ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA ENDOMETRIOSIS PÉLVICA CON AFECTACIÓN DE RECTO Y DEL TRACTO URINARIO. CASO CLÍNICO

AUTORES:

GIORDANO, P.G; AGUILERA MOLINA, Y; GENNARO DELLA ROSSA, N; CÓRDOBA MARTÍNEZ, L; ATAZ ORIHUELA, M; VARGAS GARCÉS, M.C; DEL OLMO LÓPEZ, R; TABOADA MOSTAJO, N; MENEU DÍAZ, J.C; MORENO ELOLA-OLASO, M.A.

Hospital Ruber Juan Bravo Quirónsalud. Madrid. Spain.

CORRESPONDENCIA: Pietro Giovanni Giordano MD1: petermedical23@yahoo.it

CITAR COMO:

GIORDANO, P.G; AGUILERA MOLINA, Y; GENNARO DELLA ROSSA, N; CÓRDOBA MARTÍNEZ, L; ATAZ ORIHUELA, M; VARGAS GARCÉS, M.C; DEL OLMO LÓPEZ, R; TABOADA MOSTAJO, N; MENEU DÍAZ, J.C; MORENO ELOLA-OLASO, M.A. - ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA ENDOMETRIOSIS PÉLVICA CON AFECTACIÓN DE RECTO Y DEL TRACTO URINARIO. CASO CLÍNICO - Seclaendosurgery.com (en linea) 2020. Disponible en Internet: http://www.revista.seclaendosurgery.com/secla/index.php?option=com_content&view=article&id=762&Itemid=749

ISSN: 1698-4412

ABSTRACT

Introducción Y Objetivos: El manejo quirúrgico de la endometriosis debe encaminarse al tratamiento del dolor y la recuperación de la función reproductiva, mediante la eliminación de los implantes y la reconstitución de la anatomía pélvica alterada. Presentamos un caso de endometriosis profunda complicada, mediante tratamiento quirúrgico multidisciplinar (ginecológico, urológico, colorrectal) mínimamente invasivo.

Material y Métodos: Mujer de 34 años que, tras estudio en ginecología por dismenorrea de 6 meses de evolución asociada a disuria y diarrea, se detecta un engrosamiento parietal segmentario de colon sigmoideo intrapélvico y engrosamiento de la cúpula vesical en contacto con la cara anterior del cuerpo uterino.
Resultados: La paciente es sometida a salpinguectomía bilateral, previa comprobación de obstrucción de ambas trompas e implantes sobre las mismas; cistectomía parcial del fondo vesical con cierre primario; resección anterior baja con extirpación de nódulo en la unión recto-sigma, anastomosis termino-terminal mecánica e ileostomía de derivación.

Conclusiones: El manejo laparoscópico multidisciplinar de la endometriosis severa se ha convertido en el gold standard del tratamiento, cuya complejidad depende del número de lesiones y órganos afectados, convirtiéndose en una cirugía integrativa y técnicamente desafiante.

Palabras clave: Endometriosis. Endometriosis profunda infiltrante. Endometriosis intestinal. Endometriosis urinaria.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una patología ginecológica común caracterizada por el crecimiento de glándulas y estroma endometrial fuera del endometrio. Es una enfermedad que en algunos casos puede resultar invalidante, produciendo dolor pélvico e infertilidad [(1)]. El manejo quirúrgico de la endometriosis debe encaminarse al tratamiento del dolor y la recuperación de la función reproductiva, mediante la eliminación de los implantes y la reconstitución de la anatomía pélvica alterada. La cirugía laparoscópica de la endometriosis, en comparación con el abordaje a cielo abierto, permite una estancia hospitalaria corta, recuperación rápida, incisiones más pequeñas, entre otros [(2) (3)]. Asimismo, posibilita una mayor accesibilidad y magnificación de los nódulos profundos recto-vaginales. Es importante referir a la paciente con endometriosis severa, con compromiso de intestino o aparato urinario, o con implantes profundos en el tabique rectovaginal, a centros de mayor complejidad, que dispongan de la experiencia y el equipamiento necesarios para realizar cirugía laparoscópica avanzada.

Presentamos un caso de endometriosis profunda complicada, a nivel pélvico, mediante tratamiento quirúrgico multidisciplinar (ginecológico, urológico, colorrectal) minimamente invasivo en un hospital universitario de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 34 años con deseo gestacional a la que, tras estudio en ginecología por dismenorrea severa de 6 meses de evolución asociada a disuria y diarrea, se detecta en RM pélvica un engrosamiento parietal segmentario de colon sigmoideo intrapélvico (Fig. 1) y engrosamiento de pared vesical en el lado izquierdo de la cúpula en contacto con la cara anterior del cuerpo uterino (Fig. 2); así mismo formaciones foliculares bilaterales de hasta 2,2 cm en ovario izquierdo.





RESULTADOS

La paciente es sometida a una laparoscopia exploradora con abordaje multidisciplinar. La intervención se compone de tres tiempos: ginecológico, urológico, colorrectal. En el tiempo ginecológico, se realiza salpinguectomía bilateral previa cromoperturbación con azul de metileno que confirma la obstrucción y dilatación de ambas trompas por implantes endometriósicos sobre las mismas; los ovarios son pequeños y sin afectación. En este

momento, se analiza toda la cavidad abdominal confirmando el implante en vejiga e unión recto-sigma sin otras lesiones superficiales peritoneales. En el tiempo urológico, se realiza cistectomía parcial del fondo vesical extirpando unos 7 x 3 cm de pared incluyendo el implante (Fig. 3); a continuación se procede a una cistorrafia con sutura continua utilizando V-lock de 3/0 y comprobando la estanqueidad con suero salino (Fig. 4).

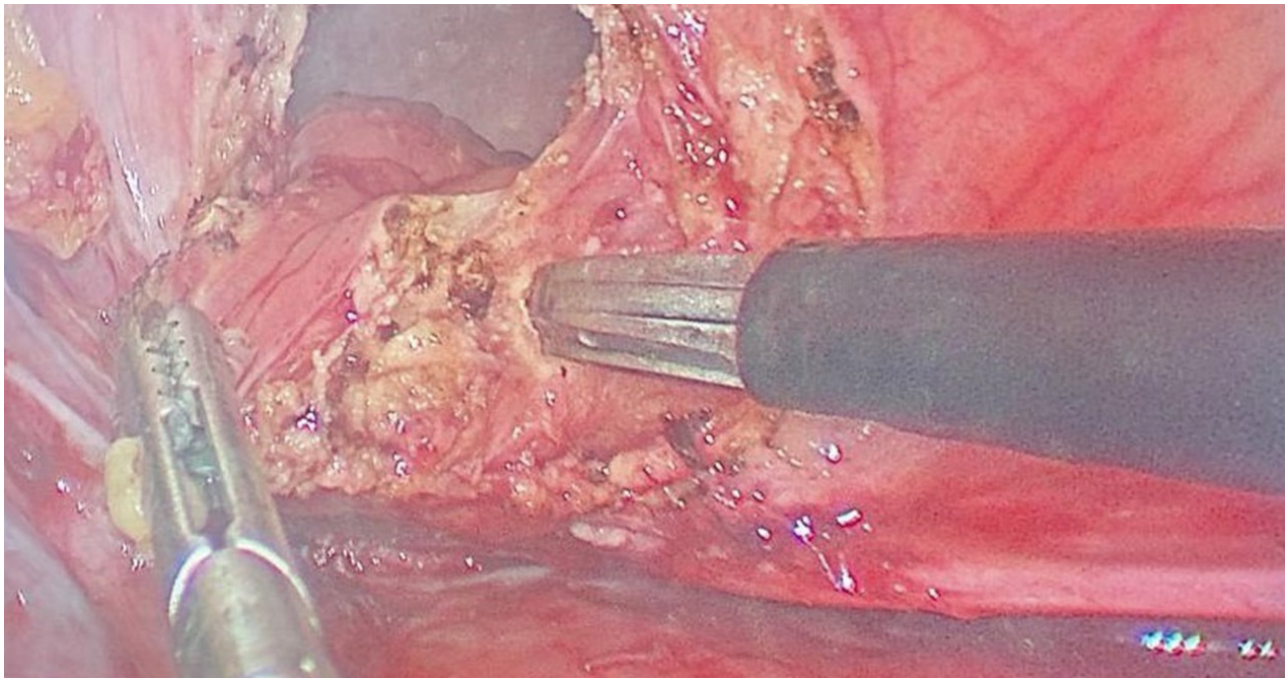
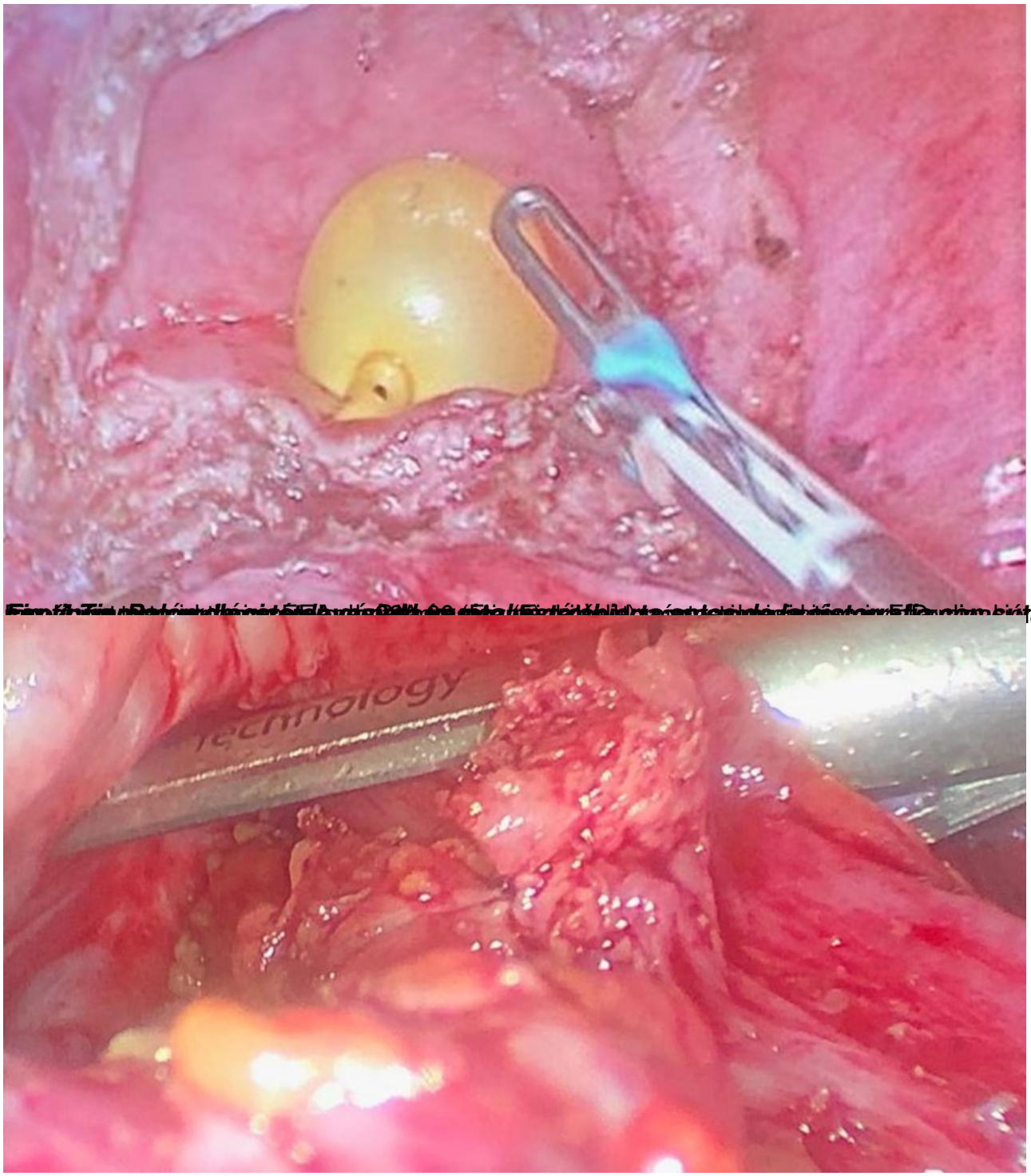


Fig. 3 Tiempo urológico: extirpación del nódulo endometriósico de la pared vesical


Technology

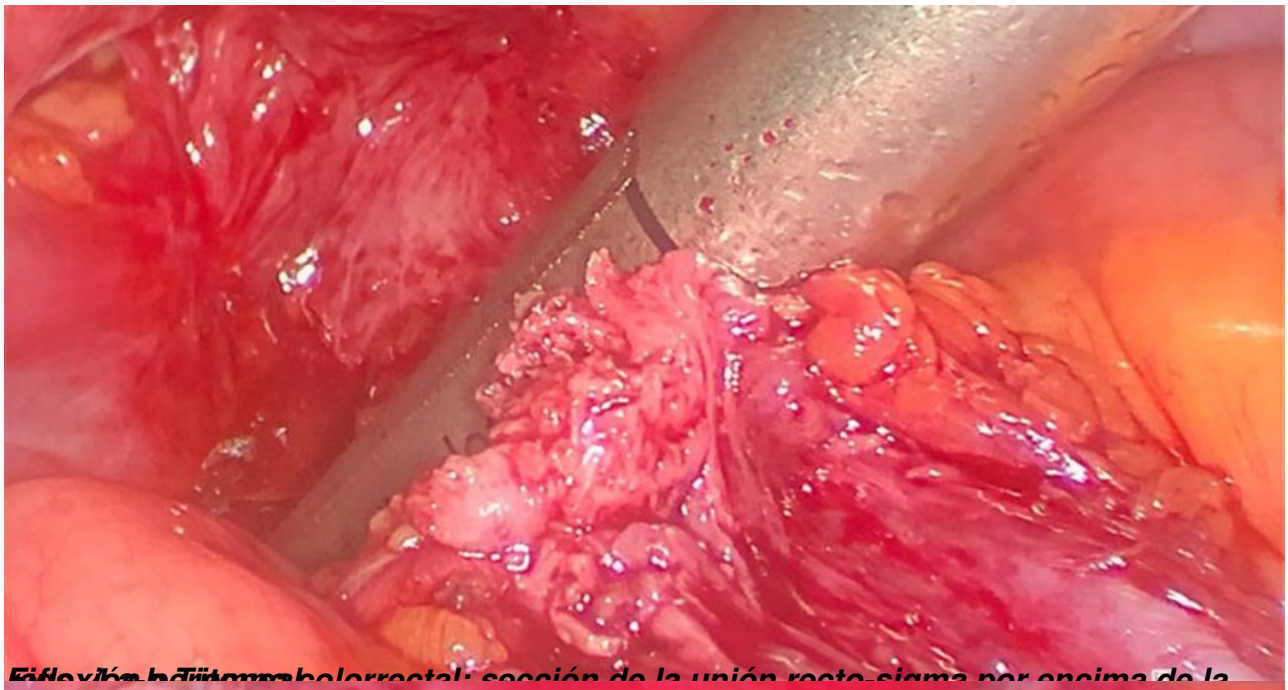
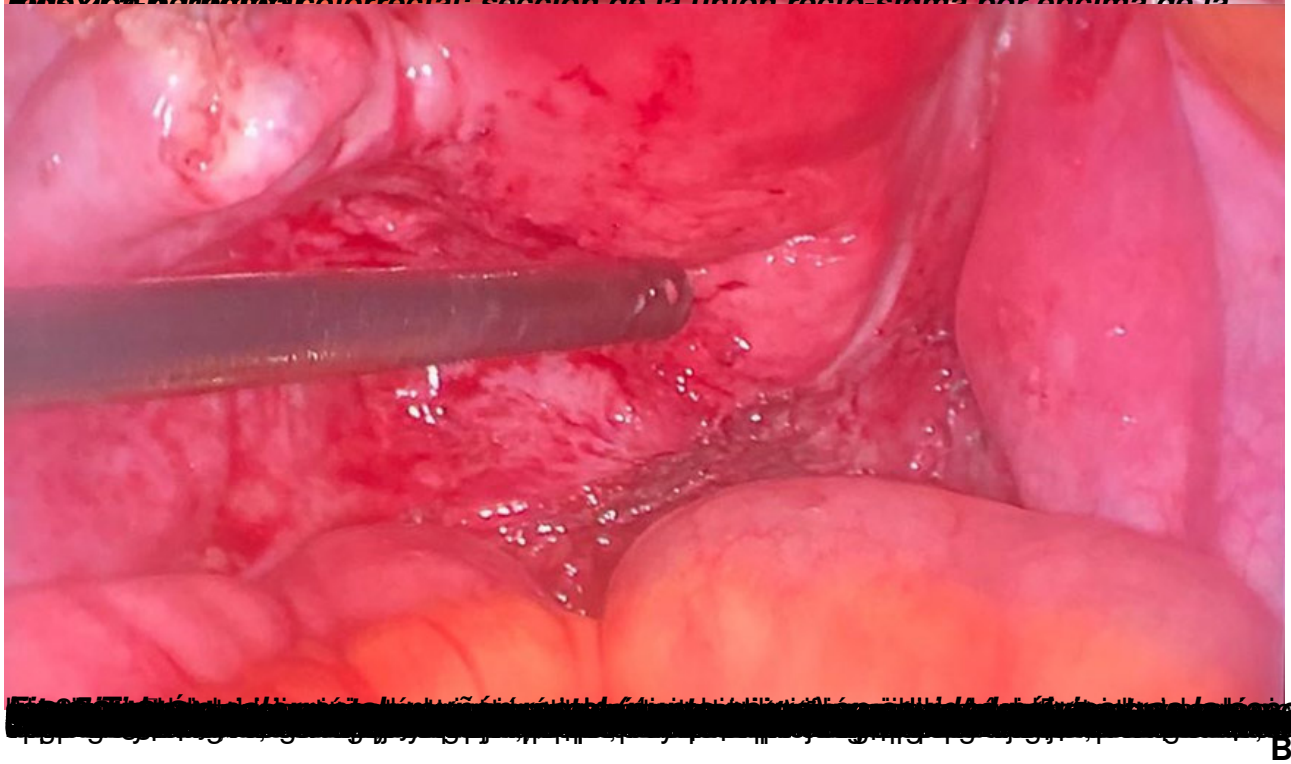


Figura 3. Tumor colorrectal: sección de la unión recto-sigma por encima de la



BIBLIOGRAFÍA

(1) *Broi MGD, Ferriani RA, Navarro PA. Ethiopathogenic mechanisms of endometriosis-related infertility. JBRA Assist Reprod. 2019 May 15.*

(2) *Alkatout İ, Meinhold-Heerlein I, Keckstein J, Mettler L. Endometriosis: A concise practical*

guide to current diagnosis and treatment. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2018 Aug 6; 19(3):173-175.

(3) *Słabuszewska-Jóźwiak A, Ciebiera M, Baran A, Jakiel G. Effectiveness of laparoscopic surgeries in treating infertility related to endometriosis. Ann Agric Environ Med. 2015; 22(2):329-31.*

(4) *Rolla E. Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment. F1000Res. 2019 Apr 23;8.*

(5) *Audebert A, Petousis S, Margioula-Siarkou C, Ravanos K, Prapas N, Prapas Y. Anatomic distribution of endometriosis: A reappraisal based on series of 1101 patients. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018 Nov; 230:36-40.*

(6) *Foti PV, Farina R, Palmucci S, Vizzini IAA, Libertini N, Coronella M, Spadola S, Caltabiano R, Iraci M, Basile A, Milone P, Cianci A, Ettorre GC. Endometriosis: clinical features, MR imaging findings and pathologic correlation. Insights Imaging. 2018 Apr;9(2):149-172.*

(7) *Del Frate C, Girometti R, Pittino M, Del Frate G, Bazzocchi M, Zuiani C. Deep retroperitoneal pelvic endometriosis: MR imaging appearance with laparoscopic correlation. Radiographics 2006; 26: 1705–18.*

(8) *Jadoul P, Feyaerts A, Squifflet J, Donnez J. Combined laparoscopic and vaginal approach for nephrectomy, ureterectomy, and removal of a large rectovaginal endometriotic nodule causing loss of renal function. J Minim Invasive Gynecol 2007; 14:256–9.*

(9) *Keckstein J, Ulrich U, Kandolf O, Wiesinger H, Wustlich M. Laparoscopic therapy of intestinal endometriosis and the ranking of drug treatment. Zentralbl Gynakol. 2003 Jul-Aug; 125(7-8):259-66. German.*

(10) *Rocha AM, Albuquerque MM, Schmidt EM, Freitas CD, Farias JP, Bedin F. Late impact of the laparoscopic tratment of deep infiltranting endometriosis with segmetal colorrectal resection. Arq Bras Cir Dig. 2018 Dec 6; 31(4):e1406.*

(11) *Seracchioli R, Poggioli G, Pierangeli F, Manuzzi L, Gualerzi B, Savelli L, Remorgida V, Mabrouk M, Venturoli S.Surgical outcome and long-term follow up after laparoscopic rectosigmoid resection in women with deep infiltrating endometriosis. Br J Obstet Gynaecol 2007;114:889–95.*

(12) *Seracchioli R, Poggioli G, Pierangeli F, Manuzzi L, Gualerzi B, Savelli L, et al. Surgical outcome and long-term follow up after laparoscopic rectosigmoid resection in women with deep infiltrating endometriosis. Br J Obstet Gynaecol 2007; 114:889–95.*

(13) *Bertocchi E, Barugola G, Benini M, Bocus P, Rossini R, Ceccaroni M, Ruffo G. Colorectal Anastomotic Stenosis: Lessons Learned after 1643 Colorectal Resections for Deep Infiltrating Endometriosis. J Minim Invasive Gynecol. 2019 Jan; 26(1):100-104.*