

Endometriosis e Infertilidad

Edgardo D. Rolla

Medico Ginecólogo

Especialista en Medicina Reproductiva

Especialista en Cirugía Laparoscópica de Alta Complejidad

Director de Docencia e Investigación – SAE

Miembro de la Comisión Directiva - SACIL

Ambassador – World Endometriosis Society



A prospective cohort study of endometriosis and subsequent risk of infertility.
[Prescott J](#), [Farland LV](#), [Tobias DK](#), [Gaskins AJ](#), [Spiegelman D](#), [Chavarro JE](#), [Rich-Edwards JW](#), [Barbieri RL](#), [Missmer SA](#).

Hum Reprod. 2016 May 1

Estudiaron 58.427 enfermeras de una cohorte de seguimiento longitudinal desde el año 1989 hasta el 2005

Identificaron 4612 casos de infertilidad (de cualquier causa) en un Total de 362219 años/mujer

El riesgo de padecer infertilidad de una paciente con diagnóstico previo de Endometriosis es de 2.12 (95% IC)

.....si bien esta relación solo se observó en mujeres mayores a 35 años de edad

La **infertilidad** es el segundo síntoma más frecuente de la endometriosis, luego del **dolor pelviano**

Con gran frecuencia, la **infertilidad** se **asocia** a cuadros de dolor pelviano crónico, dismenorrea y dispareumnia

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%

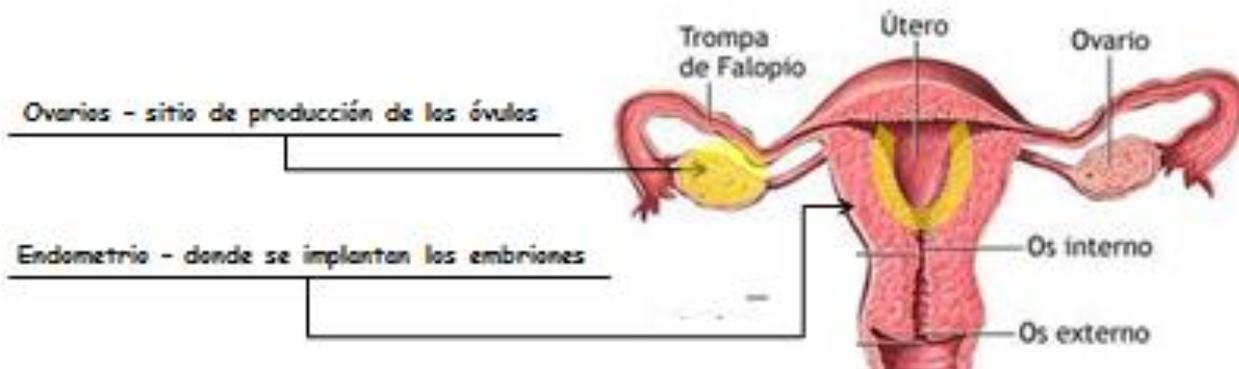
de endometriosis en pacientes subfértiles a las que se les practicó una laparoscopia como parte del estudio de rutina por infertilidad

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

¿Como afecta la endometriosis la fertilidad de la mujer?

En general, provocando un cuadro inflamatorio crónico que induce la producción de distintas sustancias que alteran la calidad de los óvulos producidos por los ovarios, y el endometrio, lugar en donde se deben implantar los embriones

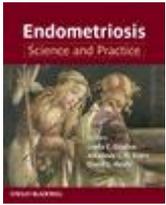


La endometriosis también afecta la fertilidad cuando altera la anatomía de la pelvis y daña los órganos genitales internos (ejemplos)



Produciendo adherencias que alteren la función de las trompas de Falopio

Produciendo quistes que alteran la función del ovario y/o lo dañan limitando su capacidad de generar óvulos



23. Pathophysiology of Infertility in Endometriosis

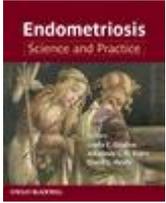
Linda C. Giudice MD, PhD, MSc3, Johannes L. H. Evers MD, PhD, FRCOG (ad eundem)4, David L. Healy BMedSci, MBBS, PhD, FRANZCOG, CREI, FRCOG (ad eundem)5 Bruce A. Lessey MD, PhD1, Steven L. Young MD, PhD2
Published Online: 25 JAN 2012

"La endometriosis es responsable de la mayoría de los casos de infertilidad"

"La asociación entre endometriosis e infertilidad persiste a pesar de la cirugía"

"Luego de la cirugía, la infertilidad persiste por causa de la infertilidad por sí misma"

"....50% de aquellas mujeres que padecen endometriosis presentan infertilidad"



23. Pathophysiology of Infertility in Endometriosis

Linda C. Giudice MD, PhD, MSc3, Johannes L. H. Evers MD, PhD, FRCOG (ad eundem)4, David L. Healy BMedSci, MBBS, PhD, FRANZCOG, CREI, FRCOG (ad eundem)5

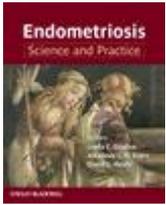
Bruce A. Lessey MD, PhD1, Steven L. Young MD, PhD2

Published Online: 25 JAN 2012

“La patofisiología de la infertilidad asociada a la endometriosis no se comprende claramente aún”

“....pero seguramente se vincula al origen, mantenimiento y recurrencia de la enfermedad”

“Las alteraciones presentes en el endometrio eutópico de las portadoras de endometriosis sugiere la existencia de una resistencia a la progesterona y una exagerada sensibilidad a los estrógenos”



23. Pathophysiology of Infertility in Endometriosis

Linda C. Giudice MD, PhD, MSc3, Johannes L. H. Evers MD, PhD, FRCOG (ad eundem)4, David L. Healy BMedSci, MBBS, PhD, FRANZCOG, CREI, FRCOG (ad eundem)5

Bruce A. Lessey MD, PhD1, Steven L. Young MD, PhD2

Published Online: 25 JAN 2012

"Las teorías y preguntas acerca de los mecanismos implicados en la infertilidad asociada a la endometriosis"

"La... base a la..."

"Jansen reportó una TASA MENSUAL DE FERTILIDAD de 0.12 en mujeres "normales" vs. 0.036 en las afectadas por endometriosis"

"La misma sería la razón por la que la tasa de abortos espontáneos es tan alta en las mujeres"

¿Que dicen las sociedades de medicina reproductiva sobre la infertilidad asociada a la endometriosis?

- En las formas mínimas y leves la supresión ovárica no es efectiva a los fines de mejorar la fertilidad
- La resección de las lesiones endometriósicas y la adhesiolisis es superior a la laparoscopia exclusivamente diagnóstica en estos estadios
- No hay evidencia suficiente como para determinar si la resección quirúrgica de las lesiones mejora las chances de embarazo en los casos moderados y severos
- La FIV es un tratamiento indicado, especialmente cuando coexisten otras causas de infertilidad, o ante el fracaso de otros tratamientos
- Las tasas de embarazo por FIV de las portadoras de endometriosis son menores que las de las pacientes que presentan obstrucción tubaria





- Hay pocos estudios randomizados y controlados acerca del tratamiento de la infertilidad asociada a la endometriosis
- Para el manejo de estas se deben considerar la edad, el tiempo de infertilidad, la historia familiar, la coexistencia de dolor pelviano y el estadio de la enfermedad
- Al realizar la laparoscopia, el cirujano debe destruir o reseca en forma segura todas las lesiones visibles
- En los casos minimos y leves - en las pacientes jóvenes - se puede hacer un manejo expectante o inducir la ovulacion y/o realizar una inseminación intrauterina
- Las mujeres mayores de 35 años de edad deberían ser tratadas mediante inseminación bajo estímulo ovárico, o FIV
- En los estadios moderado y severo se indica la cirugía laparoscópica conservadora - incluyendo eventual conversión a laparotomía
- Si el embarazo no ocurre en esos casos, o cuando la edad reproductiva es avanzada, la FIV es una alternativa efectiva



- La supresión de la función ovárica en la endometriosis mínima y leve no es efectiva - no debe indicarse
- No hay evidencia de su utilidad en casos más severos
- La ablación de las lesiones y la adhesiolisis es útil para mejorar la fertilidad en los casos mínimos y leves
- En las moderadas y severas el rol de la cirugía es incierto
- La quistectomía del endometrioma es mejor que el drenaje y coagulación del lecho del quiste
- El tratamiento hormonal post-quirúrgico no aumenta las tasas de embarazo
- El lavado tubario mejora las tasas de fertilidad en los casos de infertilidad asociada a la endometriosis
- La inseminación intrauterina mejora la fertilidad en los estadios mínimos y leves
- La FIV es un tratamiento apropiado, en especial cuando hay compromiso tubario o factores asociados
- La quistectomía laparoscópica se recomienda cuando el tamaño es mayor a 4 cm
- La supresión ovárica por 3 a 6 meses luego de la cirugía mejora los resultados de la FIV
- Las asociaciones de ayuda de pacientes son útiles para la consejería, apoyo e información

- La cirugía laparoscópica mejora las tasas de fertilidad en los casos mínimos y leves
- En la endometriosis profunda infiltrante el efecto de la cirugía es controversial
- La extirpación de endometriomas mayores a 3 cm puede mejorar la fertilidad
- Los tratamientos hormonales no mejoran la fertilidad y no deben ofrecerse
- Excepción hecha de la supresión ovárica por 3 a 6 meses antes de la FIV

Montpellier 2011 evidence based guideline on the management of endometriosis



Montpellier 2011 evidence based guideline on the management of endometriosis





Expertos participantes del Consenso:

Thomas D'Hooghe; Gerard Dunselman; Robert Taylor; Pamela Stratton; Charles Miller; Jim Tsaltas; Sukhbir Singh; **Edgardo D Rolla**; Neil Johnson; Cindy Farquhar; Luk Rombauts; Carlos Petta; Karl-Werner Schweppe; Paolo Vercellini; Liselotte Mettler; Robert Shaw; Ali Akoum; Linda Giudice; Bernard Hédon; Naoki Terakawa; Hans Evers; Mauricio Abrao; Robert Schenken; David Adamson; Deborah Bush, Nicole Persson; Jan Hayslip

Directores / Coordinadores:

Neil Johnson (N.Z.) y Lone Hummelshoj (World Endometriosis Society)

Topic

What evidence supports IUI and IVF in the management of endometriosis – related infertility?

Edgardo D. Rolla M.D.

Coordinator – Endometriosis – ALMER

(Asociación Latinoamericana de Medicina Reproductiva)



Other affiliations:

- Director of Publications – IFER (Inst. de Ginecol. y Fertil.)
Bs. As. - Argentina
- Vice Presidente – SAE (Sociedad Argentina de Endometriosis)
- Board Member – SACIL (Soc. Arg. de Cirugia Laparoscópica)

Disclosure:

- Bayer AG – registration and lodging
- Laboratorios Bagó S.A. – travel expenses
- MSD – air fare

- La cirugía laparoscópica mejora la fertilidad en los estadios 1 y 2 (*evidencia de alto nivel*)
- Es mejor extirpar que coagular las lesiones, sobre todo cuando coexiste dolor, aunque los ensayos prospectivos/randomizados no han demostrado la superioridad de una conducta por sobre la otra

- La quistectomía del endometrioma se prefiere - cuando es posible - al drenaje y coagulación a los fines de mejorar la fertilidad (*evidencia de alto nivel*)

- No está claro cuál es la mejor táctica quirúrgica para la paciente infértil con endometriosis profundamente infiltrante (*evidencias de baja calidad*)
- Está claro que este tipo de cirugías solo pueden realizarlas cirujanos experimentados en centros de referencia (*evidencia de baja calidad*)

- El tratamiento médico luego de la laparoscopia no ha demostrado beneficio en lo que hace a la fertilidad (*evidencia de alta calidad*)

- No hay evidencia que sugiera la conveniencia de prescribir estimulación de la ovulación como único tratamiento - ninguna evidencia dice que un esquema de estímulo sea mejor que otro (*bajo nivel de evidencia*)

A modo de conclusión (mi sugerencia en base a lectura y experiencia):

Hay dos distintos niveles de conflicto

La enf. Mínima y leve

La enf. Moderada y severa

La cirugía es útil siempre en los casos mínimos y leves

El tratamiento médico solo es útil en la forma de supresión ovárica 3/6 meses antes de la FIV en los casos severos

La inseminación intrauterina es útil bajo estímulo ovárico en los casos mínimos y leves con trompas permeables y sanas

La FIV es una opción siempre, en todos los casos, pero sus resultados son menores que los de aquellas pacientes que no presentan endometriosis

A modo de conclusión (mi sugerencia en base a lectura y experiencia):

El endometrioma mayor de 3/4 cm Ø debe operarse

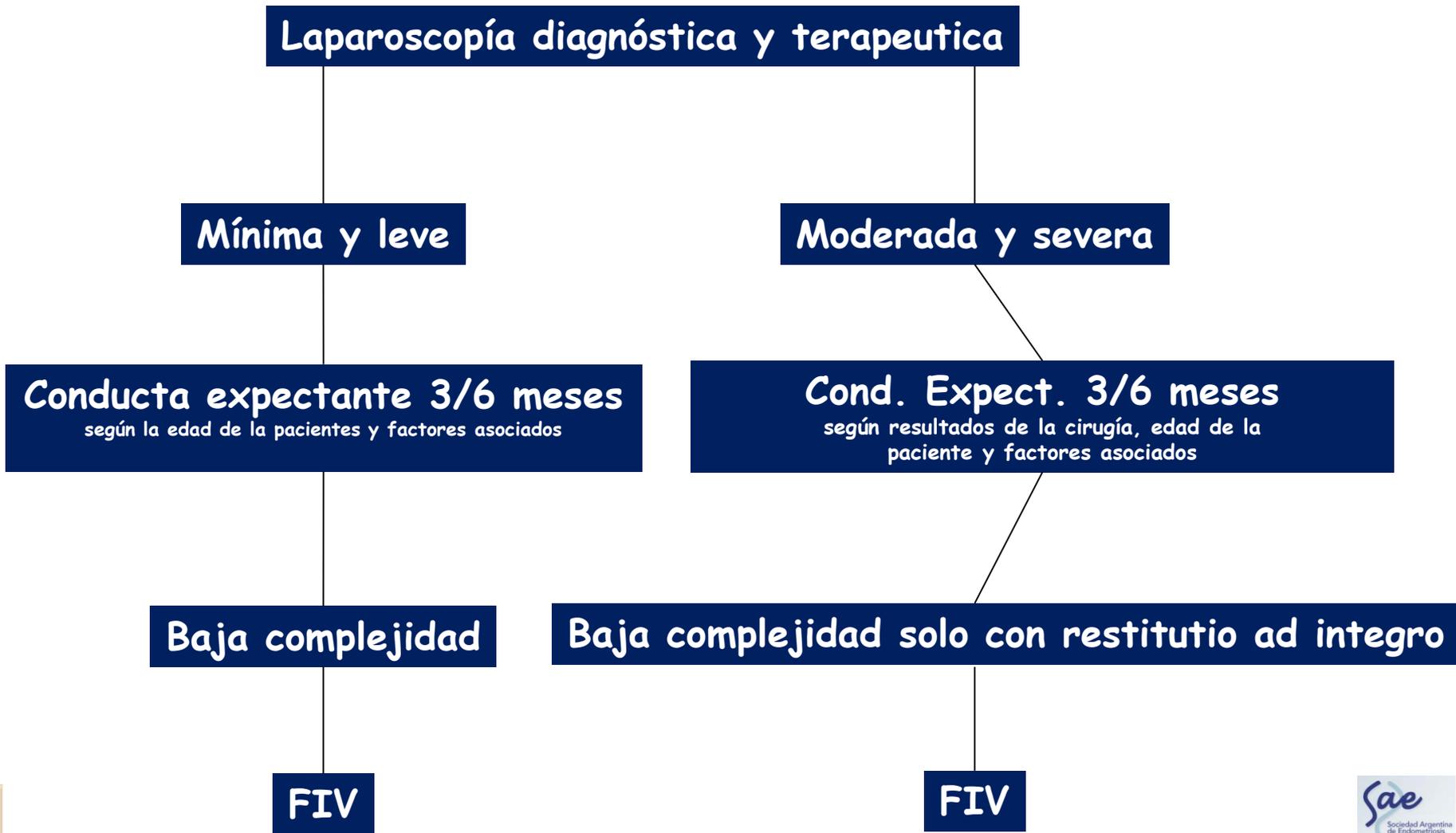
La quistectomía por buen plano de clivaje es la mejor cirugía

La extirpación de las lesiones es la cirugía ideal

Deben evitarse las reoperaciones en los ovarios

Excepto por dolor coexistente severo, la cirugía del tabique rectovaginal no está indicada para mejorar la fertilidad

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



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

....recordando que el uso de análogos de GnRH
antes de la FIV
mejora los resultados en los casos
más severos
especialmente cuando coexiste dolor pelviano crónico

Muchas gracias por la atención

