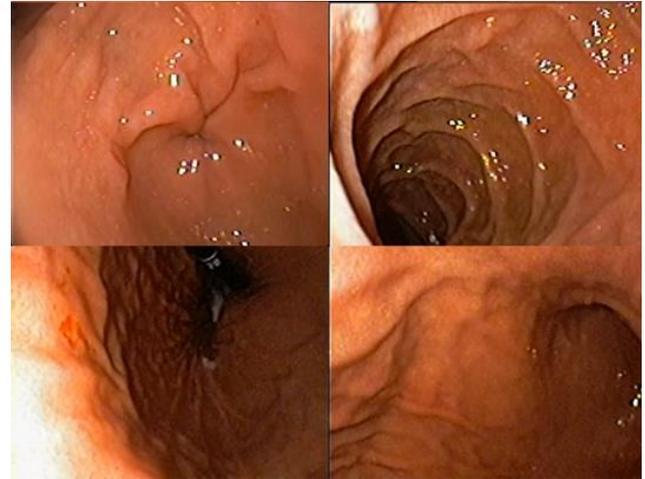


Figura 3. Colonoscopia 2020



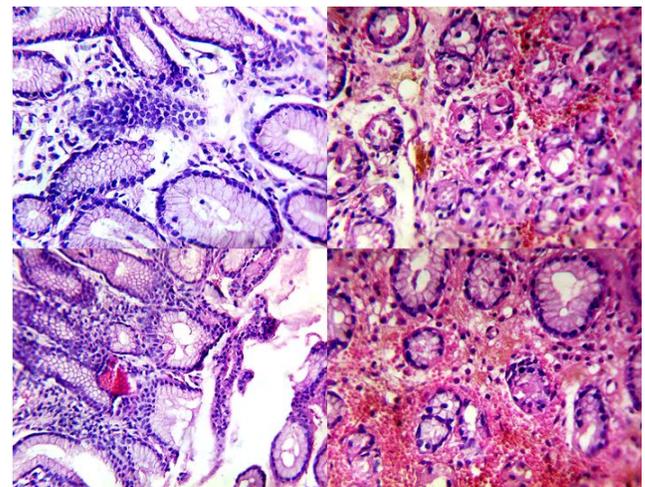
Se evidencia en Gastroscoopia de control múltiples erosiones en la totalidad de la mucosa y lesión en cuerpo gástrico de aspecto vascular con forma de islote por lo que se decide tomar biopsia de la misma (**Figura 4**).

Figura 4. Gastroscoopia 2025



En biopsias de antro y cuerpo gástrico se evidencian áreas con cúmulos de hemosiderina dando impresión de glándulas endometriales con formas de coágulos compatibles con focos de endometriosis (**Figura 5**).

Figura 5. Gastroscoopia 2025



Discusión

De acuerdo a lo evidenciado en este caso, se debe considerar lo infrecuente de este hallazgo endoscópico y el hecho de que haya pasado desapercibido en estudios endoscópicos anteriores, el cual podría ser atribuible a la naturaleza cíclica del cuadro. Es de destacar que la presentación endoscópica de esta entidad a nivel gástrico

suele ser de naturaleza subepitelial según algunos reportes de caso como el de Bal et al.¹²

Adicionalmente, es de acotar que realmente se beneficia en su manejo en las instancias actuales de su patología de la histerectomía total.¹² No obstante, siendo una decisión con aristas complejas dada su condición de nuliparidad y otros factores.

Conclusiones

La endometriosis es una entidad compleja y particularmente frecuente en la población en edad fértil, siendo su diagnóstico un desafío cuando involucra al sistema gastrointestinal dado su mimetismo con patologías de carácter funcional. Por lo que es menester tomar esta entidad en cuenta ante la aparición de sintomatología de forma cíclica. Su diagnóstico oportuno permite tomar decisiones óptimas referentes al manejo contemplando inclusive las alternativas quirúrgicas al estar en presencia de endometriosis profunda.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

Esta investigación no contó con apoyo financiero de ninguna entidad pública, comercial o sin fines de lucro.

Este es un artículo de acceso abierto.

Fecha de recepción: 20/07/2025

Fecha de revisión: 16/09/2025

Fecha de aprobación: 22/09/2025

Para complementar la lectura de este artículo, le recomendamos escuchar el episodio del *Podcast Gen* que lleva el mismo título, disponible en el sitio web de la *Revista Gen*. En este episodio, uno de los autores profundiza en los temas tratados y reflexiona sobre las implicaciones y aplicaciones de los hallazgos presentados.

Referencias

- Ferrero S, Camerini G, Ragni N, Remorgida V. Diagnosis of bowel endometriosis: a review. *J Endometriosis*. 2010;2(2):71-8. doi:10.1177/228402651000200204.
- Lamceva J, Uljanovs R, Strumfa I. The main theories on the pathogenesis of endometriosis. *Int J Mol Sci*. 2023;24(5):4254. doi:10.3390/ijms24054254.
- Hebel E, Schiappacase G. Compromiso del tubo digestivo por endometriosis: una manifestación importante de recordar. *Gastroenterol Latinoam*. 2016;27(2):101-5.
- Chauhan S, Sharma P, Tripathi S, Singh M, Yadav R, Saini S, et al. Endometriosis: a review of clinical diagnosis, treatment, and pathogenesis. *Cureus*. 2022;14(8):e28864. doi:10.7759/cureus.28864.
- Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. *Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management*. 11th ed. Barcelona: Elsevier España; 2022.
- Charatsi D, Koukoura O, Ntavela IG, Chintziou F, Gkorila G, Tsagkoulis M, et al. Gastrointestinal and urinary tract endometriosis: a review on the commonest locations of extrapelvic endometriosis. *Adv Med*. 2018;2018:3461209. doi:10.1155/2018/3461209.
- Arafah M, Rashid S, Akhtar M. Endometriosis: a comprehensive review. *Adv Anat Pathol*. 2020;28(1):30-43. doi:10.1097/PAP.000000000000288.
- Jaramillo-Cardoso A, Lago-Torres A, López-Cano M, Poncelet C, Bazot M, Jouannic JM, et al. Imaging of gastrointestinal endometriosis: what the radiologist should know. *Abdom Radiol (NY)*. 2020;45(6):1694-710. doi:10.1007/s00261-020-02459-w.
- Milone M, Mollo A, Musella M, Maietta P, Sosa Fernandez LM, Fernandez LM, et al. Role of colonoscopy in the diagnostic work-up of bowel endometriosis. *World J Gastroenterol*. 2015;21(16):4997-5001. doi:10.3748/wjg.v21.i16.4997.
- Metz B, Nezhat C, Liu CY, Nezhat F. Gastric endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2024;31(8):633-4. doi:10.1016/j.jmig.2024.05.003.
- Sadłocha M, Zubrzycki T, Domitrz I, Łukaszewicz-Zajac M, Mroczko B. Endometriosis: molecular pathophysiology and recent treatment strategies—comprehensive literature review. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2024;17(7):827. doi:10.3390/ph17070827.
- Bal O, Ibis C, Arici DS, Aksu MF. Gastric endometriosis. *Cent Asian J Med Sci*. 2017;3(1):95-9. doi:10.24079/cajms.2017.01.014.