



P-035 - EL COLOPROCTÓLOGO ANTE LA ENDOMETRIOSIS PROFUNDA INTESTINAL, ANÁLISIS DE NUESTROS DATOS

Moragues Casanova, María; García Coret, María José; Tomé Jiménez, Miriam; Báez de Burgos, Célia; Aghababyan, Cristina; Gilabert Estellés, Juan; Zaragozá Fernández, Cristóbal

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Introducción: La endometriosis profunda es una forma grave de endometriosis que se caracteriza por la infiltración del peritoneo en una profundidad mayor a 5 mm, afectando a órganos retroperitoneales (vagina, vejiga, intestino y uréter) y pudiendo ser multifocal. La afectación intestinal se da en un 20% de las pacientes, más frecuentemente en recto y unión rectosigma (80%), causando un importante deterioro de la calidad de vida. Al ser una enfermedad benigna que afecta a mujeres jóvenes, generalmente se opta por cirugías conservadoras, pero hay casos en los que es necesaria una resección intestinal. Es imprescindible que las pacientes conozcan las limitaciones y posibles complicaciones de la cirugía, así como la posibilidad de acabar con estoma. La complejidad de la cirugía debida a las adherencias y la afectación de diferentes órganos hacen imprescindible el abordaje multidisciplinar, realizando una planificación quirúrgica adecuada para evitar las resecciones innecesarias. El Servicio de Ginecología de nuestro hospital es Unidad de referencia de la endometriosis desde 2011, por lo que hemos analizado los datos desde esa fecha.

Métodos: Análisis retrospectivo realizado en un hospital terciario, Centro de referencia en endometriosis desde 2011, año en que se creó el Comité de endometriosis. Se han analizado todas las pacientes con endometriosis profunda con afectación intestinal a las que se les realizó resección intestinal o *shaving* por laparoscopía. Hemos realizado un análisis descriptivo de los datos mediante el sistema SPSS.

Resultados: Del total de pacientes con diagnóstico de endometriosis (214), el 44,4% presentaban endometriosis profunda. En el 17% del total se realizó resección segmentaria, en el 3% discoide y en el 80% *shaving*. El 100% de las resecciones intestinales fueron laparoscópicas. Todas las pacientes presentaron afectación rectal, salvo una con afectación de válvula ileocecal. De las pacientes con resección intestinal, la histopatología demostró compromiso de la capa muscular en un 78,6%. En el 50% de los pacientes no se produjeron complicaciones en el posoperatorio inmediato. Tan solo dos de las pacientes presentaron complicaciones con un Clavien-Dindo mayor de II. A todas se les realizó ecografía transvaginal, solo en 11 se realizó RM. A largo plazo, tan solo 3 de las 14 pacientes con resección intestinal presentaron recidiva de la enfermedad.

Conclusiones: La cirugía laparoscópica es una herramienta clave para las pacientes con diagnóstico de endometriosis profunda. Sin embargo, no siempre consigue la curación o mejoría clínica total y está asociada con un alto riesgo de complicaciones. Es imprescindible la individualización del tratamiento y la planificación quirúrgica por un equipo multidisciplinar, para conseguir mejores resultados con menores complicaciones, estancias hospitalarias más cortas y una recuperación funcional más rápida. El

coloproctólogo ha de evaluar la indicación de resección intestinal, valorando las alternativas y la repercusión en la calidad de vida. Nuestros datos muestran que somos selectivos a la hora de realizar resecciones (solo un 17%), principalmente si son de recto debido a la morbilidad asociada, y que al individualizar el tratamiento se consiguen buenos resultados a largo plazo.