



Endometrioma ovárico

M. Canis, N. Bourdel, R. Botschorishvili, B. Rabischong, A.-S. Gremeau, S. Curinier, C. Vago, J.-L. Pouly, G. Mage

El endometrioma ovárico es frecuente, muy a menudo asociado a otras lesiones endometriósicas de la pelvis. La clínica está dominada por el dolor crónico habitual en esta enfermedad. Las pruebas de imagen, ecografía o resonancia magnética, a menudo son muy sugestivas, pero el diagnóstico sólo puede confirmarse después del examen histológico de los quistes hemorrágicos que persisten después del bloqueo ovárico. El tratamiento médico no es un tratamiento eficaz del quiste endometriósico. El tratamiento quirúrgico debe ser conservador y endoscópico. La quistectomía debe seguir las reglas de la microcirugía y no puede realizarse por simple tracción, como en el tratamiento de los demás quistes epiteliales del ovario. Si este acto no es posible debido al volumen o a las condiciones locales, un tratamiento médico postoperatorio puede facilitar el manejo en una segunda laparoscopia. Si la quistectomía no es posible, puede realizarse una destrucción quirúrgica de la pared quística. La quistectomía puede comprometer la función ovárica postoperatoria. Numerosos estudios muestran que este acto se asocia a una disminución postoperatoria de la concentración de hormona antimulleriana. Las consecuencias ováricas de la abstención quirúrgica y de los demás tratamientos quirúrgicos de la endometriosis no se conocen. El bloqueo ovárico postoperatorio permite, en las pacientes que no desean quedarse embarazadas, reducir el riesgo de recidiva. En caso de recidiva, puede proponerse una anexectomía a las pacientes mayores de 40 años. En las mujeres jóvenes que desean tener descendencia, puede proponerse un drenaje ecográfico con alcoholización antes de la realización de una fecundación in vitro.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Endometriosis; Endometrioma; Ovario; Laparoscopia; Anticoncepción oral; HAM

Plan

■ Introducción	1
■ Anatomía patológica y fisiopatología	2
■ Signos clínicos	3
■ Estudio preoperatorio	4
Ecografía	5
Resonancia magnética	5
■ Endometrioma y función ovárica	5
■ Tratamiento médico	6
Tratamiento médico perioperatorio	6
■ Tratamiento quirúrgico	7
Maniobras obligatorias	7
Maniobras terapéuticas	8
■ Preservación de la fertilidad	12
■ Indicaciones terapéuticas	12
■ Conclusión	13

■ Introducción

El endometrioma ovárico (Fig. 1) es frecuente. La endometriosis afecta a cerca del 10% de las mujeres en período de actividad; alrededor del 30% de estas pacientes son portadoras de un endometrioma del ovario y esta cifra llega al 50% entre las pacientes operadas por lesiones infiltrantes^[1-3]. El endometrioma ovárico se asocia casi siempre a otras lesiones endometriósicas^[4]; su presencia es el marcador de las lesiones todavía llamadas «infiltrantes»^[3,4]. El endometrioma es bilateral en el 30-50% de los casos, lo cual plantea, con una especial agudeza, las cuestiones referentes al tratamiento quirúrgico y los posibles daños que puede inducir al ovario. Este tratamiento es objeto de numerosas controversias desde el desarrollo de la cirugía endoscópica. La quistectomía ovárica por endometriosis, a menudo considerada como imposible por los microcirujanos^[5,6], fue desarrollada bastante pronto por los cirujanos endoscopistas, que la describieron inicialmente como un acto muy simple con el vocablo anglosajón de

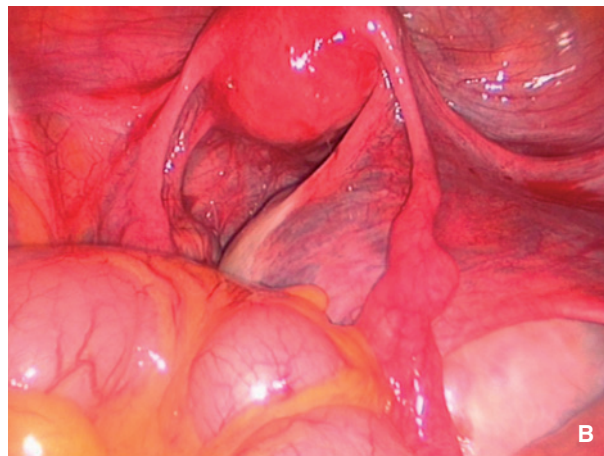
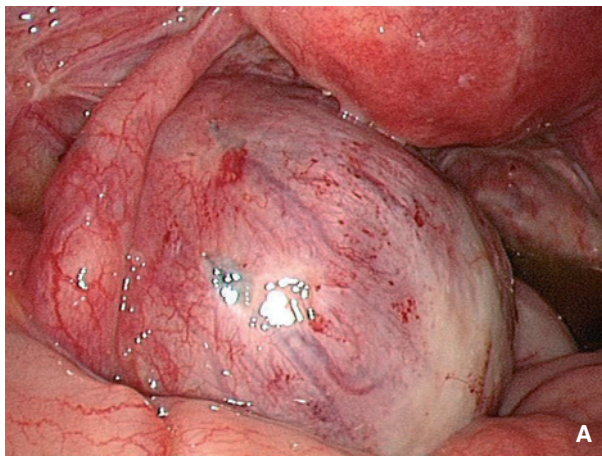


Figura 1. Dos aspectos del endometrioma ovárico (A, B). Obsérvese el estiramiento del hilio ovárico hacia dentro.

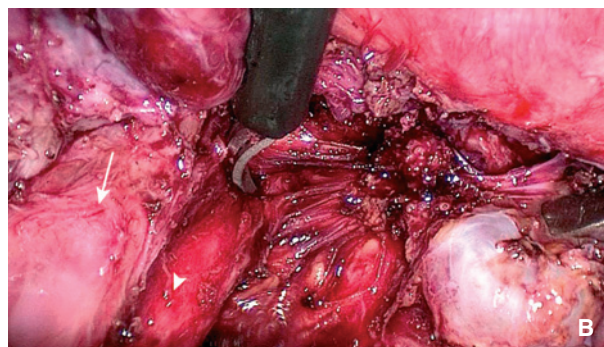
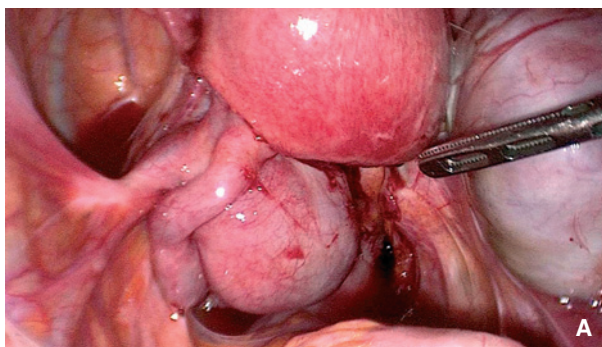


Figura 2. La importante distorsión inducida por la retracción explica la dilatación de los vasos lumboováricos (flecha) por encima del uréter (punta de flecha) (A, B).

stripping^[7,8]. De hecho, este acto a menudo es difícil y no se reduce a un acto de tracción-contracción como en los demás quistes benignos del ovario^[9]. Este desconocimiento del acto, que debe ser un acto laparoscópico microquirúrgico, conduce a complicaciones peroperatorias y, en especial, a complicaciones hemorrágicas, cuyo tratamiento puede dar lugar a daños ováricos irreversibles^[10] y a una menopausia postoperatoria precoz. Por eso, el tratamiento quirúrgico de un endometrioma se presenta a veces como un acto traumático y peligroso^[11] que incluso, para algunos, debe evitarse siempre que sea posible.

En este ámbito, como en otros muchos, la abstención terapéutica, que se propone como alternativa, no se ha evaluado. ¿Es anodino dejar evolucionar un quiste de ovario? ¿Este quiste puede producir daños ováricos, como sugieren el estudio de Matsuzaki y Schubert^[12] y el trabajo de Kitajima et al?^[13]. Las distorsiones vasculares graves que se encuentran cuando la torsión, inducida por el nódulo del ligamento ancho, es importante, ¿pueden comprometer el valor funcional del ovario (Fig. 2)?

Este debate todavía es largo; no debe hacer olvidar que la actuación clínica en presencia de un posible endometrioma del ovario debe ser la misma que la que se requiere ante otra lesión quística del anexo. Dos reglas son esenciales: confirmar la organocidad de la lesión y descartar el diagnóstico de lesión maligna. Después, el tratamiento debe preservar lo mejor posible la función ovárica, teniendo en cuenta las condiciones locales. Si las lesiones son demasiado voluminosas, demasiado graves o demasiado inflamatorias, hay que diferir el acto unas semanas después de un tratamiento médico; la anexectomía y la laparotomía nunca son la solución, excepto si la lesión es un cáncer confirmado. En el postoperatorio, el tratamiento depende de los signos clínicos preoperatorios y del deseo de fertilidad. Una anticoncepción que

induzca una amenorrea parece disminuir significativamente el riesgo de recidiva, siempre que se utilice un tratamiento prolongado durante más de 2 años^[14].

■ Anatomía patológica y fisiopatología

La etiología de la endometriosis sigue siendo imprecisa. Quizá existan diversas causas para una misma enfermedad. Los mecanismos origen del endometrioma ovárico y de la endometriosis de las cicatrices de cesárea probablemente no sean los mismos.



La endometriosis ovárica puede tener varios aspectos:

- lesiones situadas en la superficie del ovario que no han retraído la superficie del ovario y que no siempre son adherentes (Fig. 3);
- quistes de pequeño tamaño, muy a menudo menores de 4 cm de diámetro, con invaginación de la superficie del ovario, cuyo drenaje no parece abrir la cortical ovárica y para los que la quistectomía es imposible (Fig. 4). Esta situación parece corresponder a la definición de Brosens et al, que hablan de pseudoquiste extraovárico^[15];
- quistes de contenido chocolate sin adherencia al ligamento ancho cuyo despegamiento es fácil y que algunos atribuyen a la colonización del quiste funcional del ovario por lesiones endometriales^[16,17];
- pero el aspecto más frecuente (alrededor del 75% de las lesiones de más de 3 cm) corresponde a los quistes fijados al ligamento ancho por adherencias densas desarrolladas entre la cara anterior del ovario y el peritoneo de la cara posterior del ligamento ancho^[18] (Fig. 5). A partir de la lesión probablemente inicial desarrollada a expensas de la cara anterior del ovario, el quiste se invagina en el ovario, lo cual da lugar a una rotación

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3919120>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3919120>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)