

Endometriosis profunda con compromiso rectal severo



<https://youtu.be/FjqIsMATGXI>

Joaquín Tognelli¹, Alberto Manuel Ustarroz²

¹ Cirujano Colorrectal del Hospital Juan A. Fernández, Sanatorio Finochietto y Sanatorio Sagrado Corazón. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Docente Auxiliar Ayudante de Primera. UDH Hospital Juan A. Fernández, Facultad de Medicina, UBA.

² Jefe de la Sección Patología Benigna, División Ginecología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Argentina. Jefe de Trabajos Prácticos, UBA.

Palabras clave: resección de recto, endometriosis colónica, endometriosis pélvica extragenital, endometriosis profunda

Keywords: Rectal Resection; Colonic Endometriosis, Extragenital Pelvic Endometriosis, Deep Endometriosis

INTRODUCCIÓN

La endometriosis infiltrante profunda (EIP) es una forma severa de endometriosis que afecta al 1–2% de las mujeres en edad reproductiva. Se caracteriza por la presencia de tejido endometrial que penetra 5 mm o más por debajo del peritoneo y suele estar asociada a dolor pélvico severo e infertilidad. Frecuentemente, se manifiesta como un nódulo único mayor a 1 cm y en un 5–12% de los casos compromete el intestino, principalmente el recto y el colon sigmoideo (90%).¹ Hasta el 80% de las mujeres infértiles presentan algún grado de endometriosis.^{2,3} En casos seleccionados, el tratamiento quirúrgico puede mejorar significativamente la fertilidad; un tercio logra un embarazo en el primer año y dos tercios dentro de los tres años posteriores a la intervención.^{4,5}

DESCRIPCIÓN

Paciente de 25 años, con antecedente de quistectomía ovárica laparoscópica por quistes hemorrágicos, en búsqueda de embarazo. Consulta por dispareunia y dolor pélvico crónico en fosa ilíaca izquierda, refractario a anticonceptivos orales, que se intensifica con la defecación. Al examen físico, en el tacto bimanual se palpa un nódulo doloroso en el fondo de saco de Douglas. Dado que la videocolonoscopia fue incompleta por angulación en la unión rectosigmoidea, se complementó con colonoscopia virtual, que mostró dicho estrechamiento, con signos de inflamación local y sin otras lesiones proximales.

La resonancia magnética de pelvis confirmó endometriomas bilaterales, hematosalpinx y tejido fibroso retrocervical con componente quístico-hemorrágico que infiltraba ambos ligamentos uterosacros, fórnix vaginal posterior y recto, comprometiendo un 40% de la circunferencia rectal en al menos dos segmentos. También se observó engrosamiento fibroso del peritoneo vesicouterino.

Se realizó un abordaje laparoscópico utilizando un movilizador uterino para la adecuada exposición del compartimento posterior, que mejoró al abordar inicialmente los endometriomas. Se identificaron y lateralizaron ambos uréteres para evitar lesionarlos durante la disección de los nódulos endometriósicos rectovaginales. Se resecaron los ligamentos uterosacros, se ingresó al espacio rectovaginal, se liberó el recto y se restableció la anatomía, lo que permitió evaluar el compromiso colorrectal y definir la conducta quirúrgica. Ante dos lesiones con compromiso transmural, se indicó resección segmentaria sin conservación de órgano. Se efectuó anastomosis término-terminal mecánica, preservando el mesorrecto. La paciente evolucionó favorablemente, con alta al cuarto día.

CONCLUSIÓN

Determinar el grado de compromiso colorrectal es clave para definir el tratamiento: cirugías no resectivas (afeitado y/o resección discoidea del recto) o resección de órgano. Esta última está indicada ante lesiones multifocales o afectación de más del

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Joaquín Tognelli:** tognellijoaquin@gmail.com
Recibido: 16-05-2025. Aceptado: 18-08-2025.

Joaquín Tognelli: <https://orcid.org/0000-0001-9432-6287>; Alberto Manuel Ustarroz: <https://orcid.org/0009-0000-4752-7457>

50% de la circunferencia, como en este caso. Es un procedimiento seguro por vía laparoscópica y, al tratarse de una enfermedad benigna, se puede conservar el mesorrecto. La mayoría de las pacientes experimentan mejoría significativa del dolor y calidad de vida, con bajas tasas de recurrencia.

REFERENCIAS

1. Habib N, Centini G, Lazzeri L, Amoruso N, El Khoury L, Zupi E, et al. Bowel Endometriosis: Current Perspectives on Diagnosis and Treatment. *Int J Womens Health*. 2020;12:35-47.
2. Koninckx PR, Ussia A, Adamyan L, Wattiez A, Donnez J. Deep endometriosis: Definition, diagnosis, and treatment. *Fertil Steril*. 2012;98(3):564-71.
3. Poon C, Rome R. Malignant extra-ovarian endometriosis: A case series of ten patients and review of the literature. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2020;60(4):585-91.
4. Bassi MA, Podgaec S, Dias JA, D'Amico Filho N, Petta CA, Abrao MS. Quality of Life after segmental Resection of the Rectosigmoid by Laparoscopy in Patients with Deep Infiltrating Endometriosis with Bowel Involvement. *J Minim Invasive Gynecol*. 2011;18(6):730-3.
5. Tognelli J. Endometriosis colorrectal. En: Lumi CM, Bianchi R, Canelas A, Colliá Ávila K, Farina PA, Laporte M, Mattacheo AE, Pastore RLO, ed. *Enfermedades del colon, recto y ano*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Coloproctología; 2023. p. 420-29.