

Tratamiento Laparoscópico Resectivo por Endometriosis Severa con Compromiso Colorrectal: Factibilidad y Seguridad

Virginia Cano Busnelli¹, Ricardo Mentz^{1,2}, Carlos Vaccaro¹, Renan Antelo Galarza¹, Victor Im, Santiago Gil², Guillermo Ojea¹, Gustavo Rossi¹

¹Sección de Coloproctología, Servicio de Cirugía General y ²Servicio de Ginecología, Hospital Italiano de Buenos Aires

RESUMEN

Introducción: La endometriosis intestinal es una forma severa de esta entidad, afectando hasta un 12% de estas pacientes. Su tratamiento quirúrgico resulta difícil debido a la distorsión anatómica que genera, más aún cuando el abordaje es el laparoscópico.

Objetivo: Analizar la factibilidad y seguridad terapéutica de las resecciones colorrectales laparoscópicas por endometriosis severa. **Diseño:** Observacional retrospectivo de una base de datos prospectiva.

Material y métodos: Pacientes operadas con diagnóstico de endometriosis con compromiso colorrectal a las cuales se les realizó una resección intestinal entre enero de 2003 y septiembre de 2013.

Resultados: De 1343 casos operados, 17 pacientes fueron intervenidas por endometriosis severa con compromiso colorrectal. Edad media 35 años (rango 23 - 47), IMC medio 22 kg/m² (rango 18 - 35). El segmento frecuentemente afectado fue el recto (52%) y la unión rectosigmoidea (30%). En 9 pacientes se realizó una resección anterior baja, 4 de ellas requirieron ostomía derivativa; 5 pacientes recibieron una Resección anterior alta y 3 pacientes una hemicolectomía derecha. Tiempo operatorio medio 187 min (rango 60 - 360) y el sangrado operatorio medio 90cc (rango 20 - 500). Índice de conversión 11%. No se registraron complicaciones intraoperatorias. Estadía hospitalaria media 4 días (rango 2 - 10). Morbilidad global 23%. Se observaron complicaciones postoperatorias mayores en 1 caso (dehiscencia anastomótica) y menores en 3 casos (retención urinaria). No se registró readmisión hospitalaria y la mortalidad fue nula.

Conclusiones: El tratamiento laparoscópico de la endometriosis intestinal severa es una opción factible y segura. En centros entrenados, puede ser adoptada como primera opción en el manejo de la endometriosis pélvica con severo compromiso colorrectal.

Palabras claves: Endometriosis Severa; Resección Colorrectal Laparoscópica

ABSTRACT

Background: Deep infiltrating endometriosis with bowel involvement is an aggressive form of endometriosis with an incidence up to 12%. It's surgical management represents a challenge because of the distortion of the anatomy this entity produces, even more so when the approach is laparoscopic. The aim of this study was to evaluate the feasibility and security of colorectal laparoscopic resections for bowel endometriosis.

Materials and methods: All patients presenting to the Department of Colorectal Surgery with bowel endometriosis from January 2003 to September 2013 were identified from a prospective database and retrospectively analyzed.

Results: From 1343 colorectal laparoscopic procedures, 17 patients received surgery because of bowel endometriosis. Median age 35 years (range 23 to 47) and median BMI 22 kg/m² (range 18 to 35). The most affected segments included Rectum 52% and the Rectosigmoid junction 30%. Resections included 9 low anterior resections (4 of them required fecal diversion), 5 High anterior resections and 3 Right Hemicolectomies. Median operating time was 187 minutes (range 60 to 360). Conversion rate 11%. Median length of stay was 4 days (range 2 to 10). There were none intraoperative complications. Global morbidity rate was 23%. Postoperative major complications occurred in 5.8%: one patient presented an anastomotic leak. There were 3 minor complications consistent of urinary retentions. There were no readmissions and mortality rate was nule.

Conclusions: Laparoscopic surgery of bowel endometriosis is a feasible and safe therapeutic option. In trained centers, it can be adopted as the first option in the management of deep infiltrating pelvic endometriosis with bowel involvement.

Key words: Deep Pelvic Endometriosis; Laparoscopic Colorectal Resections

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una entidad clínica caracteriza-

Leído en Sesión SACP 8 de agosto de 2014

Recibido 6 de agosto de 2014

Corregido y aceptado para publicación el 8 de septiembre de 2014

Dr. Gustavo Rossi

gustavo.rossi@hospitalitaliano.org.ar

da por la presencia de tejido endometrial en localización extrauterina. La infiltración profunda de la pelvis con compromiso colorrectal es una de las formas más agresivas de endometriosis con una incidencia estimada entre el 5,3% y el 12%,¹ entre las pacientes que padecen la enfermedad. Los sitios más frecuentemente afectados son el recto y la unión rectosigmoidea con una frecuencia del 70 al 93% causando

dolor pelviano severo, dispareunia, dolor evacuatorio y en algunos casos infertilidad alterando la calidad de vida de las pacientes.

El manejo de la endometriosis intestinal es amplio y complejo el cual abarca desde el tratamiento médico hasta diferentes opciones quirúrgicas. Estas últimas van desde escisiones simples (con cauterio o láser), mucosectomías o resecciones en cuña con cierre primario, hasta resecciones del segmento colorrectal afectado.² A su vez, Redwine³ ha sugerido un score de severidad del compromiso intestinal por endometriosis basado en el tipo de manejo quirúrgico requerido: Grado I superficial o seromuscular, Grado II espesor parcial hasta la mucosa, Grado III espesor total y Grado IV compromiso de un segmento intestinal. Se ha reportado que los mejores resultados en términos de recurrencia o mejoría de los síntomas se han obtenido mediante cirugía radical la cual incluye a la histerectomía, la escisión completa de los implantes endometriósicos y la resección del segmento intestinal afectado en caso que éste se encontrara comprometido.²⁻⁴

El tratamiento quirúrgico representa un desafío debido a la gran distorsión anatómica que esta patología genera, más aún cuando el abordaje propuesto es el laparoscópico.

En la actualidad existen escasos reportes que han asociado el tratamiento quirúrgico de la endometriosis con compromiso colorrectal con el abordaje laparoscópico,^{7,8,11-13} los cuales enfatizan los beneficios del abordaje miniinvasivo en el manejo de esta patología. Sin embargo, la factibilidad y seguridad del método continúan siendo motivo de estudio. El objetivo de este trabajo es evaluar la factibilidad y seguridad de las resecciones colorectales laparoscópicas

por endometriosis severa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizó la base de datos prospectiva de cirugía laparoscópica colorrectal durante el período comprendido entre enero de 2003 y septiembre de 2013. De ésta, se identificaron aquellas pacientes operadas con diagnóstico de endometriosis y se excluyeron las pacientes a las que no se les realizó una cirugía resectiva colorrectal. Todas las pacientes fueron estudiadas mediante resonancia magnética nuclear (RMN) de pelvis y colon por enema para identificar el grado de afectación parietal del segmento intestinal afectado (Fig. 1). En aquellas pacientes que presentaban proctorragia se asoció como estudio prequirúrgico una rectoscopia o colonoscopia.

Todas las pacientes habían recibido terapia hormonal para el tratamiento de la enfermedad hasta el momento de la cirugía.

Las pacientes recibieron preparación mecánica intestinal y una dosis de heparina de bajo peso molecular ajustada al peso el día previo a la cirugía. Todas las cirugías fueron realizadas en posición de Lloyd Davies y a todas las pacientes se les colocaron bombas de compresión neumática secuencial en ambos miembros inferiores durante las mismas.

En todos los casos el equipo tratante estuvo constituido por un integrante de la Sección de Cirugía Colorrectal y en un miembro del Servicio de Ginecología, con especial dedicación al tratamiento de la endometriosis. Los detalles técnicos de los distintos tipos de resecciones colorectales fueron previamente descriptos.¹⁵

Los datos analizados incluyen: edad, índice de masa

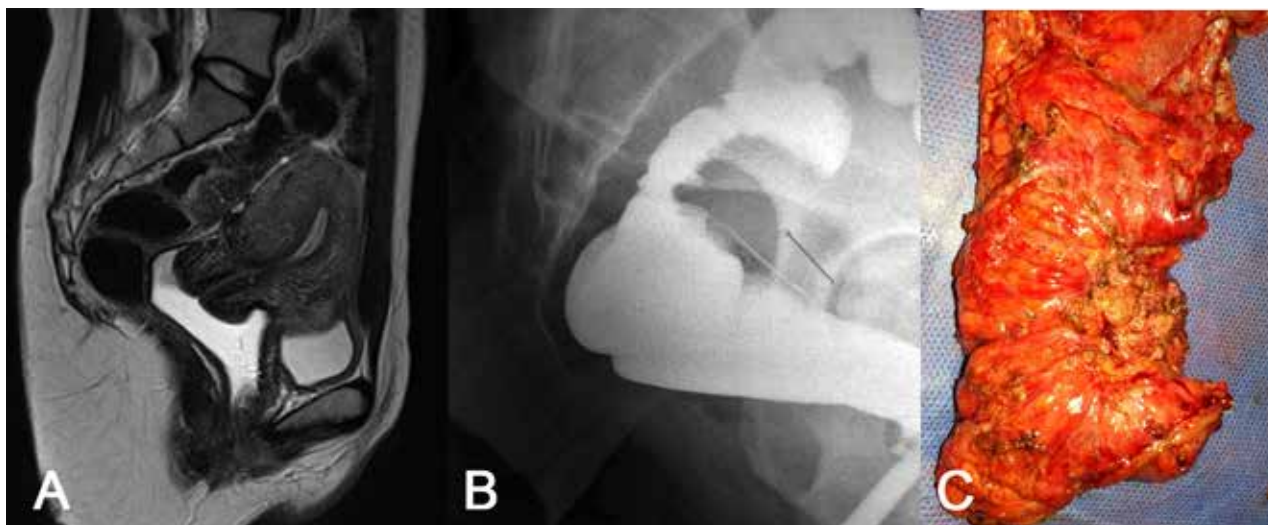


Figura 1: A: Corte sagital de RMN donde se observa implante endometriósico sobre la cara anterior del recto. B: Colon por enema que muestra estrechamiento de la luz del recto. C: pieza quirúrgica del caso presentado.

corporal (IMC), historia previa de endometriosis, síntomas previos, cirugías previas por endometriosis, tipo de cirugía, procedimientos asociados, tiempo operatorio, complicaciones intra y postoperatorias y estadía hospitalaria. Las complicaciones postoperatorias fueron analizadas según el score de complicaciones de Clavien-Dindo.¹⁶ El manejo postoperatorio de estas pacientes fue realizado siguiendo los lineamientos de un programa de recuperación acelerada (Enhanced Recovery After Surgery: ERAS) recientemente reportado por nuestro grupo.¹⁰ Se realizó un seguimiento postoperatorio de las pacientes en forma ambulatoria. Los síntomas se midieron en términos de mejoría de los síntomas y se evaluó la fertilidad en las pacientes que desearon embarazarse.

Las variables categóricas fueron expresadas en términos de frecuencia y las variables continuas mediante media y rango.

RESULTADOS

Sobre 1343 cirugías colorrectales realizadas por vía laparoscópica, se identificaron 31 pacientes que se operaron con diagnóstico de endometriosis. De éstas se analizaron 17 pacientes que recibieron una resección colorrectal por afectación endometriósica. La Figura 2 describe la distribución de las pacientes.

La edad media de las pacientes fue de 35 años (rango 23 a 47) y las características demográficas restantes de la población estudiada se detallan en la Tabla 1.

Todas las pacientes presentaban dolor pélvico crónico con alteración del ritmo evacuatorio y evacuaciones dolorosas. El resto de los síntomas preoperatorios se describen en la Tabla 2.

El segmento más frecuentemente afectado fue a nivel del recto medio (tabique rectovaginal) en 9 casos. El resto de las localizaciones se distribuyeron a nivel de la unión rectosigmoidea en 5 casos y en el colon derecho en 3 casos.

El tipo de resección colorrectal más frecuente fue la resección anterior baja en 9 casos (en 4 de los cuales se asoció una ostomía derivativa), seguida de la resección anterior alta en 5 casos y tres casos de colectomía derecha.

La media de tiempo operatorio fue de 187 min (rango de 60-360) y la de pérdida hemática fue de 90 cc (rango de 20 a 500).

Se realizaron procedimientos asociados en 13 pacientes. Los mismos se detallan en la Tabla 3. El índice de conversión global de la serie fue del 11% (2/17). Ambos casos requirieron conversión a lapar-

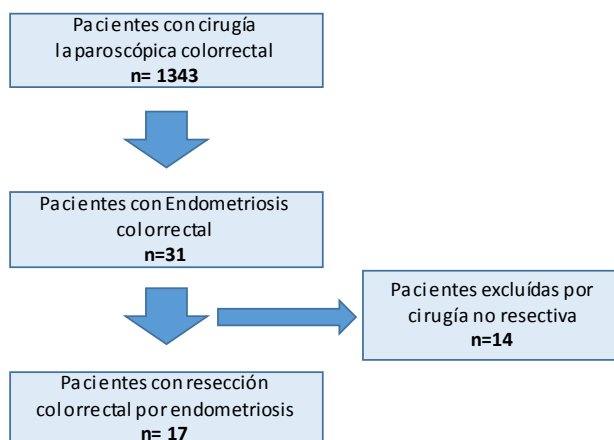


Figura 2: Distribución de los pacientes del estudio.

TABLA 1: DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Media de edad en años (rango)	35 (23 – 47)
Media de IMC en kg/m ² (rango)	22 (18 – 35)
ASA	
ASA I	4 (23%)
ASA II	13 (77%)
ASA III	0
Cirugía previa por endometriosis	13 (77%)

IMC: Índice de Masa Corporal.

ASA: American Society of Anesthesiology

TABLA 2: DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS Y DISTRIBUCIÓN DE LOS MISMOS EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS

Síntomas	Pacientes (n=17)	%
Dolor pélvico crónico	17	100
Dispareunia	17	100
Dolor evacuatorio	14	82
Proctorragia	5	29
Infertilidad	9	56

TABLA 3: DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS

Procedimientos asociados	n = 13	%
Quistostomía de ovario	8	61
Prueba de permeabilidad tubaria	7	53
Anexohisterectomía total	3	23
Anexectomía unilateral	1	7,6

tomía debido a múltiples implantes endometriósicos firmes que dificultaban la disección. La media de estadía hospitalaria fue de 4 días (rango de 2 a 10).

No se registraron complicaciones intraoperatorias. La morbilidad global de la serie fue de 23% (4/17). Se registró una complicación postoperatoria ma-

yor (5,8%) que consistió en una dehiscencia anastomótica (Grado III B) de la paciente que había sido convertida y a quien se le había realizado una resección anterior alta. La misma fue reoperada por vía laparoscópica y se le realizó drenaje de la peritonitis y una ostomía derivativa. Se observaron 3 complicaciones menores; 3 pacientes presentaron retención aguda de orina las cuales requirieron recolocación de sonda vesical. Ninguna paciente debió ser readmitida luego del alta y la mortalidad de la serie fue nula.

Se completó el seguimiento en el 89% de la población (dos pacientes fueron consideradas perdidas). La media de seguimiento fue de 33 meses (rango 3-120). Durante el mismo, el 88% de la población (15 pacientes) refirió desaparición completa del dolor, y hasta el momento de considerarlas perdidas, dos pacientes habían referido mejoría de los síntomas. Sobre 9 pacientes con deseo de lograr un embarazo, 4 mujeres lograron concebir en el postoperatorio. De estas, una tenía historia previa de infertilidad y logró concebir con fertilización *in vitro*, dos lograron concebir naturalmente llegando a término con su embarazo y la última paciente luego de concebir presentó un aborto espontáneo. El resto de las pacientes que buscaron embarazarse pero no lograron concebir, tenían diagnóstico de infertilidad previo a la cirugía. Las 8 pacientes restantes del estudio, no buscaron embarazarse aún.

DISCUSIÓN

La resección quirúrgica de un segmento del colon o recto en el tratamiento de la endometriosis pelviana continúa siendo motivo de controversia. Aunque se dispone de múltiples estrategias, ningún tratamiento no quirúrgico ha logrado hasta el momento la desaparición completa de los síntomas asociados a la endometriosis con compromiso colorrectal.^{17,18} Por otro lado la endometriosis es una condición benigna con tendencia relativamente limitada a la progresión, por lo que un procedimiento quirúrgico que requiera extensa lisis de adherencias o resecciones colorrectales debería utilizarse en casos seleccionados, en pacientes muy sintomáticos con alteración de su calidad de vida.¹⁹

El manejo de la endometriosis intestinal depende generalmente del grado de profundidad de invasión de la pared del intestino (superficial, parcial o del espesor total), llevando a diferentes opciones quirúrgicas desde resecciones en cuña a resecciones segmentarias.^{14,20} Se han propuesto numerosos abordajes conservadores para lidiar con esta condición técnica-

mente demandante y para preservar la fertilidad. A pesar de esto, algunos estudios resaltan las mayores tasas de recurrencia de los síntomas con cirugías no radicales o "incompletas".^{21,22} Más aún, se ha reportado que los mejores resultados en términos de recurrencia o mejora de los síntomas se han alcanzado con la resección del segmento intestinal afectado.⁸

Así como observamos en nuestra serie, la eficacia de la resección colorrectal en la endometriosis ha sido demostrada en ensayos clínicos randomizados,¹⁷ como el aportado por Darai y col.¹³ con un importante alivio de los síntomas tanto ginecológicos como digestivos, especialmente el dolor evacuatorio, con menores tasas de recurrencia. Esto puede ser debido a que, como ya se ha demostrado, la recurrencia de la enfermedad usualmente inicia en el tabique rectovaginal; de esta manera la escisión completa de todas las lesiones endometrióticas asociadas a resecciones rectales permite no sólo un alivio sintomático sino también mejor pronóstico en términos de recurrencia.^{13,18}

Si bien nuestra serie representa una población pequeña, de los estudios retrospectivos disponibles la mayoría son series con menos de 20 pacientes reseccionadas por vía laparoscópica.¹⁹ El trabajo con mayor número de pacientes corresponde a una población de 52 mujeres.^{8,11} Se trata de una serie prospectiva randomizada pero sólo incluye 26 pacientes en el grupo de resecciones colorrectales por vía laparoscópica con resultados a favor de esta vía de abordaje. En cuanto al tipo de cirugía realizada, pocos trabajos especifican el tipo de resección colónica o rectal realizada;¹² en contraposición nuestra serie describe los segmentos reseccionados con más frecuencia.

Con respecto al tiempo operatorio, reportamos una media de 187 min. En otras series retrospectivas se mostró la misma tendencia con medias de 180 o 190 min,^{12,13} salvo en la serie francesa de Darai y col. que reportó una media de 6.3 horas siendo así la serie con tiempo operatorio más prolongado.¹¹ En general todos los estudios retrospectivos y prospectivos muestran una tendencia a un tiempo operatorio ligeramente mayor con el abordaje laparoscópico versus el convencional, pero esto no fue estadísticamente significativo.⁸ Cabe destacar que en nuestra serie se realizaron procedimientos asociados en 13 pacientes, detallados en tabla 3. El tiempo operatorio mayor de nuestra serie fue de 360 min correspondiente a la paciente que requirió conversión a laparotomía y en la que se asoció una anexohisterectomía en bloque.

Respecto al índice de conversión, hemos observado una incidencia del 11%. Este dato es consistente

con la mayoría de las series publicadas que reportan tasas entre el 7 y 11%.¹¹⁻¹³ Sin embargo, cabe destacar que a diferencia de otras series, la mayoría de los procedimientos realizados en la nuestra han sido resecciones anteriores bajas de recto las cuales, como hemos descrito previamente en el tratamiento laparoscópico del cáncer de recto, presentan un índice de conversión mayor de hasta un 15%.¹⁶ Teniendo en cuenta lo recién mencionado, sumado al carácter infiltrativo de esta enfermedad y que la mayoría de las pacientes presentaban el antecedente de cirugías previas por endometriosis, consideramos que nuestro índice de conversión resulta aceptable.

Nuestro estudio arroja una morbilidad global de 23%, siendo las complicaciones mayores de un 5,8% del total de pacientes resecadas.²¹ Estos hallazgos se encuentran por debajo de la serie prospectiva de Darai y col. quienes observaron una morbilidad global del 34,6% siendo las complicaciones mayores de un 9%.⁸ Bazot y col., sobre una serie retrospectiva de 40 pacientes resecadas, reportaron una morbilidad global de 27,5%. Sin embargo, la tasa de complicaciones mayores fue de un 10% representado por 3 fistulas rectovaginales que requirieron reintervención y un absceso pelviano. Otra de las complicaciones frecuentemente descripta en las diferentes series publicadas es la retención aguda de orina (RAO). Si bien la RAO es considerada una complicación menor (C-D II) representa algún grado de lesión intraoperatoria de alguno de los nervios hipogástricos que regulan la motilidad vesical. Esto podría explicarse debido a la retracción tisular hacia la línea media de las distintas estructuras de la cavidad pelviana secundaria a los implantes endometriósicos, con la consecuente alteración de los planos de disección.

En nuestra serie registramos 3 pacientes con RAO que requirieron recolocación de sonda vesical y rehabilitación.

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio debemos destacar principalmente su diseño retrospectivo, el cual conspira contra el nivel de evidencia. Sin embargo, el registro prospectivo de los datos analizados contribuye a mitigar este efecto negativo. Otra limitación de este trabajo es debido al tamaño muestral de la población analizada. Sin embargo, como fuera mencionado previamente, la condición benigna de esta enfermedad como así también su limitada progresión, hacen que el número de casos seleccionados para realizar una resección colorrectal sea escaso. Por último, mencionamos la ausencia de una valoración objetiva de los síntomas pre y postoperatoria como así también de calidad de vida. A pesar de estas limitaciones, nuestros hallazgos apoyan el hecho de que la cirugía laparoscópica resulta ser una opción segura para las pacientes que requieren una cirugía por endometriosis profunda, incluso en aquellas pacientes en las que se requiere resección colorrectal.

CONCLUSIÓN

El tratamiento laparoscópico de la endometriosis con afectación colorrectal es una opción terapéutica factible y segura. Si bien la morbilidad global asociada a la cirugía no es menor, el porcentaje de complicaciones mayores parece ser bajo. En centros entrenados en cirugía colorrectal laparoscópica puede ser adoptada como una primera opción en el manejo de la endometriosis profunda severa con infiltración del colon y el recto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Neme R, Schraibman V, Okazaki S et al. Deep Infiltrating Colorectal Endometriosis Treated With Robotic-Assisted Rectosigmoidectomy. *JLS*. 2013 Apr-Jun; 17(2): 227-234.
2. H. Dupree, T. Falcone et al. Laparoscopic resection of deep pelvic endometriosis with rectosigmoid involvement. *J Am Coll Surg*. 2002 Dec;195(6):754-8.
3. Redwine DB. The visual appearance of endometriosis and its impact on our concepts of disease. *Clin Biol Res* 1990;323:393.
4. Stepniewska A1, Pomini P, Guerriero M, Scioscia M, Ruffo G, Minelli L. Colorectal endometriosis: benefits of long-term follow-up in patients who underwent laparoscopic surgery. *Fertil Steril*. 2010 May 1;93(7):2444-6.
5. Darai E, Bazot M, Rouzier R, et al. Outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007;19:308-313.
6. Darai E, Dubernard G, et al. Randomized Trial of Laparoscopically Assisted Versus Open Colorectal Resection for Endometriosis. Morbidity, Symptoms, Quality of Life, and Fertility. *Annals of Surgery*. Volume 251, Number 6, June 2010.
7. G. Rossi, H. Vaccarezza, C. Vaccaro, R. Mentz, V. Im, A. Alvarez, G. Ojea Quintana. Two-day Hospital Stay After Laparoscopic Colorectal Surgery under an Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Pathway. *World J Surg*. 2013 Oct;37(10):2483-9.
8. E. Darai, M. Bazot et al. Feasibility and clinical outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Am Journal of obstetrics and gynecology* (2005)192, 394-400.
9. P. De Nardi, C. Staudacher. Laparoscopic treatment of Deep pelvic endometriosis with rectal involvement. *Dis Colon Rectum*. 2009 Mar;52(3):419-24.
10. Rossi G., Vaccaro C., Ojea Quintana G., Jalón M., Carrozzo E. (h), Benati M., Bonadeo F. Laparoscopia Colorrectal: Evaluación de 100 casos consecutivos. *Revista Argentina de Coloproctología* 2006; 17: 243-249.
11. Jatan AK1, Solomon MJ, Young J, Cooper M, Pathma-Nathan N. Laparoscopic management of rectal endometriosis. *Dis Colon Rectum*. 2006 Feb;49(2):169-74.
12. Koh CE1, Juszczak K, Cooper MJ, Solomon MJ. Management of deeply infiltrating endometriosis involving the rectum. *Dis Colon Rectum*. 2012 Sep;55(9):925-31.

13. Rossi G., Vaccarezza H., Vaccaro C., Mentz R., Im V., Benati M., Bonadeo F., Ojea Quintana G. Tratamiento Laparoscópico del Cáncer de Recto: Resultados Oncológicos a Largo Plazo. *Revista Argentina de Cirugía* 2013; 105 (2): 52-59.
14. B. Dousset, M. Leconte, B. Borghese, A. Millischer, G. Roseau, S. Arkwright, and C. Chapron. Complete Surgery for Low Rectal Endometriosis: Long-term Results of a 100-Case Prospective Study. *Ann Surg.* 2010 May;251(5):887-95.
15. Kondo W1, Bourdel N, Tamburro S, Cavoli D, Jardon K, Rabischong B, Botchorishvili R, Pouly J, Mage G, Canis M. Complications after surgery for deeply infiltrating pelvic endometriosis. *BJOG.* 2011 Feb;118(3):292-8.
16. Dindo D, Demartines N, Clavien P. Classification of Surgical Complications. A New Proposal With Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey. *Ann Surg.* 2004 August; 240(2): 205-213.
17. Coronado C, Franklin RR, Lotze EC, et al. Surgical treatment of symptomatic colorectal endometriosis. *Fertil Steril.* 1990;53(3):411-416.
18. Bailey HR, Ott MT, Hartendorp P. Aggressive surgical management for advanced colorectal endometriosis. *Dis Colon Rectum.* 1994;37(8):747-753.
19. Chapron C, Dubuisson JB, Chopin N, et al. Deep pelvic endometriosis: management and proposal for a "surgical classification." *Gynecol Obstet Fertil.* 2003;31(3):197-206.
20. Kruse C1, Seyer-Hansen M, Forman A. Diagnosis and treatment of rectovaginal endometriosis: an overview. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012 Jun;91(6):648-57.
21. Fedele L, Bianchi S, Zanonato G, et al. Long-term follow-up after conservative surgery for rectovaginal endometriosis. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190:1020-1024.
22. Ford J, English J, Miles WA, et al. Pain, quality of life and complications following the radical resection of rectovaginal endometriosis. *BJOG.* 2004; 111:353-356. *Dis Colon Rectum* 1971;14(2):128-33.

COMENTARIOS SESIÓN SACP – 8 DE AGOSTO DE 2014

DISCUSIÓN

Dr. Jorge Rodríguez Martín: Me parece muy oportuno presentar este tipo de patología, que no siendo frecuente, a veces es bueno traerla a la memoria. Deseo relatar un caso que tuve la oportunidad de tratar: una mujer de 21-22 años, con diagnóstico de endometriosis que había debutado con hematoquecia. Se le propuso tratamiento quirúrgico y los ginecólogos resolvieron no aceptar el mismo, llevando a cabo tratamiento hormonal. La enferma pocos meses después evolucionó con una perforación y peritonitis generalizada que la puso en grave riesgo de muerte. Concluyo que este tipo de endometriosis severa debemos tenerla en consideración porque puede poner en grave riesgo de vida a los pacientes. Muchas gracias.

Dr. Guillermo Osvado Rosato: Dr. Mentz, tengo para hacerle algunas preguntas. En la elección del método por imagen para el diagnóstico, ustedes usan preferentemente la resonancia magnética. Quiero preguntarle si encuentran alguna diferencia en cuanto a la sensibilidad. Nuestro grupo trabaja en conjunto con el servicio de ginecología y en general la recomendación de ellos es utilizar tomografía computada. El servicio de diagnóstico por imágenes nos informa con mucha correlación la anatomía afectada en coincidencia con los hallazgos intraoperatorios. Por otro lado deseo preguntar: ¿el abordaje de estos pacientes los hacen en forma exclusiva en coloproctología o trabajan en conjunto con el servicio de ginecología? ¿Qué hacen con el resto de los nódulos? Digamos, si hay implantes peritoneales u ováricos; ¿los electrocoagulan, utilizan el coagulador bipolar, los resecan con el hook o con algún otro elemento de energía? Deseo destacar que en general, y como bien detallaron ustedes en el estudio, este grupo de pacientes son enfermas jóvenes con casi nula comorbilidad y el motivo que las lleva a tomar la decisión de un tratamiento quirúrgico, es la infertilidad y el dolor pelviano crónico que no remite con los tratamientos médicos. En nuestra casuística nosotros hemos realizado también resecciones discales de la parte superior del recto o del sigmoide involucrando el nódulo endometriótico y suturas intraperitoneales; incluso con el equipo de ginecología tratamos de hacer un shearing muchas veces incluyendo la serosa para evitar tener que llegar a la resección que tiene mayor morbilidad. Muchas gracias.

CIERRE DE DISCUSIÓN

Dr. Ricardo Esteban Mentz: Muchas gracias Dr. Martín, por comentar su experiencia del caso que nos contó. Dr. Rosato, me había preguntado sobre la utilización de la resonancia magnética versus la tomografía. Nosotros utilizamos la resonancia magnética en el hospital probablemente porque consideramos que tenemos mejor definición anatómica de lo que podemos ver en la tomografía, al menos con los equipos que contamos en nuestro hospital. Existe gran interés en lo que son las imágenes rectales por resonancia, sobre todo en relación al adenocarcinoma del recto, y quizás es una herramienta que estamos muy habituados y nos sentimos cómodos en el manejo. Probablemente parte de lo que nosotros podemos discutir es si utilizamos más resonancia o la ecografía para hacer la evaluación de la profundidad de la invasión, y lo cierto es que son pacientes

que muchas veces la utilización del transductor por vía transrectal genera dolor tanto por adherencias como por el mismo nódulo endometriósico. Es decir, en base a nuestra experiencia, preferimos resonancia magnética para estudiar estos pacientes. En cuanto al abordaje, lo hacemos habitualmente con los ginecólogos, tanto en la evaluación preoperatoria como en la elección de la estrategia quirúrgica antes de la cirugía. Durante el acto operatorio habitualmente están uno de los cirujanos proctólogos y uno de los dos ginecólogos que habitualmente hacen endometriosis en el hospital. Y sí, la decisión de hacer una resección o no algunas veces es más sencilla cuando el compromiso es muy extenso y algunas veces es más dificultosa cuando los nódulos son más pequeños y uno puede tener la oportunidad de researlos sin tener que hacer la resección completa. En cuanto al resto de los implantes, la idea es tratarlos en cada cirugía. Lo cierto es que son personas jóvenes que generalmente tienen quistes en el ovario, a los que tratamos con el destechamiento del mismo y quemamos toda la superficie del quiste. Pero lo cierto es que siempre algo de tejido endometrial, a mí parecer, queda. Con eso creo haber respondido las preguntas que me hizo.