



Escisión laparoscópica del nódulo de endometriosis del recto

24 de agosto de 2020

Presentado por Kristen Pepin, MD, y Jon I. Einarsson, MD, PhD, MPH Brigham and Women's Hospital, Boston

https://www.youtube.com/watch?v=lTiZ2-xkT_w&feature=youtu.be

El video detalla una escisión laparoscópica de un nódulo de endometriosis del recto. El paciente es un G1P1 de 35 años con antecedentes de dolor pélvico crónico e infertilidad.

Un año antes de este procedimiento, se había sometido a una laparoscopia incompleta donde se notó una endometriosis extensa entre el recto y la vagina. En el examen, tenía una masa de 2 cm palpable en el tabique rectovaginal. Al entrar, se observa una obliteración completa del fondo de saco posterior.

El procedimiento se inicia eliminando la película adhesiva que sujeta el sigmoides a la pared lateral pélvica izquierda. Esta disección se realiza cranealmente para permitir la movilización adecuada del sigmoides. Esto permite identificar el uréter al nivel del borde pélvico como se ve aquí.

Esta disección luego se lleva a la pelvis para que el uréter pueda verse al nivel del ovario inmovilizado. Mediante una disección aguda, el ovario izquierdo se separa del recto subyacente. También se inicia una disección del recto del útero posterior. A continuación, el ovario se puede movilizar sin rodeos fuera del fondo de saco posterior. El ovario izquierdo se sutura temporalmente al ligamento redondo para mantenerlo fuera del campo quirúrgico.

El ovario derecho se moviliza sin rodeos desde la pared lateral pélvica. El uréter derecho se identifica transperitonealmente. Se ingresa al retroperitoneo justo debajo del nivel del uréter para permitir su disección completa en la pared lateral pélvica derecha. Las inserciones rectales del útero posterior se retiran con cuidado mediante una disección aguda.

Se encuentra que el recto tiene más de un accesorio y el primer accesorio se libera. Esto permite una mejor visualización del recto y el nódulo restante. La disección se realiza lateralmente para liberar el nódulo de cualquier unión en cualquiera de las paredes laterales.

A continuación, se disecciona cuidadosamente el nódulo de la parte posterior del útero. La electrocirugía se utiliza de forma segura en la interfaz del nódulo y la parte posterior del útero. Durante la disección, el entorno se evalúa constantemente para evitar lesiones. Aquí la masa debe moverse aún más desde la pared lateral pélvica derecha.

Se coloca una mano en la vagina para ayudar a delimitar cualquier tejido vaginal sano del nódulo. El ovario derecho también está atado temporalmente fuera del camino. Con cuidado de

evitar el uréter, se extrae por completo el peritoneo que recubre la pared lateral pélvica derecha, donde una vez estuvo atado el ovario. Se coloca una sonda rectal.

Secuencialmente, el nódulo de endometriosis se extrae de sus inserciones laterales. Luego, el nódulo se libera de sus uniones al recto. A pesar de una disección cuidadosa, todavía queda algo de nódulo residual. Esto se toma con cuidado con el tenáculo y se disecciona del recto con tijeras frías.

Esto deja expuesta un área viable de la capa muscular. Esta área se cose en varias capas sin estrechar la luz rectal. Esto se prueba pasando un medidor EEA a través del recto después de la primera capa.

La sutura utilizada aquí es una sutura DOP con púas. Al igual que en el lado derecho, también se extirpa el peritoneo que cubre la pared lateral pélvica izquierda. La escisión ahora está completa y se realiza una prueba de fuga rectal.

La paciente fue dada de alta en los días cero del postoperatorio, tuvo un curso posoperatorio de rutina e informó que el dolor mejoraba significativamente en su visita posoperatoria. Todas las muestras extraídas fueron notables por endometriosis.

Video relacionado: Escisión laparoscópica de endometriosis intestinal multifocal

<https://www.youtube.com/watch?v=luVh6KuBplM&feature=youtu.be>

Nisse V. Clark, MD, Renita Kim, MD, MPH y Jon Einarsson, MD, PhD, MPH muestran cómo tratan la endometriosis intestinal multifocal en una G0 de 25 años con dismenorrea, disquecia y sangrado rectal cíclico.

Fuente: <https://www.contemporaryobgyn.net/view/laparoscopic-excision-of-endometriosis-nodule-of-the-rectum>