

Abordaje mínimamente invasivo de la endometriosis profunda con compromiso rectal y ureteral



<https://youtu.be/qL3whID1ls>

Facundo Montero Quiroga¹, Agustín Quintae², Guido Koren³, Paul Sere day², Nicolás Avellaneda⁴

Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas “Norberto Quirno” (CEMIC), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

¹ Servicio de Cirugía General,

² Servicio de Tocoginecología,

³ Servicio de Urología,

⁴ Servicio de Coloproctología

Para citar:

Montero Quiroga F, Quintae A, Koren G, Sere day P, Avellaneda N. Abordaje mínimamente invasivo de la endometriosis profunda con compromiso rectal y ureteral. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(2):35-36. doi:10.46768/t8cctk11

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista. <https://doi.org/10.46768/t8cctk11>

Recibido: 08-01-2026

Aceptado: 06-04-2026

Palabras clave: endometriosis profunda; endometriosis rectal; endometriosis ureteral; cirugía laparoscópica; reimplante ureteral

Keywords: deep endometriosis; rectal endometriosis; ureteral endometriosis; laparoscopic surgery; ureteral reimplantation

INTRODUCCIÓN

La endometriosis profunda es una forma grave de endometriosis caracterizada por la infiltración de tejido endometrial mayor de 5 mm debajo de la superficie peritoneal. Esta condición puede afectar estructuras pélvicas como el recto y los uréteres, generando dolor cíclico intenso y síntomas urinarios o gastrointestinales.^{1,2} El tratamiento quirúrgico de esta patología, especialmente cuando existe afectación rectal y ureteral, requiere un enfoque multidisciplinario preciso y una disección meticulosa que preserve la función orgánica y reduzca la morbilidad.^{3,4} La cirugía mínimamente invasiva se ha consolidado como el abordaje de elección en la endometriosis compleja debido a la mejor visualización anatómica, la reducción de la morbilidad posoperatoria y la optimización de la recuperación. El presente vídeo muestra una técnica quirúrgica de alta complejidad, que incluye la liberación rectal y la reimplantación ureteral. Este material audiovisual puede aportar evidencia técnica y educativa a la comunidad coloproctológica.

DESCRIPCIÓN DEL VIDEO

Paciente femenina de 47 años, con índice de masa corporal de 27 kg/m² y sin alergias medicamentosas conocidas, que consultó por dolor abdominal cíclico recurrente refractario a 3 meses de tratamiento médico. Entre sus antecedentes quirúrgicos destacaban histerectomía subtotal por miomatosis uterina, reducción mamaria y colocación previa de catéter doble J derecho por hidronefrosis secundaria a endometriosis. La paciente no presentaba deseo de fertilidad futura, por lo que se indicó tratamiento quirúrgico definitivo. Se realizó acceso laparoscópico estándar. La exploración inicial evidenció implantes endometriósicos ováricos bilaterales y adherencias densas que comprometían recto y paredes laterales de la pelvis. Se realizó disección medial del mesocolon sigmoideos y mesorrecto utilizando dispositivos de energía, seguida de liberación de los ovarios de la cara anterior del colon y recto. Posteriormente, se identificó y liberó el uréter izquierdo de adherencias a la pared rectal. A continuación se completó la



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología. Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución–NoComercial–SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Facundo Montero Quiroga:
facu.mq@gmail.com

ooforectomía izquierda mediante disección combinada con tijera y energía.

En el uréter derecho se identificó el compromiso endometriótico severo con fibrosis extensa. Se realizó sección del segmento afectado, extracción del catéter doble J y ligadura del muñón ureteral distal. La integridad del tracto urinario proximal fue confirmada mediante prueba hidroneumática. Se completó la ooforectomía derecha y, posteriormente, la resección de un implante endometriótico localizado en la pared del cuello uterino. Se realizaron colpotomía y traquelectomía seguidas de cierre de la cúpula vaginal.

Para la reconstrucción urinaria, se efectuó movilización vesical y anastomosis ureterovesical laparoscópica utilizando puntos separados de Vicryl® sobre un tutor ureteral. El procedimiento concluyó con la colocación de un drenaje en el lecho quirúrgico.

La evolución posoperatoria fue favorable, con alta al primer día postoperatorio sin complicaciones. La sonda vesical fue retirada a los 15 días y en el seguimiento la paciente permanecía asintomática y sin requerimiento de analgesia.

CONCLUSIONES

La cirugía mínimamente invasiva para la endometriosis profunda con compromiso rectal y ureteral es factible y segura en pacientes seleccionados cuando es realizada por un equipo multidisciplinario experimentado. La identificación anatómica precisa y una técnica quirúrgica meticulosa son fundamentales para minimizar la morbilidad, preservar la función orgánica y mejorar la recuperación posoperatoria.

Este caso demuestra la factibilidad técnica del abordaje laparoscópico combinando adhesiolisis, resección anexial, traquelectomía y reimplante ureteral, con adecuados resultados perioperatorios y funcionales incluso en presencia de compromiso ureteral severo.

Contribuciones:

FM: conceptualización, metodología, investigación, curación de datos, visualización, redacción borrador original. PS: investigación, supervisión, validación. GK: investigación, supervisión, validación. AQ: investigación, supervisión, validación. NA: conceptualización, metodología, investigación, curación de datos, visualización, redacción borrador original, revisión y edición, supervisión y validación.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCID:

Montero Quiroga F: <https://orcid.org/0009-0006-3110-1391>

Quintaia a: <https://orcid.org/0000-0001-5096-5837>

Koren G: <https://orcid.org/0000-0001-5523-0063>

Sereday P: <https://orcid.org/0000-0001-5096-5837>

Avellaneda N: <https://orcid.org/0000-0002-6802-7125>

REFERENCIAS

1. Zapata GH, Videla Rivero B, Moreira Grecco A, Videla Rivero L. Tratamiento multidisciplinario de la endometriosis profunda grave. *Rev Arg Coloproctol.* 2020;31(4):124–9. doi:10.46768/racp.v31i04.82.
2. Wolthuis AM, Meuleman C, Tomassetti C, D'Hooghe T, de Buck van Overstraeten A, de D'Hoore A. Bowel endometriosis: Colorectal surgeon's perspective in a multidisciplinary surgical team. *World J Gastroenterol.* 2014;20(42):15616–23.
3. Nezhat C, Li A, Falik R, Copeland D, Razavi G, Shakib A, et al. Bowel endometriosis: diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(6):549–62. doi: 10.1016/j.ajog.2017.09.023.
4. Cano Busnelli V, Mentz R, Vaccaro C, Antelo Galarza R, Im V, Gil S, et al. Tratamiento laparoscópico resectivo por endometriosis severa con compromiso colorrectal: factibilidad y seguridad. *Rev Arg Coloproctol.* 2014;25(4):204–10.