

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 línea) 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.



Figura 1. Corte transversal de RM pélvica en T2 que muestra la unión recto-sigma y

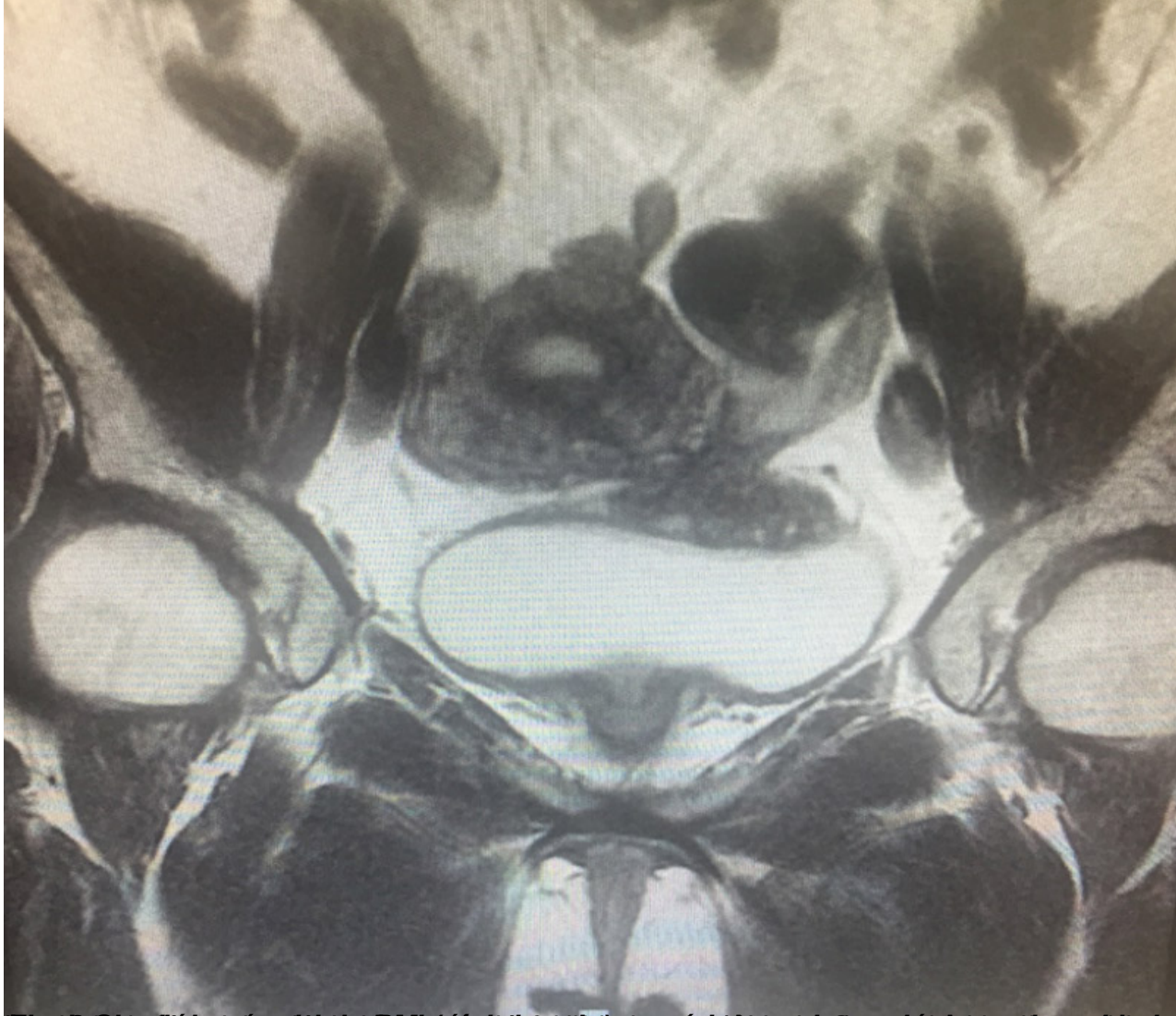


Figura 2. Corte longitudinal de RM pélvica en T2 que muestra la unión recto-sigma y

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).

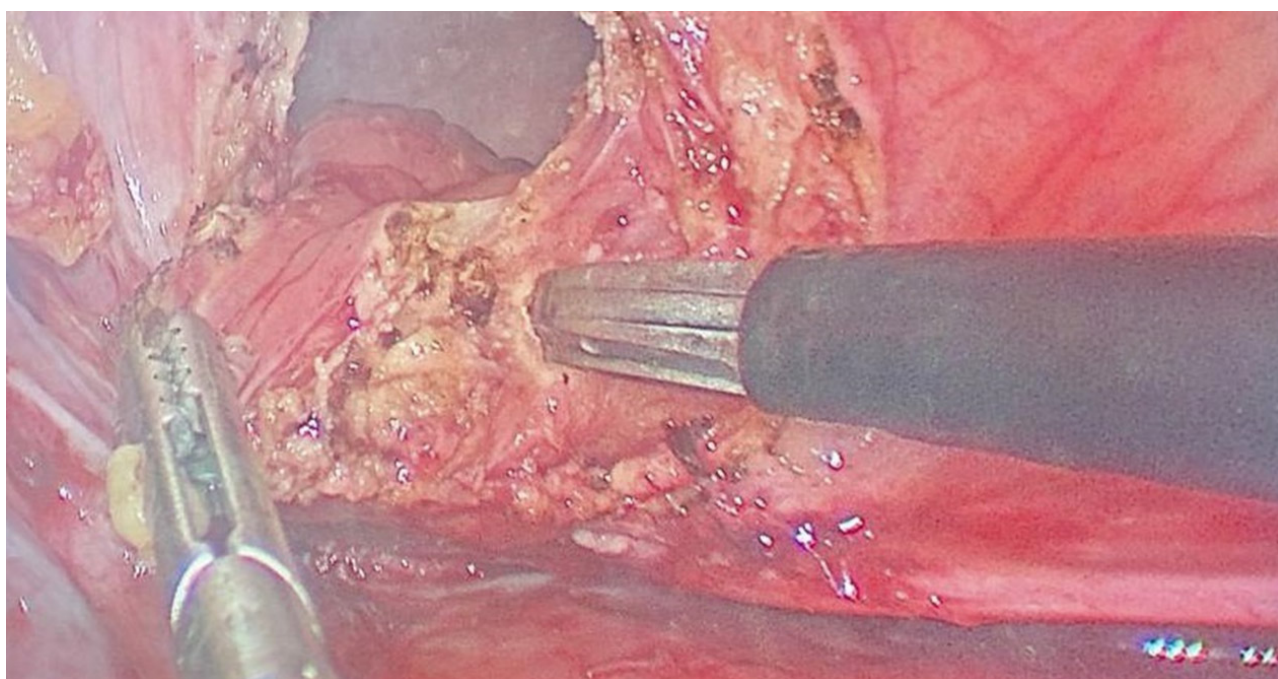
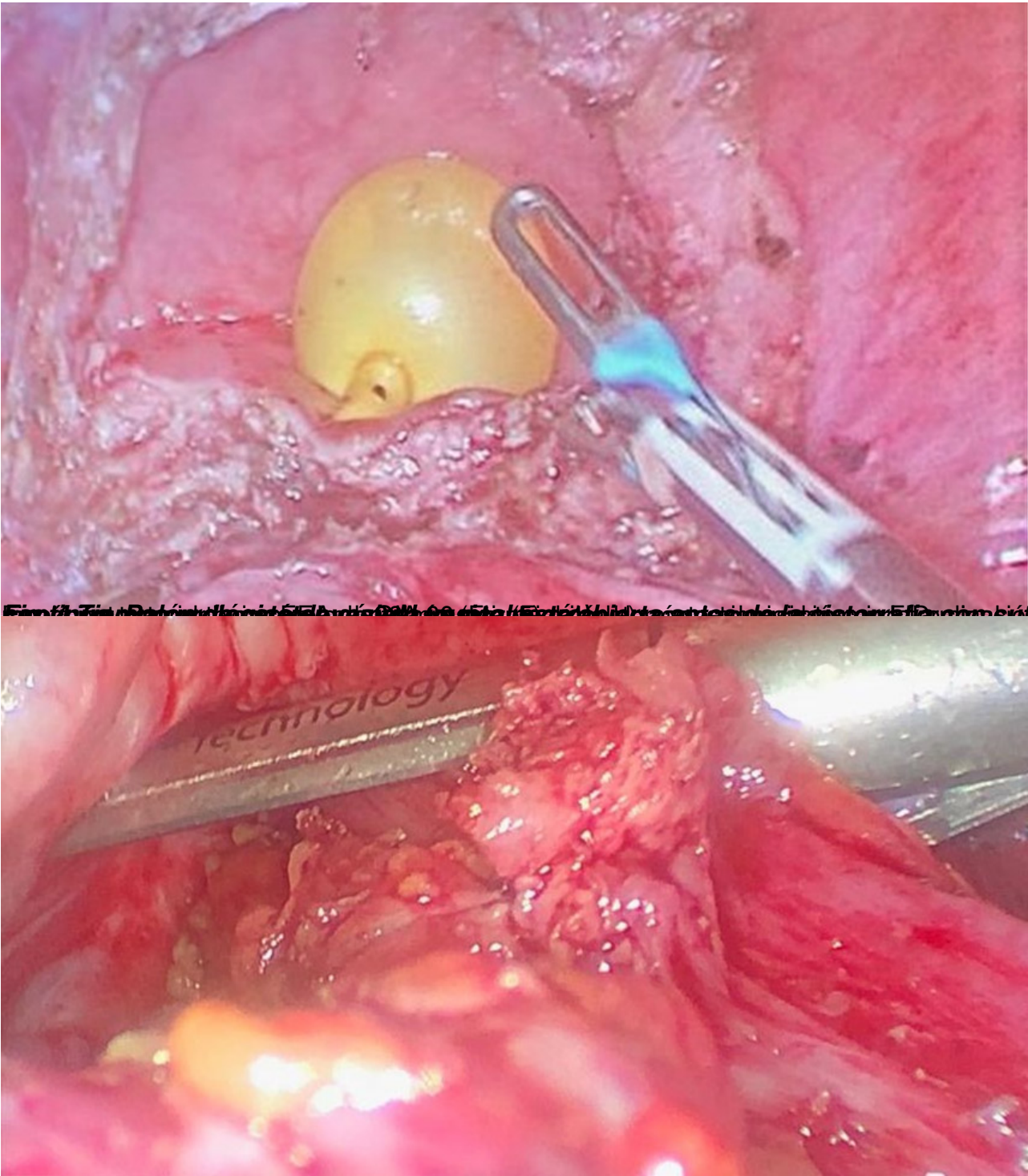


Fig. 3 Tiempo urológico: extirpación del nódulo endometriósico de la pared vesical



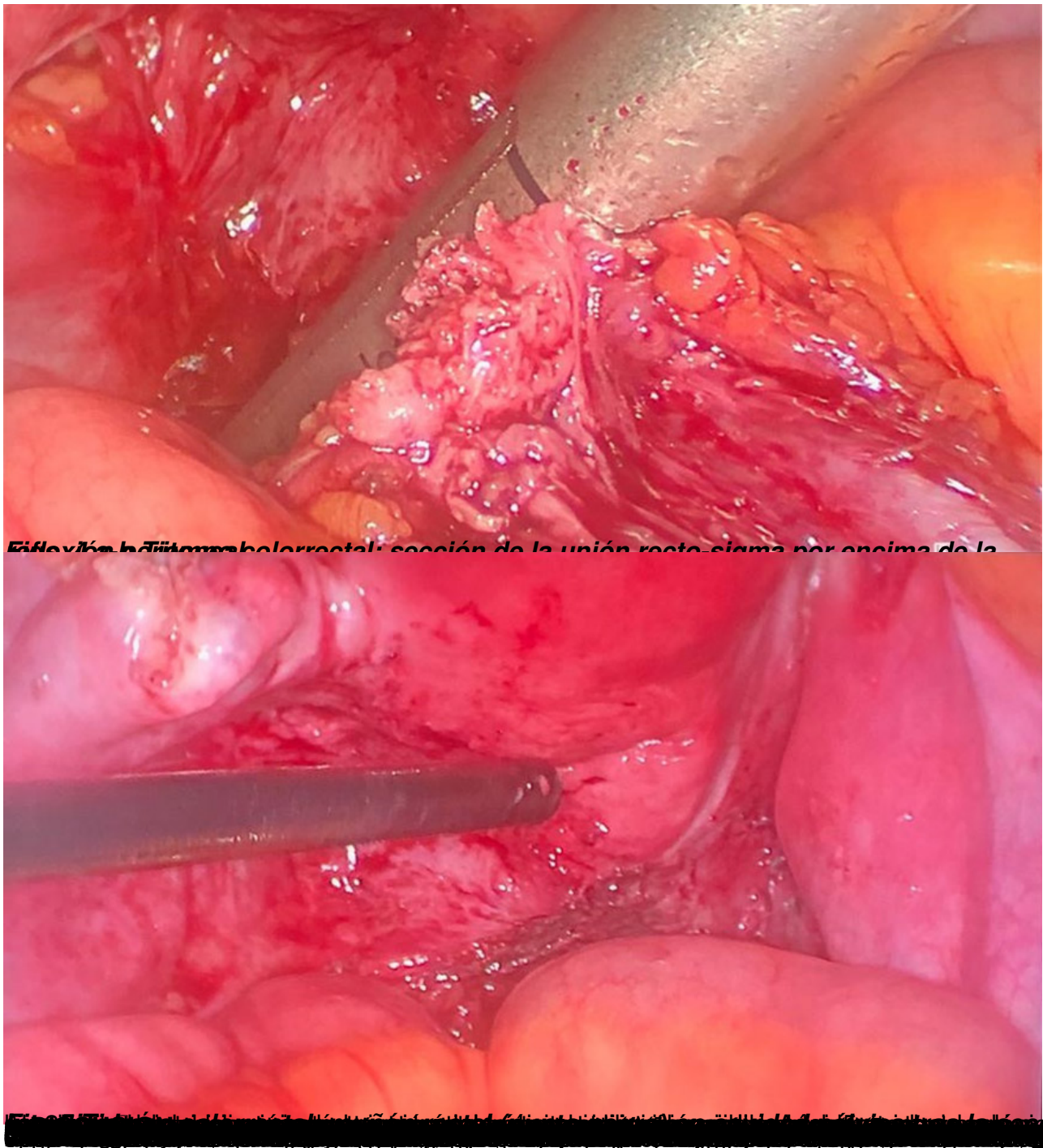


Figura 1. Intraoperatoria: sección de la unión recto-sigma por encima de la

BIBLIOGRAFÍA

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

(2) Alkatout I, 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-Józwiak 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, Margioulas-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 treatment of deep infiltrating endometriosis with segmental colorectal 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.