



Reurrencia de la endometriosis

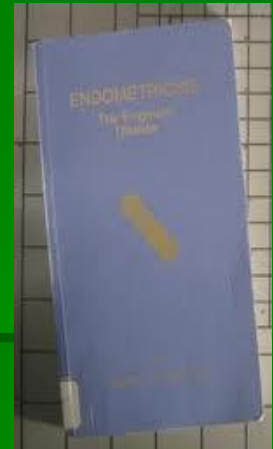
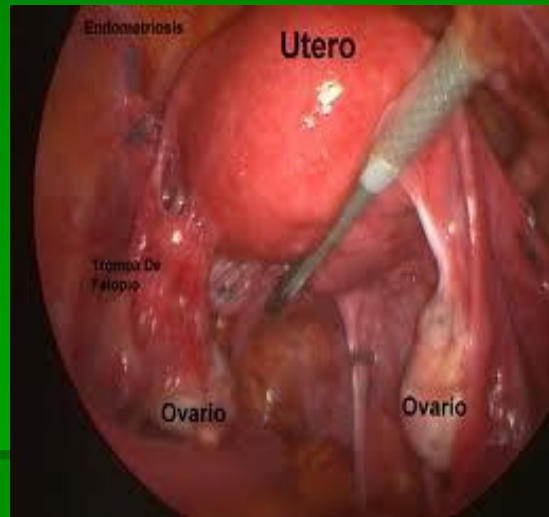
Dr César Luis Berta

Jefe del Centro de Reproducción Humana
y Planificación Familiar
Cátedra de Ginecología
Universidad Nacional de Rosario

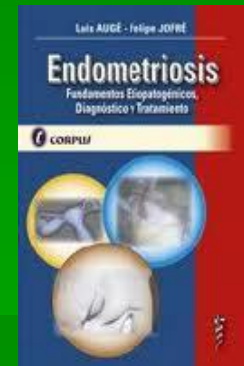


ENDOMETRIOSIS

“THE ENIGMATIC DEASES”



S Corson
1992



L Augé-F Jofré
2006

Benigna, evolución natural incierta, características de una enfermedad oncológica y capacidad de recurrencia

Terminamos de operar una endometriosis



- *“Nunca más va a escuchar hablar de endometriosis”*
- *“Tal vez tenga que volver a operarse más de una vez”*

Conceptos

- Persistencia: en el mismo lugar antes de los 6 meses
 - Recidiva: luego de los 6 meses en otros lugares o en el lugar de inicio
(Ambas son posibles)
-
- RECURRENCIA engloba a ambas

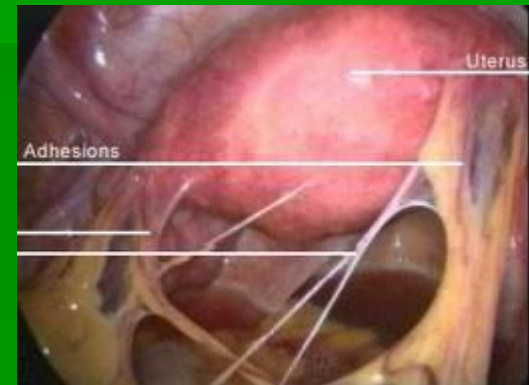
Teoría fisiopatológica de la recurrencia

- **El no reconocimiento de lesiones en el tratamiento quirúrgico inicial**
- Persistencia de células endometriales en un implante tratado
- Persistencia del estímulo hormonal implicado en el crecimiento celular en los focos
- Posible origen Mülleriano: lesiones profundas subperitoneales no visibles

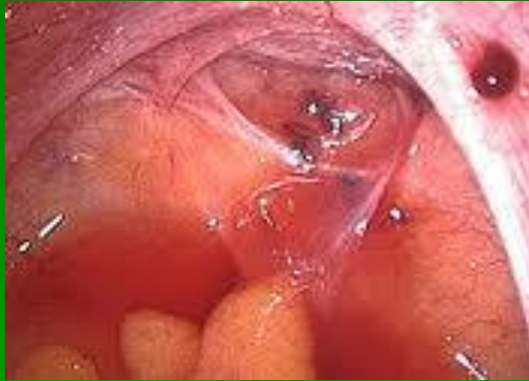


Teoría fisiopatológica de la recurrencia

- La persistencia microscópica tendría moderada significación para la infertilidad y dolores pelvianos, pero podría ser la base sustancial para la recurrencia



Teoría fisiopatológica de la recurrencia



Grado de actividad de los implantes:

Rojos, con vesículas y redeados de vascularización (activos y diferenciados) tendrían > receptores hormonales y potencial mejor respuesta al tto médico

Negros, rodeados de áreas blancas con fibrosis y pobre vascularización

Riesgo de recurrencia

- **Hay un % promedio estimable... 22% ?**
seguramente subvalorado por reaparición de lesiones asintomáticas a diferencia de los endometriomas que si pueden objetivarse
- DIFICIL INTERPRETAR TRABAJOS (prospect / retrospec / síntomas / clasif)

Redwinw DB Fertil Steril 1991;156:628-34

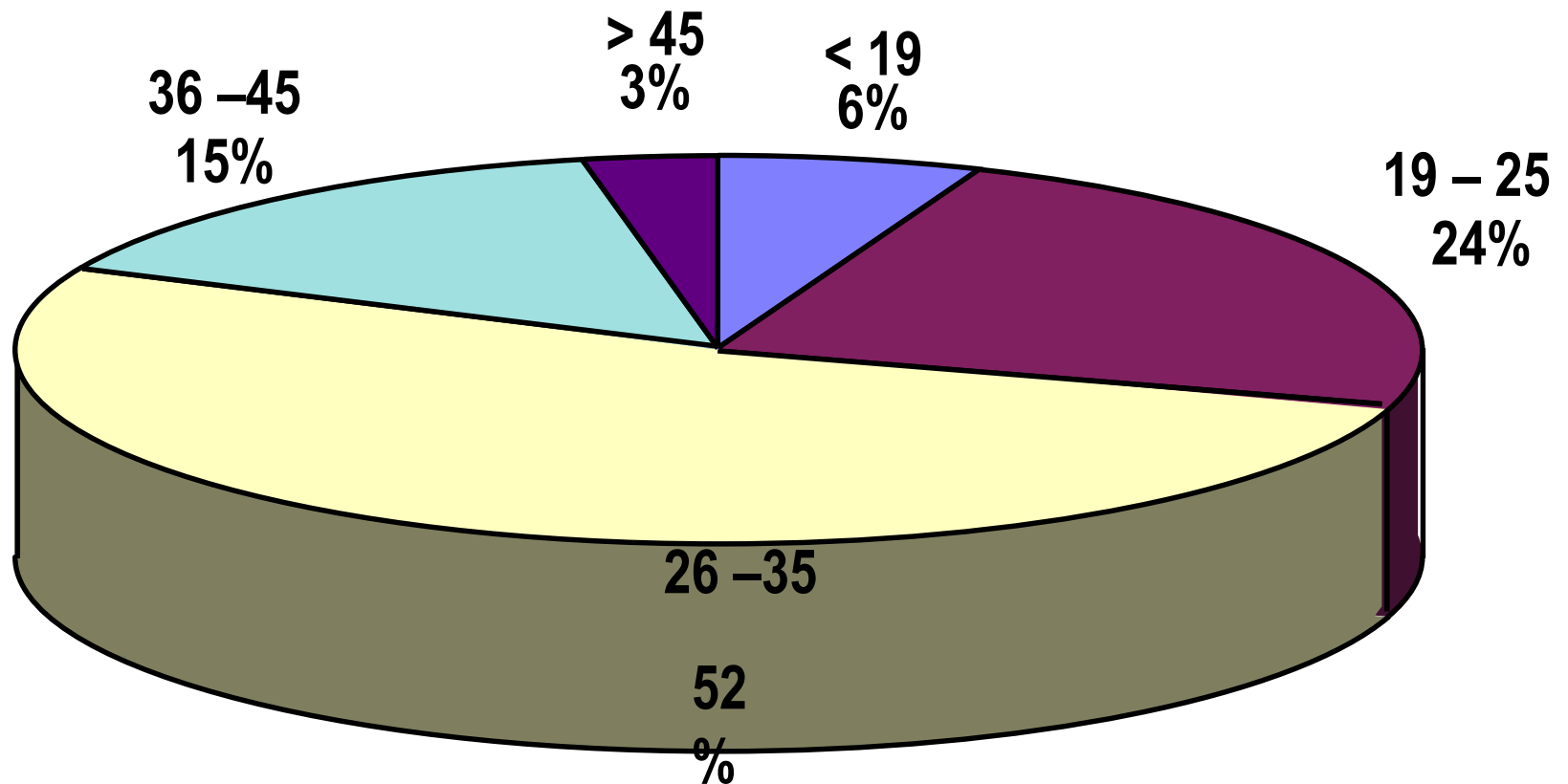
Whwwler J Am J Obst Gynecol 1983;146:247-53

20% a 5 años x VLP o laparotomía

Factores de riesgo recurrencia

- **Edad**
- **Tipo de tratamiento primario**
- **Embarazo: mejora pero no garantiza** Wheeler J
Am J Obstet Gynecol 1983;146:247-53 5 meses en las que no
embarazaron, 47 meses con un embarazo y 67 meses luego de 2
embarazos
- **Menopausia: descripta reaparición con THR**
Kempers RD Surg Gynecol Obstet 1960;11:348-56
- **Estadío: discutible si tendría relación con la
recurrencia... en principio no (Clas. ASRM)**

Edad de diagnóstico



Diagnostico de la recurrencia



- **Reaparición de los síntomas**
- Dolor 80% valor predictivo para second look vs 43% sin dolor Vercellini P Ann Obstet Gin Med Perin 1986;57:340
- Un examen físico negativo por lo tanto no descarta la posibilidad de recurrencia

- **Ecografía**



- **Marcadores: Ca 125 baja sensibilidad**
- Fedele Obstet Gynecol 1988 que habla que Ca 125>35 tenían 100% recidiva



En la práctica porqué puede consultar recurrencia ...



En la práctica ...

Como actuar



1-Recurrencia del Dolor



- Fundamento tto médico: suprimir la actividad ovarica (bloqueo eje - $<E2$ / Endometrio atrofia desidualización / Inmunosup. $<$ Citoquinas-antiinflamato)
- **Hasta ahora no demostrado acción citoreductora sobre los focos sino sobre los factores que influyen en la sintomatología y los factores de riesgo de la recurrencia**

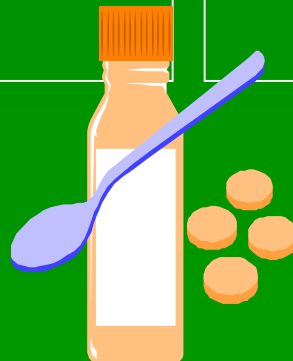
Opciones de tto. médico

- **AINE:** complemento del hormonal / Ninguno superior a otro
- **ACO** controversia del E2
- **< tasa embarazo que otros tto médicos**



- **Análg de GnRh:** Leuprolide, Gose, Buserre lin... (Efect y tiempo)
- **Danazol** <E2 >efec androgénico
- **Progestágenos:** MPA, Norestisterona, Dienogest, SIU

Complemento

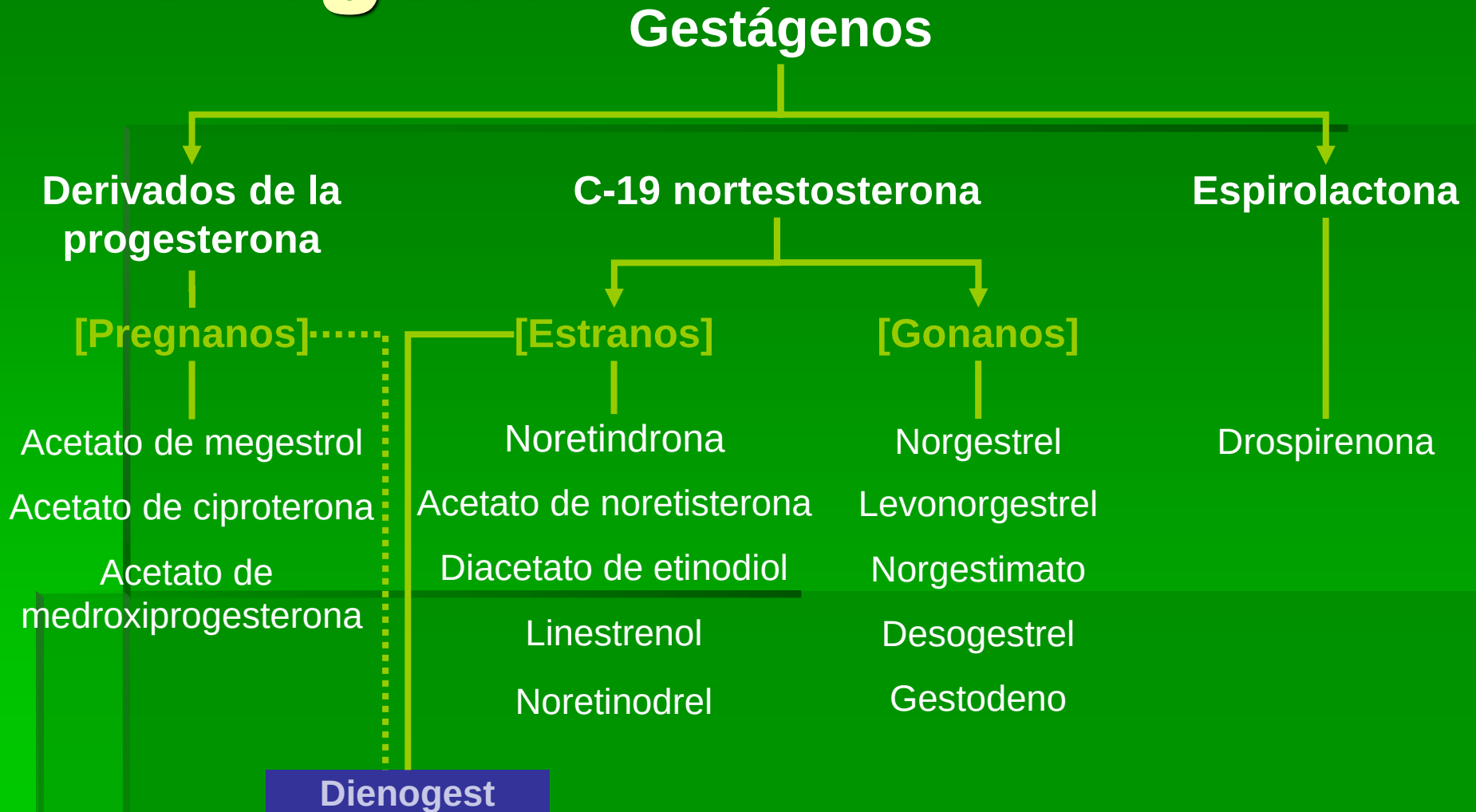


Aprobados para la END

Guías del tto. médico

- **Journal of endometriosis 2010; 2 (3): 107- 134 SOGC Guidelines**
- Los ACO y Progestagenos son 1* línea para el dolor en END (I-A)
- Los A-GnRh y el Danazol incompatibles con uso largo plazo
- **Guía ESHRE**
- Los Progestagenos pueden considerarse la 1 linea de tto. Por ser tan eficaces en la reducción del puntaje de la estadificación (VLP) y el dolor como el Danazol y los AnGnRh además de tener menos efectos adversos y costo.

Dienogest



Progestágeno que combina las propiedades de los derivados de la 19-nortestosterona como de los derivados de la 17-hidroxiprogesterona

Dienogest - Endometriosis

Acción central

- Inhibe crecimiento de las lesiones (HipoE2 e HiperP-atrofia y desidualización)(1-2)

Acción periférica

- Efecto inhibitorio directo crecimiento focos(1)
- Menor inflamación y acción inmunológica de la END (1-4)
- Inhibe la angiogénesis(5)
- Acción sobre las metaloproteinasas (regulan la acción de los E2 sobre focos) (2)

- 1. Shimizu Y et al. Mol Hum Reprod 2009; 1997; 23:45-62
- 2. Vercellini P et al. Hum Reprod Update 2003; 1999; 386: 33-40
- 3. Katsuki Y et al. Eur J Endocrinol 1998
- 4. Katsuki Y et al. Drugs Exp Clin Res 1997; 23:45-62
- 5. Nakamura M. Eur J Pharmacol 1999; 386: 33-40

Para la recurrencia del dolor

- La cirugía + el tto médico sería lo ideal ya que el tto. médico compensaría lo que no se vio en cirugía

- Mahmood y Templeton Hum Repod 1990,5:965-70
- Hornstein M Fertil Steril 1997;68:860-4
- Dmowsky Am J Obst Gynecol 1978;130:41
- Fedele Fertil Steril 1989;51:781
- Waller Fertil Steril 1993;59:551-15

Compararon Danazol, Progestagenos, ACO, con y sin cirugía y demuestran que es la mejor combinación

2- Esterilidad



- **Consenso es que el tto. médico no se usa posterior a la cirugía**
- Luego de una cirugía “satisfactoria” ´ puede buscar embarazo según edad, tiempo de búsqueda y factores asociados.
- La indicación de TRA será idealmente progresiva EO-IIU-AC recordando los tto empíricos de ESHRE
- La realización de un second look para casos especiales o evidentes de recidiva y siempre conservadores sobre todo con la circulación ovárica
- Recordar siempre los embarazos espontáneos.

3- Endometrioma



- **Quistectomy está consensuada**
- **No** punción (salvo casos especiales),
destechamiento o coagulación del lecho
Beretta Fertil Steril 1998;70:1176-80
- No se discute mas que la laparotomía sea superior a la VLP (siempre que se pueda)
- Se ven más del lado operado previamente lo que hablaría de persistencia y no recidiva

Criterios frente al endometrioma recidivado

- **TTO. INDIVIDUALIZADO** s/ edad, motivo de consulta: dolor, infertilidad o quiste asintomático
- En infertilidad evaluar no tto. según la reserva ovarica o tto. si hay reiteradas mala calidad ovocitaria como ultima chance antes de la ovodonacion
- En <2cm conducta espectante según el caso ya que con los otros factores normales hay embarazo espontaneo del 12 -31%

Candiani GB Obstet Gynecol 1991;77:421

- En mayores de 40 años con paridad cumplida tto. puede ser mas agresivo oforectomía - HT

Técnica quirúrgica



- Principios de la microcirugía
- Identificar el plano de separación y la pseudocápsula del quiste (más difícil si está roto)
- Maniobras de tracción y contratracción
- Cuidado el hilio ovarico evitar la coagulación excesiva
- Usar bipolar, generalmente no sutura

4 - Hallazgo



- **Implantes superficiales: Tratarlos.** Son frecuentes y fácil de tratar, difícil no omitir lesiones. Ser minucioso
- Demostrada la inutilidad de tratamiento médico y second look porque pueden no verse lesiones pero la enfermedad estar o reaparecer después.
- Iguales resultados electro bipo y láser en lesiones superficiales de hasta 2 mm profundidad (biopsiar para ver el grado de actividad)

4 - Hallazgo



- **IMPLANTES PROFUNDOS**: cuando levantamos con una pinza y vemos que sigue. Necesita extirpación completa. Bien tratado baja recidiva aunque puede reaparecer dolor llevando a veces hasta la histerectomía.
Lemay Understanding and Managing endometriosis NY Parthenon Publishing 1999
- **NODULOS ADENOMIOSICOS** profundos con infiltración del tabique rectovaginal o ligamento uterosacro igual criterio. Son causa de dolor crónico y debe tratarlo cirujano especializado

Conclusiones 1

Como prevenir recurrencia?

- Hay consenso:

la mayoría puede evitarse con un tratamiento primario adecuado supeditado a la edad, el tipo de enfermedad y los síntomas paciente

Conclusiones 2

- La mayor parte de las recurrencias serían por tto. primarios incompletos por lo que se trataría de persistencia de la enfermedad.
- Frecuencia de aparición muy variable y distintos grados de sintomatología y clínica asociándose más a algias crónicas
- Necesidad de cirujanos experimentados (> compl. VLP descriptas en le END recidivada)
- Riesgo beneficios s/motivo de consulta y objetivo del tto. (laparotomisar no es complicación)
Descartar otras causas de dolor

Conclusiones 3

- La endometriosis tiene bien ganado su título de “enfermedad enigmática”
- Cada estado requiere de una decisión individual por parte del médico y la paciente que debe ser informada de que puede transformarse en crónica y que el tto. ideal no esta demostrado o no existe aún
- Siendo una de las enfermedades más estudiadas, requiere de más investigación

ROSARIO (Santa Fe)



**Gracias
por vuestra atención**

