

Endometriosis colorrectal, resultados quirúrgicos de un estudio transversal en un centro de salud público

Christophe Riquoir A.¹, Cristián Jarry T.¹, Sebastián Olivares M.¹,
Claudio Muñoz Z.¹, Alejandra Seguel A.¹, Eugenio Grasset E.¹

Colorectal endometriosis: Surgical outcomes in a cross-sectional study from a public healthcare center

Introduction: Colorectal endometriosis (CRE) is the most common extrauterine manifestation of deep infiltrating endometriosis and requires multidisciplinary management. This study aims to describe the perioperative outcomes of patients undergoing surgery for CRE in a public healthcare center. **Methods:** Cross-sectional study including patients over 18 years' old who underwent surgery for CRE between September 2021 and November 2024. Patients were classified into four risk groups based on surgical complexity: high global risk (A), high colorectal risk (B), high gynecological risk (C), and low global risk (D). **Results:** Out of 317 patients operated on for deep endometriosis, 43 (13.6%) had colorectal disease. Of these, 91% underwent laparoscopic surgery, with a conversion rate of 2.6%. Intestinal resection was required in 30.2% of cases, with no anastomotic leaks. Overall morbidity was 16.3%, with severe complications in 2.3%. All cases in groups A and B were managed laparoscopically without conversions. A significant difference in hospital stay was observed between groups B and D ($p = 0.017$). Other visible differences, such as longer operative times in more complex groups, did not reach statistical significance. **Discussion:** The results demonstrate a high rate of minimally invasive surgery, low morbidity, and zero mortality, consistent with international standards. The classification by surgical complexity allows for better comprehension of outcomes and may guide the development of specific management protocols. **Conclusion:** This series shows favorable surgical outcomes in CRE and proposes a risk-based classification. Complex colorectal procedures appear to require longer hospital stays than gynecological ones, with similar morbidity and operative times.

Keywords: endometriosis; intestinal; colorectal; laparoscopy.

Resumen

Introducción: La endometriosis colorrectal (ECR) es la manifestación extrauterina más común de la endometriosis infiltrante profunda y requiere un manejo multidisciplinario. Este estudio tiene como objetivo describir los resultados perioperatorios de pacientes intervenidas por ECR en un centro público. **Métodos:** Estudio transversal que incluyó pacientes mayores de 18 años sometidas a cirugía por ECR entre septiembre de 2021 y noviembre de 2024. Se clasificaron en cuatro grupos de riesgo según complejidad quirúrgica: alto riesgo global (A), alto riesgo colorrectal (B), alto riesgo ginecológico (C) y bajo riesgo global (D). **Resultados:** De 317 pacientes operadas por endometriosis profunda, 43 (13,6%) presentaron compromiso colorrectal. El 91% fue intervenido por laparoscopia, con una tasa de conversión del 2,6%. El 30,2% requirió resección intestinal, sin dehiscencias anastomóticas. La morbilidad global fue del 16,3%, con complicaciones severas en el 2,3%. En los grupos A y B, todos los casos fueron resueltos por laparoscopia sin conversiones. Se observó una diferencia significativa en estadía hospitalaria entre los grupos B y D ($p = 0,017$). Otras diferencias visibles, como tiempos operatorios más prolongados en los grupos complejos, no alcanzaron significancia estadística. **Discusión:** Los resultados muestran una alta tasa de cirugía mínimamente invasiva, baja morbilidad y nula mortalidad, concordante con estándares internacionales. La clasificación por complejidad permite una mejor interpretación de los resultados y podría guiar protocolos de manejo específicos. **Conclusión:** Esta serie muestra buenos resultados quirúrgicos en ECR, proponiendo una clasificación por grupos de riesgo. Los procedimientos colorrectales complejos parecen requerir estadías más largas que los ginecológicos, con morbilidad y tiempos similares. **Palabras clave:** endometriosis; intestinal; colorrectal; laparoscopia.

¹Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse, Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Santiago, Chile.

Recibido el 2025-04-22 y
aceptado para publicación el
2025-06-19

Correspondencia a:
Dr. Eugenio Grasset Escobar
egrasset@hsorient.cl

E-ISSN 2452-4549



Introducción

La endometriosis corresponde a la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina, afectando al 10% de las mujeres en edad fértil¹. La endometriosis colorrectal (ECR) corresponde a la ubicación extra-uterina más frecuente (5-12%), encontrando la mayoría de los implantes en el colon sigmoidees (65%) y recto (15%). Otros sitios frecuentes son el apéndice cecal y la región ileocecal (20%)².

La ECR suele asociarse a la variante más incapacitante de la enfermedad, la endometriosis infiltrante profunda, cuando involucra más de 5 mm de la superficie peritoneal³. Puede manifestarse mediante dismenorrea, dolor pélvico crónico, dispareunia, infertilidad, obstrucción intestinal, hemorragia digestiva o como un hallazgo incidental en otra cirugía o en la histopatología⁴.

El manejo de esta patología debe ser multidisciplinario, considerando que el 70-80% de los casos de ECR se asocian a enfermedad extraintestinal, ya sea en ovarios, ligamento útero-sacro u otro sitio⁵. El manejo de los casos más leves suele ser analgésico y hormonal, sin embargo, para la enfermedad profunda sintomática el tratamiento quirúrgico es el *gold standard*⁶.

La cirugía tiende a ser compleja debido a la presencia de fibrosis importante, siendo característica la obliteración del fondo de saco recto-vaginal y vesicouterino⁷. Por lo anterior, es de particular relevancia contar con una óptima colaboración entre los equipos de ginecología, coloproctología y urología para ofrecer los mejores resultados en morbilidad y calidad de vida.

El objetivo principal de este artículo es describir los resultados quirúrgicos de los casos operados por ECR con participación de un equipo de coloproctología en un centro público. Secundariamente, realizar un análisis descriptivo y comparativo por subgrupos según tipo de cirugía.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio transversal donde se incluyeron las pacientes mayores de 18 años sometidas a cirugía electiva por vía abierta o laparoscópica por endometriosis profunda con diagnóstico pre- o intraoperatorio de ECR en el Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse, entre septiembre de 2021 y noviembre de 2024. Los criterios de exclusión fueron los casos con historias clínicas incompletas, sin seguimiento y en los que no hubo participación de un cirujano coloproctólogo.

Los datos recopilados incluyen información demográfica básica, comorbilidades, índice de masa corporal (IMC), diagnóstico preoperatorio, tipo de cirugía, tiempo operatorio, complicaciones, estadía hospitalaria, reingresos y mortalidad a 30 días.

Las comorbilidades se registraron de forma individual y mediante el índice de comorbilidad de Charlson (CCI)⁸. Las complicaciones perioperatorias, reingresos y mortalidad se registraron hasta 30 días postoperatorios y se clasificaron según la clasificación de Clavien-Dindo⁹. Las complicaciones graves se definieron como cualquier complicación de Clavien-Dindo III o superior.

Indicación quirúrgica y estudio preoperatorio

Todas las pacientes con sospecha clínica de endometriosis fueron evaluadas por el equipo ginecológico de endometriosis. Si había sospecha de endometriosis profunda, se realizó una ecografía transvaginal extendida y/o una resonancia magnética de abdomen y pelvis. La elección de uno u otro estudio se definió por preferencia del tratante.

Cuando se identificó ECR, se derivó al coloproctólogo. De acuerdo a dicha evaluación y según la evidencia de compromiso mucoso o submucoso de algún nódulo endometriósico, presencia de rectorragia catamenial o si estima la necesidad de realizar una resección intestinal, se agregó una colonoscopia.

En cuanto a la terapia hormonal, a todas las pacientes se les indicó dienogest 2 mg al día u otro anticonceptivo oral combinado una vez hecho el diagnóstico de endometriosis, el cual se mantuvo tras la cirugía de manera crónica asociado o no a pregabalina para el manejo analgésico. Para los casos con respuesta subóptima al tratamiento o en caso de retraso en la cirugía mayor a un mes, se administró además un análogo de GnRH (triptorelina 11,25 mg intramuscular).

Procedimientos quirúrgicos

Las pacientes incluidas fueron sometidas a uno o más de los siguientes procedimientos ginecológicos: quistectomía, anexectomía uni- o bilateral, histerectomía total o histerectomía total con anexectomía (ya sea salpingectomía o salpingooforectomía uni- o bilateral). El resto se clasificó como otros.

Del punto de vista colorrectal, fueron sometidas a uno o más de los siguientes procedimientos: resección local o *shaving*, resección discoide, resección intestinal segmentaria o colectomía derecha y sigmoidectomía o resección anterior de recto (RA). Todos los procedimientos colorrectales fueron realizados por un cirujano coloproctólogo y los proce-

dimientos ginecológicos por ginecólogos del equipo de endometriosis.

La decisión de qué procedimiento realizar se definió según el tipo de lesión endometriósica. Para lesiones unifocales con compromiso superficial (sin compromiso de capa la muscular) se realizó *shaving*. Para lesiones unifocales, pero con compromiso de la capa muscular colorrectal, menores de 3 cm y a menos de 15 cm del margen anal, se realizó una resección discoide. Para lesiones obstructivas, este-nosantes, multifocales, mayores a 3 cm o con com-promiso mayor a 50% de la circunferencia se realizó una resección segmentaria (ya sea intestino delgado, colon derecho o colon izquierdo). Si la anastomosis se realizaba en recto inferior a menos de 5 cm del margen anal, se confeccionó una ileostomía en asa de protección.

Estratificación de la muestra

Los resultados fueron agrupados según tipo y riesgo quirúrgico. Primeramente, se dividieron las pacientes según el tipo de cirugía colorrectal y ginecológica a la que fueron sometidas en el mismo tiempo operatorio. Se consideró como alto riesgo colorrectal si esta implicó una anastomosis (resección discoide, segmentaria y colectomías) y alto riesgo ginecológico si fueron sometidas a una histerectomía, ya sea con o sin anexectomías. Por defecto, se consideraron de bajo riesgo las cirugías de menor complejidad como *shaving*, quistectomía, anexectomías y otros (por ejemplo, adherenciolisis).

Posteriormente y con el objetivo de lograr una interpretación más justa de los resultados, se agruparon las pacientes según riesgo unificado colorrectal y ginecológico. Se definió al grupo A como alto riesgo quirúrgico global si la cirugía incluía procedimientos de alto riesgo colorrectal y ginecológico. Si solo uno de los dos procedimientos fue complejo, se definió como grupo B cuando este fuere colorrectal y como grupo C cuando fuere ginecológico. Por último, el grupo D de bajo riesgo global se definió cuando ambos procedimientos fueren de bajo riesgo. Si las pacientes fueron sometidas a más de un procedimiento por área (colorrectal o ginecológica), se consideró el procedimiento más complejo (Figura 1).

Análisis estadístico

Las variables categóricas se describieron utilizando medidas de frecuencia, mientras que las variables continuas se describieron mediante medidas no paramétricas, como la mediana y el rango intercuartil (RIC). Para la comparación univariada de variables categóricas, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado o

Test exacto de Fisher. Para las variables continuas, se emplearon las pruebas no paramétricas de Mann-Whitney U o Kruskal-Wallis. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Todos los análisis estadísticos se realizaron con *RStudio* versión 2024.12.0+467.

Aspectos éticos

El comité ético institucional aprobó la realización del estudio (SSM Oriente 080425-6). Los datos fueron anonimizados y se cumplieron las recomendaciones éticas de la Declaración de Helsinki y de la normativa nacional para la investigación^{10,11}.

Resultados

Durante el período descrito del estudio, se sometieron a cirugía por endometriosis profunda 317 pacientes, de las cuales 43 (13,6%) corresponden a casos con ECR que cumplieron los criterios de inclusión. En la Tabla 1 se presenta la caracterización de la muestra.

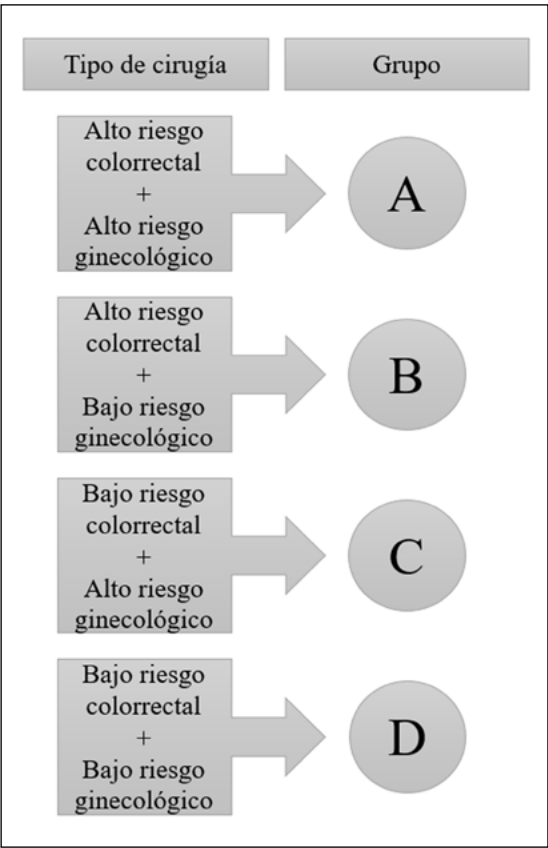


Figura 1. Estratificación de la muestra en grupos según tipo de cirugía y riesgo quirúrgico.

Tabla 1. Caracterización de la muestra

Variable	Total n = 43
Mediana de edad (RIQ)	39 (34,5-44,5)
Índice de Charlson (RIQ)	0 (0-0)
Clasificación ASA n (%)	
I	6 (13,9)
II	36 (83,7)
III	1 (2,3)
IV	0 (0)
Mediana de IMC (RIQ)	28,3 (25,5-31)
HTA n (%)	6 (14)
DM2 n (%)	1 (2,3)
Cirugía abdominal previa n (%)	27 (62,8)
Tipo de cirugía colorrectal	
Resección local o <i>shaving</i>	26 (60,5)
Resección discoide	4 (9,3)
Resección intestinal o colectomía derecha	1 (2,3)
Sigmoidectomía o resección anterior de recto	12 (27,9)
Tipo de cirugía ginecológica	
Quistectomía	9 (20,9)
Anexectomía unilateral	1 (2,3)
Anexectomía bilateral	1 (2,3)
Histerectomía total	3 (7)
Histerectomía + anexectomía unilateral	1 (2,3)
Histerectomía + anexectomía bilateral	24 (55,8)
Otro	4 (9,3)

RIQ: rango intercuartil; IMC: índice de masa corporal (kg/m²); HTA: hipertensión arterial; DM2: diabetes mellitus tipo 2.

En la Tabla 2 se describen los resultados globales de la serie, incluyendo la distribución por abordaje, tasa de conversión, tiempo operatorio, morbilidad, estadía hospitalaria, reingreso y mortalidad. En la Tabla 3 se presentan los resultados divididos por grupos definidos según complejidad quirúrgica.

De los resultados reportados, se observó un 91% de cirugía laparoscópica, con una tasa de conversión de 2,6%. La mediana de tiempo operatorio fue de 179 minutos. Del total de casos, un 30,2% (n = 13) corresponde a resecciones intestinales. No se reportaron dehiscencias anastomóticas. Doce de ellas fueron sigmoidectomías o resección anterior de recto, donde solo dos requirieron una ileostomía en asa por definición del margen distal de sección a menos de 5 cm del margen anal. Ambos procedimientos no presentaron morbilidad y fueron sometidos al cierre de la ileostomía sin complicaciones posteriormente.

La tasa global de complicaciones postoperatorias fue de 16,3%, siendo la mayoría de ellas anemia postoperatoria (9,3%). La tasa de morbilidad severa grado III y IV por otro lado, fue de 2,3%, en un caso de íleo mecánico severo que requirió cirugía (IIIb). En cuanto a estadía hospitalaria, la mediana global fue de tres días.

Tabla 2. Distribución de los resultados quirúrgicos globales

Variable	Total n = 43
Abordaje n (%)	
Laparoscópico	39 (91)
Abierto	4 (9)
Conversión n (%)	1 (2,6)
Mediana tiempo operatorio (RIQ)	179 (145-245)
Morbilidad intraoperatoria n (%)	6 (14)
Lesión vesical	3 (7)
Lesión uterina	2 (4,6)
Lesión ureteral	1 (2,3)
Morbilidad por Clavien-Dindo n (%)	7 (16,3)
I	2 (4,6)
Ileo adinámico	1 (2,3)
COVID-19 leve	1 (2,3)
II	4 (9,3)
Anemia moderada	3 (7)
Anemia severa	1 (2,3)
IIIa	0 (0)
IIIb	1 (2,3)
Ileo mecánico	1 (2,3)
IVa	0 (0)
IVb	0 (0)
V	0 (0)
Estadía hospitalaria en días (RIQ)	3 (2-4)
Morbilidad a 30 días n (%)	4 (9,3)
Dehiscencia de cúpula vaginal	1 (2,3)
Trombosis portal	1 (2,3)
Hematoma de herida operatoria	1 (2,3)
Infección de herida operatoria	1 (2,3)
Reingreso a 30 días n (%)	4 (9,3)
Dehiscencia de cúpula vaginal	1 (2,3)
Trombosis portal	1 (2,3)
Cólico renal	2 (4,6)
Mortalidad a 30 días n (%)	0 (0)

RIQ: rango intercuartil.

Durante el seguimiento se registraron cuatro casos de morbilidad a 30 días, uno de ellos en el grupo A (dehiscencia de cúpula vaginal) y el resto en el grupo C (trombosis portal, hematoma de herida operatoria e infección de herida operatoria). No se encontraron diferencias significativas entre grupos para esta variable (p = 0,657). Solo los dos primeros representaron reingresos hospitalarios junto a otros dos casos de cólicos renales no relacionados con la patología principal. No hubo mortalidad reportada en esta serie.

Respecto otros resultados, para el grupo de alta complejidad global (A) y colorrectal (B), el 100% de los casos se resolvieron por vía laparoscópica, sin casos de conversión. Lesiones incidentales intraoperatorias ocurrieron en seis casos de la serie (14%). Los grupos A, B y C presentaron una lesión vesical cada

Tabla 3. Distribución de los resultados quirúrgicos en grupos según complejidad

Variable	A Alta complejidad global n = 9	B Alta complejidad colorrectal n = 8	C Alta complejidad ginecológica n = 19	D Baja complejidad global n = 7	Valor p
Abordaje n (%)					p = 0,524
Laparoscópico	9 (100)	8 (100)	16 (84,2)	6 (85,7)	
Abierto	0 (0)	0 (0)	3 (15,8)	1 (14,3)	
Conversión n (%)	0 (0)	0 (0)	1 (5,3)	0 (0)	p = 1
Mediana tiempo operatorio (RIQ)	210 (150-249)	184 (160-293)	192 (130-246)	155 (103-167)	p = 0,247
Morbilidad intraoperatoria n (%)					p = 0,722
Lesión vesical	1 (11,1)	1 (12,5)	1 (5,3)	0 (0)	
Lesión uterina	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (28,6)	
Lesión ureteral	0 (0)	0 (0)	1 (5,3)	0 (0)	
Morbilidad Clavien-Dindo n (%)					p = 0,780
I	1 (11,1)	0 (0)	0 (0)	1 (14,3)	
Ileo adinámico	1 (11,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
COVID-19 leve	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (14,3)	
II	1 (11,1)	1 (12,5)	2 (10,5)	0 (0)	
Anemia moderada	1 (11,1)	1 (12,5)	1 (5,3)	0 (0)	
Anemia severa	0 (0)	0 (0)	1 (5,3)	0 (0)	
IIIb	0 (0)	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	
Ileo mecánico	0 (0)	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	
Estadía en días (RIQ)	4 (2-4)	4 (3-4,25)	2 (2-3)	2 (1,5-2)	p = 0,012
Mortalidad a 30 días n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	p = 1

RIQ: rango intercuartil.

uno y el grupo C presentó la única lesión ureteral. De manera llamativa, los dos casos de lesiones uterinas ocurrieron en el grupo de bajo riesgo global en relación con quistectomías asociadas a *shaving*, sin embargo, no representaron morbilidad significativa, pues mantuvieron tiempos operatorios similares al grupo (155 y 146 min), estadías hospitalarias breves (1 y 2 días) y no presentaron morbilidad postoperatoria ni reingresos.

Con la intención de tener una noción de las posibles diferencias entre pacientes sometidas a cirugía compleja ginecológica o colorrectal, se realizaron algunas comparaciones. Del análisis, destaca que se identificó una diferencia significativa entre los grupos en cuanto a estadía hospitalaria, específicamente entre el grupo B y D (4 y 2 días, $p = 0,017$) luego de aplicar el test de comparaciones múltiples de Dunn ajustado por Bonferroni. Entre el grupo B y C se observó una tendencia a mayor estadía en el primero (4 y 2 días), sin lograr significancia estadística ($p = 0,087$).

Por otro lado, a pesar de una diferencia visible en el tiempo operatorio entre el grupo A y D (210 vs 155 min), no se alcanzó una diferencia esta-

dísticamente significativa ($p = 0,09$). Tampoco se encontraron diferencias estadísticas para morbilidad ($p = 0,780$) o reingresos ($p = 1$).

Discusión

Este estudio describe los resultados perioperatorios de los últimos tres años de un centro de salud público en el tratamiento multidisciplinario de la ECR. Destaca dentro de estos, una alta tasa de cirugía mínimamente invasiva, mínima tasa de conversión, corta estadía hospitalaria, baja morbilidad y nula mortalidad, en sintonía con los estándares de manejo *fast-track* para esta enfermedad¹².

Existen escasos reportes nacionales sobre esta patología. Los más relevantes reportados que incluyen a equipos de cirugía colorrectal de las últimas décadas son los publicados por Jensen¹³ y Bannura¹⁴ en 2004 con 4 y 10 casos respectivamente, Mordojovich¹⁵ y Larraín¹⁶ en 2019 con 17 y 48 casos, Miranda-Mendoza¹⁷ en 2021 con 52 casos y recientemente por Prats¹⁸ en 2024 con 160 casos, el de mayor volumen a la actualidad. En relación a

esto, es destacable el incremento en el tamaño de las series reportadas, revelando la creciente importancia de este tema.

A modo de comparación a los casos de procedimientos digestivos reportados por Larraín¹⁶, esta serie mantiene una mayor proporción de *shaving* (60,5% vs 43,8%), similar en resecciones (30,2% vs 20,8%) y menos casos de resecciones discoideas (9,3% vs 25%). Esta proporción de cirugías, donde vemos una menor tasa de resecciones a costa de un alza de procedimientos menos invasivos como el *shaving*, refleja la tendencia actual para el tratamiento de esta enfermedad, a la que también se refiere Miranda-Mendoza¹⁷. Esto en conjunto a la cirugía mínimamente invasiva, tratamiento hormonal prequirúrgico y al diagnóstico precoz que permiten los métodos diagnósticos actuales, han posibilitado menores tasas de morbilidad y estadías hospitalarias. En esa misma serie, comparando dos décadas consecutivas, observaron una disminución de estadía hospitalaria de 5,8 a 4,1 días en promedio, siendo esta última aún mayor a la actual¹⁷.

Respecto a las complicaciones, en 2022 Hudelest¹⁹ publicó un estudio multicéntrico retrospectivo que analizó las complicaciones severas de 937 pacientes en 19 centros. En este se demuestra como a medida que crece el volumen quirúrgico anual, disminuyen las complicaciones. A modo de ejemplo, la dehiscencia anastomótica disminuyó de 3,6% a 0,6% en centros que realizaban menos de 40 a más de 60 cirugías cada 2 años.

En esta serie no se reportaron dehiscencias anastomóticas. Si bien es esperable que existan casos en el futuro con mayor volumen, una baja tasa es reflejo del trabajo conjunto y la experiencia de ambos equipos. Como ejemplo de tasas esperables en series de mayor volumen, en el trabajo de Prats¹⁸, observaron un 7,69% en resecciones segmentarias y 1,89% en resecciones discoidales.

En cuanto a otras formas de categorización de esta patología, en 2021 Abrao²⁰ presentó la clasificación de la Asociación Americana de Laparoscopistas Ginecológicos (AAGL), cuyo objetivo principal fue desarrollar un sistema de puntuación basado en la anatomía de las lesiones y que se correlacionara con la complejidad quirúrgica. Más adelante en 2024 Cepeda-Silva²¹ ante la ausencia de una clasificación estandarizada para el manejo quirúrgico de la ECR, presentó una etapificación mediante un sistema de puntuación basado en la sigla TAC (tumor o endometrioma, antecedentes y cirugía). Ambas clasificaciones exponen la importancia de un adecuado estudio preoperatorio, la anticipación a complicaciones, la necesidad de

cirugías más o menos resectivas y el apoyo de otras especialidades quirúrgicas.

De manera novedosa y complementaria a estas clasificaciones, este es el primer estudio a nivel nacional que realiza un análisis separado de los procedimientos ginecológicos y colorrectales que se realizan en el mismo tiempo quirúrgico. De esta forma, se pueden interpretar específicamente los resultados según el riesgo quirúrgico inevitablemente combinado al realizar más de un procedimiento. Es esperable que, como ejemplo, un *shaving* tenga distinta morbilidad si se realizó además una histerectomía. Si bien el escenario ideal con un tamaño muestral mayor sería un análisis multivariado, el agrupar los tipos de cirugía según riesgo y especialidad podría ser una buena manera de categorizar el riesgo al que será sometido una paciente, distinguiéndose dentro de alguno de los cuatro grupos descritos. Esto podría tener aplicabilidad en protocolos de manejo y recuperación específicos para cada grupo.

Limitaciones

Las principales limitaciones del estudio están derivadas del pequeño tamaño muestral que, si bien es considerable respecto a series similares publicadas, no permite un análisis inferencial y comparativo de los datos. La naturaleza retrospectiva de la recolección de los datos por otra parte expone inevitablemente a sesgos de información y confusión. No obstante, consideramos de gran valor científico aumentar la cantidad de reportes sobre esta patología. En futuras publicaciones de esta serie, será posible contar con una mayor cantidad de casos y evaluar otros resultados importantes, como funcionales, fertilidad, calidad de vida, entre otros.

Conclusión

Esta serie demuestra resultados quirúrgicos favorables en el manejo de la ECR con muy baja morbilidad, casi exclusivamente cirugía mínimamente invasiva y estadías hospitalarias cortas, realizando un análisis separado de los procedimientos ginecológicos y colorrectales que se realizaron en el mismo tiempo quirúrgico. Esperando que futuros trabajos con mayor volumen para esta serie puedan ofrecer más conclusiones, de momento impresiona que los procedimientos complejos colorrectales implican estadías más prolongadas que los ginecológicos, pero manteniendo tiempos operatorios y morbilidad similar.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Estudio aprobado por el Comité de Ética local.

Contribuciones según taxonomía CRediT

- Christophe Riquoir A.: Conceptualización (A), Gestión de Datos (B), Análisis Formal (C), Inves-

tigación (D), Metodología (E), Administración del Proyecto (F), Redacción Original (I), Revisión y Edición (J).

- Cristián Jarry T.: Análisis Formal (C), Investigación (D), Supervisión (G), Validación (H), Revisión y Edición (J).

- Sebastián Olivares: Investigación (D), Administración del Proyecto (F), Revisión y Edición (J).

- Claudio Muñoz Z.: Supervisión (G), Validación (H), Revisión y Edición (J).

- Alejandra Seguel Astete: Supervisión (G), Validación (H), Revisión y Edición (J).

- Eugenio Grasset E.: Conceptualización (A), Análisis Formal (C), Metodología (E), Administración del Proyecto (F), Supervisión (G), Validación (H), Revisión y Edición (J).

Bibliografía

- Giudice LC. Clinical practice. Endometriosis. N Engl J Med. 2010 Jun 24;362(25):2389-98. doi: 10.1056/NEJMcip1000274.
- Horton J, Dezee K, Ahnfeldt E, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. Am J Surg. 2008 Aug;196(2):207-12. doi: 10.1016/j.amjsurg.2007.07.035.
- Wolthuis A, Meuleman C, Tomassetti C, D'Hooghe T, de Buck van Overstraeten A, D'Hoore A. Bowel endometriosis: colorectal surgeon's perspective in a multidisciplinary surgical team. World J Gastroenterol. 2014 Nov 14;20(42):15616-23. doi: 10.3748/wjg.v20.i42.15616.
- Yantiss R, Clement P, Young R. Endometriosis of the intestinal tract: a study of 44 cases of a disease that may cause diverse challenges in clinical and pathologic evaluation. Am J Surg Pathol. 2001 Apr;25(4):445-54. doi: 10.1097/00000478-200104000-00003.
- Dousset B, Leconte M, Borghese B, Millischer AE, Roseau G, Arkwright S, et al. Complete surgery for low rectal endometriosis: long-term results of a 100-case prospective study. Ann Surg. 2010 May;251(5):887-95. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181d9722d.
- Grube M, Castan M, Drechsel-Grau A, Praetorius T, Greif K, Staebler A, et al. Diagnostics and Surgical Treatment of Deep Endometriosis-Real-World Data from a Large Endometriosis Center. J Clin Med. 2024 Nov 11;13(22):6783. doi: 10.3390/jcm13226783
- Kondo W, Bourdel N, Zomer M, Slim K, Botchorischvili R, Rabischong B, et al. Surgery for deep infiltrating endometriosis: technique and rationale. Front Biosci (Elite Ed). 2013 Jan 1;5(1):316-32. doi: 10.2741/e618.
- Charlson M, Pompei P, Ales K, MacKenzie C. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83. doi: 10.1016/0021-9681(87)90171-8.
- Dindo D, Demartines N, Clavien P. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. Ann Surg. 2004 Aug;240(2):205-13. doi: 10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae.
- World Medical Association. Ethical principles for medical research involving human subjects. Eur J Emerg Med. 2001 Sep;8(3):221-3. doi: 10.1097/00063110-200109000-00010.
- Ley N.º 20.120. Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. 2006 sep 22; Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=253478>.
- Scioscia M, Ceccaroni M, Gentile I, Rossini R, Clarizia R, Brunelli D, et al. Randomized Trial on Fast Track Care in Colorectal Surgery for Deep Infiltrating Endometriosis. J Minim Invasive Gynecol. 2017 Jul-Aug;24(5):815-21. doi:10.1016/j.jmig.2017.04.004.
- Jensen C, Moyano L, Abedrapo M, Garrido R, Cuneo A. Endometriosis colorrectal. Rev Chil Cir. 2004;56(4):357-61.
- Bannura G, Melo C, Contreras J, Barrera A, Soto D, Liendo R, et al. Resultados del tratamiento quirúrgico de la endometriosis colorrectal: Análisis de 10 pacientes consecutivos. Rev Chil Cir. 2004;56(2):117-24.
- Mordojovich E, Espíndola L, Melkonian E, Espíndola D, Villalón C, Jensen C, et al. Tratamiento quirúrgico de la endometriosis pélvica profunda con compromiso colorrectal. Rev Cir. 2019;71(3):225-9. doi:10.4067/s2452-45492019000300225
- Larraín D, Buckel H, Prado J, Abedrapo M, Rojas I. Multidisciplinary laparoscopic management of deep infiltrating endometriosis from 2010 to 2017: A retrospective cohort study. Medwave 2019 Dec 23;19(11):e7750. Spanish, English. doi: 10.5867/medwave.2019.11.7750.
- Miranda-Mendoza I, Navarrete-Rey P,

- Moreno N, Aravena L, Díaz M, Abedrapo M. Resección intestinal por endometriosis severa, diagnóstico y tratamiento luego de la introducción de la Unidad de Endometriosis: revisión de 18 años en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 2021;86(3):291-300. doi:10.24875/rechog.m21000011
18. Prats J, García D, Rodríguez M, Read A, Sovino H, Campaña G. Resultados de cirugía resectiva colorrectal por Endometriosis Infiltrante Profunda. 6 años de experiencia. *Rev Cir.* 2024;76(3):243-8. doi:10.35687/s2452-454920240032016.
19. Hudelist G, Korell M, Burkhardt M, Chvatal R, Darici E, Dimitrova D, et al. Rates of severe complications in patients undergoing colorectal surgery for deep endometriosis-a retrospective multicenter observational study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2022 Oct;101(10):1057-64. doi: 10.1111/aogs.14418.
20. Abrao MS, Andres MP, Miller CE, Gingold JA, Rius M, Neto JS, et al. AAGL 2021 Endometriosis Classification: An Anatomy-based Surgical Complexity Score. *J Minim Invasive Gynecol.* 2021;28(11):1941-50.e1. doi: 10.1016/j.jmig.2021.09.709
21. Cepeda-Silva A, Krentel H, Cruz-Orozco OP. Endometriosis colorrectal. Una propuesta de clasificación complementaria y de manejo quirúrgico por etapas. *Cir Cir.* 2024;92(1):104-11. doi: 10.24875/CIRU.23000251