

LA CIRUGIA DEL ENDOMETRIOMA

EDGARDO D. ROLLA

Medico Ginecólogo

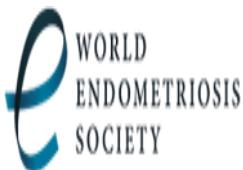
Especialista en Medicina Reproductiva

Especialista en Cirugía Laparoscópica – Alta complejidad

Director – Departamento de Docencia e Investigación – SAE

Miembro de la CD – SACIL

Ambassador – World Endometriosis Society



SOGIBA2016

XXXIV CONGRESO INTERNACIONAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
8º ENCUENTRO NACIONAL DEL EJERCICIO PROFESIONAL
3ª JORNADA DE ENFERMERÍA PERINATOLÓGICA

2-4 de Junio 2016 - Hotel Sheraton, Buenos Aires, Argentina



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

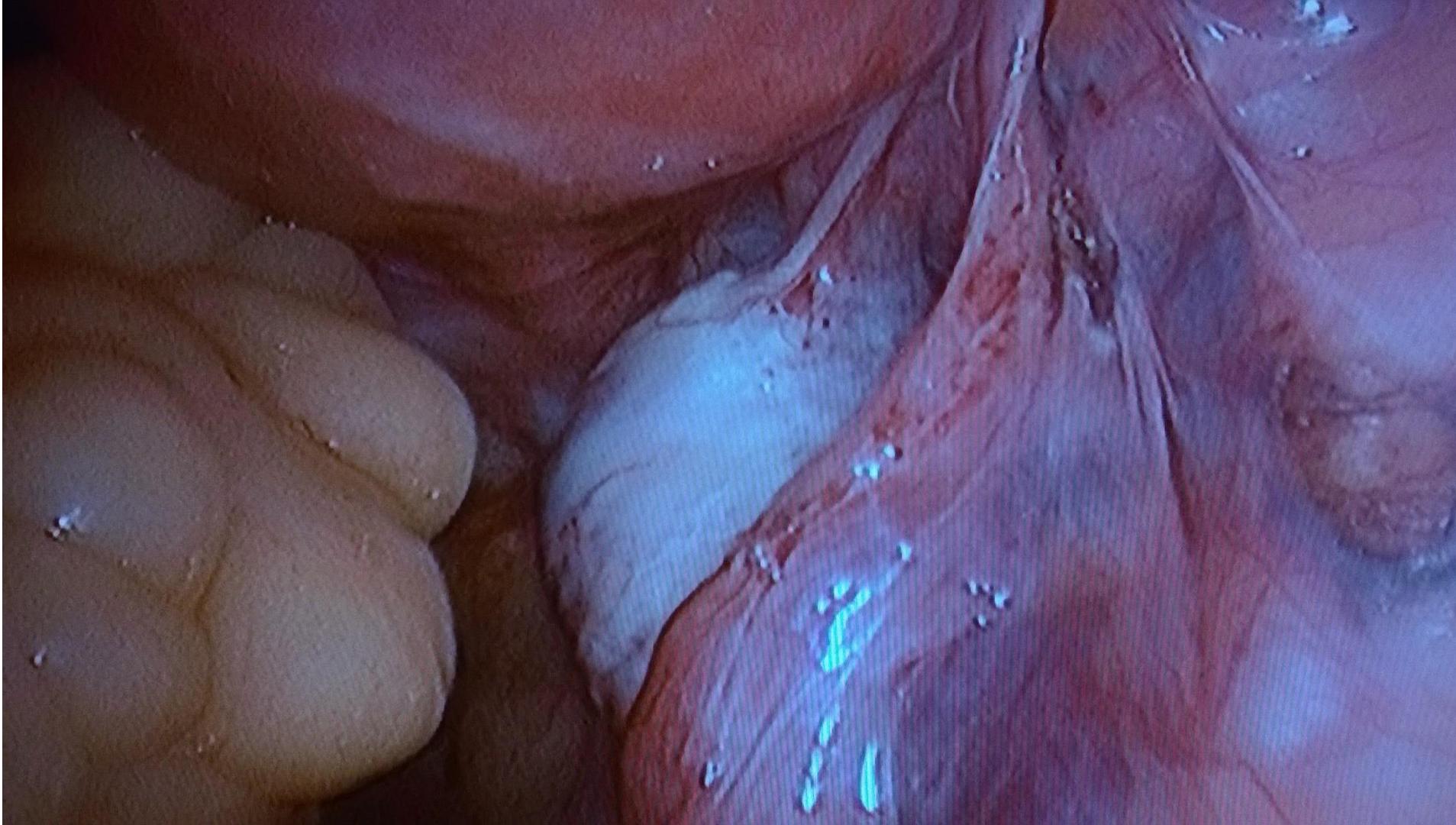
.....sin embargo es muy frecuente que el endometrioma se abra – en ese caso se lo drena, luego se identifica un plano de clivaje y se lo extirpa

Si los ovarios adhieren al peritoneo, debe realizarse la ooforolisis

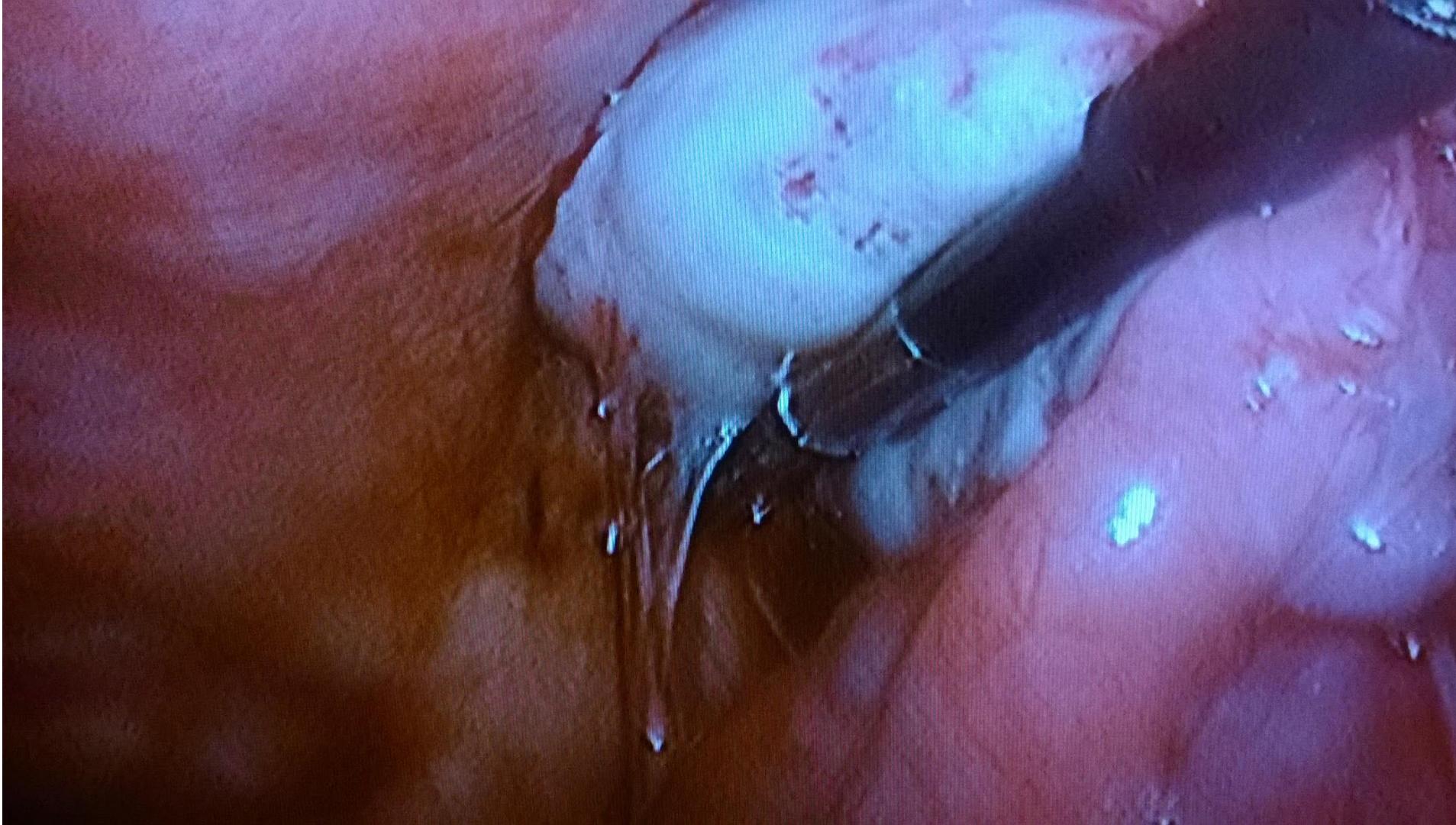
En estos casos, casi de rutina, el endometrioma se abre y drena espontáneamente

.....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

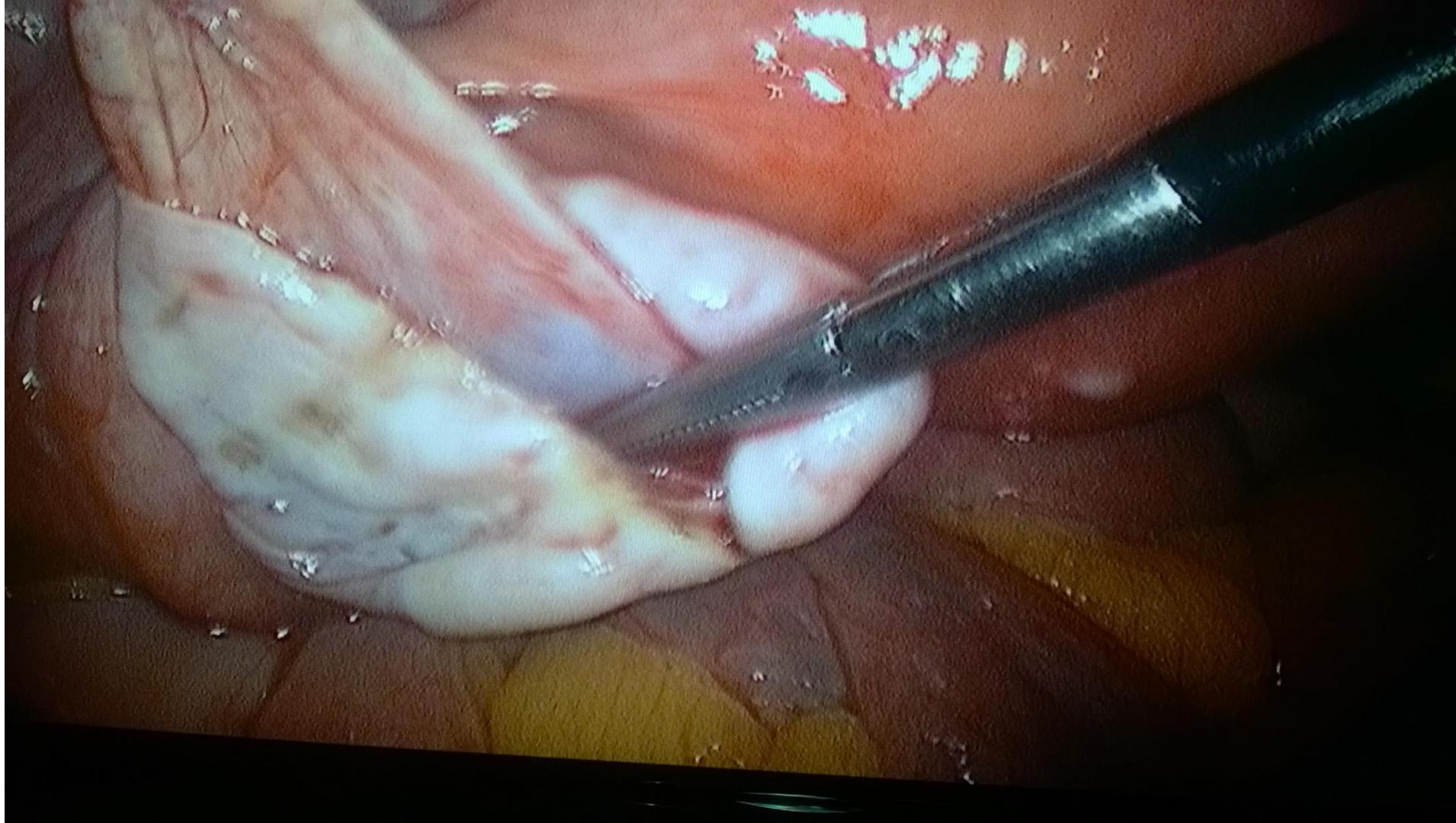
Quistectomía del endometrioma - ooforolisis



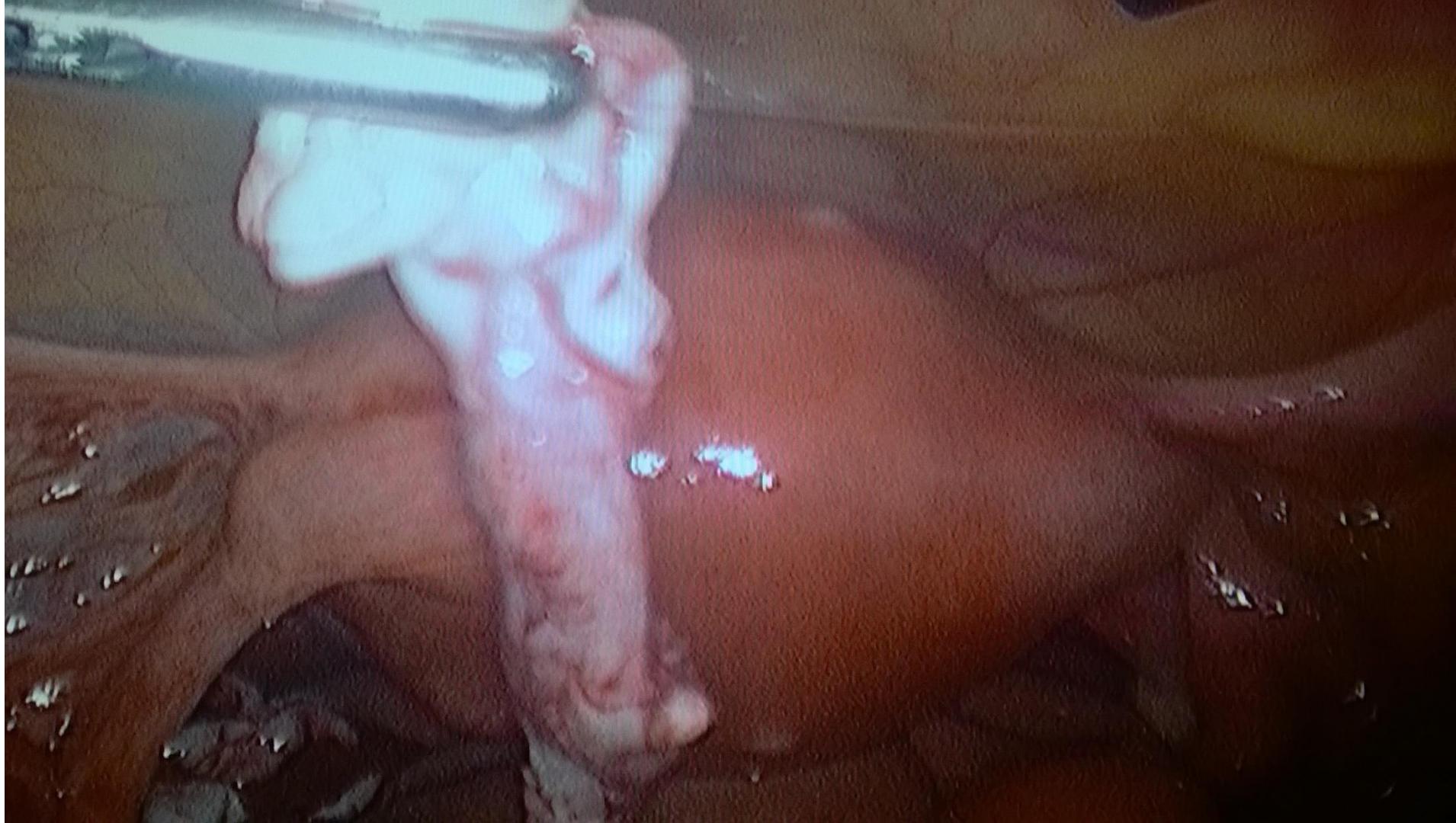
Quistectomía del endometrioma - ooforolisis



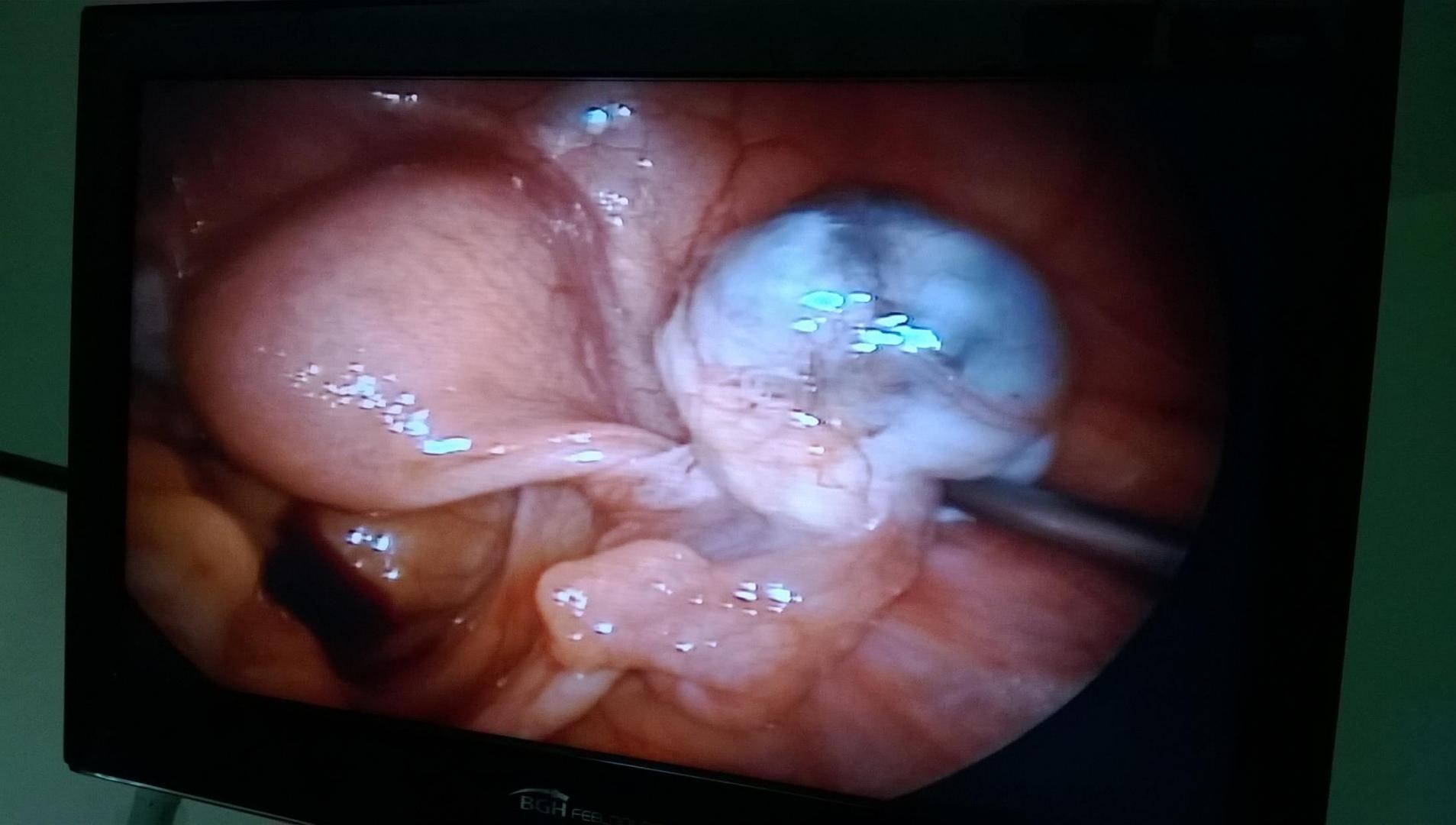
Quistectomía del endometrioma – fácil con buen plano



Quistectomía del endometrioma – fácil con buen plano



La cirugía del endometrioma – ovario libre



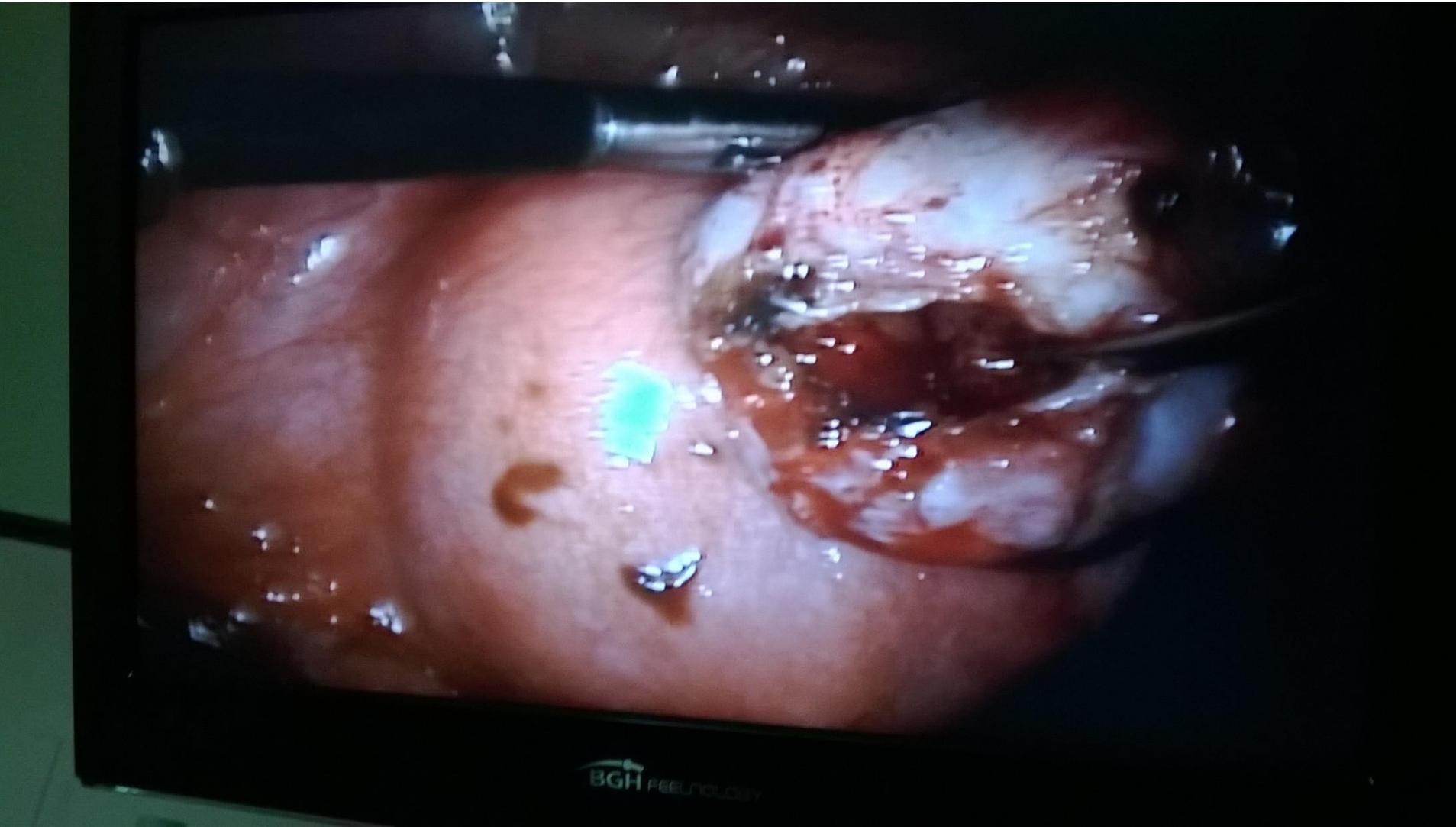
La cirugía del endometrioma – ovario libre



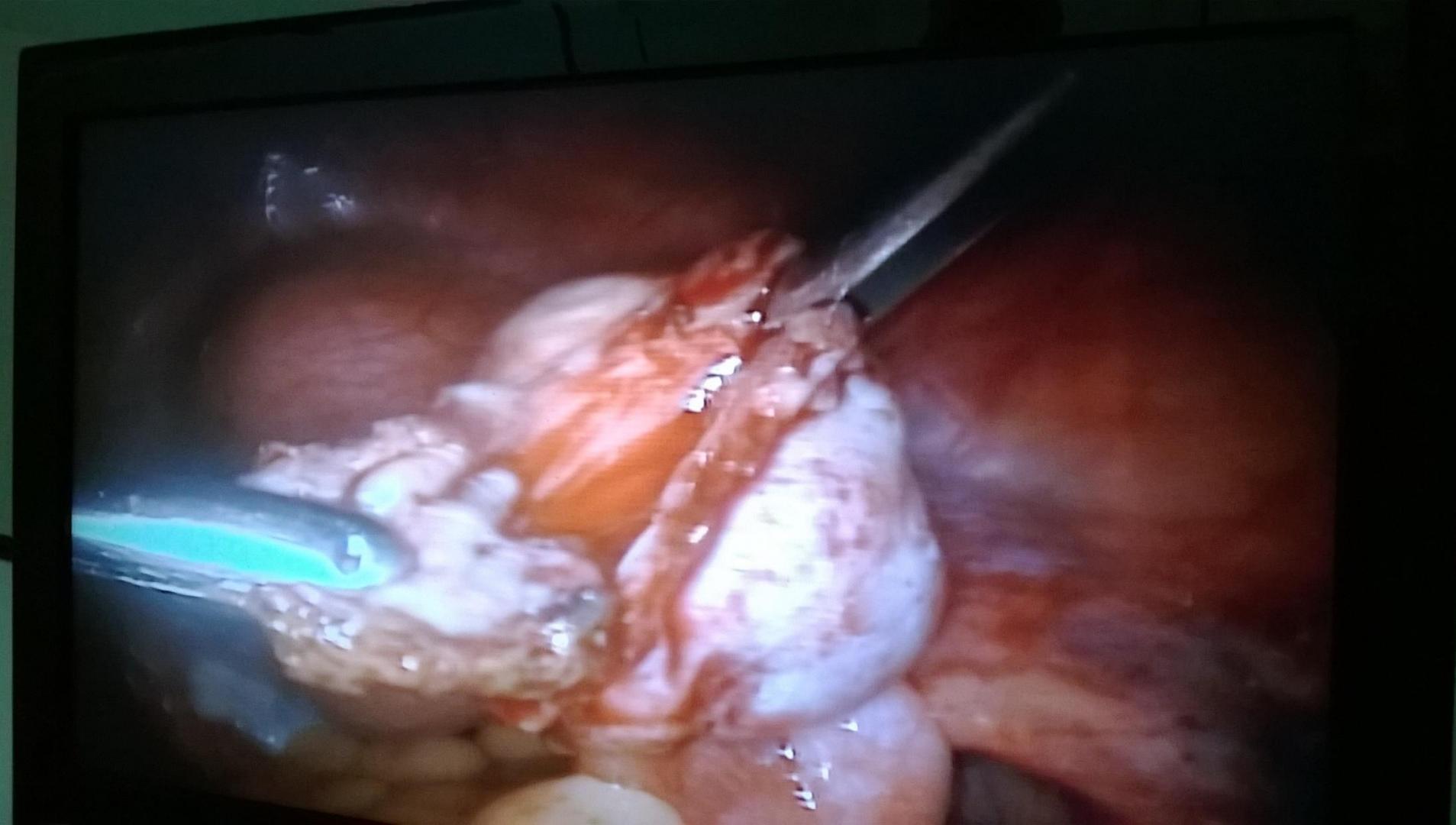
La cirugía del endometrioma – ovario libre



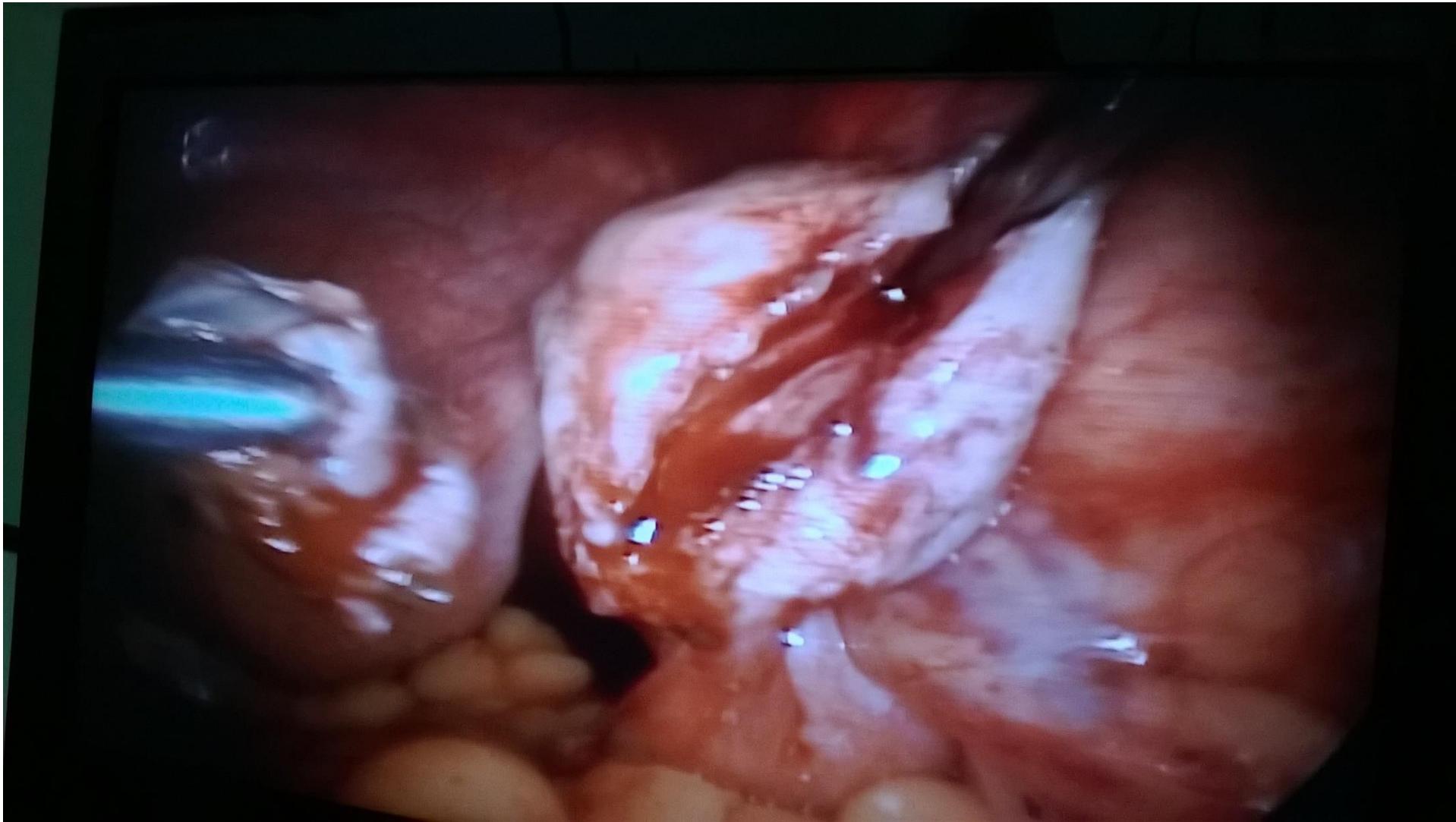
La cirugía del endometrioma – ovario libre



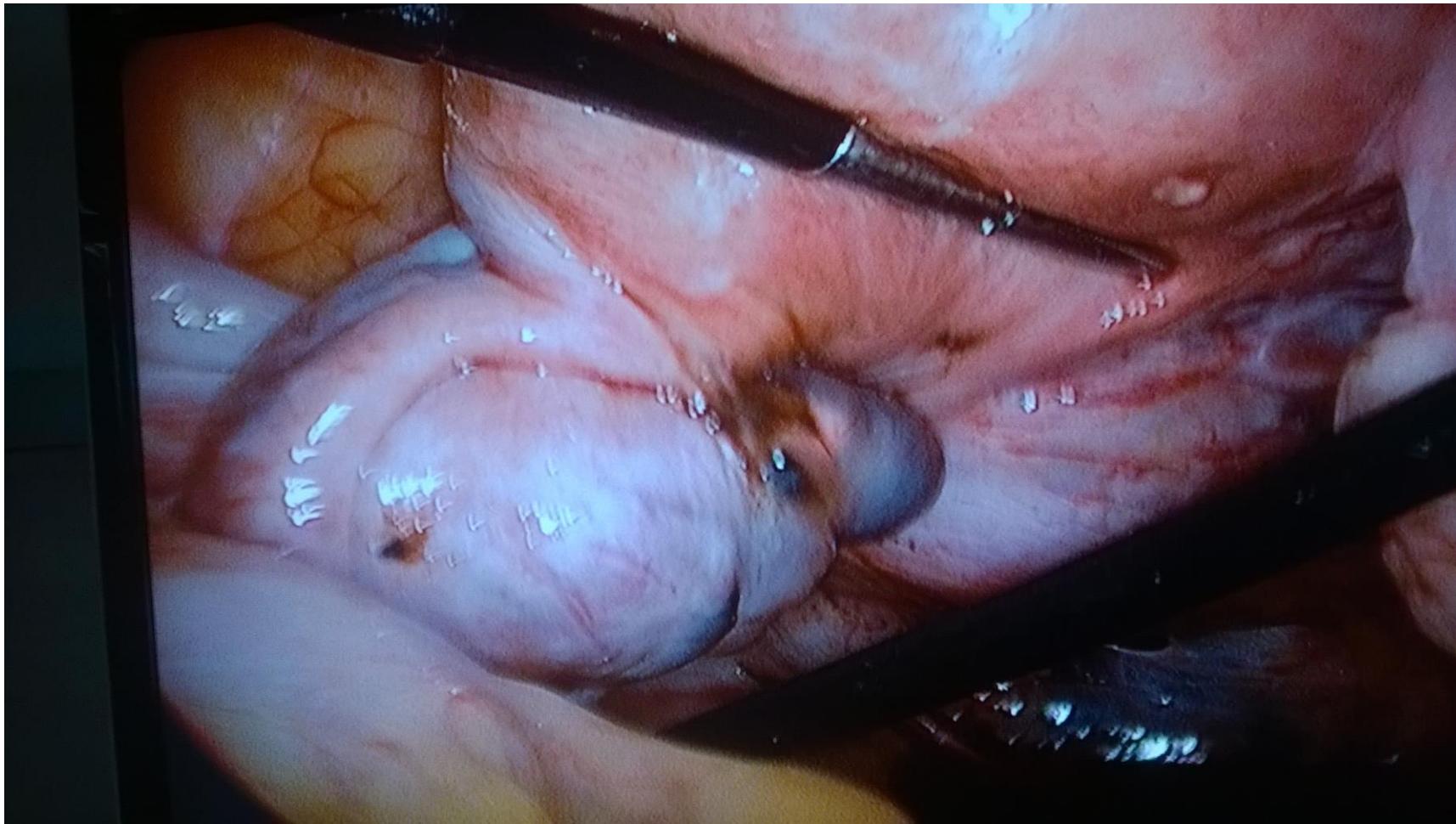
La cirugía del endometrioma – ovario libre



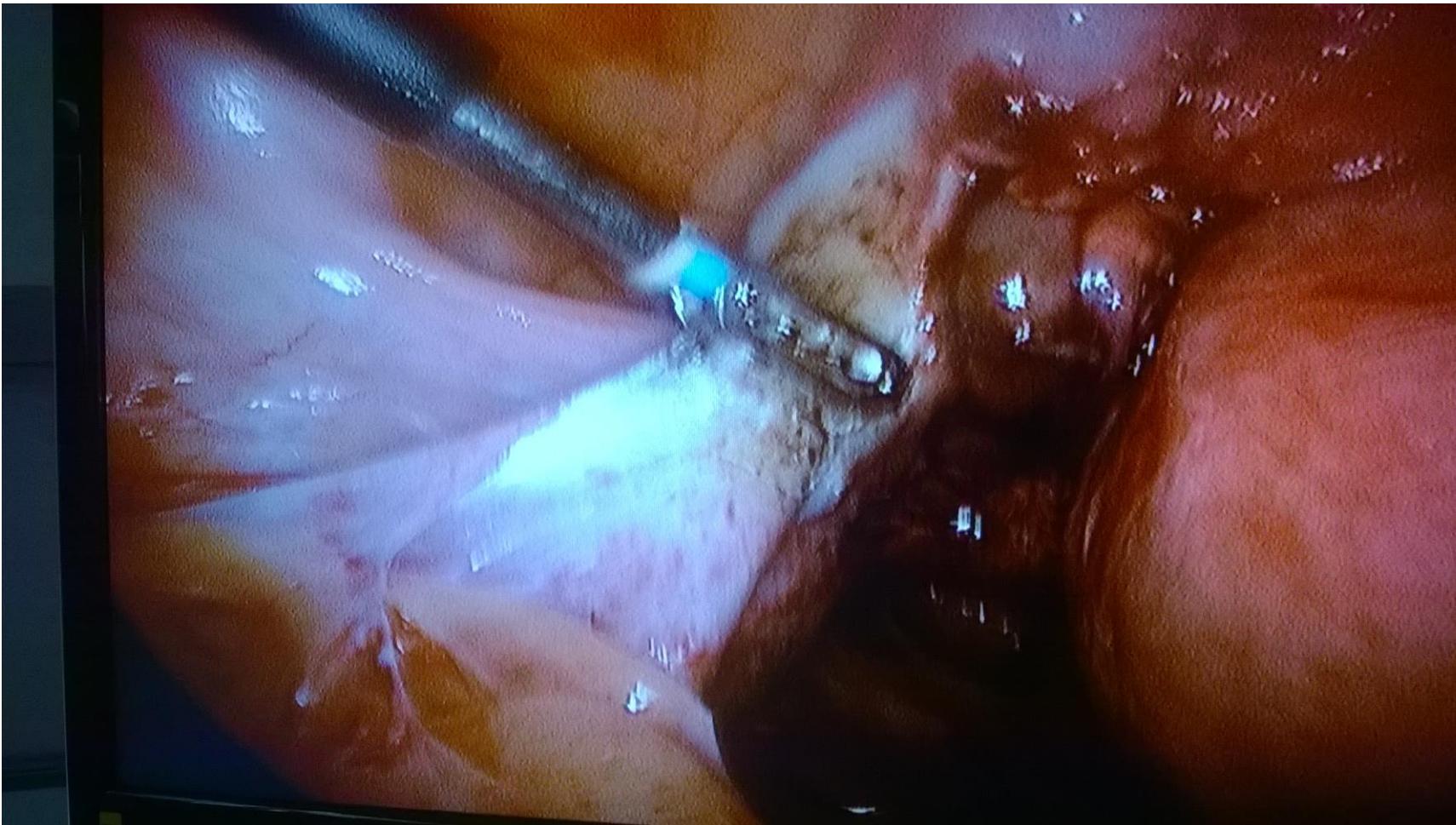
La cirugía del endometrioma – ovario libre



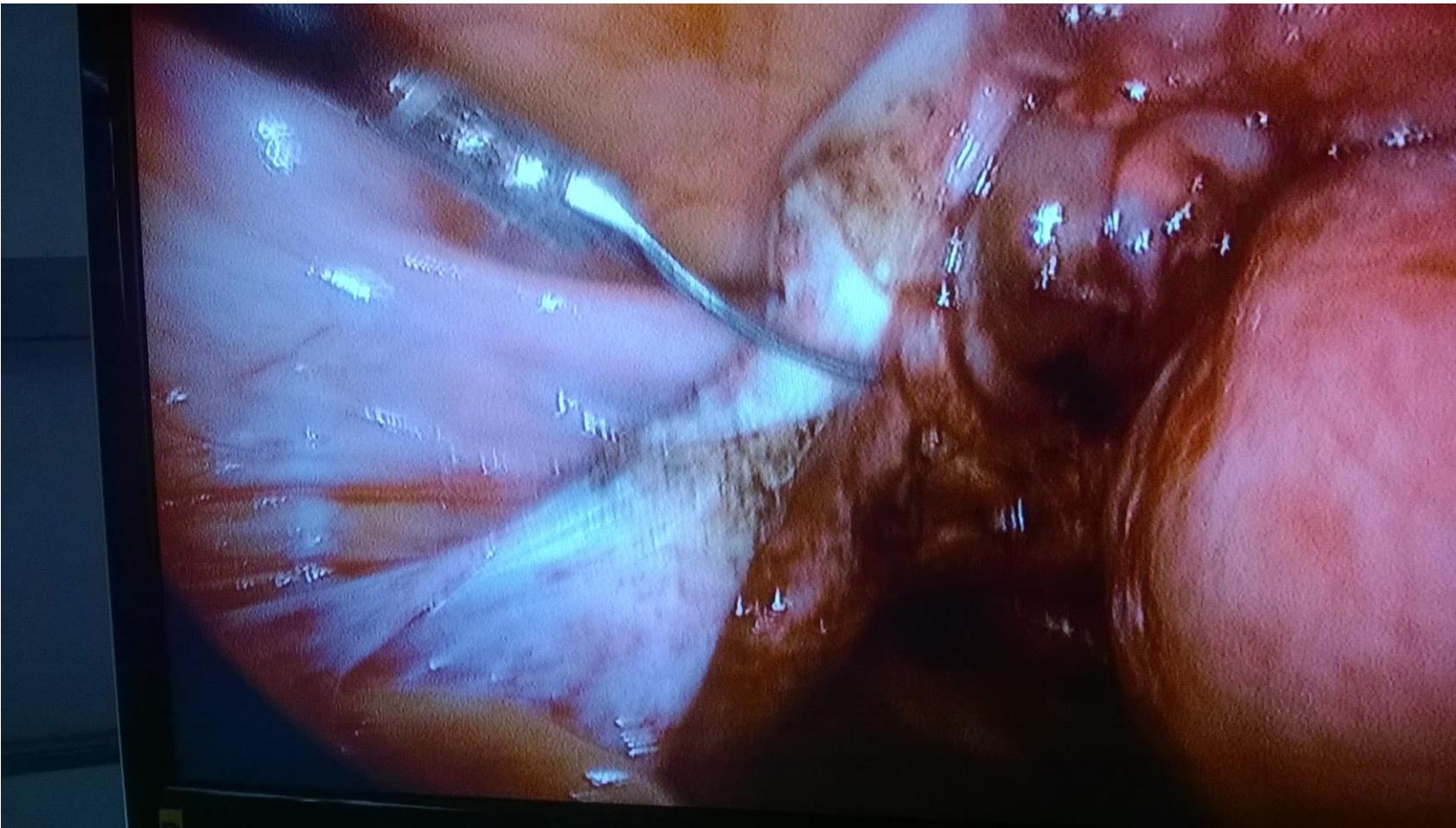
La cirugía del endometrioma – ooforectomía en perimenopausia



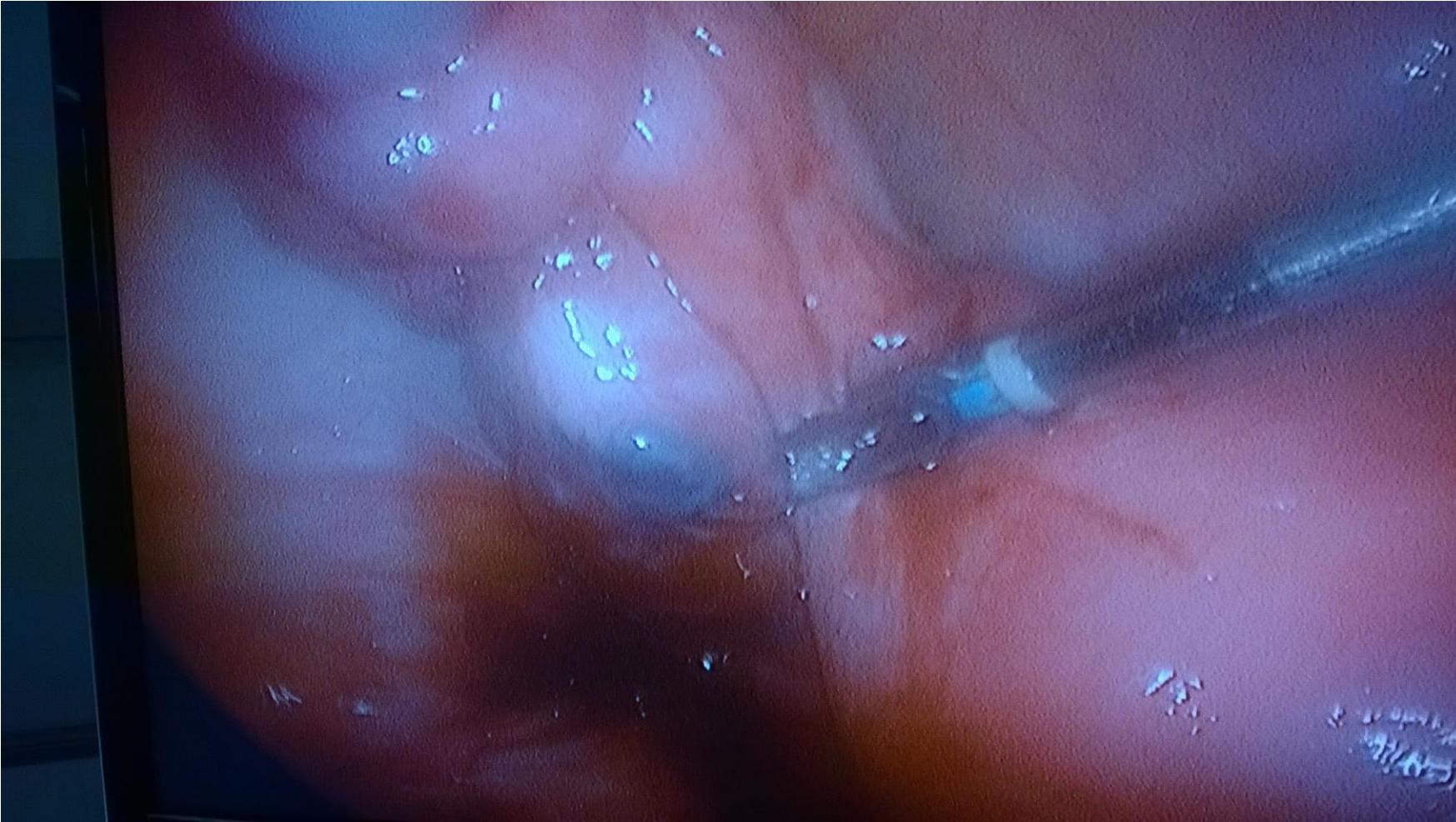
La cirugía del endometrioma – ooforectomía en perimenopausia



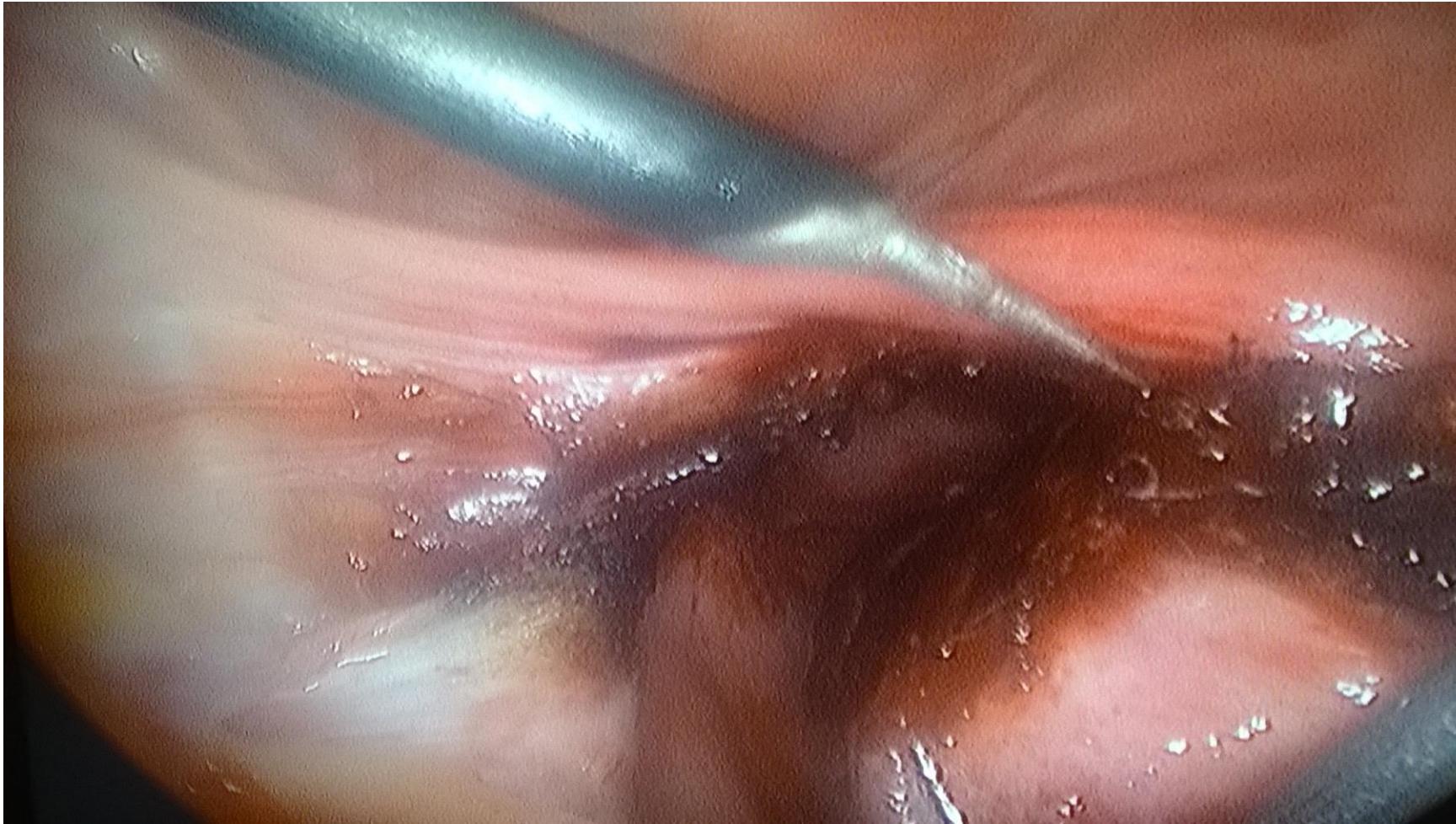
La cirugía del endometrioma – ooforectomía en perimenopausia



La cirugía del endometrioma – ooforectomía en perimenopausia



La cirugía del endometrioma – ooforectomía en perimenopausia



La cirugía del endometrioma – ooforectomía en perimenopausia



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 resecar 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

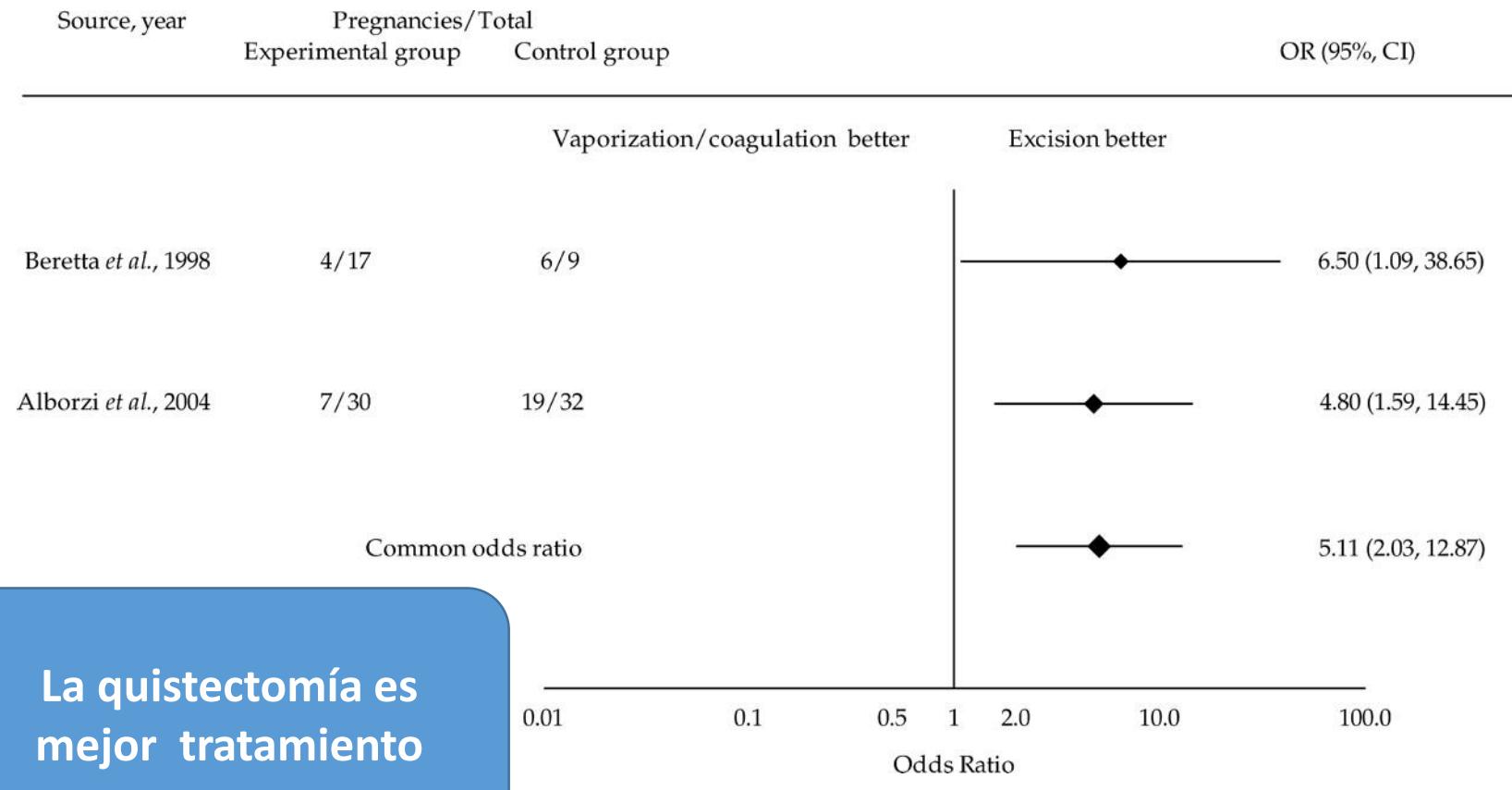


El control de la hemostasia del lecho cruento ovárico posterior a la quistectomía requiere un tratamiento sumamente delicado

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

Effect of surgery on ovarian reserve in women with endometriomas, endometriosis and controls.

Goodman LR, Goldberg JM, Flyckt RL, Gupta M, Harwalker MJ,
Falcone T.

Am J Obstet Gynecol. 2016 May 27

BACKGROUND: Many women who suffer from endometriosis and endometriomas also encounter problems with fertility **OBJECTIVE:** To determine the impact of surgical excision of endometriosis and endometriomas compared with controls on ovarian reserve.**STUDY DESIGN:** This was a prospective cohort study of 116 women aged 18-43 years presenting with pelvic pain and/or infertility undergoing surgical management of suspected endometriosis (n=58) or endometriomas (n=58). Based on surgical findings, the suspected endometriosis group was further separated to those with evidence of peritoneal disease (n=29) and those with no evidence of endometriosis (n=29). Ovarian reserve was measured by anti-Mülleran hormone (AMH) and compared prior to surgery, at one-month and six-months post-operatively.**RESULTS:** Baseline AMH values were significantly lower in the endometrioma vs. negative laparoscopy group (1.8ng/mL 95%CI 1.2 - 2.4ng/mL vs. 3.2ng/mL 95% CI 2.0 - 4.4ng/mL; p < 0.02), but the peritoneal endometriosis group was not significantly different than either of these groups. Only patients with endometriomas had a significant decline in ovarian reserve at one month (-48% 95% CI -54 - -18%; p < 0.01, mean AMH baseline value 1.77ng/ml to 1.12ng/ml at one month). Six months after surgery, AMH values continued to be depressed from baseline, but were no longer significantly different. The rate of AMH decline was positively correlated with baseline preoperative AMH values and the size of endometrioma removed. Those with bilateral endometriomas (n=19) had a significantly greater rate of decline (53.0% 95% CI 35.4-70.5% vs. 17.5% 95% CI 3.2 - 31.8%, p = 0.002).**CONCLUSION:** At baseline, patients with endometriomas had significantly lower AMH values compared to women without endometriosis. Surgical excision of endometriomas appears to have temporary detrimental effects on ovarian reserve. Copyright © 2016 Elsevier Inc. All rights reserved.

Endometrioma pequeño



Endometrioma profundo



Endometrioma grande - quistectomía





That's all Folks!