



# Cirugía de la endometriosis anexial

P. Chauvet, A.-S. Gremeau, H. Roman, M. Canis, B. Rabischong, J.-L. Pouly, N. Bourdel

*Es indispensable contar con unos buenos conocimientos de la fisiopatología de los endometriomas y de las distintas técnicas quirúrgicas para permitir un tratamiento adecuado de la endometriosis anexial. Se debe dar prioridad a la vía laparoscópica. La técnica quirúrgica de referencia es la quistectomía, pero la vaporización del quiste (láser o bisturí de plasma), que permite la destrucción del tejido endometriósico, podría ser realmente interesante para el tratamiento. La ablación del quiste con corriente bipolar debe descartarse. En función de la fisiopatología, el acceso al endometrioma se realiza preferentemente por el punto de origen de la invaginación y no por la incisión antimesial clásica, utilizada para los quistes de otro tipo. La hemostasia se realiza espontáneamente o utilizando con moderación la energía bipolar. Una técnica «híbrida» que combine la quistectomía y la destrucción del tejido endometriósico (láser o bisturí de plasma) podría ser interesante. Durante la cirugía, es esencial buscar y tratar de forma sistemática las lesiones extraováricas (en particular del peritoneo situado al nivel del ovario). La anexectomía puede plantearse sólo en las mujeres que no deseen más embarazos. En cuanto a los tratamientos asociados, la utilidad del tratamiento preoperatorio se ha puesto en entredicho. El tratamiento postoperatorio a largo plazo con amenorrea disminuye la tasa de recidiva y debería proponerse de forma sistemática a las mujeres que no deseen quedarse embarazadas. Con independencia de cuál sea la conducta práctica, se debe proponer de forma sistemática a la paciente un tratamiento global y ofrecerle una información detallada.*

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Endometriosis; Endometrioma; Quistectomía; Escisión; Ablación; Vaporización con láser; Bisturí de plasma

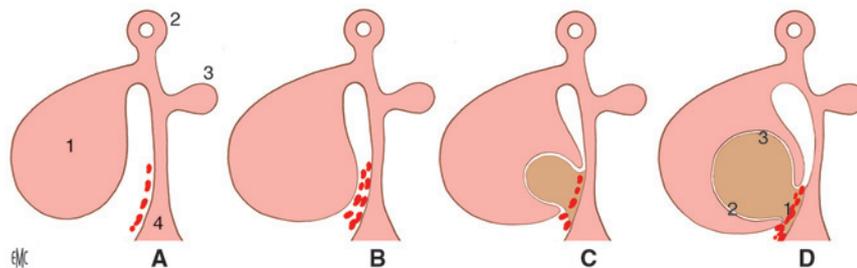
## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Fisiopatología</b>	2
■ <b>Pruebas complementarias</b>	2
■ <b>Tratamiento quirúrgico</b>	2
Indicaciones del tratamiento quirúrgico	2
Vía de acceso	3
Quistectomía o exéresis de los endometriomas ováricos	3
■ <b>Destrucción: «técnica ablativa»</b>	6
Láser de CO <sub>2</sub>	6
Bisturí de plasma	6
Coagulación bipolar	6
■ <b>Elección de la modalidad de tratamiento</b>	6
■ <b>Tratamiento en dos tiempos de los endometriomas voluminosos</b>	7
■ <b>Punción y drenaje de los endometriomas</b>	7
■ <b>Ooforectomía y anexectomía</b>	7
■ <b>Tratamiento concomitante de las otras lesiones</b>	7

■ <b>Tratamiento médico pre y postoperatorio</b>	8
Tratamiento médico preoperatorio: ventaja o inconveniente	8
Tratamiento postoperatorio	8
■ <b>Conducta global</b>	9
■ <b>Estrategia quirúrgica en caso de recidivas</b>	9
■ <b>Conclusión</b>	9

## ■ Introducción

La prevalencia de la endometriosis en la población general es de alrededor del 5% y la frecuencia de sus localizaciones ováricas se estima en un 31-44% en el conjunto de las pacientes [1]. Aunque el tratamiento quirúrgico de los endometriomas es una intervención corriente en la actividad del cirujano ginecológico, existen datos que sugieren que los procedimientos quirúrgicos realizados por muchos cirujanos deben mejorarse por una difusión optimizada de los resultados de los estudios publicados al respecto [2, 3].



**Figura 1.** Teoría de Hughesdon de formación de los endometriomas.

**A.** El ovario está indemne de lesiones de endometriosis pero existen siembras peritoneales en la fosa ovárica. 1. Ovario; 2. trompa; 3. ligamento redondo; 4. ligamento ancho.

**B.** La adhesión del ovario a la fosa ovárica provoca la formación de un espacio cerrado.

**C.** Las hemorragias cíclicas al nivel de las siembras situadas en el espacio cerrado crean una invaginación en el parénquima ovárico.

**D.** El endometrioma se forma durante numerosos episodios de hemorragias cíclicas, y se pueden identificar tres zonas distintas 1, 2 y 3.

El término de endometriosis anexial engloba todas las afectaciones posibles de la endometriosis al nivel del ovario y también de la trompa. Con este fin, los autores han escogido centrarse en el endometrioma, porque las otras lesiones anexiales (adherencias, hidrosalpinge, etc.) son menos específicas de la patología endometriósica.

El objetivo de este artículo es presentar las técnicas quirúrgicas que parecen las más indicadas para el tratamiento quirúrgico de los endometriomas. La elección de estas técnicas se basa en los resultados descritos sobre su eficacia en términos de recidivas y de conservación de la fertilidad de las mujeres operadas.

## ■ Fisiopatología

La patogenia de los endometriomas siempre está rodeada de controversia [4]. Para limitar las consecuencias perjudiciales de los tratamientos quirúrgicos de los endometriomas sobre la reserva ovárica, los cirujanos deberían conocer las particularidades histológicas y fisiopatológicas de la aparición y del desarrollo de los endometriomas, que tienen consecuencias directas sobre la técnica quirúrgica propiamente dicha. Estas particularidades demuestran por qué el acceso de los endometriomas no requiere ninguna incisión del ovario en el 90% de los casos.

Existen tres teorías principales que explican la formación de los endometriomas ováricos. La primera fue propuesta por Hughesdon [5] y refrendada por Brosens et al [6]. En ella, se supone que los endometriomas se originan al nivel de siembras superficiales del peritoneo de las fositas ováricas. Las adherencias que se forman entre el peritoneo y el ovario crean un espacio cerrado en cuyo interior las microhemorragias cíclicas producen la acumulación progresiva de sangre y de detritos. Esta acumulación provoca un rechazo del parénquima ovárico, con la invaginación progresiva en el interior del ovario de un pseudoquiste tapizado por un revestimiento fibroso recubierto en parte por un epitelio glandular. Además, Hughesdon comparaba la formación de un endometrioma con la progresión de un gusano en el interior de una manzana. Por consiguiente, según esta teoría, el endometrioma nunca está rodeado por completo por el parénquima ovárico, porque siempre existe una zona que permanece en contacto con el peritoneo de la fosa ovárica. Esta teoría de desarrollo de los endometriomas se constata en más del 90% de los casos [5, 6] (Fig. 1).

Más recientemente, Nisolle y Donnez han propuesto una segunda teoría, según la cual los endometriomas se deben a invaginaciones del mesotelio situado en la superficie de los ovarios, seguidas por una metaplasia celómica del tejido invaginado [7, 8]. Respecto a la teoría precedente, ésta explica: la aparición de endometriomas que no tienen ningún contacto con las fositas ováricas, la formación de los endometriomas multiloculares, el descubrimiento fre-

cuento de las inclusiones mesoteliales, la observación de los folículos primordiales que rodean los endometriomas, la existencia de las invaginaciones secundarias a partir del tejido endometrial que reviste los quistes y, sobre todo, la existencia de zonas de continuidad entre las invaginaciones epiteliales y el tejido endometrial.

La tercera teoría es la de la colonización de un quiste funcional ovárico por siembras endometriósicas [9-11].

Estas teorías tienen un punto común esencial para los cirujanos: la pared de un endometrioma está compuesta por una capa de tejido fibroso revestida por un epitelio y un estroma endometrial, y nunca está rodeada por completo por el parénquima ovárico (en más del 90% de los casos). Por consiguiente, en el acceso de un endometrioma, la incisión inicial del ovario suele ser inútil, porque es posible penetrar en el quiste por la zona de origen de la invaginación. Es probable que la aparición, el desarrollo y el riesgo de recidiva de los endometriomas se deban sobre todo al epitelio endometrial activo y no a la capa fibrosa que lo rodea, por lo que el primer objetivo del tratamiento debería ser la exéresis o la ablación completa del epitelio y del estroma endometriales.

## ■ Pruebas complementarias

La indicación quirúrgica debe comentarse siempre con la paciente y debe realizarse una exploración física minuciosa, completada con una ecografía y, en ocasiones, con una resonancia magnética (RM). La realización de una RM permite evitar el descubrimiento inesperado peroperatorio de lesiones de endometriosis profunda que requieran procedimientos quirúrgicos más complejos. En este mismo sentido, mediante la exploración física rigurosa deben buscarse las pistas sugestivas de la presencia de una endometriosis profunda asociada (dispareunia profunda, disquicia, etc.).

## ■ Tratamiento quirúrgico

### Indicaciones del tratamiento quirúrgico

En la endometriosis aislada, ningún dato permite recomendar un tratamiento por encima de otro (médico, quirúrgico, abstención) [12]. Sin embargo, las principales indicaciones del tratamiento quirúrgico de los endometriomas se han definido en las últimas recomendaciones para la práctica clínica sobre el tratamiento de la endometriosis, elaboradas bajo el patrocinio del Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) en 2006 [13-15] y por las recomendaciones establecidas por la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) en septiembre de 2013 [16], según las cuales el tratamiento quirúrgico de la endometriosis es

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8777830>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8777830>

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