

Histerectomía en Bloque en 10 Pasos: Un Enfoque Estandarizado para la Endometriosis Infiltrativa Profunda con Nódulos #Enzian C3 (Video article)

Author: Lucía Chaul¹, Ramiro Cabrera Carranco¹, William Kondo², Armando Menocal³, Ana Gabriela Sierra Brozon¹,

Affiliation:

- ¹ Female Pelvic Surgery Department, Doyenne High Quality and Multidisciplinary Treatment Center for Endometriosis, Mexico City, Mexico.
- ² Centro Médico Hospitalar Sugisawa, Brasilia, Brazil
- ³ Star Medica Morelia, Morelia, Mexico

Resumen

La endometriosis infiltrativa profunda se extiende más allá del peritoneo, afectando con frecuencia el colon rectosigmoideo, lo que requiere un manejo quirúrgico complejo. La técnica previamente publicada de “Histerectomía en Bloque” describe la resección simultánea del útero y el segmento intestinal afectado mediante resección intestinal (1). A partir de esta técnica, se desarrolló un abordaje estructurado de 10 pasos para mejorar la precisión, reproducibilidad y eficiencia quirúrgica. Este método estandarizado optimiza la disección, mejora la preservación tisular y reduce el tiempo intraoperatorio, el riesgo de fístulas rectales y las complicaciones posoperatorias (2). La “Histerectomía en Bloque en 10 Pasos” proporciona una estrategia sistemática y reproducible para el manejo de la endometriosis intestinalmente infiltrativa que requiere histerectomía, ofreciendo mayor seguridad y mejores resultados quirúrgicos.

Parabras clave:

Histerectomía en Bloque (EBH), Endometriosis Infiltrativa Profunda (EIP), Enzian (#E), Adenomiosis Difusa (DA), Tiempo Quirúrgico (TQ)

Objetivo de Aprendizaje:

Ofrecer un enfoque estructurado y reproducible en 10 pasos para realizar una histerectomía en bloque en casos de endometriosis profunda con compromiso intestinal, con el fin de mejorar la

precisión quirúrgica, optimizar la preservación tisular y reducir el tiempo operatorio y las complicaciones.

Corresponding author: Lucia Chaul

DOI: 10.36205/trocar6.vid25009

Received: 2025-04-11 – Accepted: 2025-05-21

Introducción:

La endometriosis profunda (EIP) se define por la presencia de tejido similar al endometrio que infiltra más de 5 mm por debajo de la superficie peritoneal, afectando no solo los órganos reproductivos, sino también estructuras adyacentes como el tracto intestinal. Entre las localizaciones extragenitales, el colon rectosigmoideo es uno de los sitios más comúnmente afectados, con una prevalencia del 5% al 37% en pacientes con EIP. Esta condición produce no solo dolor pélvico severo, sino también síntomas gastrointestinales como disquecia, estreñimiento, rectorragia e incluso obstrucción parcial del intestino.

El manejo quirúrgico de la endometriosis colorrectal implica desafíos significativos, con tasas de complicaciones reportadas entre el 10% y 22% cuando se requiere resección intestinal (3). La elección del abordaje quirúrgico depende de múltiples factores, incluyendo el tamaño de la lesión, la profundidad de invasión y el grado de compromiso de la pared intestinal (1,4). Las estrategias terapéuticas varían desde técnicas conservadoras (afeitado rectal, resección discoide) hasta abordajes radicales como la resección segmentaria cuando existe infiltración transmural (3).

Una técnica quirúrgica estandarizada y reproducible es fundamental para mejorar los resultados y reducir las complicaciones en

estos procedimientos de alto riesgo (1,4). La “Histerectomía en Bloque en 10 Pasos” fue desarrollada como un enfoque sistemático para garantizar precisión quirúrgica, aumentar la seguridad y optimizar la recuperación en casos de endometriosis infiltrativa intestinal que requieren histerecto

Métodos:

Se presenta el caso de una paciente de 46 años con antecedentes de dismenorrea, dolor pélvico crónico, disquecia, dispareunia severa y estreñimiento de larga evolución. Se realizó un mapeo preoperatorio obligatorio de endometriosis mediante resonancia magnética pélvica, que mostró los siguientes hallazgos:

Adenomiosis difusa

Placa endometriósica de 4 cm emergente del torus uterosacro, adherida al recto a 12 cm del margen anal, comprometiendo el 40% de su circunferencia

Complejos tuboováricos retraídos con endometriomas adheridos al intestino

Clasificación #Enzian 2021: Po, O3/3, T3/3, A2, B1/1, C3, FA

Se realizó una histerectomía laparoscópica en bloque mínimamente invasiva con resección intestinal segmentaria. Para fines didácticos, el video fue estructurado en los siguientes 10 pasos quirúrgicos estandarizados,

permitiendo una mejor comprensión y reproducibilidad de la técnica, con el objetivo de mejorar la eficiencia y seguridad quirúrgica:

- 1) Disección de las tres zonas pélvicas herméticas
- 2) Coagulación de la arteria uterina en el espacio de Latzko
- 3) Disección del espacio vesicouterino
- 4) Disección de los espacios de Latzko y Okabayashi izquierdos
- 5) Ligadura de la arteria sigmoidea con clips Hem-o-lok
- 6) Colpotomía anterior para iniciar la histerectomía en bloque
- 7) Disección del espacio rectovaginal
- 8) Resección intestinal distal con engrapadora lineal
- 9) Colocación del yunque en el extremo proximal mediante mini-laparotomía
- 10) Cierre de la cúpula vaginal

Resultado Principal:

El tiempo quirúrgico total fue de 160 minutos. Se utilizó monitoreo intraoperatorio con niveles de procalcitonina y proteína C reactiva como marcadores de posible fuga anastomótica; todos se mantuvieron dentro de los valores normales. La paciente fue dada de alta al segundo día postoperatorio, tolerando dieta antiinflamatoria sin complicaciones (6,7).

Resultados

Un mes después de la cirugía, la paciente presentó una mejora sintomática

significativa, con una reducción del puntaje de dolor en la escala visual análoga (EVA) de 8/10 a 3/10. El estudio histopatológico mostró adenomiosis difusa e inflamación crónica con edema en la capa muscular del colon, acompañado de un nódulo fibromuscular compatible con endometriosis profunda.

Discusión:

La EIP es una enfermedad compleja y progresiva, caracterizada por la infiltración de tejido endometriósico más allá del peritoneo, comprometiendo frecuentemente el tracto intestinal. La resección del rectosigmoidees exige técnicas quirúrgicas avanzadas para lograr la escisión completa de la enfermedad minimizando complicaciones (3-5).

La técnica ya establecida de “EBH” describe la resección simultánea del útero y el segmento afectado del rectosigmoidees mediante resección segmentaria (1). Estudios previos han demostrado los beneficios de este abordaje en términos de radicalidad y reducción de complicaciones (8,9). A partir de esta base, se desarrolló un enfoque sistemático de 10 pasos para estandarizar aún más el procedimiento, garantizando una metodología reproducible y aplicable para cirujanos que manejan casos complejos de EIP con compromiso colorrectal.

La “EBH en 10 Pasos” ofrece múltiples ventajas quirúrgicas: optimiza la disección, mejora la visualización anatómica y reduce los riesgos intraoperatorios (1,10). La adherencia a un protocolo estructurado favorece la precisión, facilita planos tisulares claros y disminuye el riesgo de daño inadvertido a estructuras adyacentes.

Una de sus principales ventajas es la reducción del tiempo quirúrgico. Al abordar sistemáticamente los tejidos afectados, la

técnica elimina pasos innecesarios, reduce la complejidad en la toma de decisiones intraoperatorias y agiliza el procedimiento. Esto es especialmente útil en cirugías largas, donde el tiempo prolongado se asocia con mayor riesgo de sangrado, infección y complicaciones postoperatorias (1,8,9).

La visualización anatómica mejorada del espacio rectovaginal también representa un beneficio clave. La disección estratégica y sistemática permite una movilización precisa del septo rectovaginal, separando el recto del plano vaginal y disminuyendo así el riesgo de perforación rectal, una de las complicaciones más temidas en cirugía de endometriosis colorrectal (1,4,9).

La técnica contribuye a disminuir el riesgo de fístulas rectales al permitir una disección meticulosa antes de abordar las zonas de infiltración profunda, preservando planos tisulares sanos y favoreciendo un enfoque intestinal más conservador cuando es aplicable (1).

Asimismo, la “EBH” promueve la preservación nerviosa, especialmente en casos con afectación extensa del parametrium y del rectosigmoides. La clara delimitación y movilización de estructuras clave, como los nervios hipogástricos y los uréteres, reduce el riesgo de complicaciones a largo plazo como disfunción vesical o dolor neuropático.

Por último, la dieta antiinflamatoria se ha postulado como una herramienta útil en el manejo perioperatorio. La evidencia reciente sugiere que la inflamación crónica tiene un papel central en la fisiopatología de la endometriosis. La implementación de intervenciones nutricionales antiinflamatorias puede modular la respuesta inmunitaria sistémica y local, reducir citocinas proinflamatorias y marcadores de estrés oxidativo, y favorecer la

preparación tisular para una mejor recuperación postquirúrgica (6,7).

Conclusión:

La técnica “EBH en 10 Pasos” representa una evolución en el manejo quirúrgico de la endometriosis profunda con compromiso colorrectal, ofreciendo un enfoque altamente estandarizado, reproducible y eficiente. Aunque los beneficios de la técnica EBH ya han sido documentados, este artículo la sistematiza en 10 pasos, lo que mejora su accesibilidad y aplicabilidad para cirujanos especializados en endometriosis avanzada.

Su carácter estructurado favorece la precisión quirúrgica, optimiza la seguridad del paciente y reduce las complicaciones, constituyéndose como una herramienta valiosa en el tratamiento de esta enfermedad debilitante. A medida que se expanda su uso, serán necesarios estudios multicéntricos para validar su eficacia como posible estándar de oro en los casos complejos de EIP con compromiso intestinal.

Referencias:

1. Cabrera Carranco R, Kondo W, Viguera Smith A, Rivera Rosas EG, Menocal Tavernier UA. A Novel Technique for En Bloc Hysterectomy in the Treatment of Deep Endometriosis Enzian C3 Bowel Nodules to Optimize – Video Step by Step Approach. The Trocar. 2023;4(4). doi:10.36205/trocar4.vid20231.
2. De Nardi P, Elmore U, Maggi G, Maggiore R, Boni L, Cassinotti E, et al. Intraoperative angiography with indocyanine green to assess anastomosis perfusion in patients undergoing laparoscopic colorectal resection: results of a multicenter randomized controlled trial. Surg Endosc. 2020;34(1):53–60. doi:10.1007/s00464-019-06797-8.

3. Viguera Smith A, Sumak R, Cabrera R, Kondo W, Ferreira H. Bowel anastomosis leakage following endometriosis surgery: an evidence-based analysis of risk factors and prevention techniques. *Facts Views Vis Obgyn.* 2020;12(3):207–25.
4. Cabrera R, Tessmann Zomer M, Larrain D, Bourdel N, Canis M, Kondo W. Laparoscopic Reverse Technique for Posterior Rectovaginal Deep Endometriosis Nodule Step by Step. *J Minim Invasive Gynecol.* 2020 Mar-Apr;27(3):577–578. doi:10.1016/j.jmig.2019.07.018.
5. Kondo W, Bourdel N, Jardon K, Rabischong B, Botchorishvili R, Pouly JL, et al. Complications after surgery for deeply infiltrating pelvic endometriosis. *BJOG.* 2011;118(3):292–298.
6. Santanam N, Banerjee J, Feldman RA, et al. A pilot study to evaluate the effects of an anti-inflammatory diet in women with endometriosis. *J Endometr.* 2013;5(1):23–30. doi:10.5301/je.5000150.
7. Harris HR, Chavarro JE, Malspeis S, et al. Adherence to a Mediterranean diet is associated with reduced risk of endometriosis. *Fertil Steril.* 2018;110(5):971–977.e1. doi:10.1016/j.fertnstert.2018.06.026.
8. Roman H, Darwish B, Barbieri M, et al. Segmental and subsegmental resection of the rectosigmoid for endometriosis: the Rouen technique. *JMIG* 2014;21(3):472–473. doi:10.1016/j.jmig.2013.10.011.
9. Afors K, Murtaza B, Centini G, et al. Segmental Bowel Resection for Deep Infiltrating Endometriosis: A Multidisciplinary Laparoscopic Approach. *JMIG.* 2016;23(4):498–504. doi:10.1016/j.jmig.2015.12.015
10. Lemos N, Opperman K, Costa EM, et al. Comprehensive surgical approach to endometriosis: impact on pain and quality of life. *Gynecol Obstet Invest.* 2019;84(1):94–101. doi:10.1159/000493529.