

LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENDOMETRIOSIS SUPERFICIAL Y OVARICA

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

Staff Médico - Fertilab

www.edgadorolla.com.ar

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

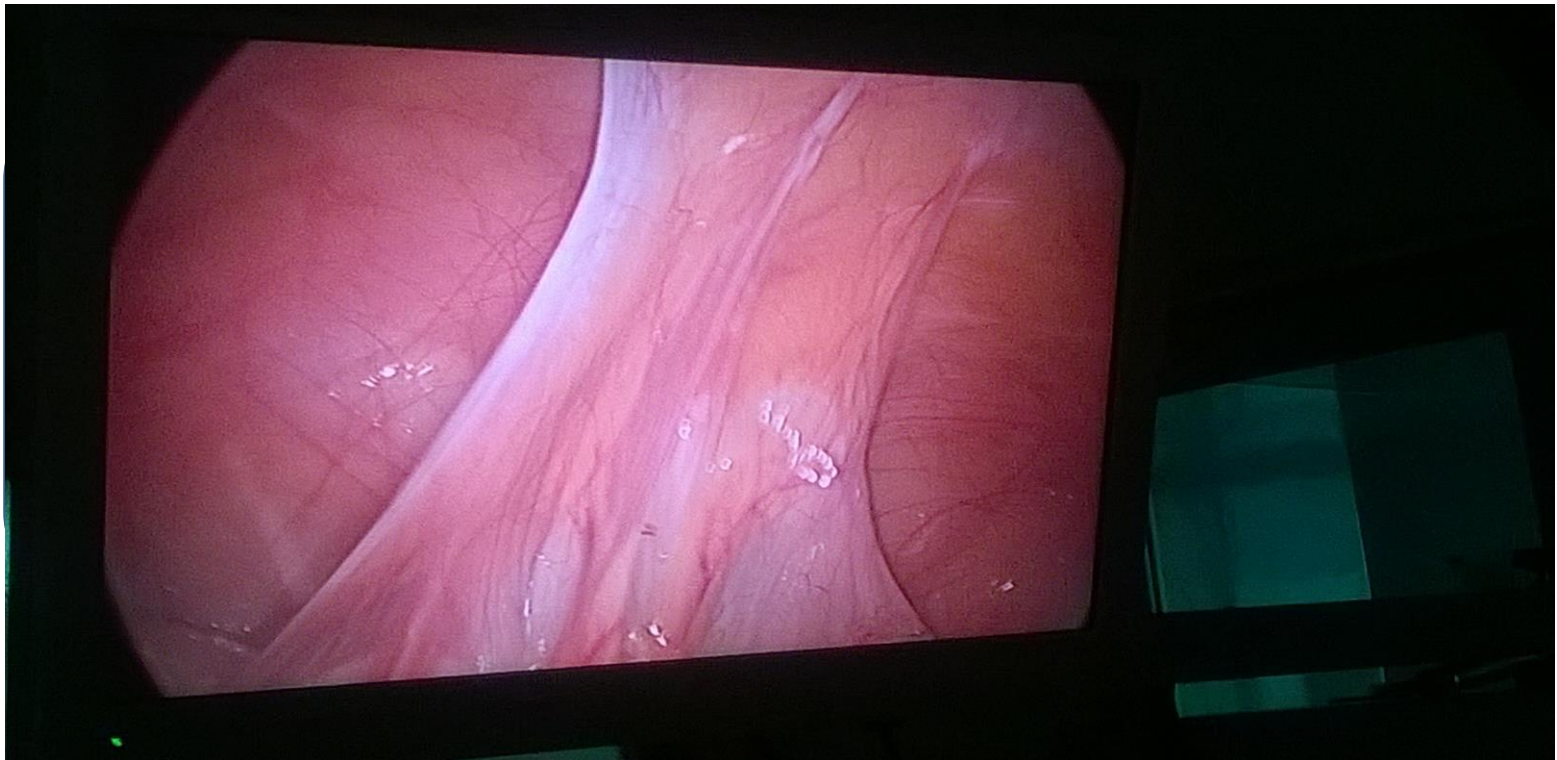
El abordaje de la endometriosis profunda en la infertilidad asociada a la endometriosis es controversial – no hay mejor opción conocida

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 ilíaca anterior



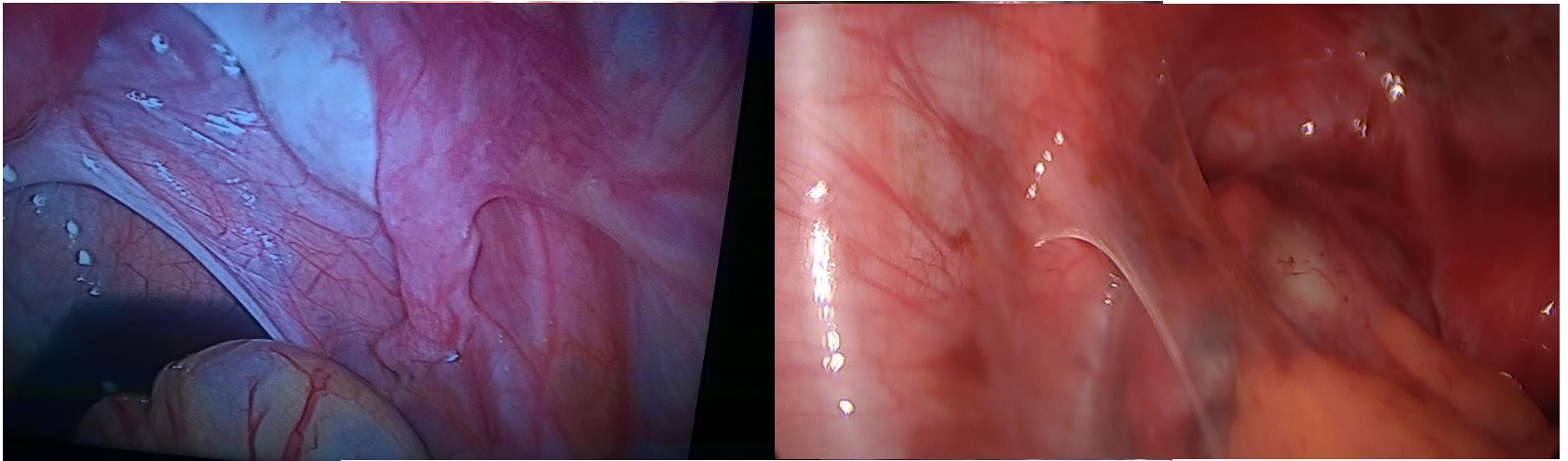
Identificadas las lesiones corresponde su tratamiento

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

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

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

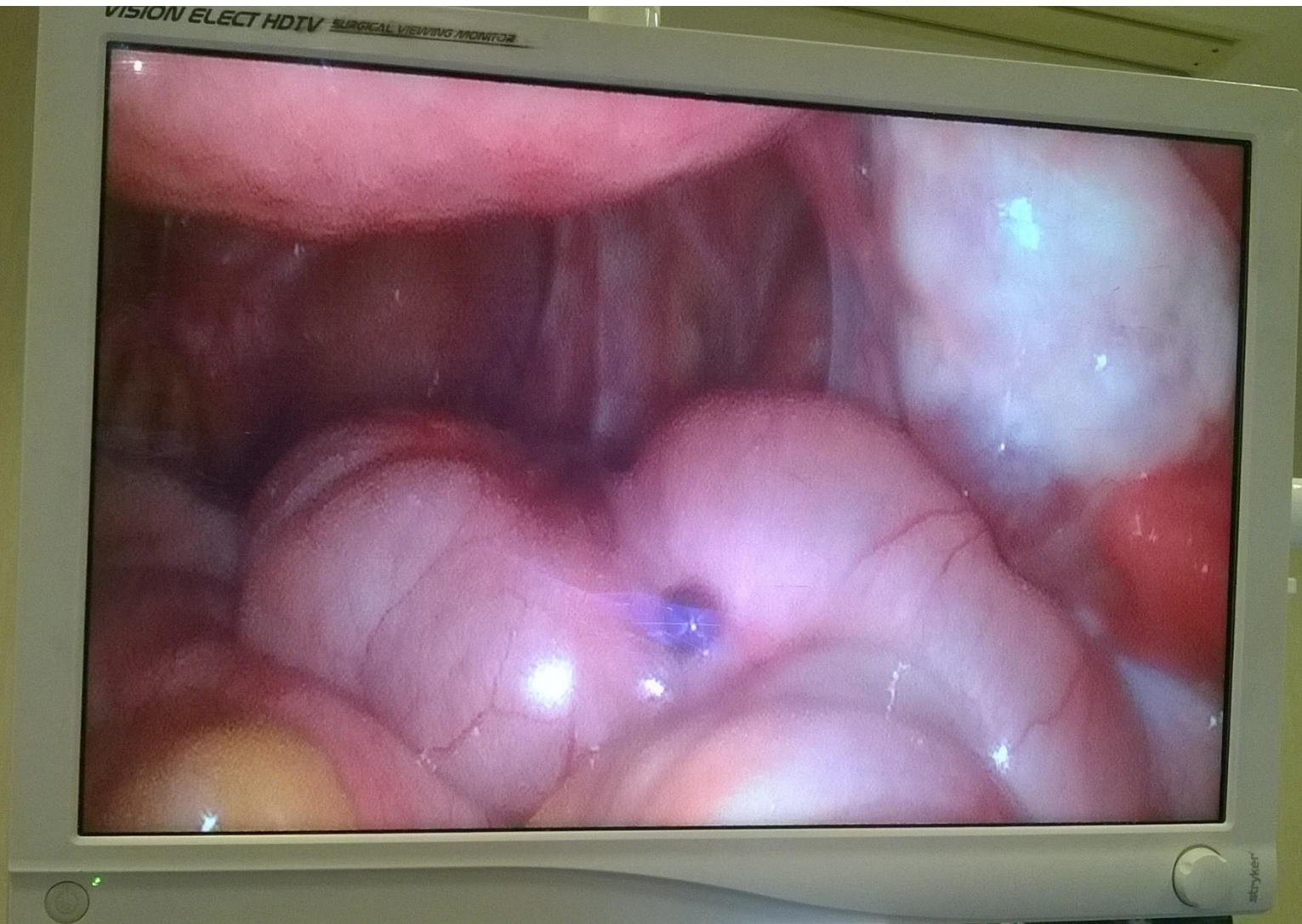
DISTINTOS TIPOS DE LESIONES PERITONEALES



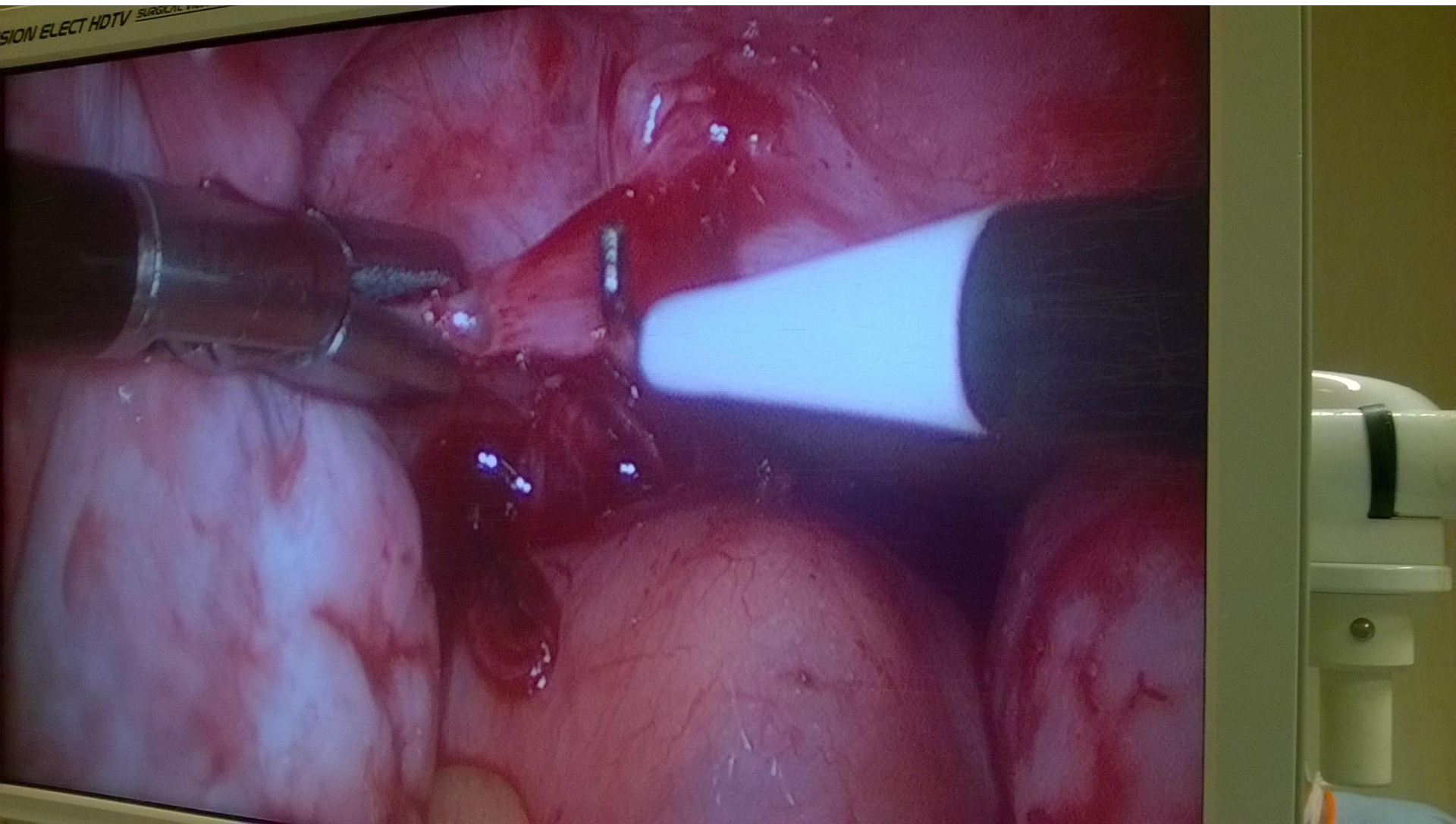
**Retracción o defecto
peritoneal**

Adherencias pelvicas

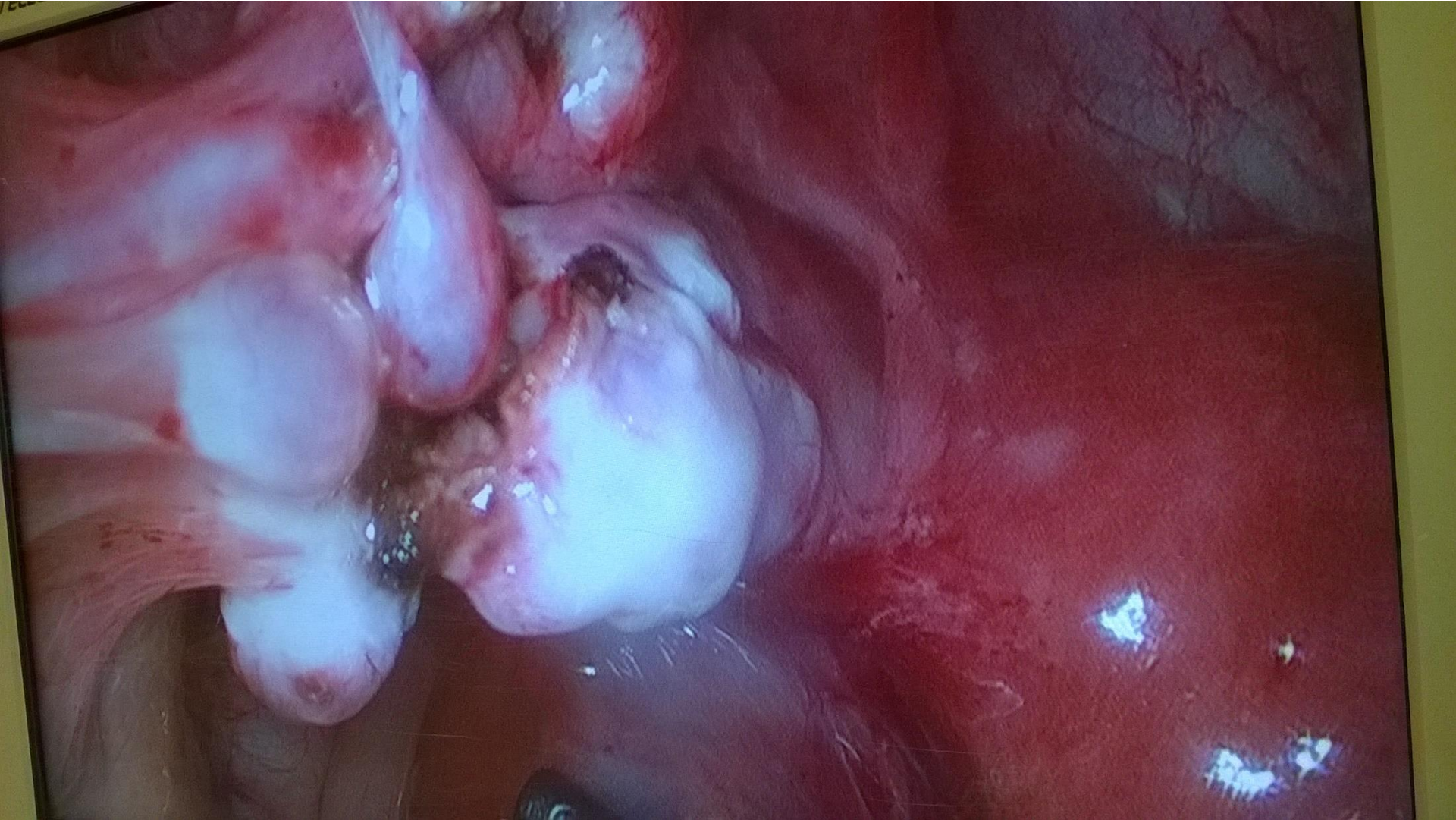
Lesión azul en íleon terminal



Resección de lesión azul en uterosacro izq.



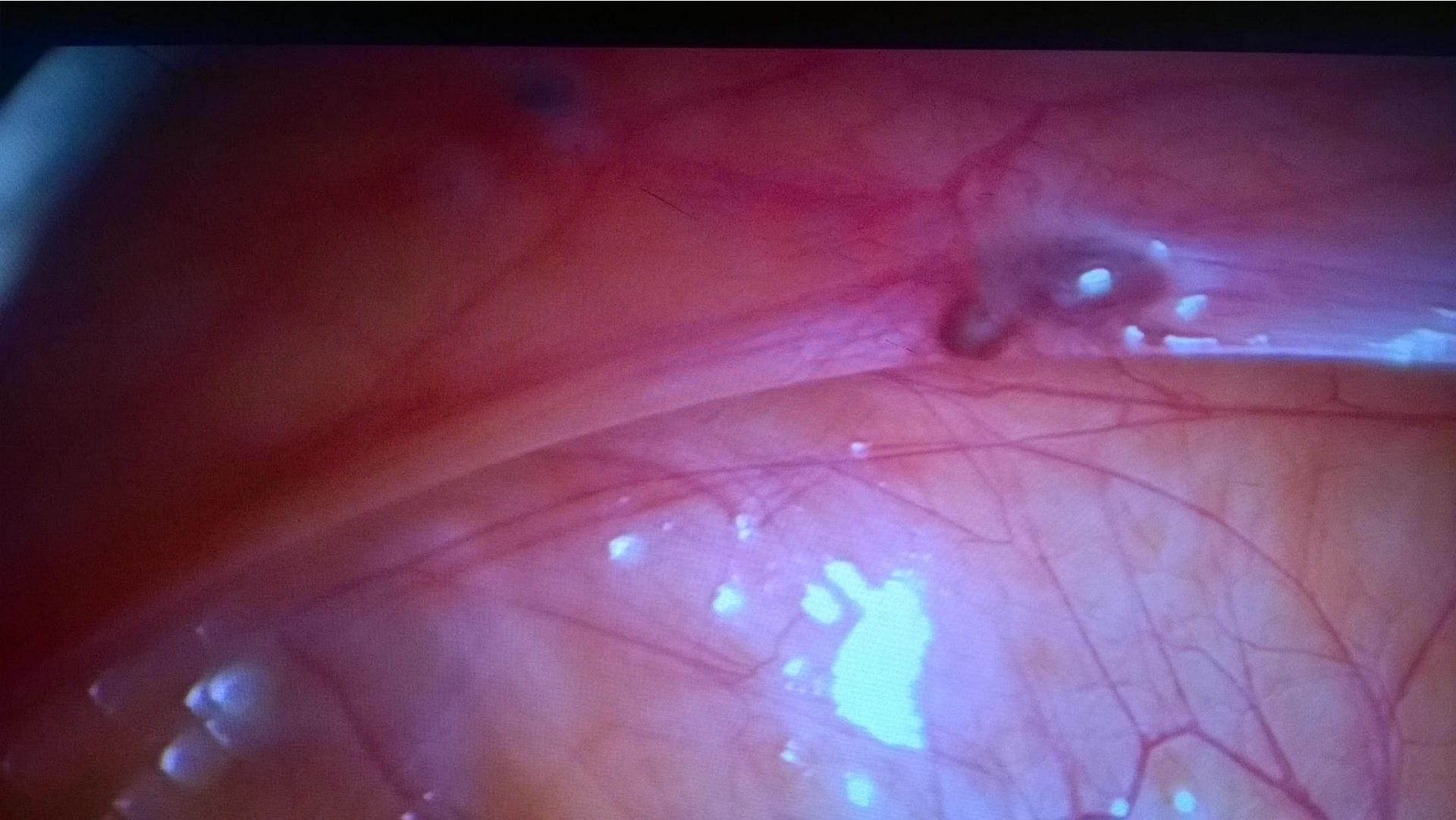
Recurrencia en ovario izquierdo



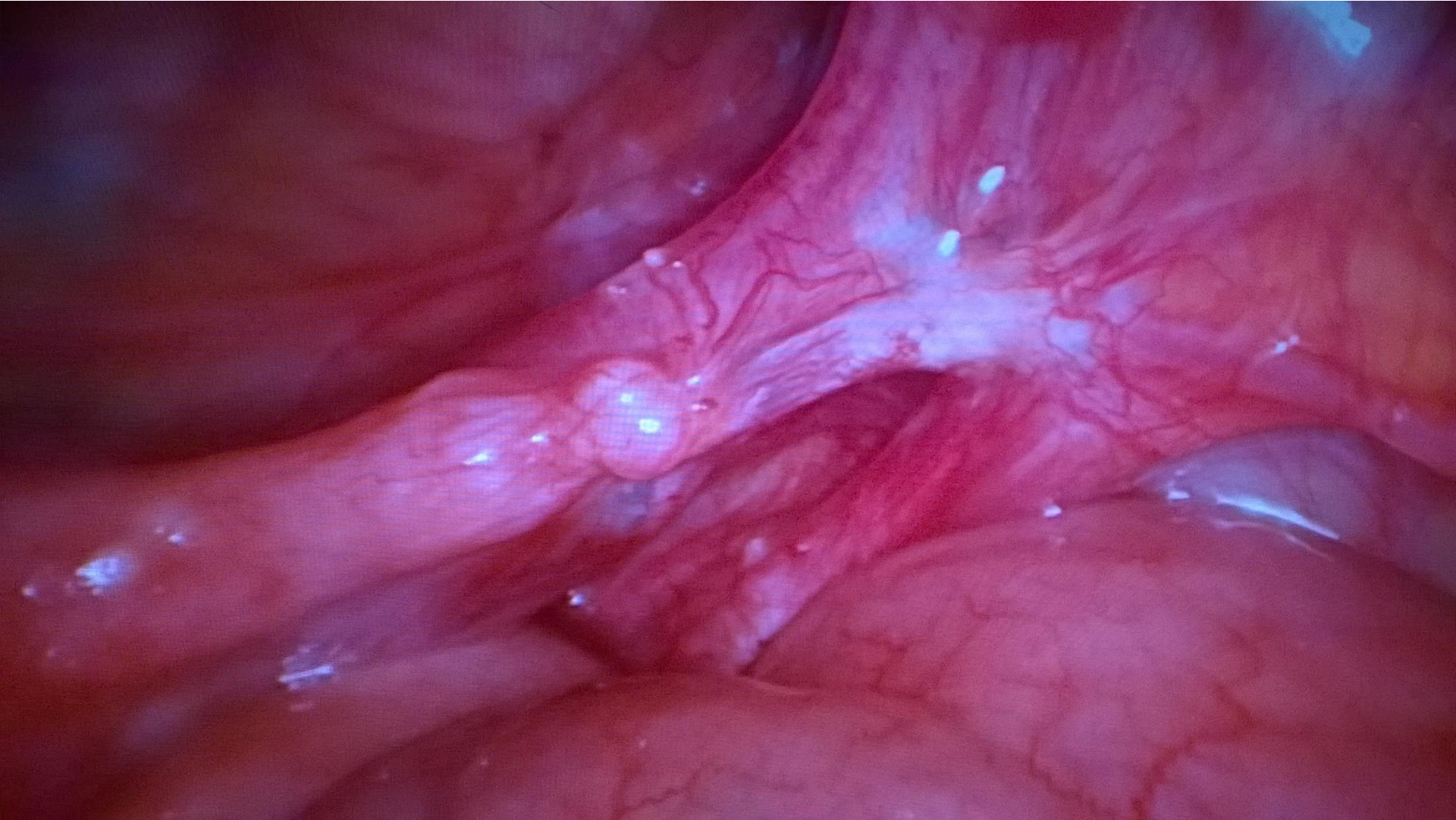
Lesión roja en peritoneo parietocólico



Lesiones rojas y azules en pliegue peritoneal anterior pubiano



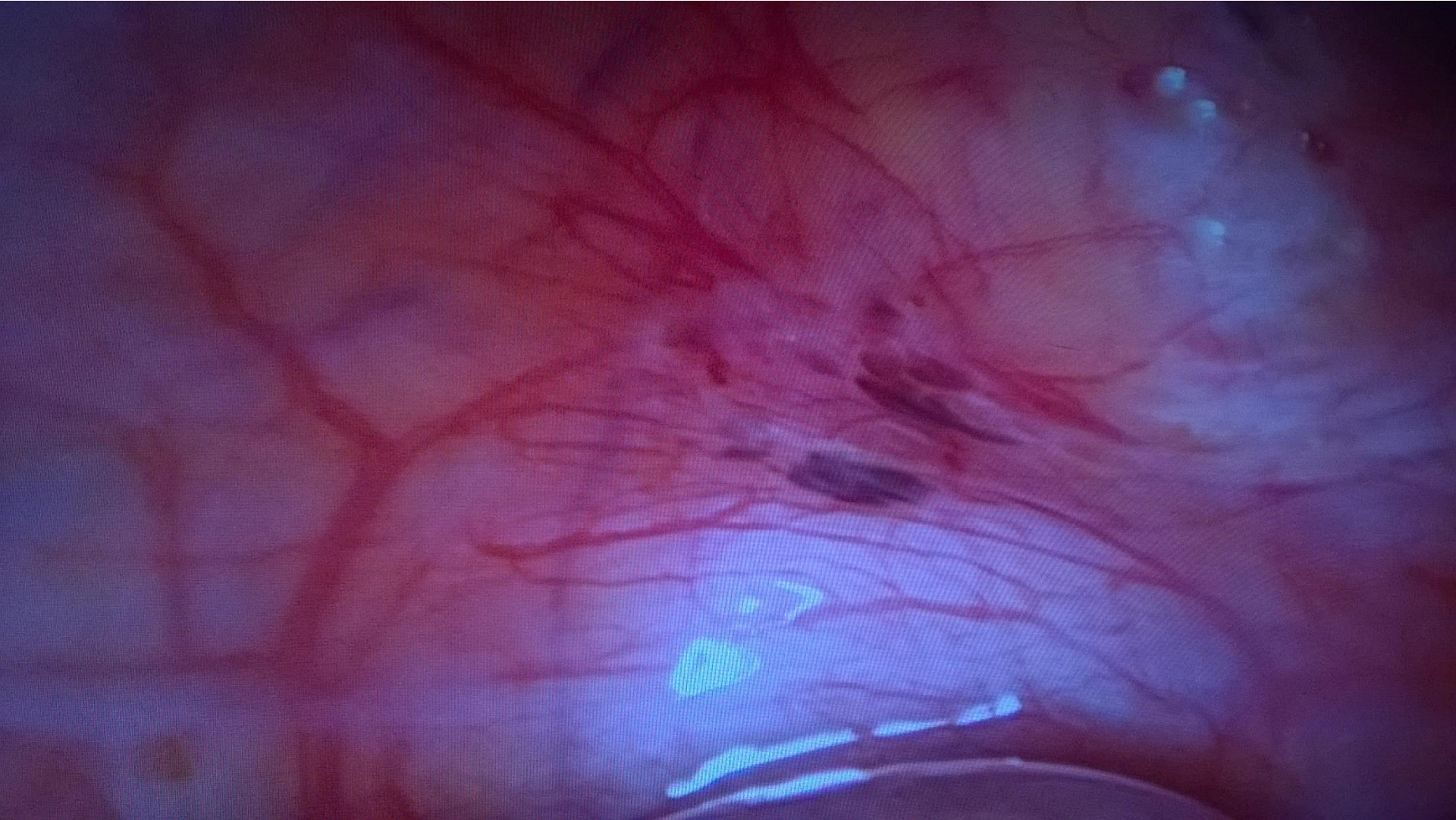
Ligamento redondo derecho



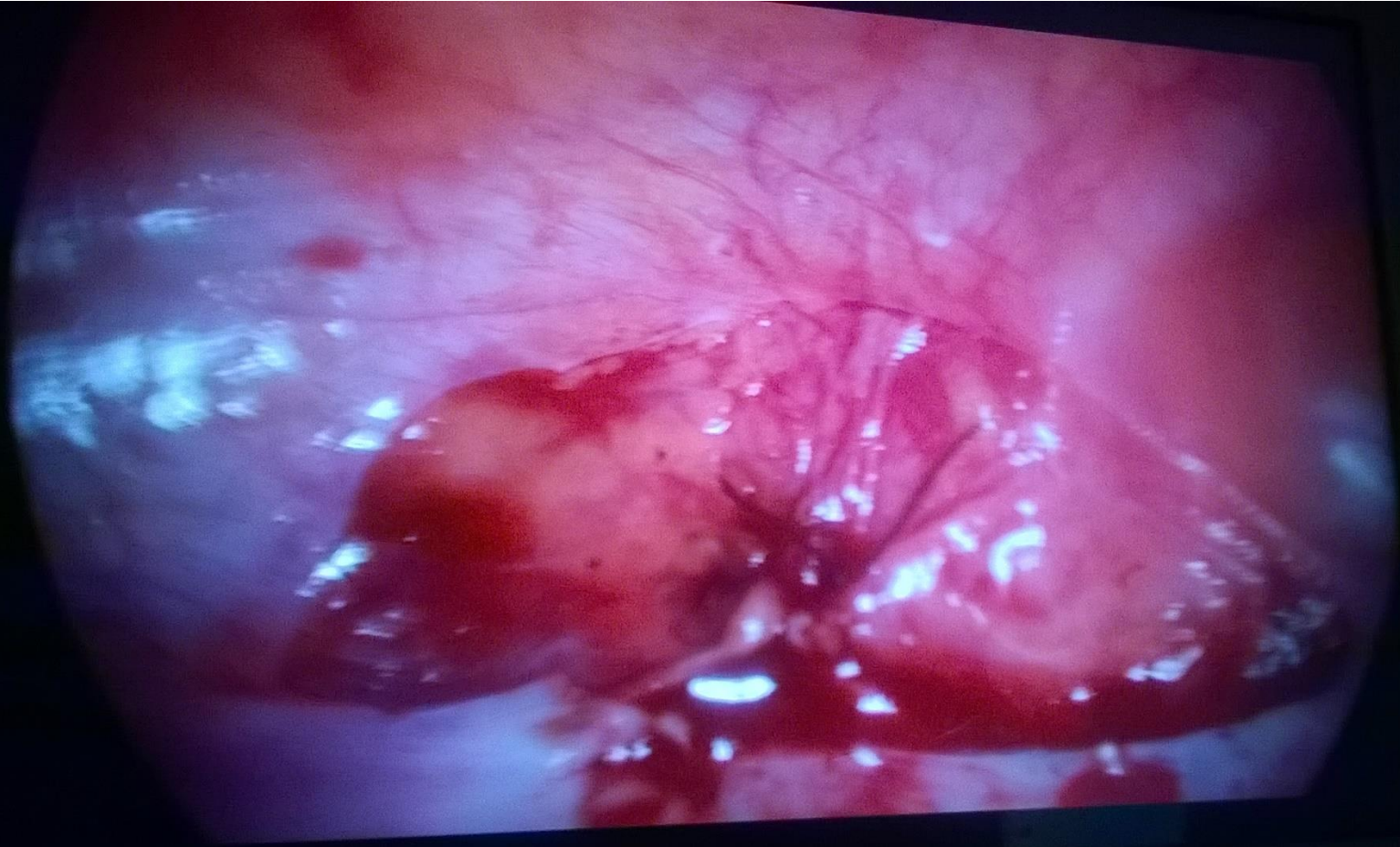
Lesiones blancas, rojas y azules



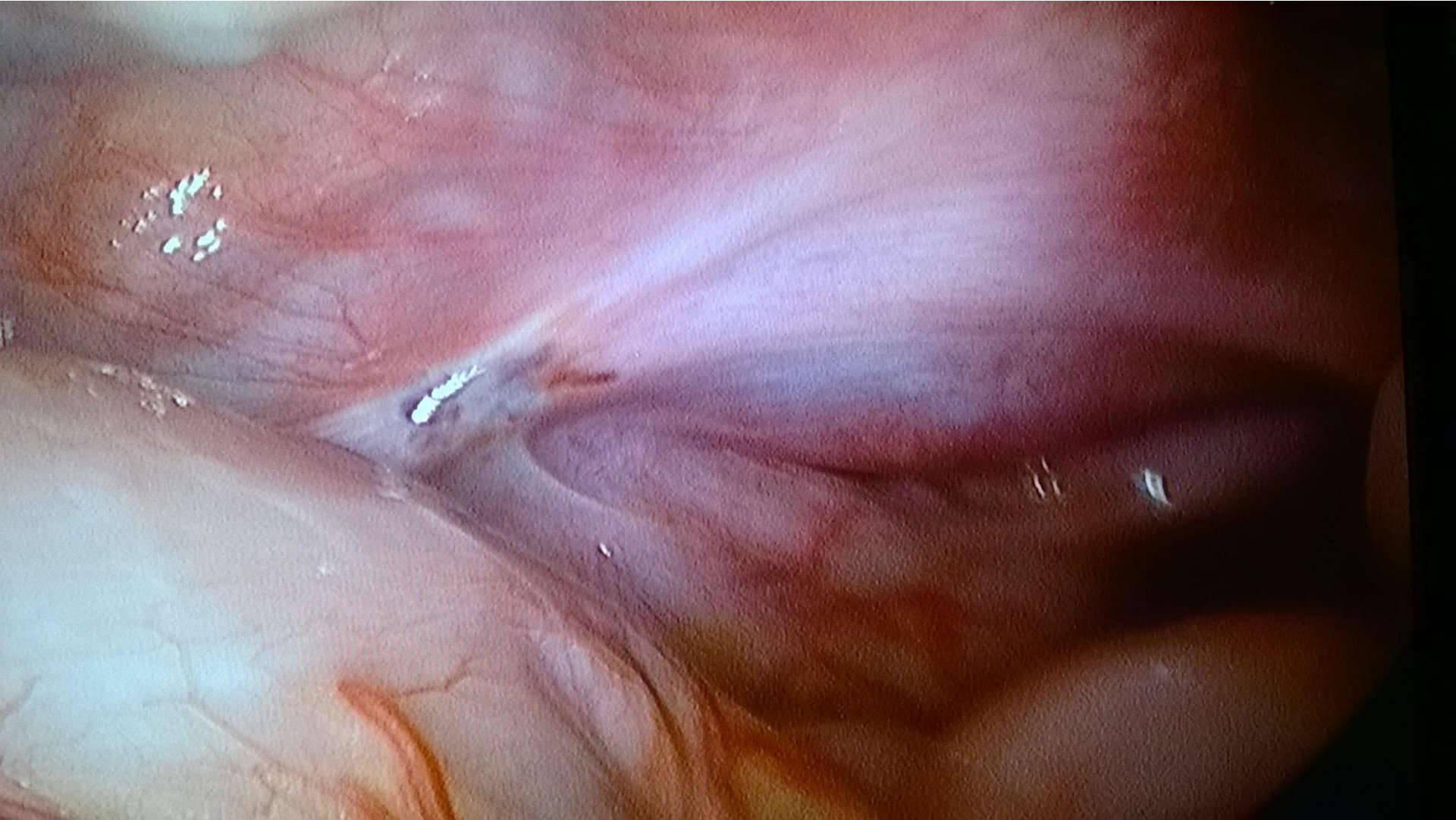
Lesiones azules y rojas en peritoneo del hipocondrio derecho



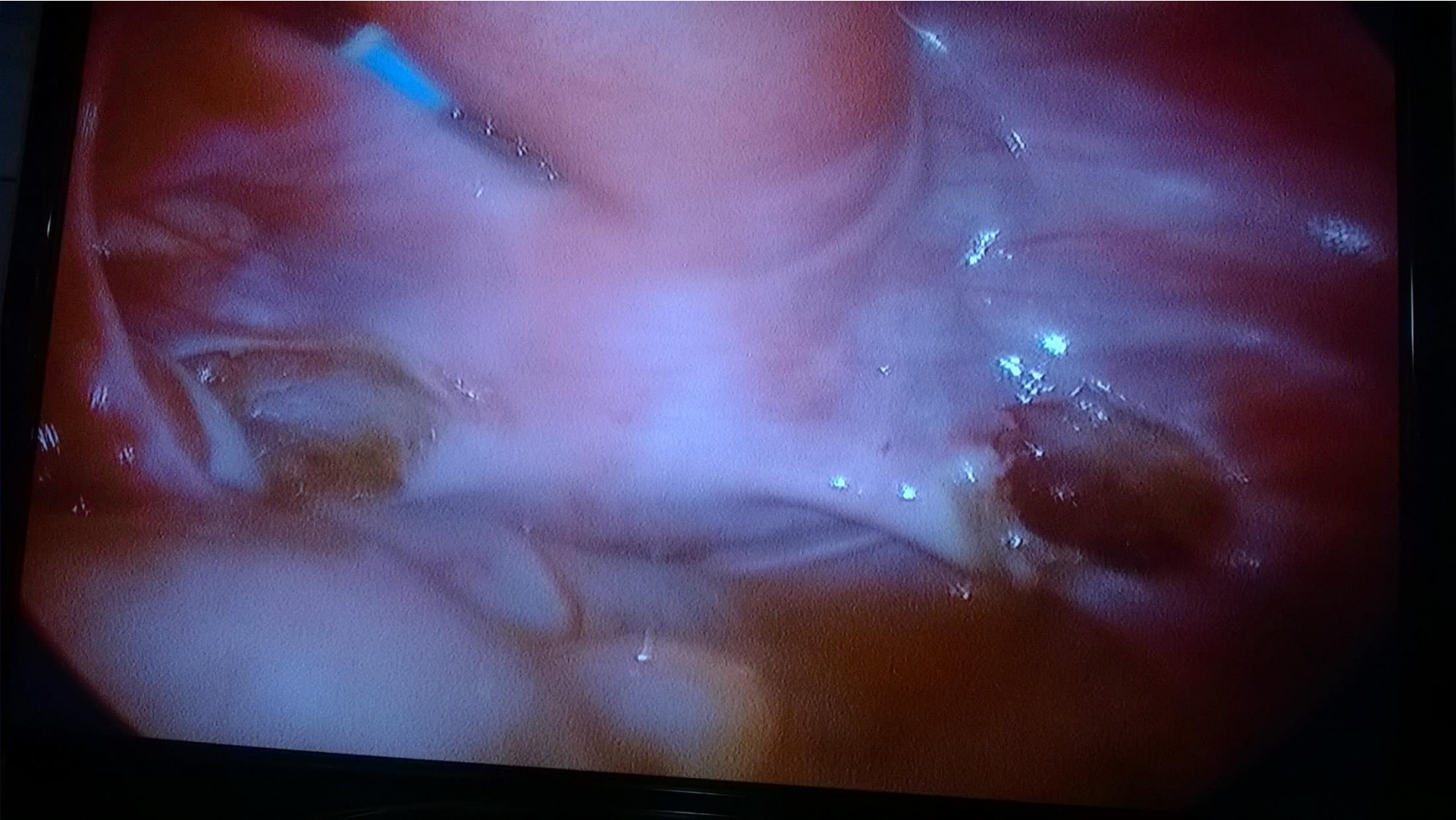
Post resección de foco profundo en vesicouterino con sutura del detrusor



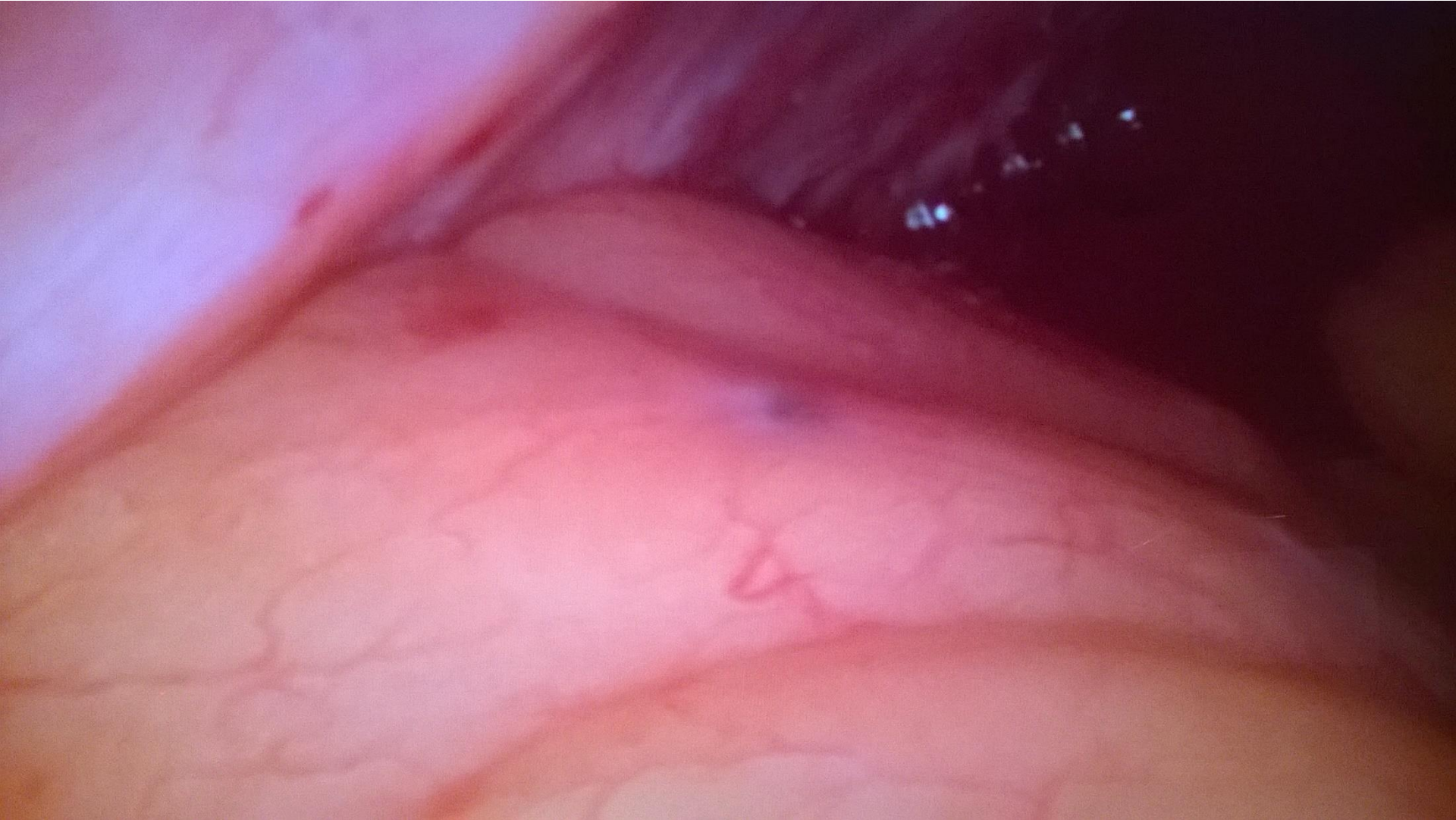
Lesión azul y roja en uterosacro izquierdo



Post resección de lesiones en uterosacros y HHPPLLAA



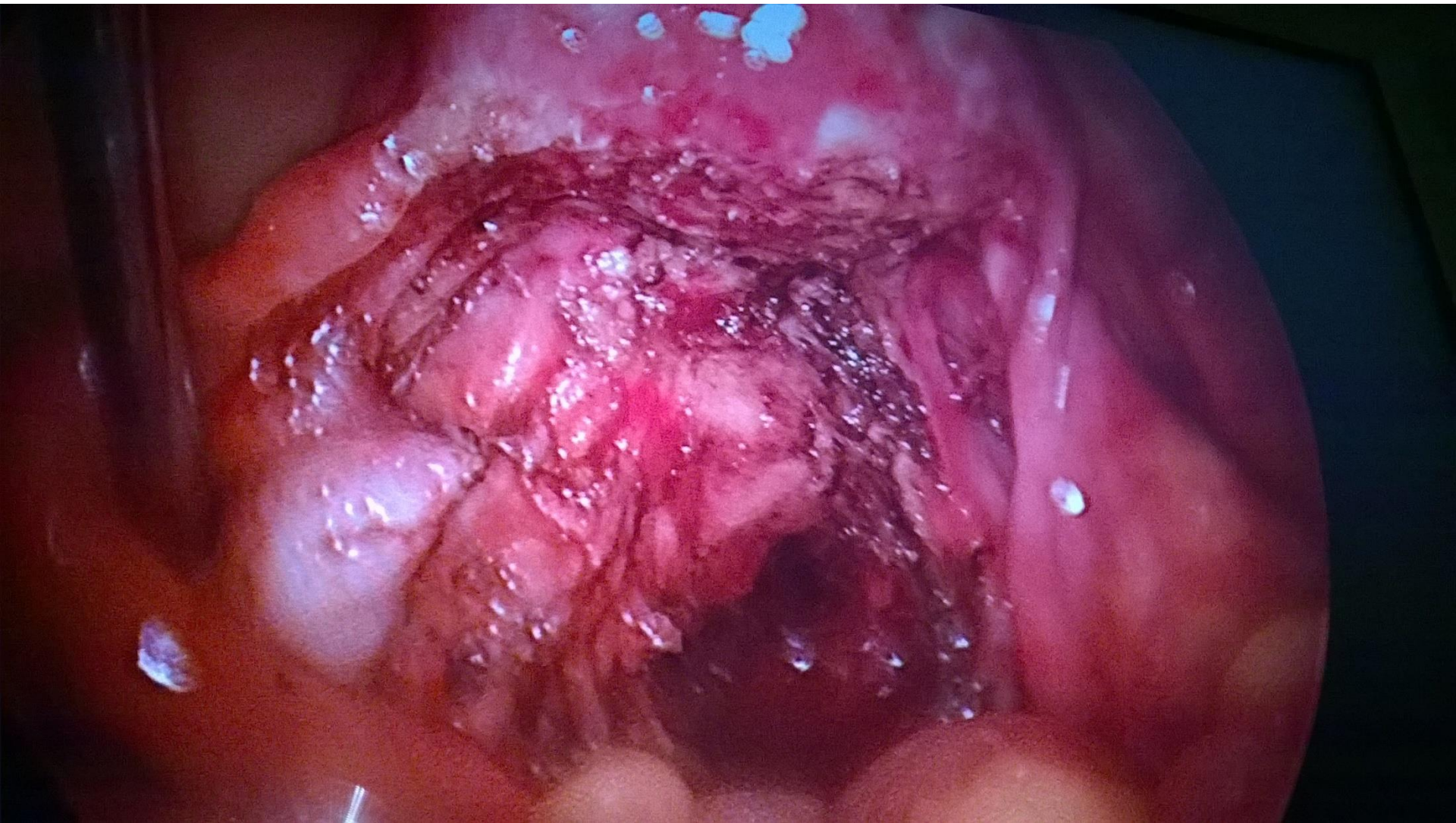
Lesión azul en epiplón



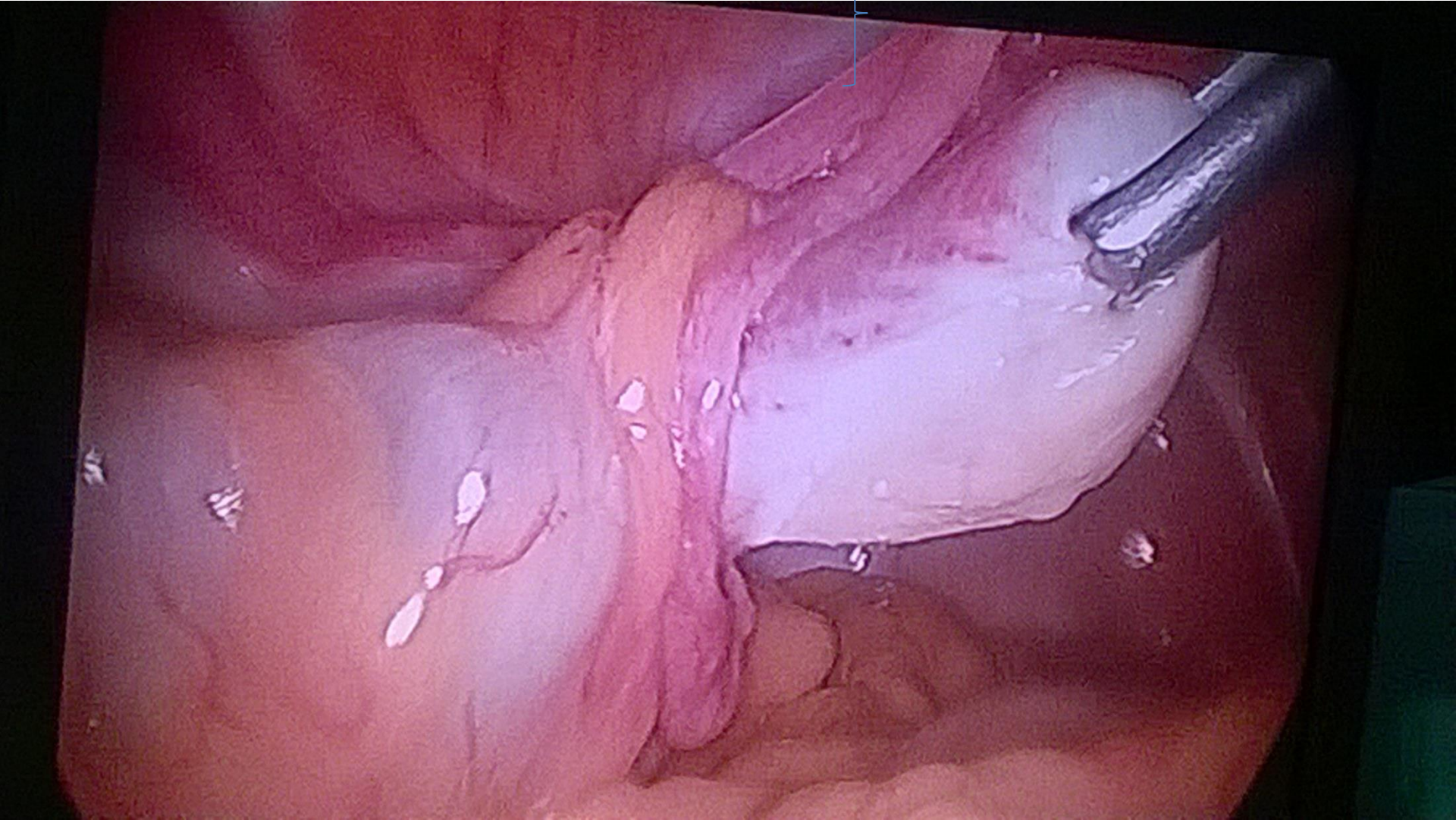
Douglas ocluído



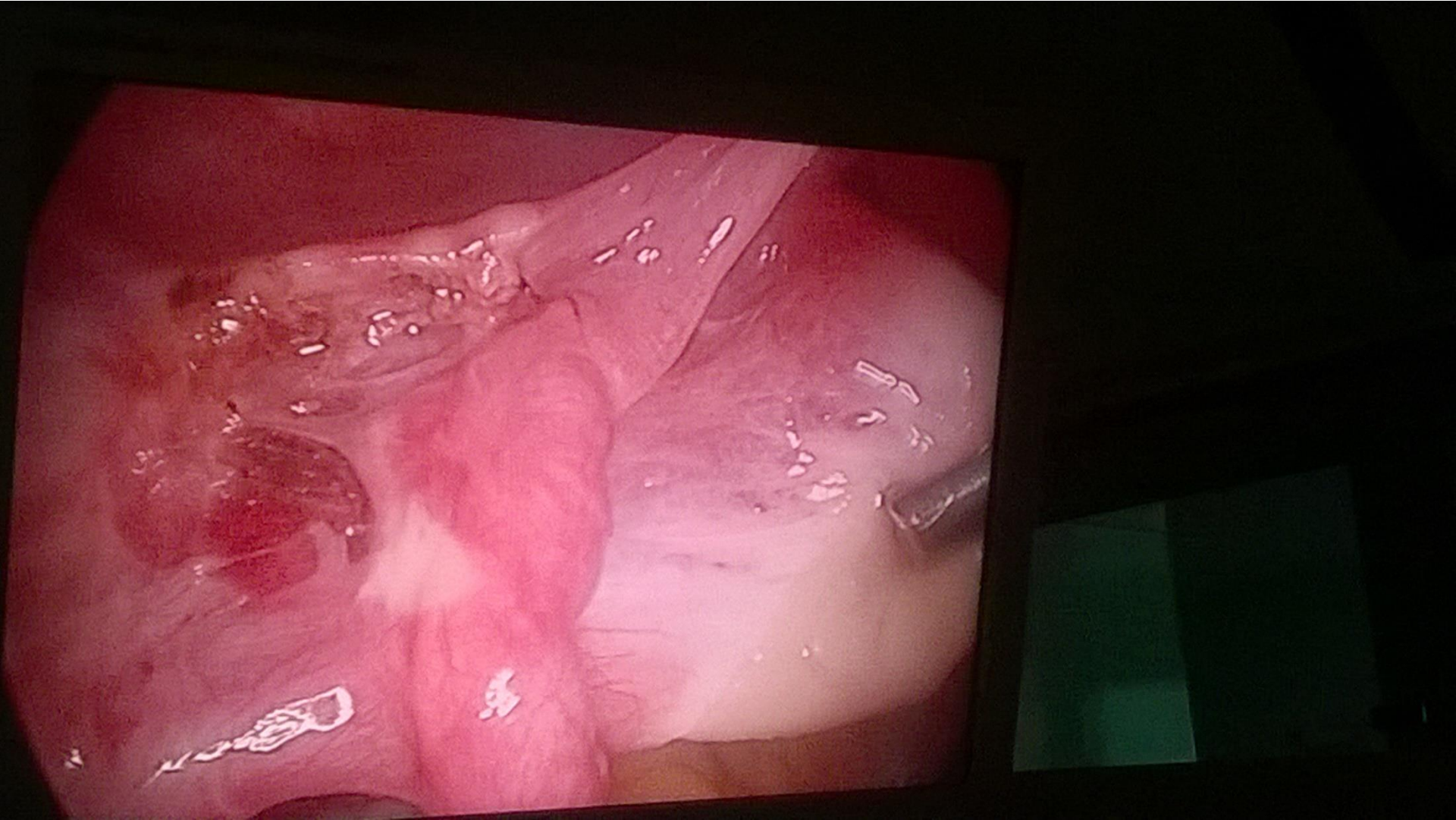
Douglas ocluído – adhesiolisis - peritoneoectomía



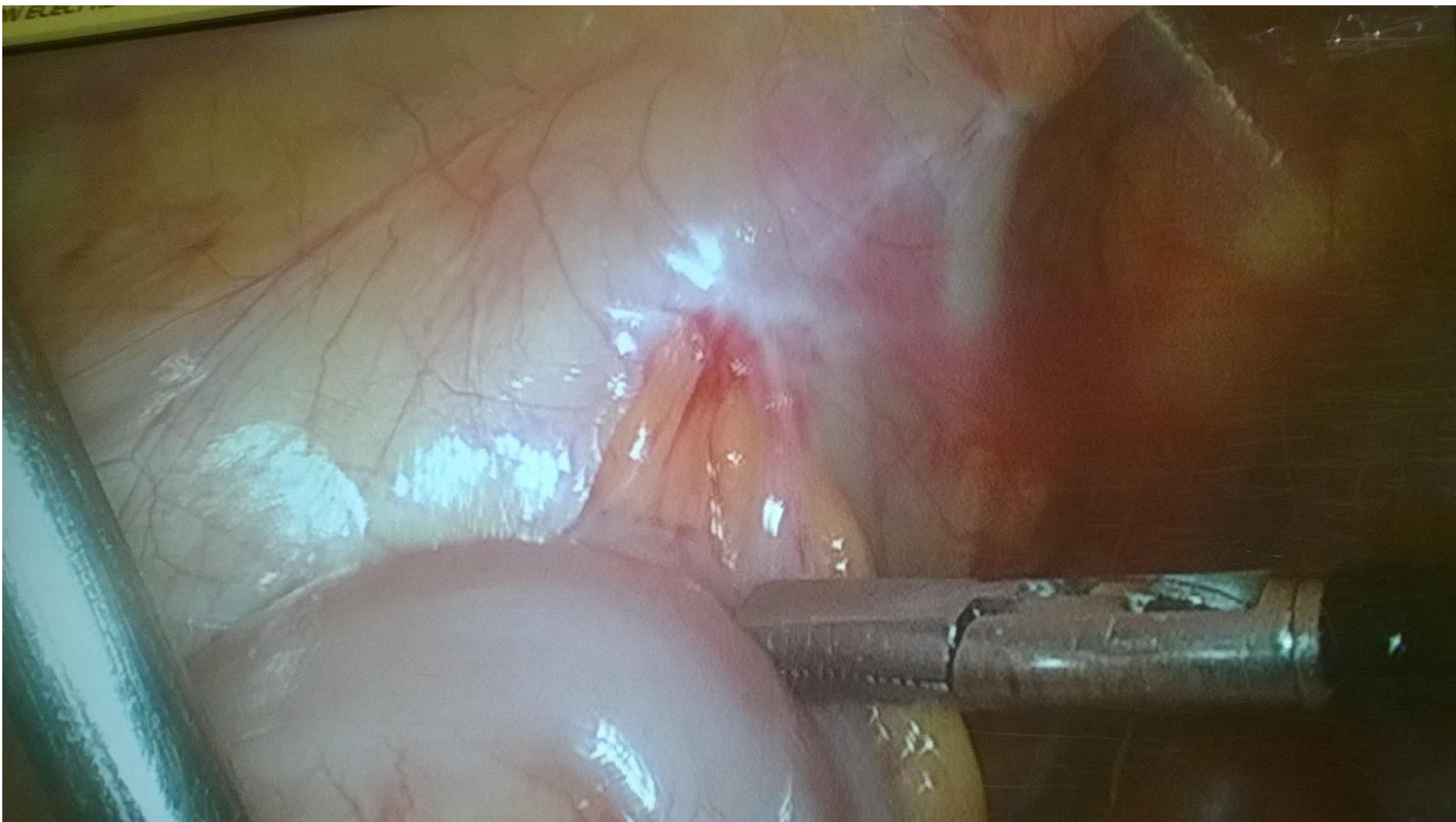
Adherencias sigmoideoparietales/infundibulares -adhesiolisis



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

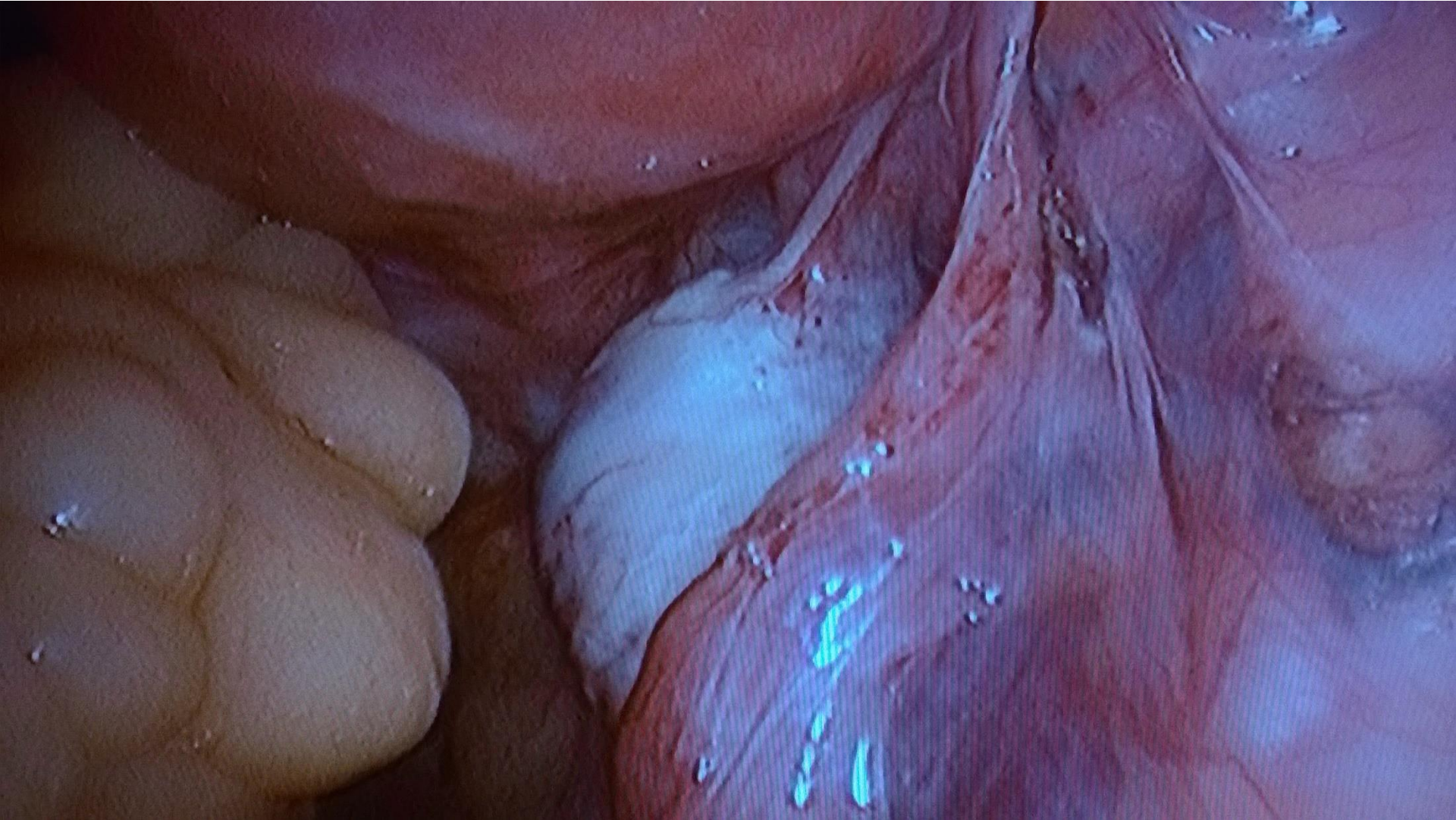
.....sin embargo es muy frecuente que el endometrioma se abra – en ese caso se lo drena, luego se identifica un plano de clivaje y se lo extirpa

Si los ovarios adhieren al peritoneo, debe realizarse la ooforolisis

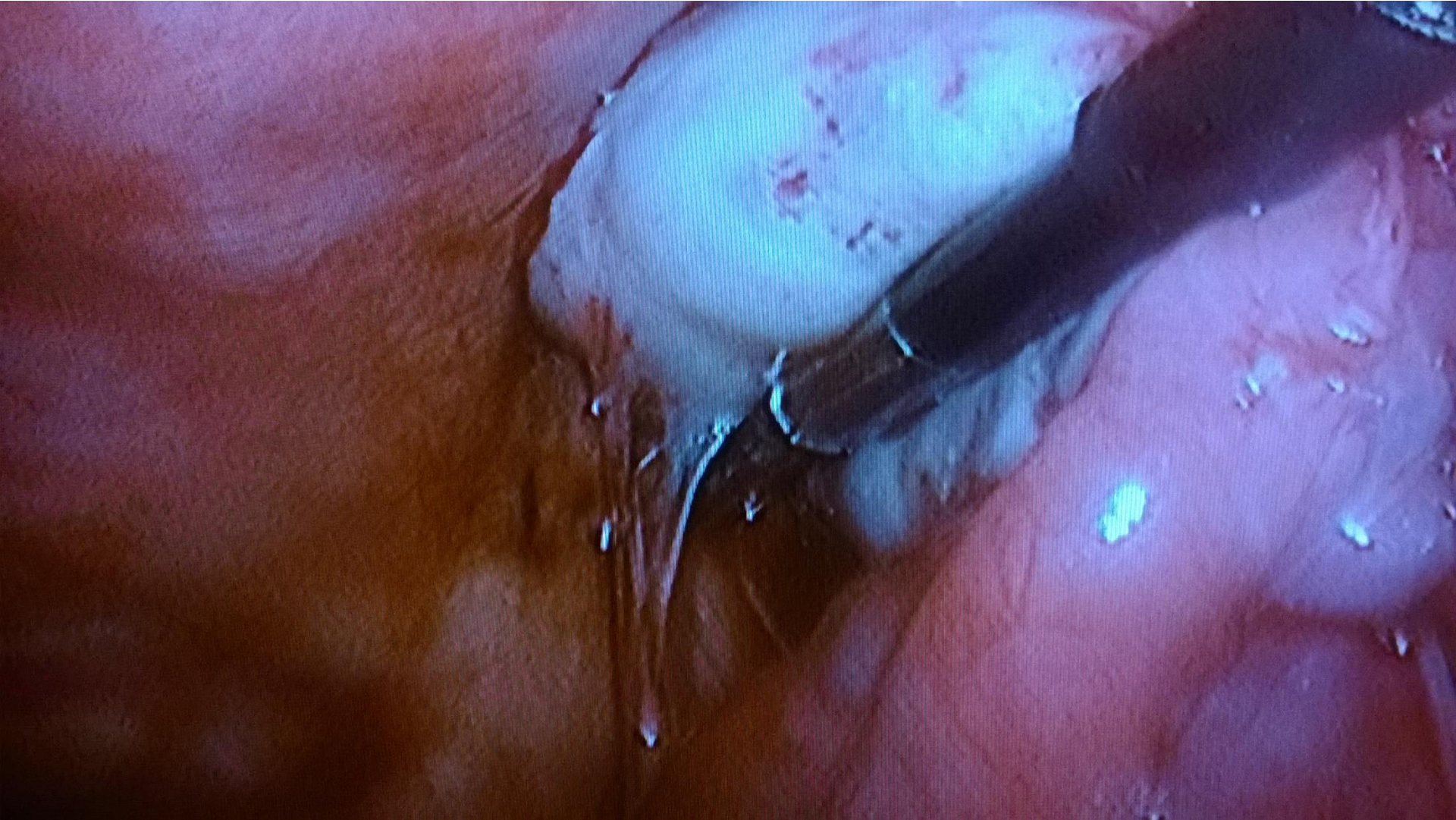
En estos casos, casi de rutina, el endometrioma se abre y drena espontáneamente

.....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



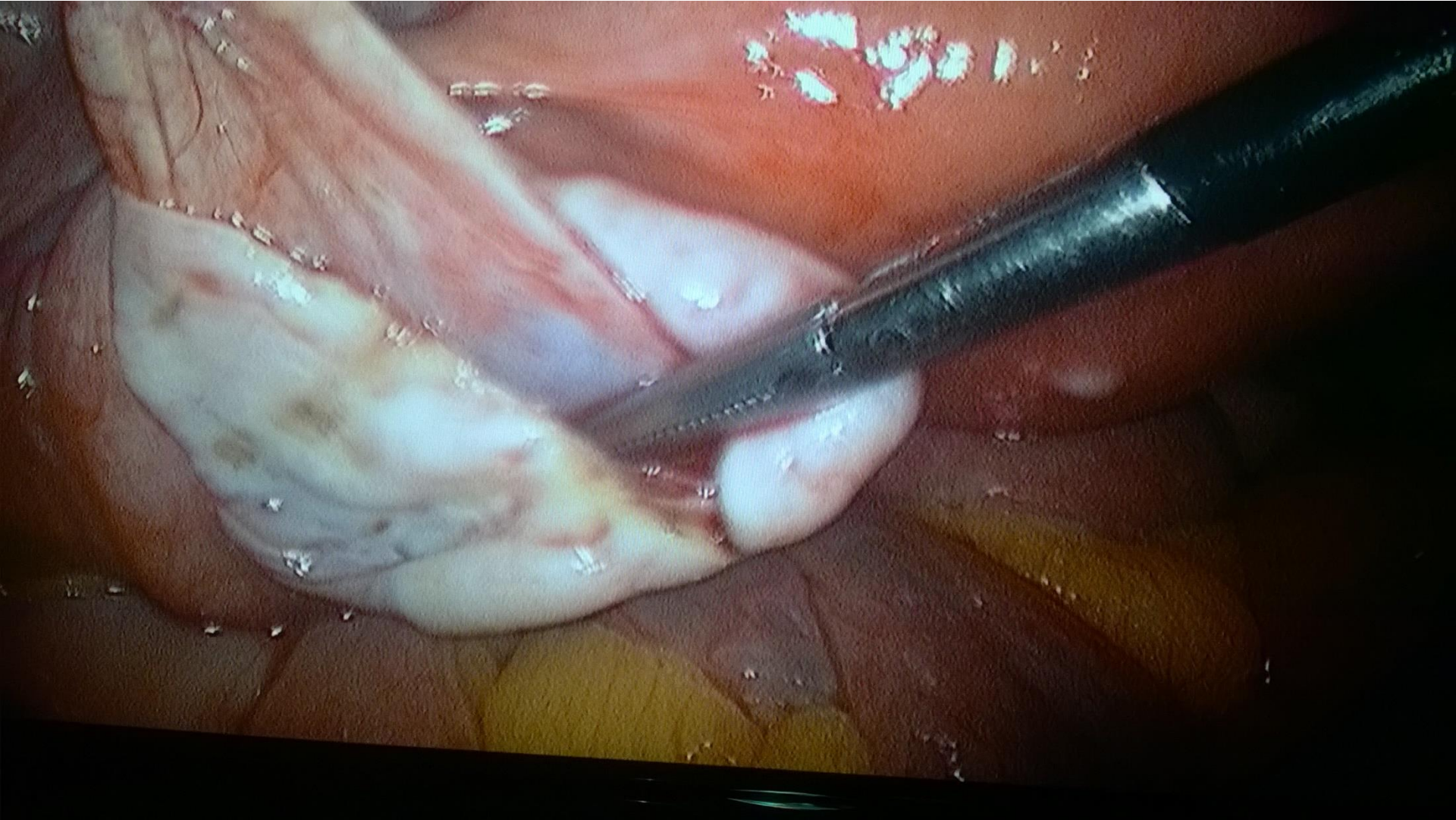
Quistectomía del endometrioma



Quistectomía del endometrioma



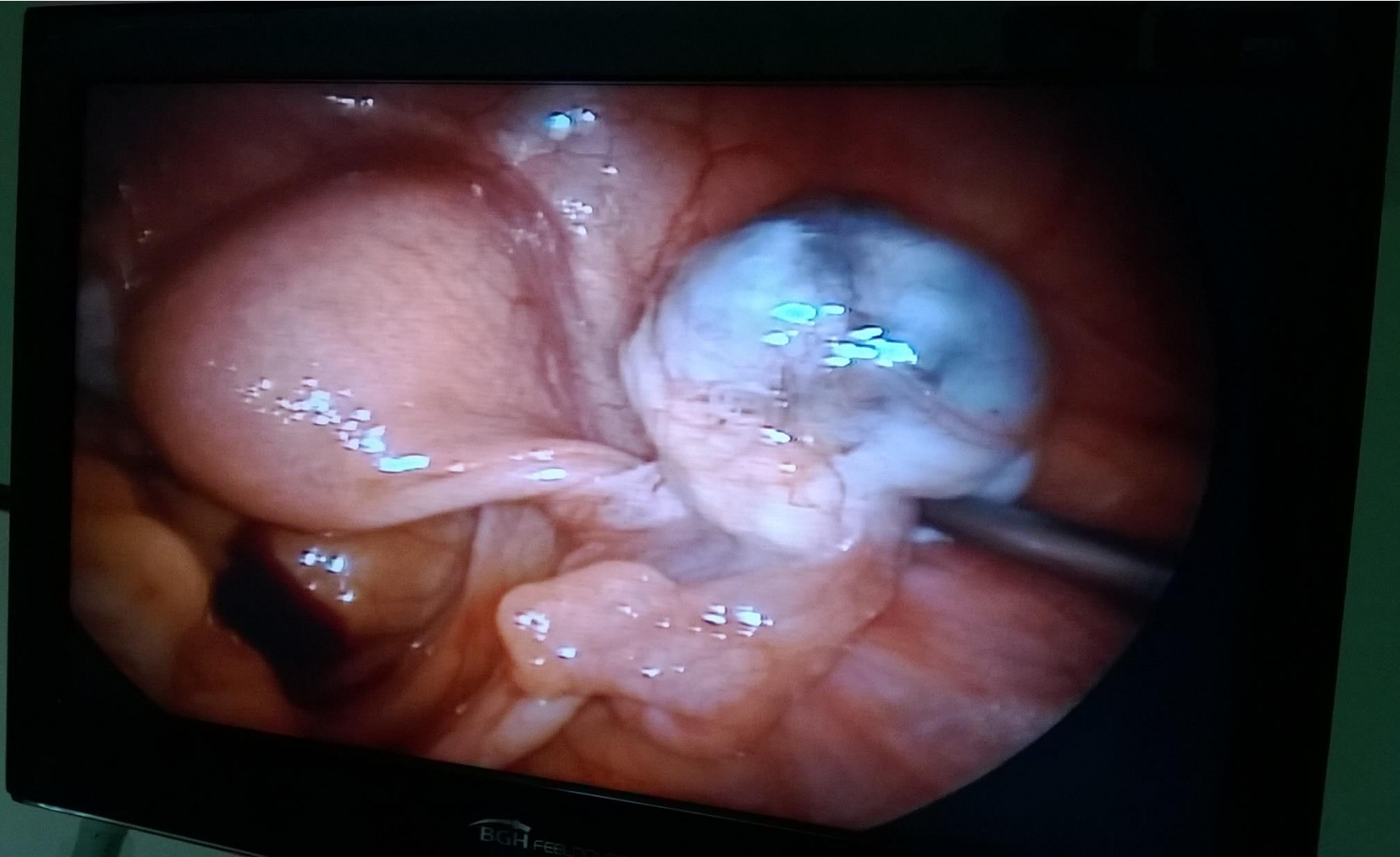
Quistectomía del endometrioma



Quistectomía del endometrioma



La cirugía del endometrioma



La cirugía del endometrioma



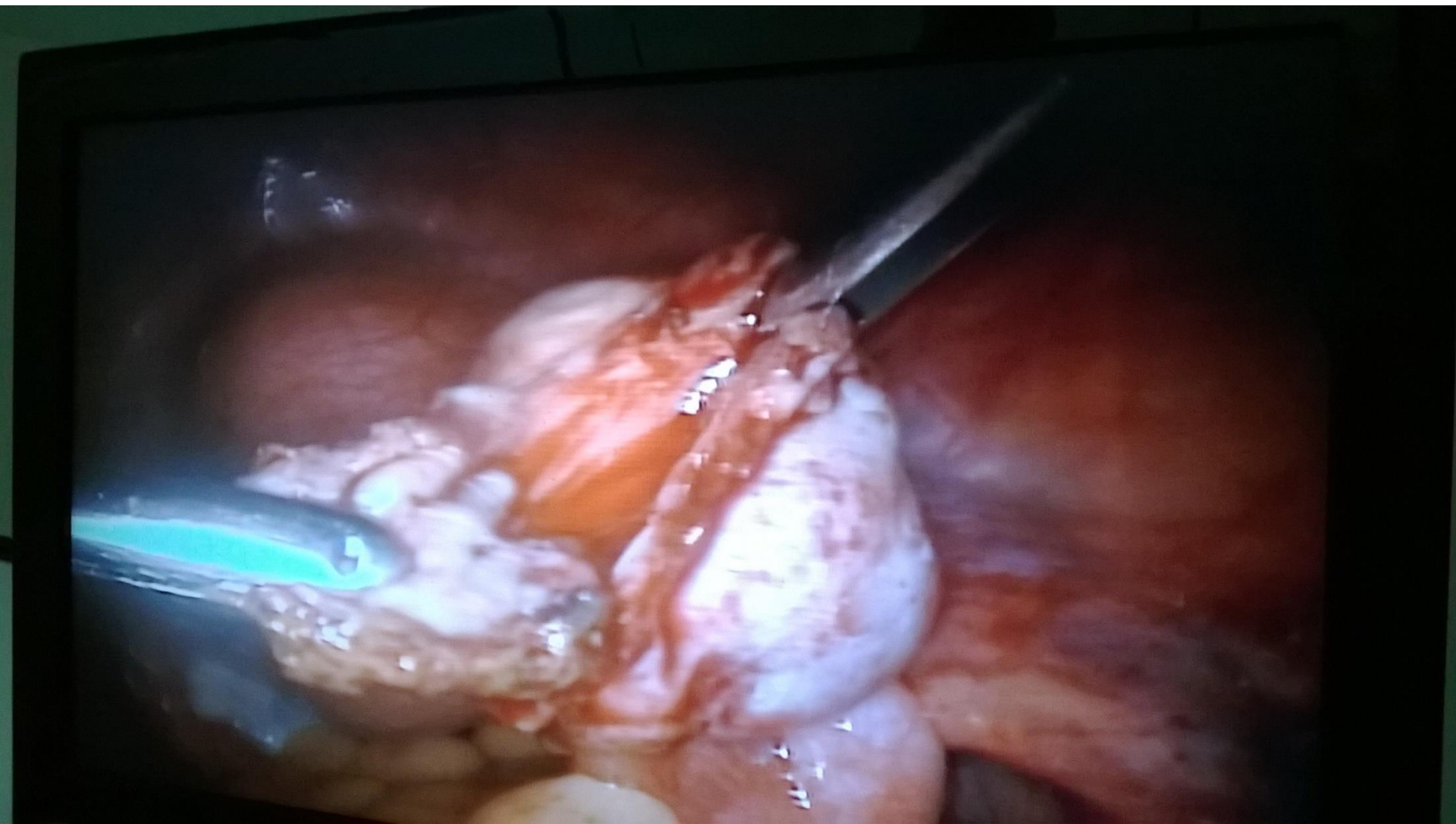
La cirugía del endometrioma



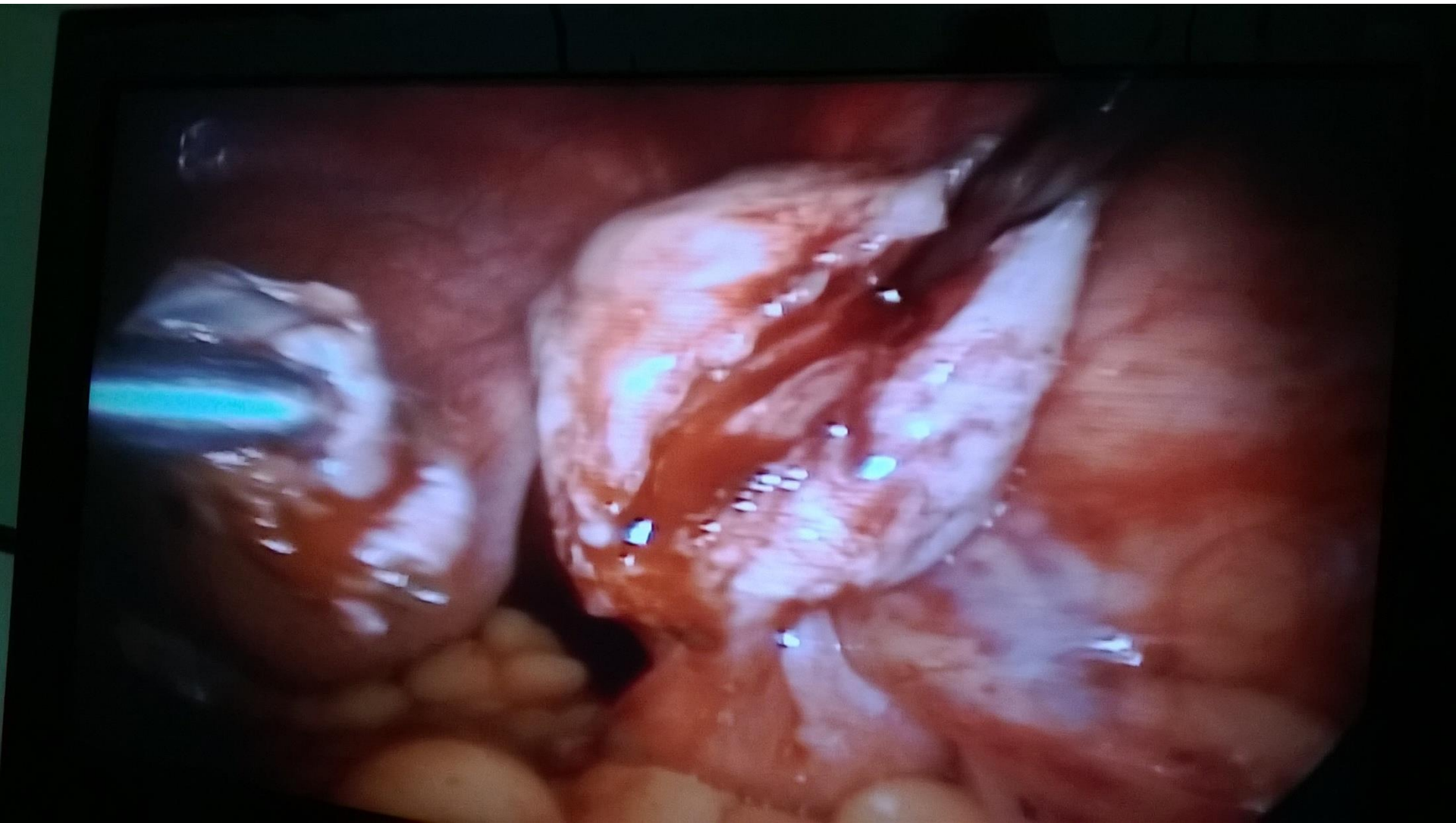
La cirugía del endometrioma



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 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

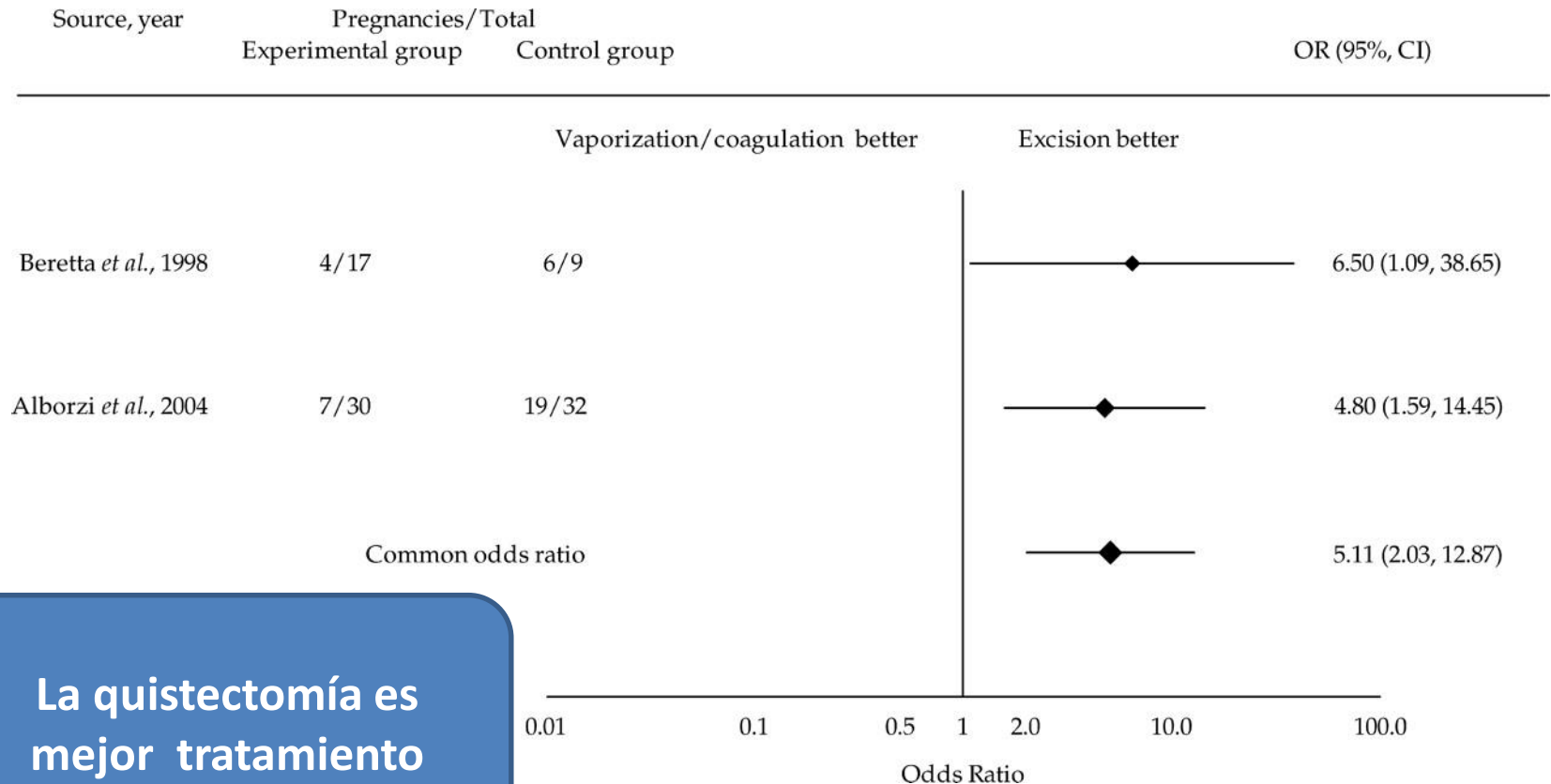


El control de la hemostasia del lecho cruento ovárico posterior a la quistectomía requiere un tratamiento sumamente delicado

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

Muchas gracias por la atención