

# LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENDOMETRIOSIS SUPERFICIAL Y QUISTICA

**Edgardo D. Rolla**

**Médico Ginecólogo**

**Especialista en Cirugía Laparoscópica**

**Especialista en Medicina Reproductiva**

**Director, Docencia e Investigación – Soc. Arg. de Endometriosis**

**Vocal – Soc. Arg. de Cirugía Laparoscópica**

**Ambassador – World Endometriosis Society**

**Director – Dpto. Docencia e Investigación - Fertilab**

# Consensus on current management of endometriosis

Neil P. Johnson and Lone Hummelshoj  
World Endometriosis Society  
Montpellier Consortium, 2011



**1- Cirugía para la mujer con endometriosis sintomática / dolor**

**2 – Cirugía para la infertilidad asociada a la endometriosis**

# Consensus on current management of endometriosis

## 1- Cirugía para la mujer con endometriosis sintomática / dolor

La **remoción** de las lesiones es una **efectiva** intervención primaria para el tratamiento del dolor asociado a la endometriosis

Se recomienda la **excisión** vs la ablación de las lesiones toda vez que ello sea posible, en especial de aquellas de tipo profundo

La mejor opción quirúrgica es la **laparoscopia** vs laparotomía, toda vez que ello sea posible

La sección o coagulación de los ligamentos **uterosacros** no mejora per se el dolor causado por la endometriosis

# Consensus on current management of endometriosis

## 1- Cirugía para la mujer con endometriosis sintomática / dolor

La **neurectomía presacra** puede aliviar el dolor en un pequeño número de casos pero tiene efectos secundarios considerables

La **quistectomía** de los endometriomas por laparoscopia es la técnica preferible por tener menor tasa de recurrencia

No hay consenso acerca de la mejor opción para el tratamiento quirúrgico de la endometriosis profunda (ej. Tabique RV)

Para estas cirugías se requiere gran solvencia y especialización, y solo se deberían realizar en centros de experiencia

# Consensus on current management of endometriosis

## 2 – Cirugía para la infertilidad asociada a la endometriosis

La excisión de las lesiones mejora la fertilidad especialmente en los estadios I y II de la enfermedad (mínima y leve)

Se recomienda la excisión vs la ablación, en especial cuando hay dolor asociado a la infertilidad

La quistectomía de los endometriomas, cuando ello sea posible, es la mejor opción para el mejoramiento de la infertilidad

El abordaje de la endometriosis profunda en la infertilidad asociada a la endometriosis es controversial – no hay mejor opción conocida

**La laparoscopia tiene como primer objetivo la estadificación de la extensión de la enfermedad**

**Es útil para la visualización de las lesiones superficiales, adherencias y endometriomas, pero no nos permite ver más allá de la superficie**

**El examen pelviano bimanual, la ecografía y la resonancia nuclear magnética de alta definición con gel intravaginal y rectal, son los métodos más confiables para el diagnóstico de la endometriosis profunda infiltrante**

Luego de la inspección corresponde realizar la lisis de todas las adherencias presentes, incluyendo las que suele presentar el **colon sigmoides al peritoneo parietal**, desde el infundíbulo pelviano hasta la espina lítica anterior

Cuando está presente, esta adherencia oculta parcialmente el anexo izquierdo, y al “decolar” el sigmoide se pueden detectar focos de endometriosis sigmoidea y parietal ocultas

## Identificadas las lesiones corresponde su tratamiento

Lo correcto es la resección de la lesión, incluyendo todo el espesor que la misma ocupe en el retroperitoneo

Espacio para el  
texto

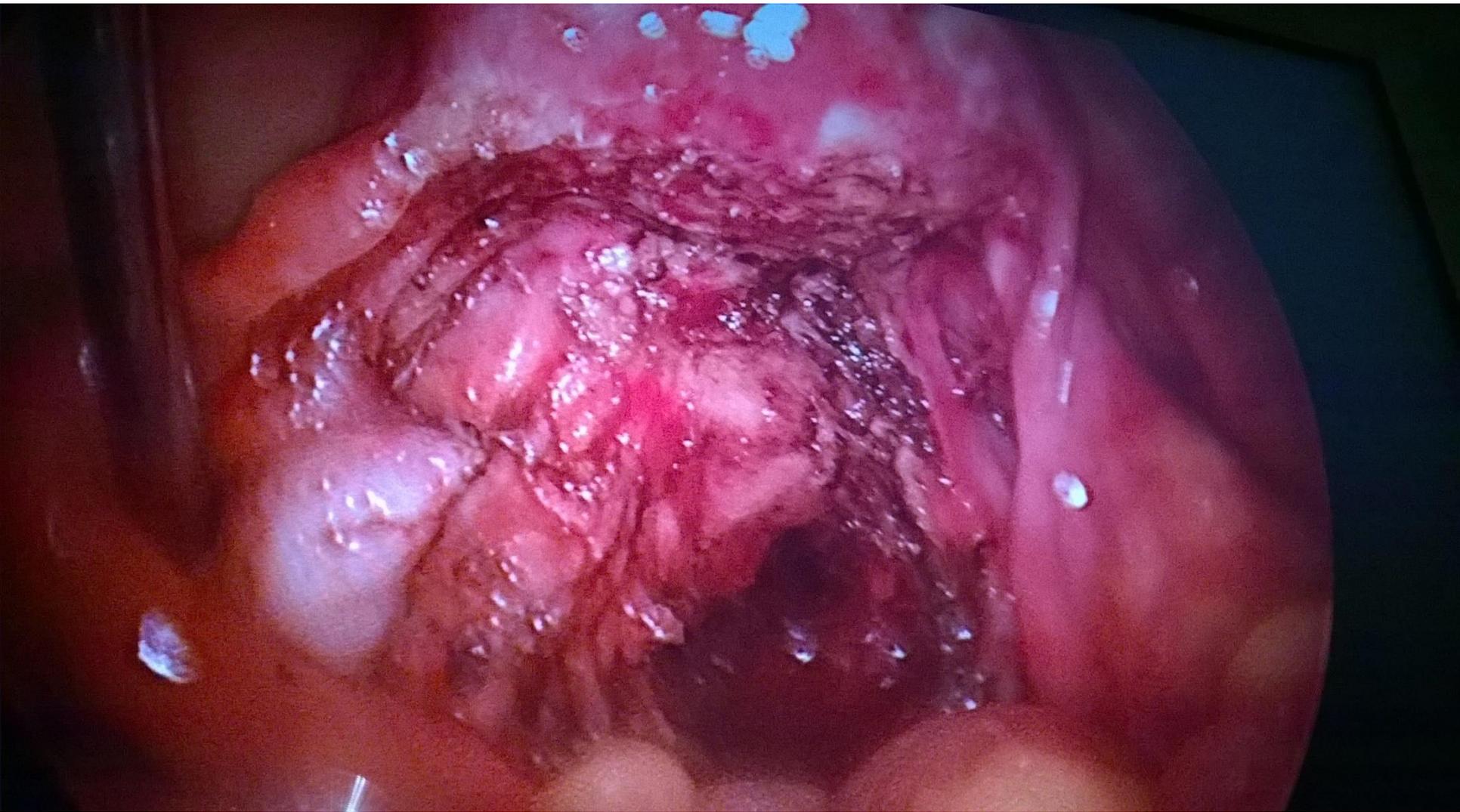
Cuando ello no sea posible, tomar biopsia destruir la lesión mediante electrocoagulación bipolar

En algunos casos, la excisión puede configurar una verdadera  
“peritoneoectomía”

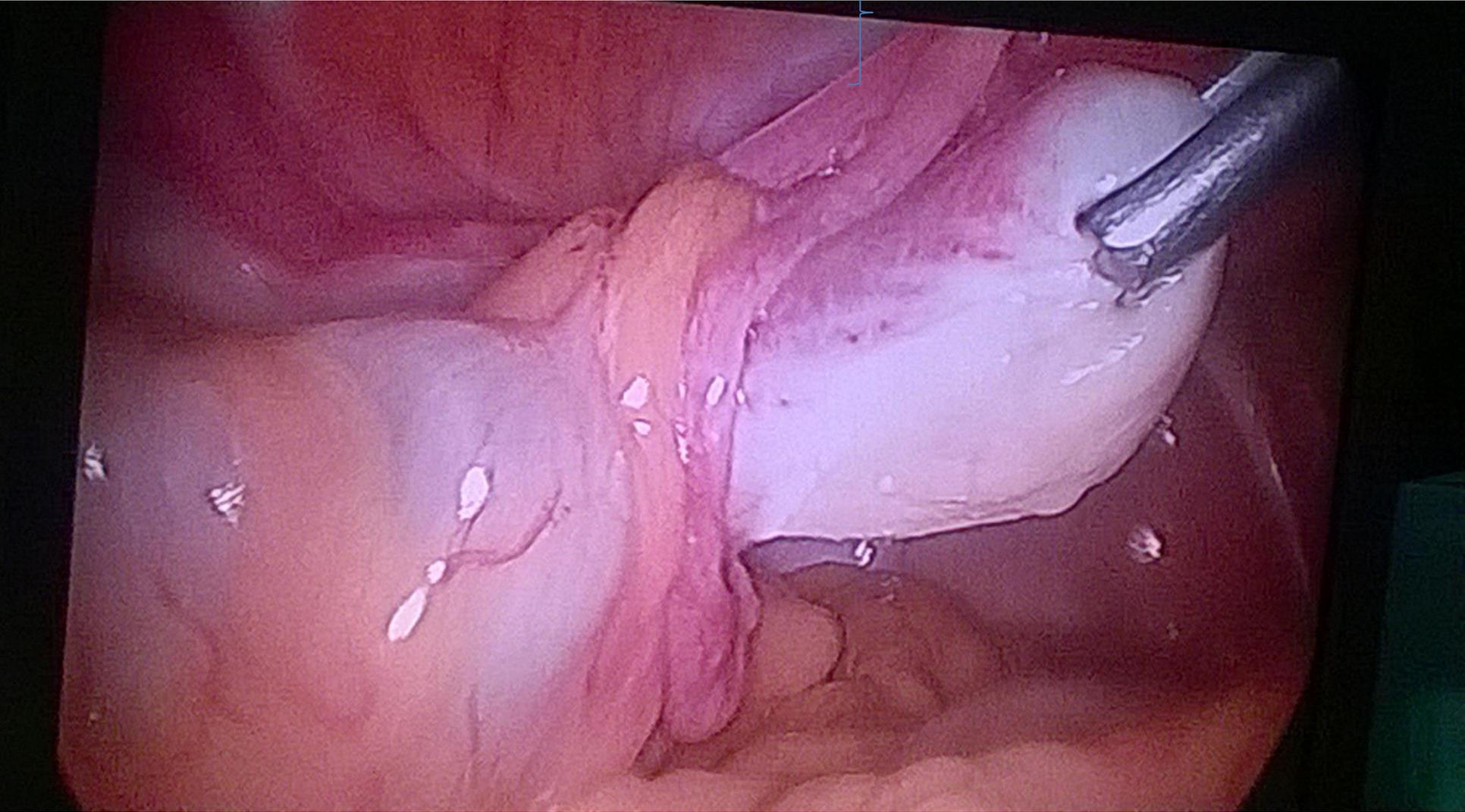
# Douglas ocluído - adhesiolisis



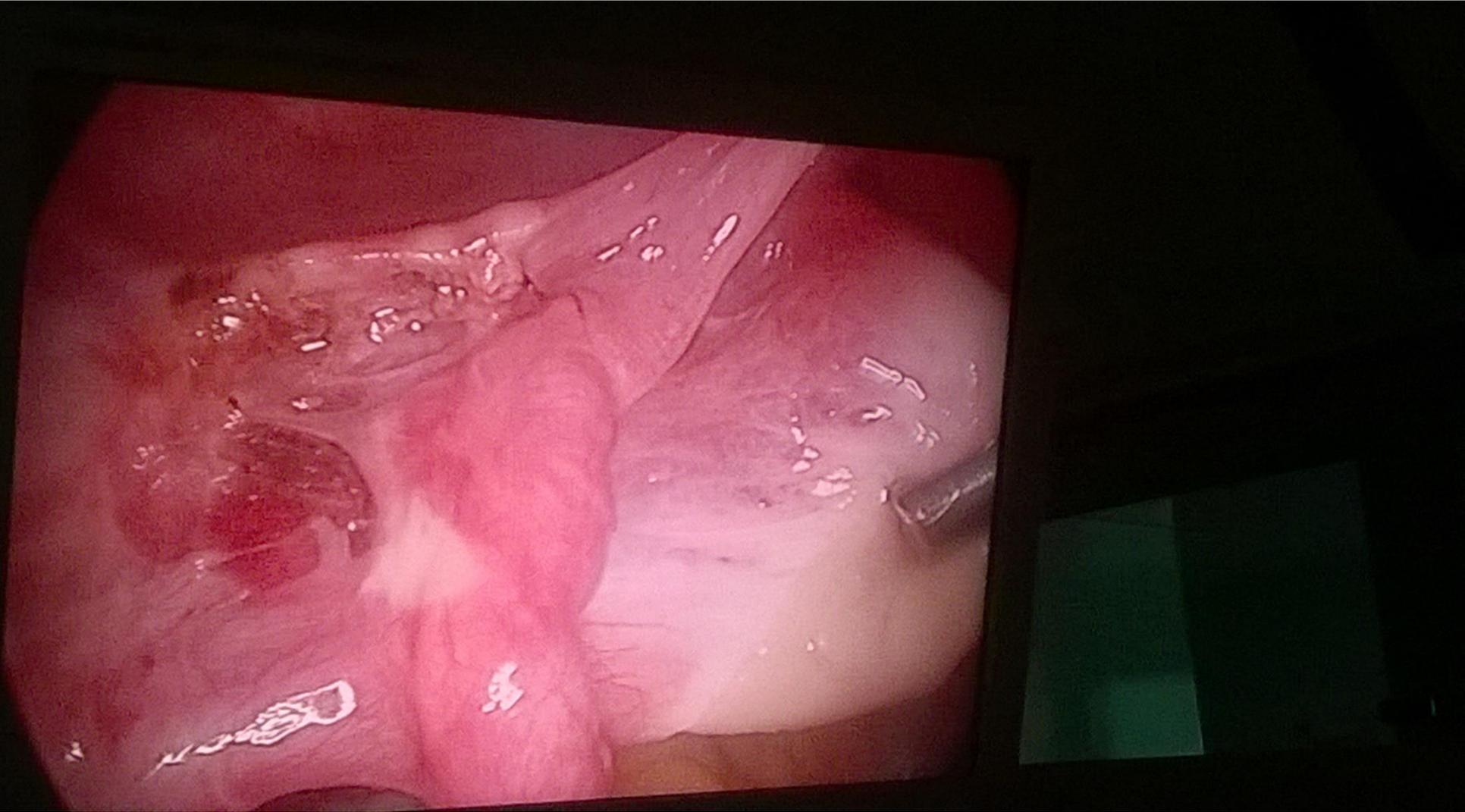
# Douglas ocluído - adhesiolisis



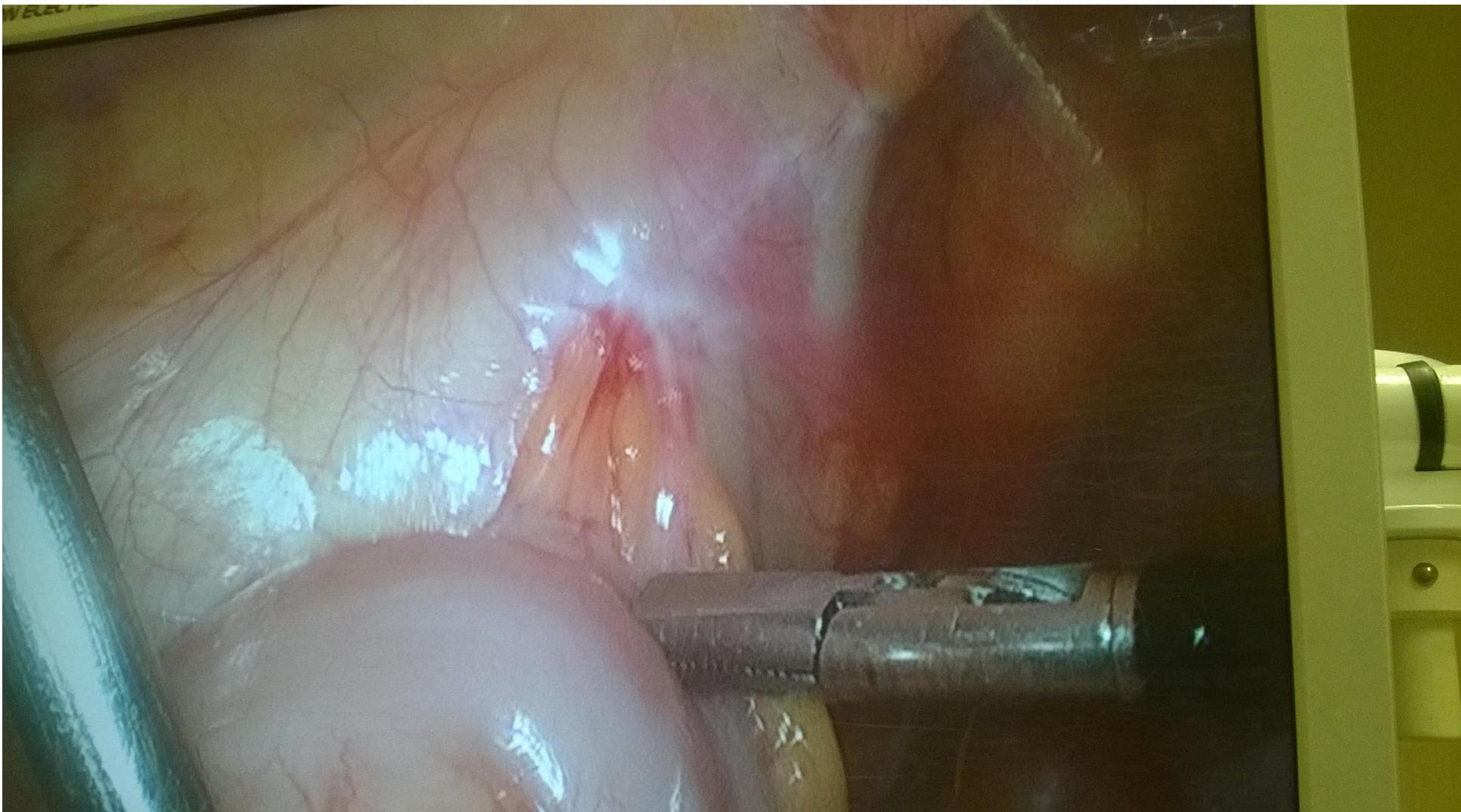
# Adherencias sigmoideoparietales/infundibulares -adhesiolisis



# Adherencias sigmoideoparietales/infundibulares -adhesiolisis



## Adherencias sigmoideoparietales/infundibulares -adhesiolisis



**Si hay quistes endometriósicos ováricos, debe ser su tratamiento el primer paso quirúrgico**

**Es conveniente abordarlos por el plano anti meso-ovárico**

**Luego de incidir la albugínea, se puede disecar el quiste sin abrirlo y realizar la eccisión cuidadosamente**

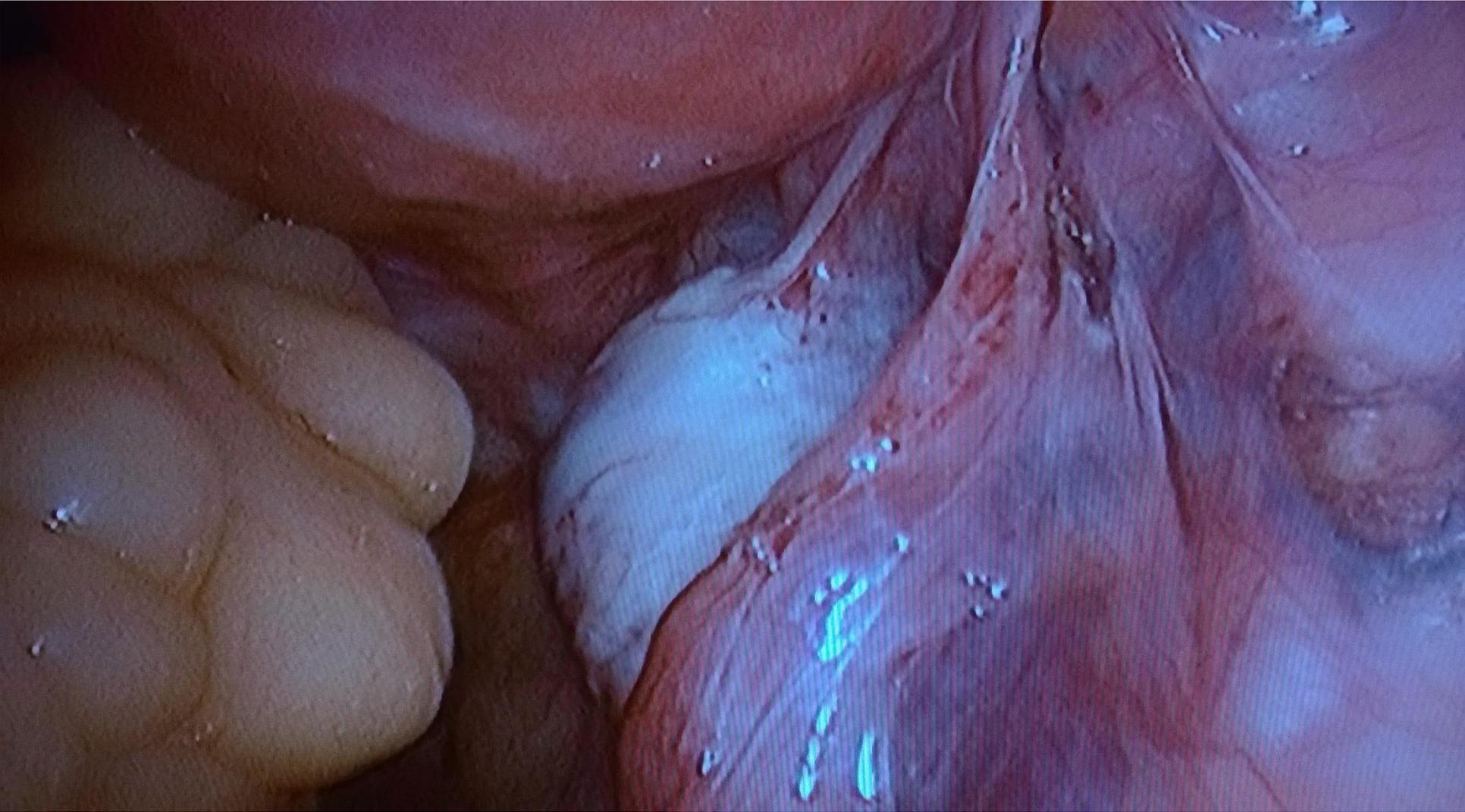
**.....sin embargo es muy frecuente que el endometrioma se abra – en ese caso se lo drena, luego se identifica un plano de clivaje y se lo extirpa**

## **Si los ovarios adhieren al peritoneo, debe realizarse la ooforolisis**

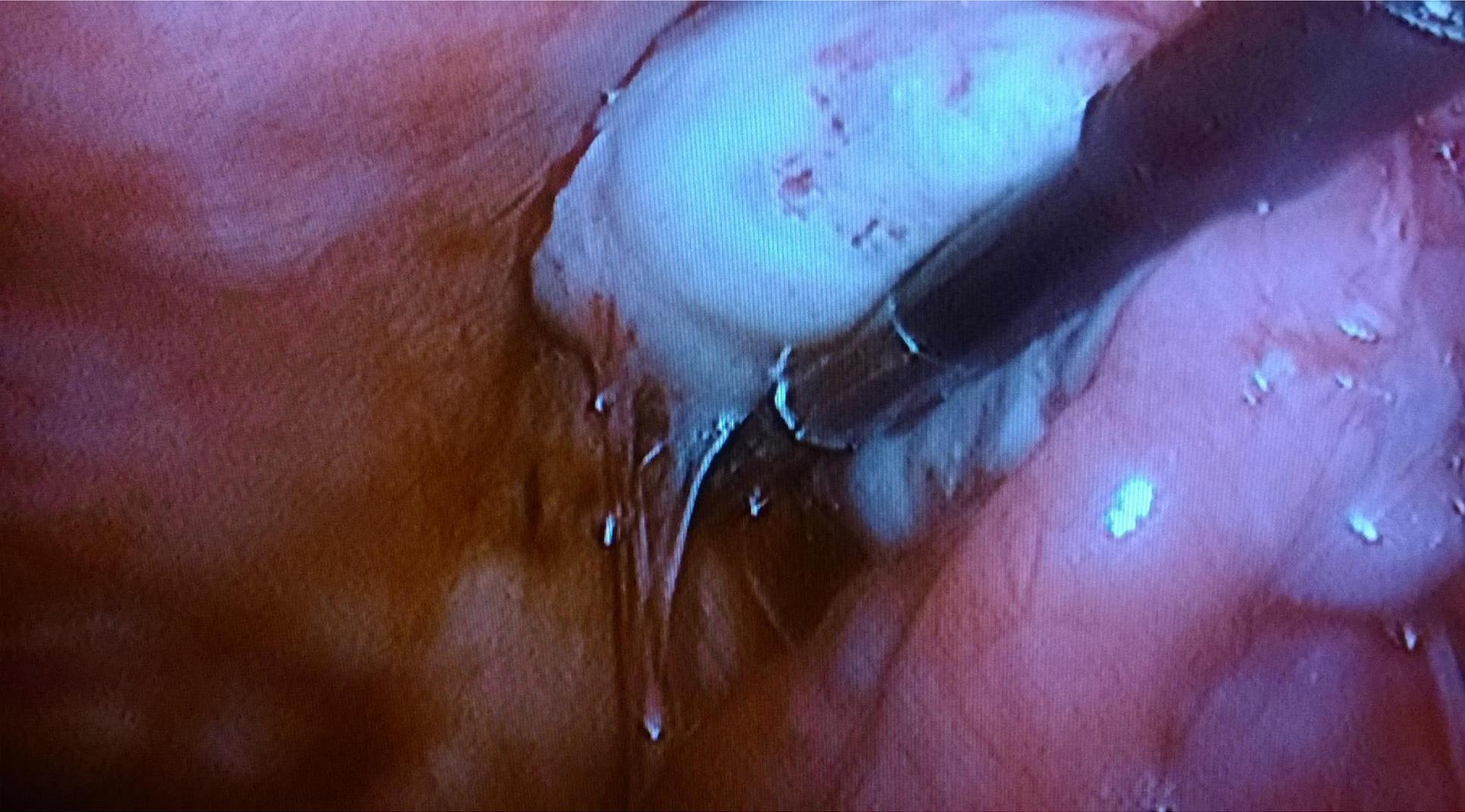
**En estos casos, casi de rutina, el endometrioma se abre y drena espontáneamente**

**.....corresponde entonces completar el drenaje, lavarlo y luego hacer un corte seco longitudinal al eje mayor del ovario que ayude a identificar un buen plano, disecarlo y extirparlo**

# Quistectomía del endometrioma



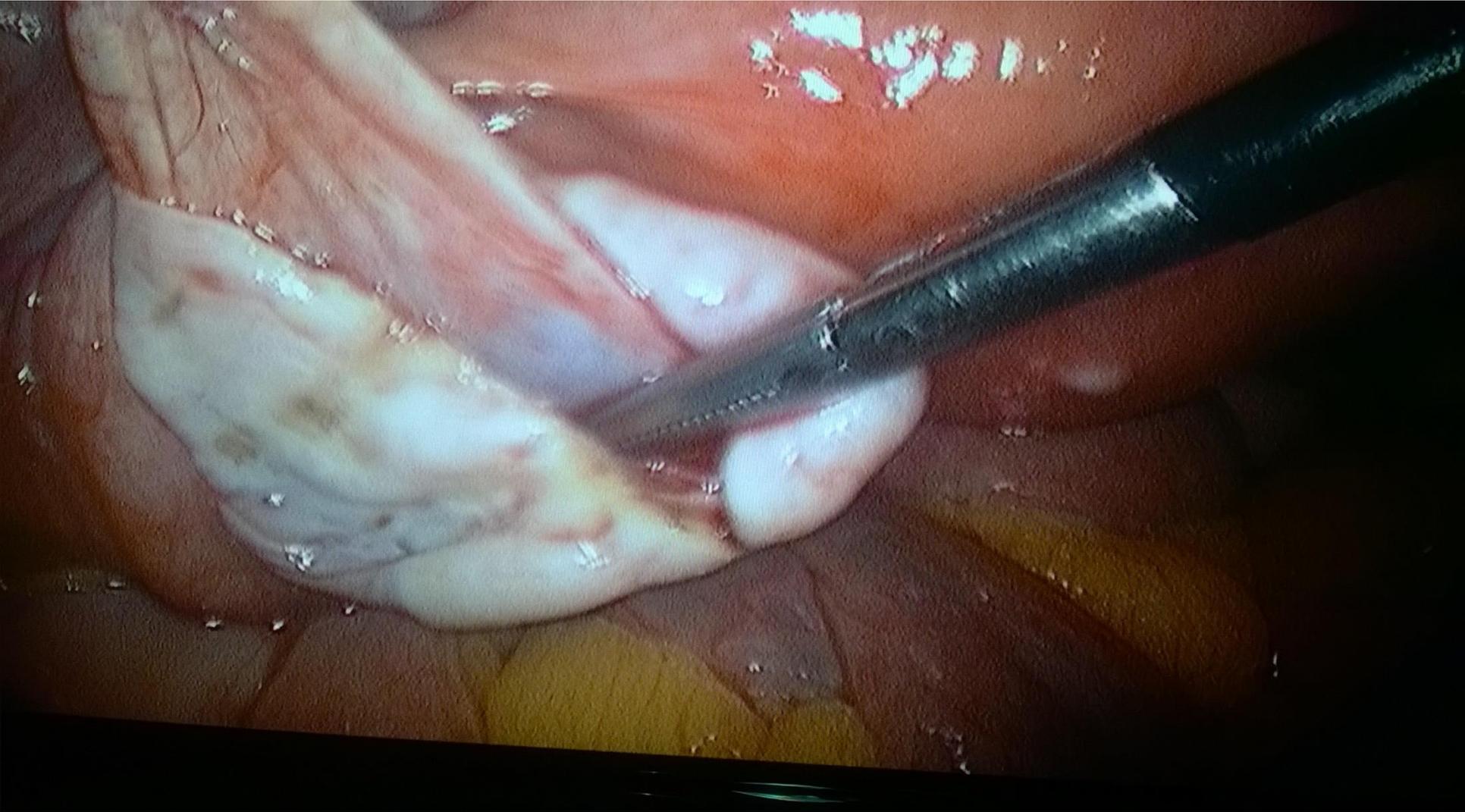
# Quistectomía del endometrioma



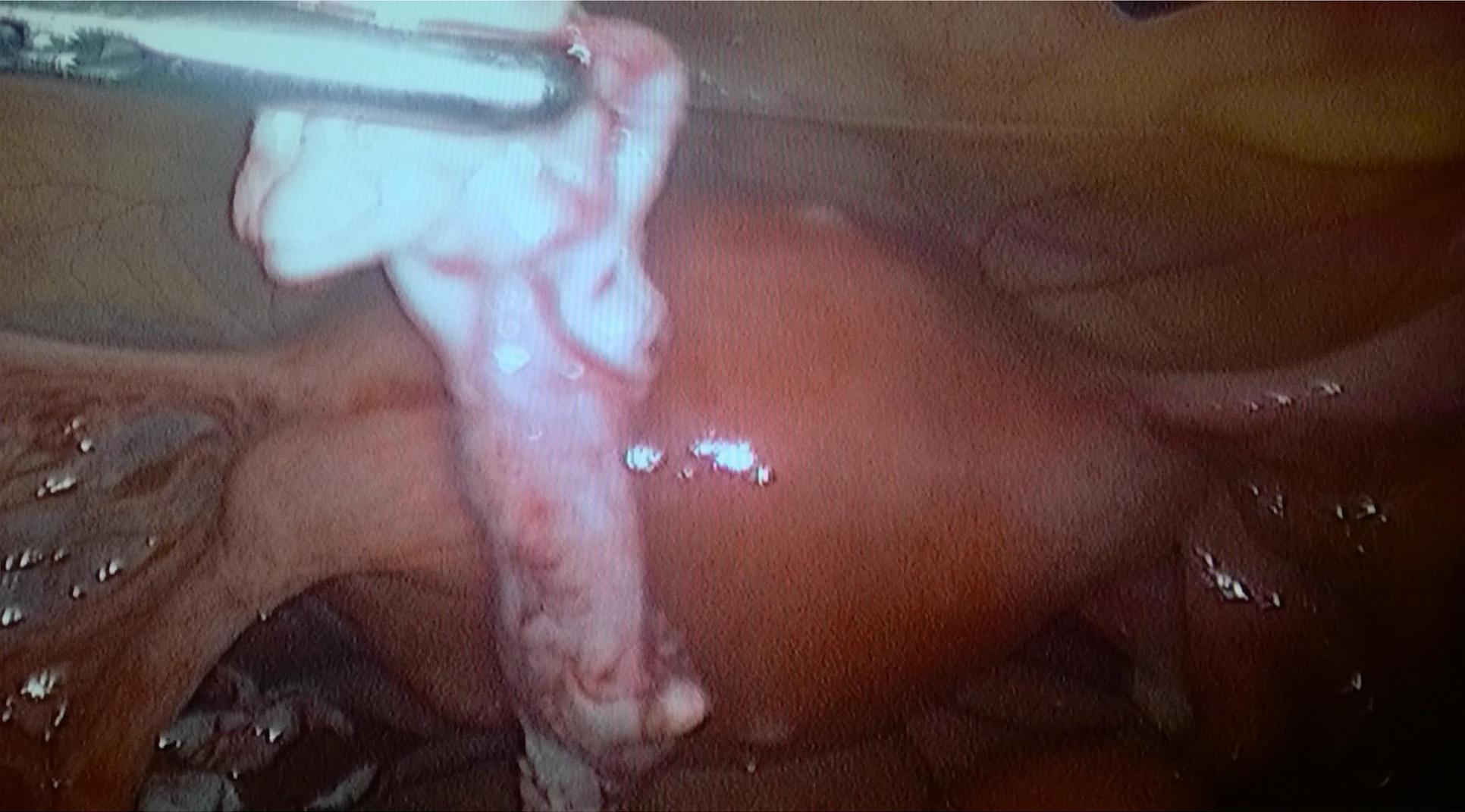
# Quistectomía del endometrioma



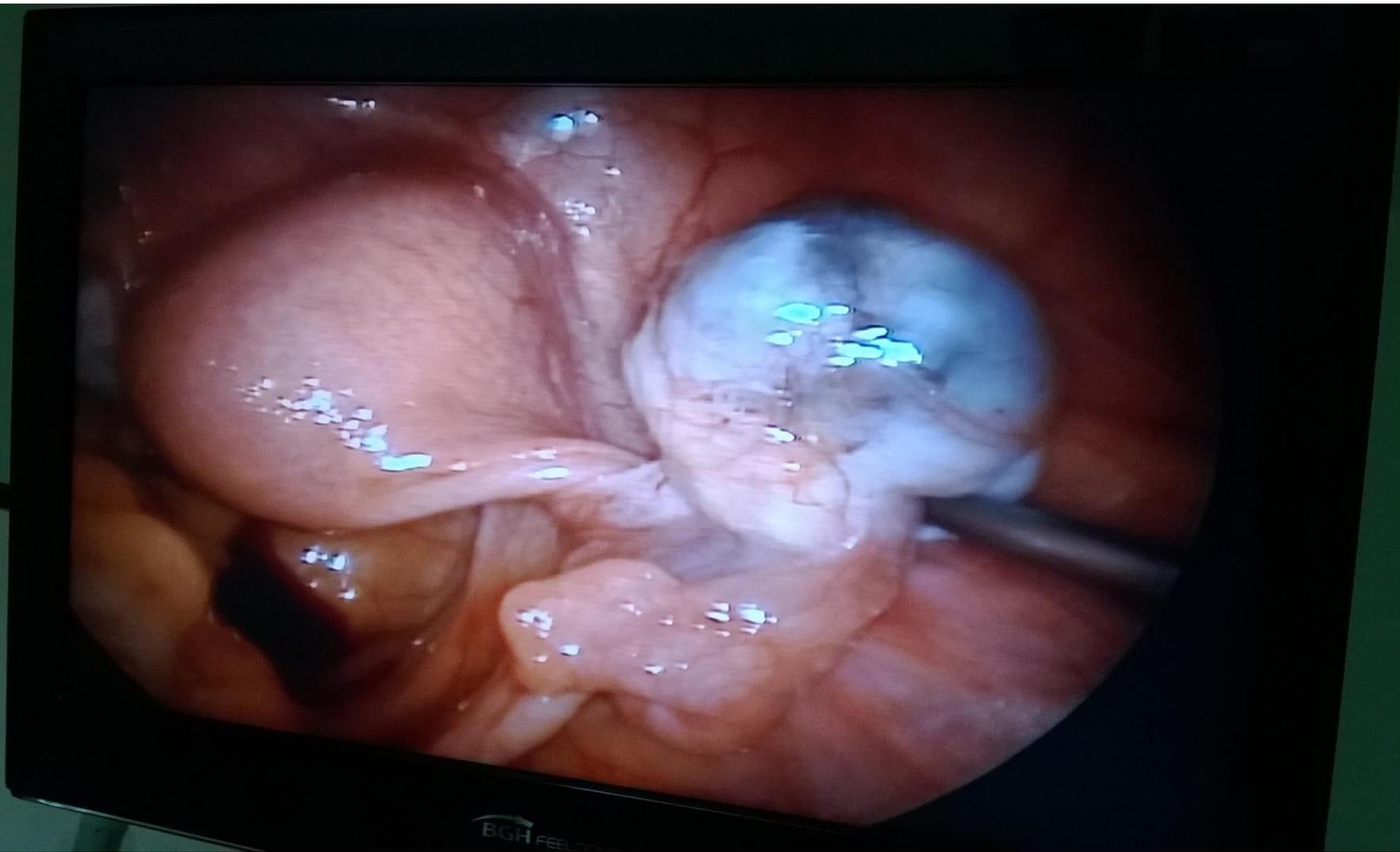
# Quistectomía del endometrioma



# Quistectomía del endometrioma



# La cirugía del endometrioma



# La cirugía del endometrioma



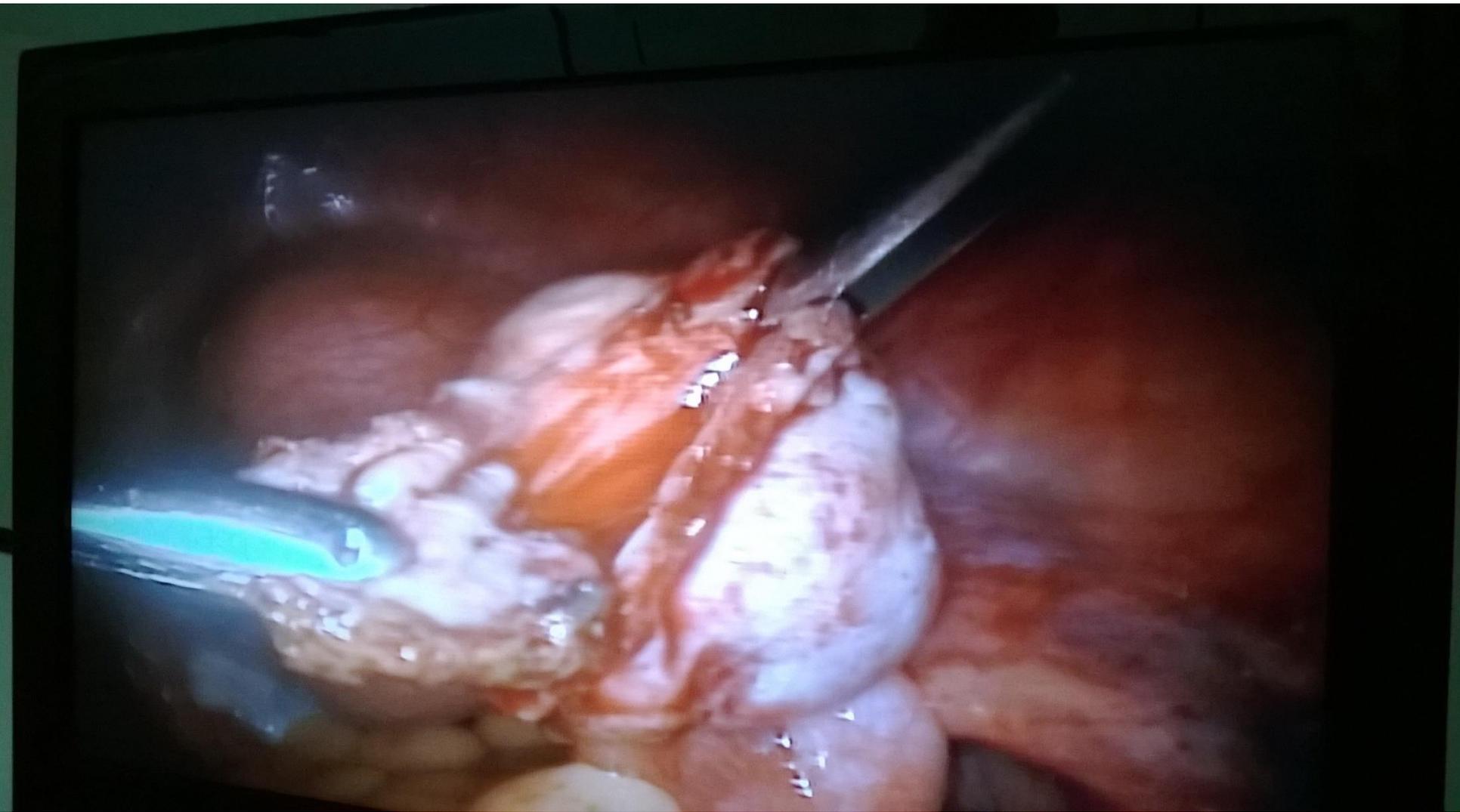
# La cirugía del endometrioma



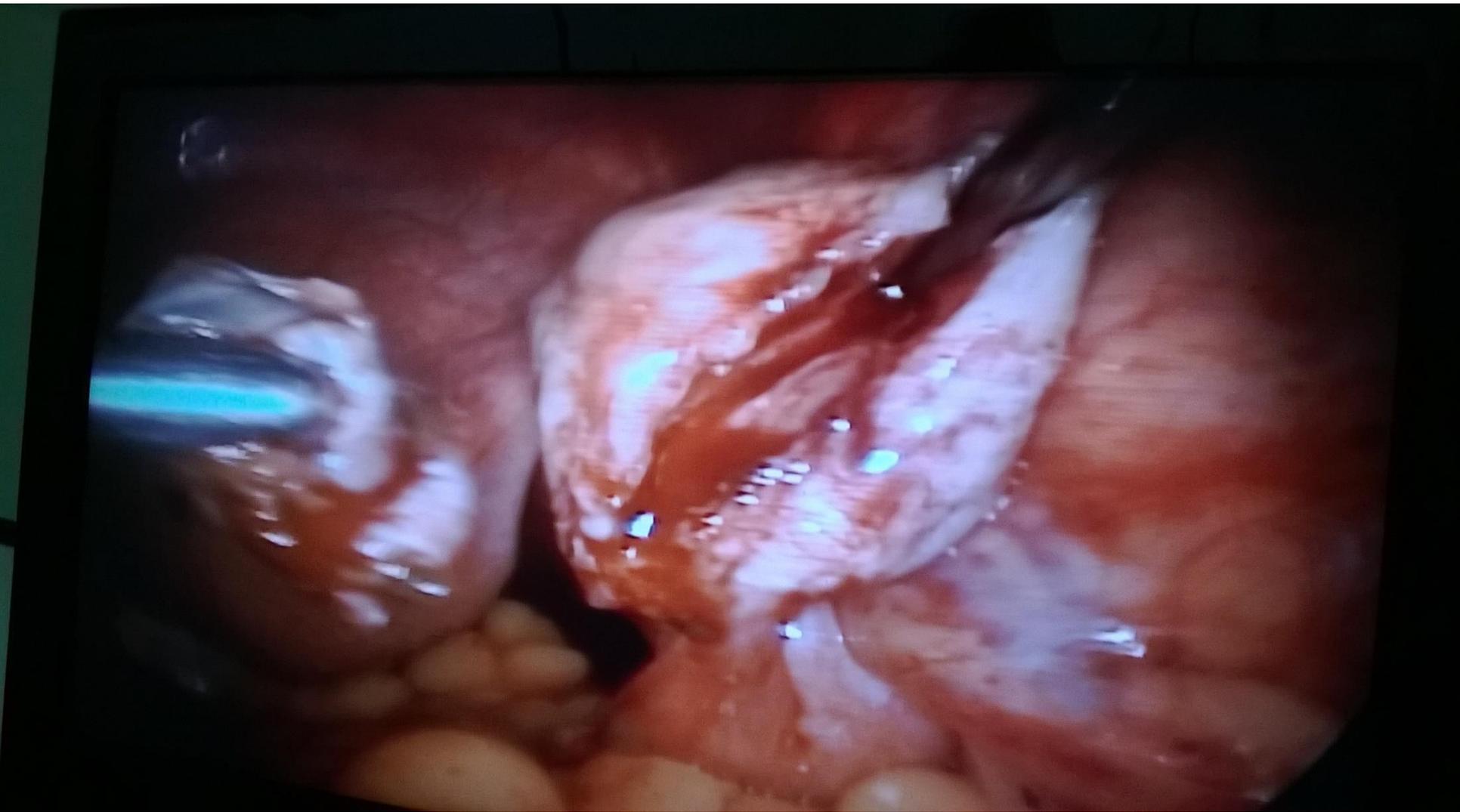
# La cirugía del endometrioma



# La cirugía del endometrioma



# La cirugía del endometrioma



**en pocas situaciones, como las del endometrioma, la realidad confronta con la teoría**

**Con frecuencia no hay buen plano de disección (se trata de una pseudocapsula por invaginación) o no se logra extirpar la sección más profunda del quiste**

**Los quistes más antiguos – esos al que el ginecólogo/a le restó importancia y/o demoró su indicación quirúrgica - resultan más difíciles de reseca en su totalidad con poco daño al aparato folicular adherente**

**Excepto en el caso de algunos endometriomas de gran tamaño, no es necesario ni conveniente suturar el ovario luego de la quistectomía**

**Si queda quiste residual de remoción imposible es necesario destruir su superficie interna con suave coagulación bipolar a potencia baja**

**La quistectomía es el tratamiento de elección**

**Se asocia a menor tasa de recidiva y mayores resultados favorables en término de embarazos**

123RF

123RF



123RF



123RF

123RF



123RF



123RF



123RF

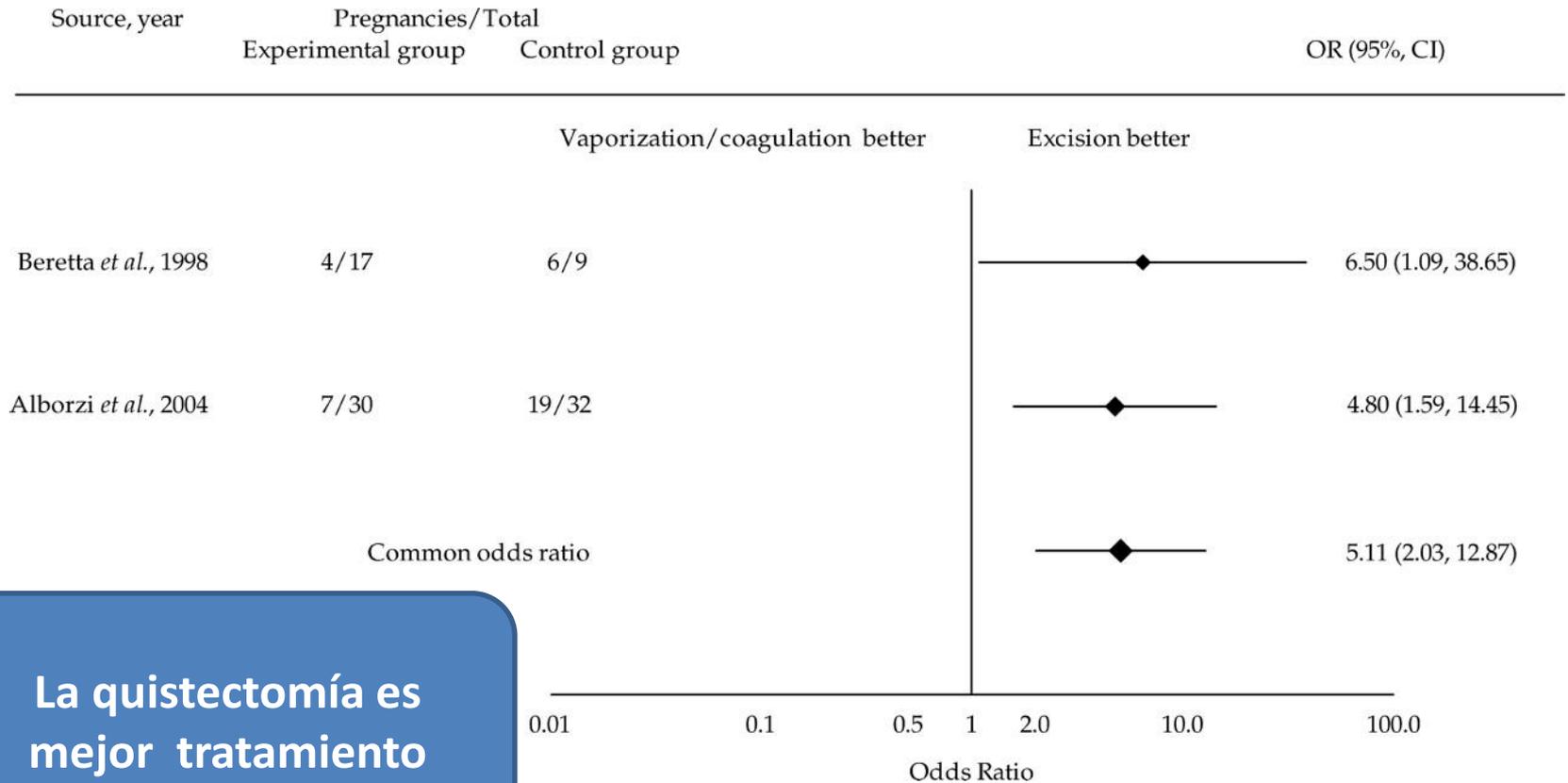


**El control de la hemostasia del lecho cruento ovárico posterior a la quistectomía requiere un tratamiento sumamente delicado**

**Se debe cauterizar cada foco o punto sangrante con electrocauterio mono o bipolar delicadamente evitando dañar en exceso el hilio ovárico**

**En algunos casos, la sutura en “U” aproximando las dos facetas del lecho ovárico resulta en una rápida y adecuada hemostasia, sin daño térmico**

# Overview of RCTs comparing vaporization/coagulation with excision of ovarian endometriotic cysts.



**La quistectomía es mejor tratamiento**

Paolo Vercellini *et al.* Hum. Reprod. 2009;24:254-269

Muchas gracias por la atención

# Consensus on current management of endometriosis

# Consensus on current management of endometriosis

# Consensus on current management of endometriosis