

CIRUGIA EN LA ENDOMETRIOSIS

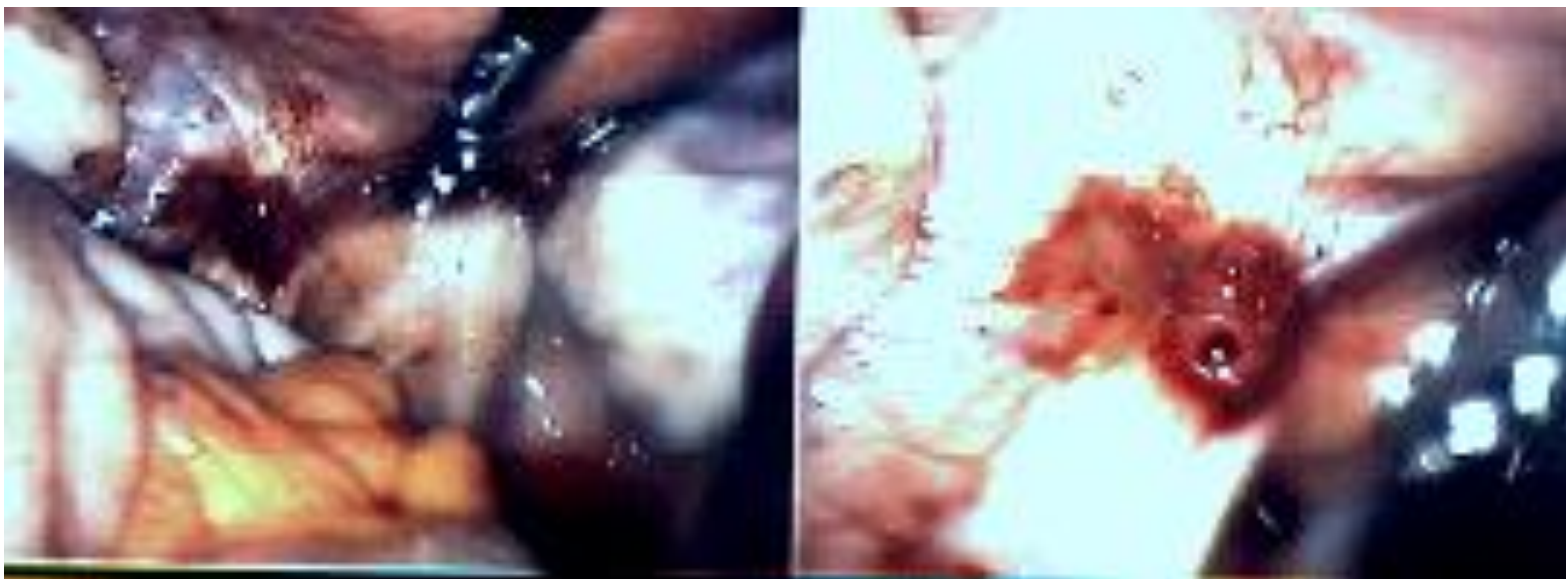
CIRUGIA EN LA ENDOMETRIOSIS

EDGARDO D. ROLLA

**VicePresidente – Soc. Arg. De Endometriosis
Coordinador – Endometriosis –ALMER
Vocal – Soc. Arg. De Cirugía Laparoscópica**

**Experto – World Consensus on Endometriosis
Representante Latinoamericano – ALMER
Montpellier, Francia, Setiembre de 2011**

Cirugía en la endometriosis



Según J. Donnez, debemos identificar 3 entidades ≠:

- **La endometriosis peritoneal**
- **La endometriosis ovárica – endometriomas**
- **La endometriosis retroperitoneal – adenomiosis (nódulos en tabique rectovaginal, endometria)**

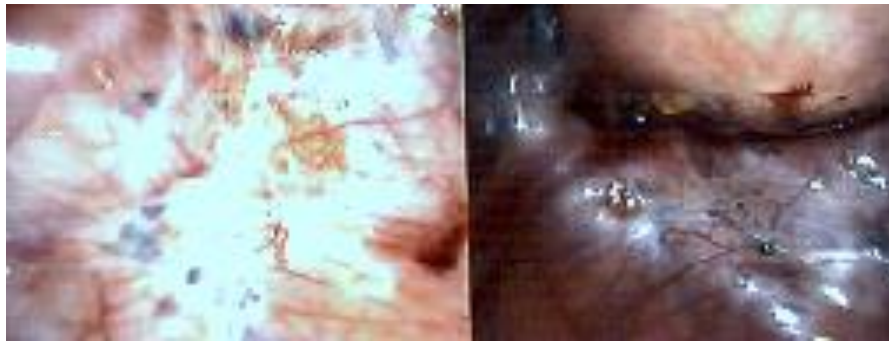
Cirugía en la endometriosis peritoneal

La endometriosis peritoneal se caracteriza por la presencia de lesiones de distinto tipo sobre la superficie de la serosa:

- 1) Lesiones rojas – las mas recientes**
- 2) Lesiones azules y/o negras - activas**
- 3) Lesiones blancas – fibrosis post-activas**
- 4) Retracciones o defectos peritoneales – activas o inactivas – generalmente profundas**



Lesiones rojas en lig. uterosacro



Lesiones azules y amarillas

Lesiones negras



Lesión blanca con retracción cicatrizal

La mayoría de los expertos (Reunión del NICDH en New Orleans, E.E.U.U., 2006) opina que para hacer el diagnóstico de certeza de endometriosis se debe biopsiar y confirmar histológicamente la enfermedad

Para muchos, lo ideal es reseca todas las lesiones posibles, avanzando tan profundamente en el retroperitoneo como sea necesario, y solo destruir mediante electrocoagulación aquellas de difícil extirpación.

Otro componente significativo de la endometriosis peritoneal es la presencia de adherencias pelvianas

Adherencias tuboováricas

Adherencias uteroanexiales

Adherencias peritoneoanexiales y/o uterinas

Adherencias a intestino delgado y cólon

La cirugía en la endometriosis peritoneal tiene tres objetivos principales:

Aliviar el dolor asociado a la endometriosis

Restaurar la anatomía para facilitar el embarazo cuando la consulta es por infertilidad

Proveer el mayor lapso de tiempo posible libre de enfermedad a la paciente

En toda cirugía por endometriosis pelviana debe comenzarse por la liberación de todas las adherencias presentes, empleando maniobras delicadas e instrumental adecuado – microtijeras convencionales o laparoscópicas y pinzas de presión firmes y atraumáticas.

Luego, se resecan todas las lesiones visibles, avanzando en el retroperitoneo todo lo necesario, electrocoagulando con bipolar los bordes de las resecciones y el lecho cruento retroperitoneal (hemostasia delicada y puntual)

Finalmente, se destruyen con electro bipolar todas aquellas lesiones que no fuera posible extirpar

Cirugía del endometrioma



Cirugía del endometrioma



La cirugía del endometrioma ovárico es una cuestión controversial

Para la mayoría de los expertos, se debe extirpar el quiste por el plano que separa la pseudocápsula del parénquima circundante

Algunos autores, como J. Donnez, prefieren solo la resección parcial de la porción mas superficial del quiste, y la destrucción mediante laser o electro bipolar del resto del endometrioma

La primera opción tiene menor incidencia de recidivas

Sin embargo – especialmente en los quistes mas antiguos firmemente adheridos a los planos contiguos – conlleva el riesgo de reseca valioso tejido folicular, disminuyendo la reserva ovárica

Al respecto, muchos autores consideran que – de todas maneras – ese tejido no es normal y su función se halla muy comprometida por el efecto deletéreo que la endometriosis tiene sobre los tejidos que rodean sus lesiones, activas productoras de variado tipo de sustancias inmunoquímicas que afectan, por ejemplo, la calidad ovocitaria.

Sea cual fuere la técnica a emplear, siempre se debe comenzar por liberar al ovario de sus adherencias, toda vez que ellas estén presentes

Si el endometrioma se abre, se lo debe evacuar por completo, lavando profusamente su interior, así como todo el material que se halla volcado al fondo de saco de Douglas.

Se aprovechará entonces, esa abertura para identificar el plano de clivaje (si lo tiene) y comenzar la quistectomía por ese lugar.

**De las distintas opciones de material de sutura
preferir las reabsorbibles como el PDS o
similar en calibre 000 o 0000 empleando
costura continua con nudos invertidos**

La hemostasia del lecho operatorio debe realizarse con sumo cuidado:

- * LAVAR CONTINUAMENTE**
- * IDENTIFICAR EL VASO SANGRANTE**
- * TOMARLO CON EL ELECTRO BIPOLAR Y APLICAR CORRIENTE SUAVE Y BREVE**
- * EVITAR EL USO DE MONOPOLAR**
- * NO COAGULAR EL LECHO A CIEGAS**
- * CONSIDERAR PERMANENTEMENTE EL DAÑO TERMICO QUE UNA COAGULACIÓN EXAGERADA E INNECESARIA PROVOCARA AL PARENQUIMA CIRCUNDANTE**

en el reciente Montpellier Consensus on
the Management of Endometriosis
(Sept. 9, 2011)

se propuso que la **sutura** sería mejor que
la electrocoagulación del lecho quirúrgico
como procedimiento hemostático luego de
la resección del endometrioma

Cirugía de la adenomiosis

La adenomiosis debe operarse cuando es sintomática:

**Hipermenorrea en la localización
uterina**

Cuando la consulta es por infertilidad:

**Se acepta que debe extirparse todo
nódulo adenomiótico sintomático
(en el caso de infertilidad) cuando
excede los 4/5 cm de diámetro**

La adenomiosis nodular se trata como el mioma uterino

Es una cirugía dificultosa por no tener un adecuado plano de clivaje

Si se realiza por laparoscopia, es preferible incidir el útero en sentido transversal para facilitar luego las maniobras de sutura

La administración previa de análogos de GnRH no se recomienda pues – si bien se logra una reducción del tamaño del nódulo adenomiótico de aproximadamente un 30% - se dificulta la identificación de un buen plano de excisión

Al igual que en el caso de los miomas uterinos, se debe cerrar la pared uterina en tantos planos como lo sugiera la profundidad del lecho operatorio

Se aconseja emplear sutura reabsorbible – prefiriendo el PDS para el plano seroso, utilizando una técnica de tipo continuo (pelota de baseball) con nudos invertidos

Si no es necesaria la preservación de la fertilidad, se pueden realizar cirugías más agresivas, como la histerectomía total o parcial

En todos los casos en los que se practique una histerectomía por adenomiosis, se debe tratar todo foco de endometriosis pélvica coexistente (muy frecuentes)

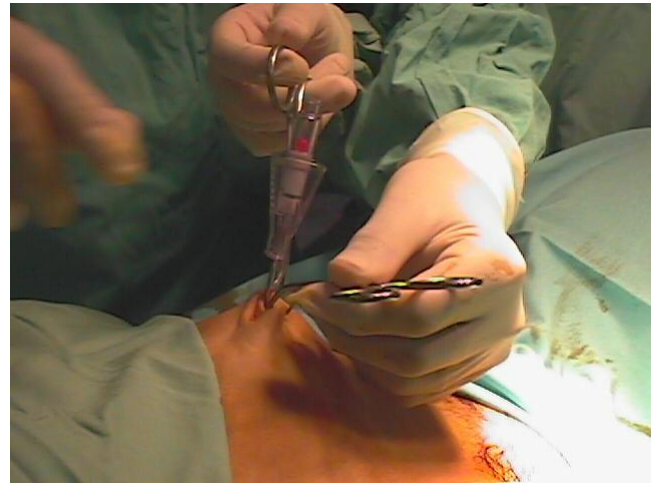
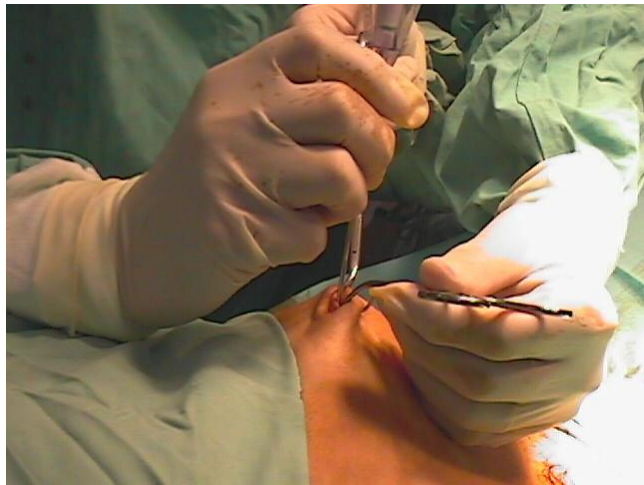
Cirugia del tabique rectovaginal

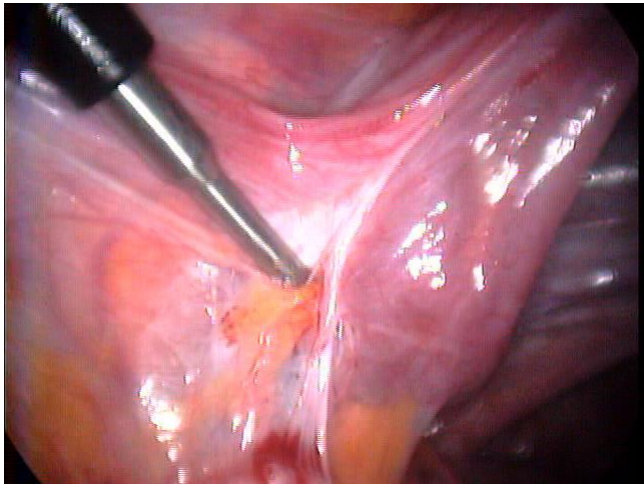
El nódulo del tabique rectovaginal – poco frecuente en nuestro medio – requiere un diagnóstico de certeza empleando la ecografía transvaginal y transrectal (con adecuada preparación colónica en ambos casos) y/o la resonancia nuclear magnética

Es una cirugía difícil, tanto por laparoscopia como por laparotomía, que solo deben realizarla cirujanos experimentados

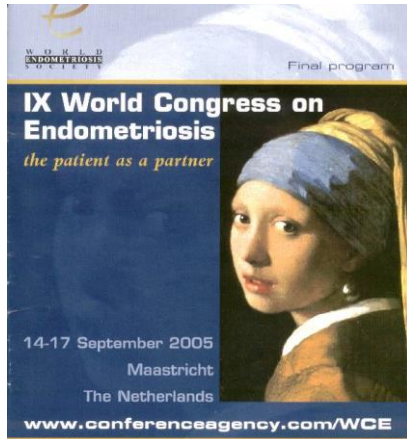
Posición y reglas generales para la laparoscopia por endometriosis







Endometriosis y dolor pelviano



VIII Seminario: tratamiento quirúrgico

Identificación de predictores de éxito en los procedimientos de excisión radical laparoscópica en pacientes con endometriosis y dolor pelviano crónico

VIII Seminario: tratamiento quirúrgico

- **Siempre, cuando se trata de endometriosis, la cirugía debe ser radical**
- **Se deben extirpar en el primer acto quirúrgico todas las lesiones existentes.....**

tanto las superficiales como las profundas

VIII Seminario: tratamiento quirúrgico

En un grupo al que se les practicó
la excisión **radical** de todas las
lesiones endometriósicas utilizando
electrocoagulación
unipolar

VIII Seminario: tratamiento quirúrgico

El análisis de los resultados nos permite decir que, en lo referido a la mejora del dolor.....

- **Las pacientes que mas seguramente se beneficiarán con la cirugía son aquellas con mas altos rangos de dolor y disquizia**
- **También aquellas con enfermedad nodular y uterosacra**
- **La clasificación de la ASRM **no** fue de utilidad para hacer pronóstico**

VIII Seminario: tratamiento quirúrgico

El seguimiento longitudinal de más de 400 pacientes demostró que el tratamiento laparoscópico de las lesiones endometriósicas infiltrativas profundas es posible con una tasa de complicaciones favorable

VIII Seminario: tratamiento quirúrgico

En

les:

**La incidencia de las fístulas
ureterales se mantuvo
estable en 0.5% todo el
tiempo del estudio**

VIII Seminario: tratamiento quirúrgico

Por ello debe enfatizarse la necesidad de que la primera cirugía sea todo lo extensiva que deba ser, solo realizada en manos expertas, evitando las reoperaciones – que también se asociaron a mayor incidencia de complicaciones

VIII Seminario: tratamiento quirúrgico

**Se encontraron
lesiones de ese
tipo en el
92% de
los casos de
endometrioma**

VIII Seminario: tratamiento quirúrgico

**Y en el 40% de las veces,
coexistía con EDT
intestinal**

VIII Seminario: tratamiento quirúrgico

Y un valor
predictivo negativo
en el **84%**
de las pacientes

VIII Seminario: tratamiento quirúrgico

Si el endometrioma es un buen marcador de mayor extensión pelviana de la enfermedad,

....su presencia nos obliga a investigar exhaustivamente todo el peritoneo pelviano cuando se realice una cirugía laparoscópica por esa condición

Ciriugia de la infertilidad asociada a endometriosis

Debemos considerar que la *infertilidad* es un **síntoma** muy frecuente de la endometriosis

T. D'Hooge en el X Congreso Mundial de Endometriosis, Melbourne, Australia, Marzo de 2008 presentó un trabajo reciente de investigación clínica en el que encontró un

47%

de endometriosis en pacientes **subfértiles** a las que se les practicó una laparoscopia como parte del estudio de rutina por infertilidad

La endometriosis puede afectar la fertilidad de distintas maneras:

- * generando un medio histoquímicamente hostil para la foliculogénesis y la implantación embrionaria**
- * alterando la anatomía funcional pelviana – bloqueo tubo/ovárico, daño tubario, etc.**
- * disminuyendo la reserva ovárica por la acción de los endometriomas y/o la cirugía necesaria para su tratamiento**

El tratamiento primario de la infertilidad asociada a la endometriosis es el.....

quirúrgico

....considerando que la laparoscopia consituye el “gold standard” dentro de los distintos medios empleados para su diagnóstico

y que la misma idealmente debe ser realizada por un operador idóneo que tenga la posibilidad de aprovechar el evento diagnóstico para realizar un completo tratamiento quirúrgico de la enfermedad.

Un conflicto en curso deriva de la mala relación que existe entre la clasificación rASRM – la más utilizada a nivel mundial para establecer el grado de severidad de la enfermedad – y la fertilidad esperada en cada paciente luego de la laparoscopia y la clasificación del estadio de endometriosis que presenta

El Dr. D'Hooge, en el trabajo presentado en Melbourne, presenta la discordancia que hubo, en su casuística, entre el grado de avance de la EDT y los resultados en número de embarazos logrados luego laparoscópica: de la cirugía

Por ello, varios autores, en especial el Dr. David Adamson, antes Presidente de la ASRM, han propuesto otras alternativas para una mejor identificación de la aptitud para la reproducción en cada caso en particular

Propuesta de algoritmo para el tratamiento de la infertilidad asociada a endometriosis:

Laparoscopia diagnóstica y terapeutica

Mínima y leve

Moderada y severa

Conducta expectante 3/6 meses
según la edad de la pacientes y factores asociados

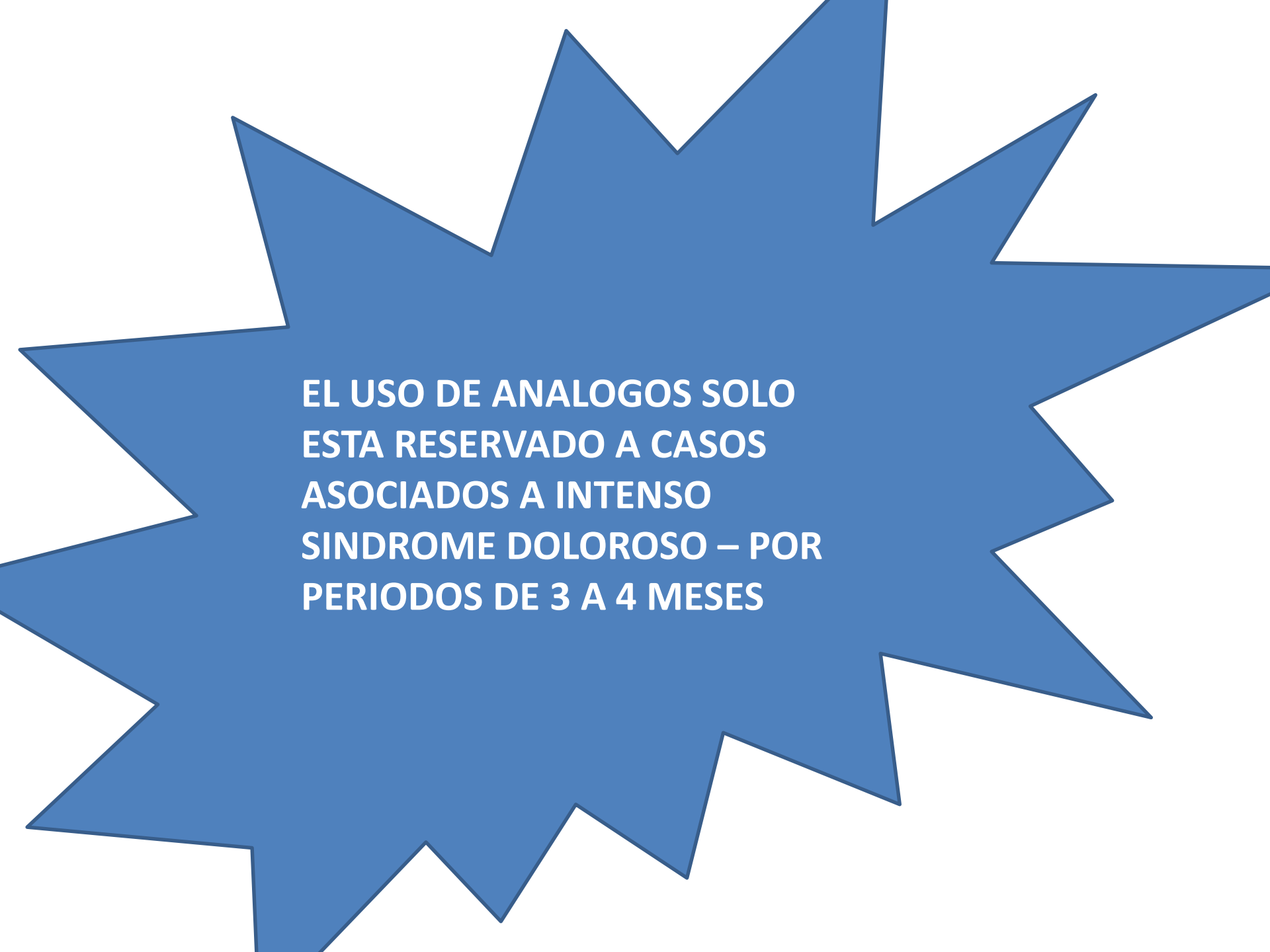
Cond. Expect. 3/6 meses según resultados de la cirugía, edad de la pate. y fact. asoci.

Baja complejidad

Baja complejidad solo con restitutio ad integro

FIV

FIV



**EL USO DE ANALOGOS SOLO
ESTA RESERVADO A CASOS
ASOCIADOS A INTENSO
SINDROME DOLOROSO – POR
PERIODOS DE 3 A 4 MESES**



Veamos ahora los videos