



Resección intestinal discoide para el manejo de las pacientes con endometriosis intestinal profunda

Discoid resection for the management of patients with deep intestinal endometriosis

<https://www.youtube.com/watch?v=bIBI5dIUv5M>

Andrés Felipe Bocanegra-Ballesteros, MD^{1,2}; Angélica María Cuello-Salcedo, MD^{1,2}; Juan Diego Villegas-Echeverri, MD^{1,2}; Jorge Darío López-Isanoa, MD^{1,2}; José Duván López-Jaramillo, MD^{1,2}

OBJETIVO

Describir la técnica de resección discoide como alternativa para el manejo de las pacientes con endometriosis intestinal profunda.

DISEÑO

Demostración, paso a paso, de la técnica quirúrgica utilizada para la resección intestinal discoide de implantes endometriósicos, implementando un video con secuencia narrativa.

CONTEXTO

La endometriosis es una enfermedad crónica producto del desarrollo y la implantación de tejido endometrial ectópico (1). Con una incidencia que oscila entre el 2 al 10% en mujeres en edad reproductiva, la endometriosis constituye una patología estrechamente ligada al desarrollo de infertilidad (Razón de Oportunidades (OR): 6,2; Intervalo de Confianza (IC) 95%: 5,4-7,1), dolor

pélvico crónico (OR: 13,5; IC 95%: 11,7-15,7) y depresión (OR: 1,8; IC 95%: 1,6-1,9) (2). La endometriosis profunda, definida como aquella que infiltra más de 5 mm el tejido subyacente (3), afecta múltiples órganos incluido el intestino (4), lo que representa un dilema terapéutico (3). En este contexto, la resección intestinal discoide se presenta como una alternativa para el manejo de lesiones menores de 3 cm que afectan menos del 40% de la circunferencia intestinal y que no sobrepasan la *muscularis propria* del intestino (5).

INTERVENCIÓN

Se describen dos pacientes con diagnóstico preoperatorio de endometriosis intestinal profunda, programadas para histerectomía y salpinguectomía bilateral en una institución de alto nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Pereira (Colombia), institución de carácter mixto que atiende población perteneciente al régimen subsidiado y contributivo. Se muestra el abordaje del compartimiento posterior por técnica laparoscópica hasta lograr el corte y la anastomosis intestinal, corroborando la escisión completa de las lesiones y la integridad de la anastomosis.

* Correspondencia: Andrés Felipe Bocanegra-Ballesteros. Teléfono: (57+) 301 607 41 94. Correo electrónico: anboca137@gmail.com

1. Fellowship Cirugía Ginecológica Mínimamente Invasiva, AAGL-ACCCP, Pereira (Colombia).
2. Unidad de Laparoscopia Ginecológica Avanzada y Dolor Pélvico (ALGIA) - Clínica Comfamiliar, Pereira (Colombia).

ESTRATEGIA PARA LA RESECCIÓN DISCOIDE DE ENDOMETRIOSIS INTESTINAL

1. Disección del compartimento posterior de la pelvis, partiendo del espacio pararectal a través del peritoneo medial al ligamento infundíbulo-pélvico, identificando estructuras adyacentes.
2. Disección del espacio rectovaginal, manteniendo la integridad de la serosa rectal y de la pared vaginal posterior.
3. Cirugía conservadora o definitiva del útero y anexos, según grado de severidad de la enfermedad.
4. Delimitación y escisión del tejido afectado a nivel del rectosigmoides con el fin de disminuir el volumen de tejido por resear.
5. Transfixión del tejido residual sobre la cara intestinal (extraluminal), con sutura absorbible para su posterior manipulación.
6. Introducción transanal de la grapadora circular hasta el nivel de la lesión, con apertura de la hendidura entre el yunque y el cartucho para la posterior invaginación de los tejidos afectados con ayuda de sutura transfixiante.
7. Cierre de la hendidura y posterior activación de la endograpadora con el corte y la anastomosis intestinal.
8. Verificación del tejido obtenido en el cartucho y evaluación de la anastomosis con pruebas neumáticas bajo visión directa, con refuerzo de sutura absorbible desde la serosa.
9. Extracción de tejidos por orificio natural o por pared abdominal.

CONCLUSIÓN

La resección intestinal discoide representa una alternativa para el manejo de las pacientes con endometriosis intestinal profunda. La disección de los espacios y del segmento intestinal por resear resultan fundamentales para la adecuada aplicación de la técnica quirúrgica.

REFERENCIAS

1. Bafort C, Beebeejaun Y, Tomassetti C, Bosteels J, Duffy JM. Laparoscopic surgery for endometriosis. Cochrane Gynaecology and Fertility Group, editor. Cochrane Database Syst Rev. 23 de octubre de 2020 <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011031.pub3>
2. Ballard K, Seaman H, de Vries C, Wright J. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study-Part 1. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2008;115(11):1382-91. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01878.x>
3. Kho RM, Andres MP, Borrelli GM, Neto JS, Zanluchi A, Abrão MS. Surgical treatment of different types of endometriosis: Comparison of major society guidelines and preferred clinical algorithms. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018;51:102-10. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.01.020>
4. Bendifallah S, Puchar A, Vesale E, Moawad G, Daraï E, Roman H. Surgical outcomes after colorectal surgery for endometriosis: A systematic review and meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2021;28(3):453-66. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2020.08.015>
5. Abrao MS, Petraglia F, Falcone T, Keckstein J, Osuga Y, Chapron C. Deep endometriosis infiltrating the rectosigmoid: Critical factors to consider before management. *Hum Reprod Update.* 2015;21(3):329-39. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv003>