

Publicado en [seclaendosurgery.com](http://seclaendosurgery.com) (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: [http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=260&Itemid=242](http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=242)

Copyright © Secla Endosurgery. Nº ISSN: 1698-4412

## XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título:

ENDOMETRIOSIS PROFUNDA CON AFECTACIÓN INTESTINAL: revisión de 38 resecciones intestinales

Autores:

Autor presentador:

S. Iacoponi

Resto de autores:

A. López, A. Hernández, J. De Santiago

Institución:

Hospital Universitario La Paz, Madrid (España)

Resumen de comunicación:

Introducción:

La endometriosis infiltrativa profunda con afectación intestinal se presenta en el 5.3 -12% de pacientes con endometriosis, incidencia que puede llegar al 35% en centros especializados.

Suele localizarse en el 70 -93% en el recto y en la unión recto-sigma.

La historia clínica y la exploración no tienen una gran rentabilidad diagnóstica.

Es necesario apoyarse en técnicas de imagen como la RM, la ecografía vaginal, la ecografía endoscópica transanal y el enema de bario de doble contraste.

El tratamiento es quirúrgico y los parámetros que afectan la cirugía son: la localización de las lesiones, las características de las pacientes, las características del cirujano y las características de la afectación intestinal.

Las opciones quirúrgicas son: skinning rectal, resección discoide o segmentaria.

Objetivo:

Analizar la incidencia, la localización, las opciones de tratamiento quirúrgico y sus complicaciones.

Material y método:

Se analizaron 94 pacientes intervenidas de endometriosis profunda en el Hospital Universitario La Paz desde el 2005 al 2011. En 38 de estas pacientes se realizó resección intestinal de tipo discoide, skinning o segmentaria por vía laparoscópica. El diagnóstico fue basado en clínica, exploración e imagen: RM con gel, ecografía endoscópica transanal, ecografía ginecológica transvaginal y abdominal y enema de Bario de doble contraste en caso de lesiones intestinales altas.

Se utilizó la escala visual de 0 a 10 para valoración de dolor (leve 0-3, moderado 4-7, grave 8-10).

Resultados:

Se realizaron 39 resecciones intestinales en 38 pacientes, 40%.

La media de edad fue de 35 años (24-49) y todas presentaban una sintomatología intensa (8-10).

# SECLA ENDOSURGERY

Las lesiones se localizaron 17 en el recto, 17 en el recto-sigma, 5 en el sigma y 2 casos con focos en íleon.

Se realizaron 2 skinning, en recto y en recto-sigma, 11 resecciones discoides, 8 en el recto y 3 en el sigma y 26 resecciones segmentarias, 8 en el recto, 16 en el recto sigma, 2 en sigma y 2 en íleon. Las anastomosis se realizaron 13 por minilaparotomía con 3 ileostomías profilácticas y 12 por vagina con una ileostomía profiláctica.

El tiempo quirúrgico medio fue de 213 min en pacientes intervenidas de endometriosis profunda, 173 min sin resección intestinal y 279 min con realización de resección intestinal ( $p < 0.001$ ). En las pacientes en las que se realizó resección discoide el tiempo medio quirúrgico fue de 219 min, mientras en las que se realizó resección segmentaria fue de 305 min ( $p < 0.05$ ).

La estancia hospitalaria media fue de 8 días (3-35) para las pacientes intervenidas de endometriosis profunda, 5,9 en las pacientes sin resección y 10,5 en las que se realizó resección intestinal (11,5 con resección segmentaria y 8,4 con resección discoide).

La tasa global de complicaciones surgidas en nuestras pacientes es del 25.6%, en total 6 complicaciones mayores que precisaron reintervención (15%).

La media del seguimiento fue de 20.2 meses (2-46), todas las pacientes intervenidas presentan mejoría importante o ausencia de síntomas.

En 2 casos hubo persistencia de la enfermedad. (ambos con resección discoide). Una de las pacientes fue reintervenida (resección segmentaria) y la otra está asintomática con tratamiento médico.

## Conclusiones:

La afectación intestinal es una de las formas más severas de endometriosis, que se presenta con una frecuencia considerable.

La paciente debe estar informada de su enfermedad y de las posibilidades quirúrgicas que puedan ser necesarias, y de las posibles complicaciones.

Esto hace que sea especialmente importante plantear el tratamiento quirúrgico exclusivamente a pacientes sintomáticas.

El tipo de cirugía a realizar es controvertido. Parece razonable si existe afectación de sigma realizar una resección segmentaria, sobre todo en nódulos grandes, que afectan a capas profundas del intestino, o están mal delimitados. La decisión deberá individualizarse en casos de afectación baja de recto.

Los mejores resultados se obtienen cuando el tratamiento es efectuado por un equipo multidisciplinar con experiencia tanto en procedimientos quirúrgicos avanzados como en el tratamiento de la endometriosis.