

Reunión científica mensual de SAMeR

23/05/2013

Laura Mitelberg

Grupo Reproducción Humana, Hospital Duran.
Reproducción 2013;28:56-63

El jueves 23 de mayo de 2013 se realizó la segunda reunión científica de SAMeR, en la Fundación Cassará, Avenida de Mayo 1190. Dicho encuentro fue organizado por el capítulo de Cirugía Reproductiva y Endometriosis de SAMeR en conjunto con la Sociedad Argentina de Endometriosis. El tema abordado fue: "Endometriosis".

Pesquisa de Endometriosis ante la falla de tratamiento de baja complejidad

Juan José Etchepareborda

Presidente de la Sociedad Argentina de Endometriosis.

¿Es la Endometriosis (EDT) mínima y leve causa de esterilidad?

Este primer interrogante permanece abierto ya que hubo 2 trabajos prospectivos ya clásicos que llegaron a conclusiones disímiles:

1. La resección o ablación laparoscópica de la EDT mínima o leve aumenta la fertilidad de las mujeres estériles.

Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis.

Canadian Collaborative Group on Endometriosis.

N Engl J Med. 1997 Jul 24;337(4):217-222

Marcoux S, Maheux R, Berube S.

2. Los resultados de este estudio no avalan la hipótesis según la cual la ablación de las lesiones endometrióticas mejoran notablemente las tasas de fertilidad.

Ablation of lesions or no treatment in minimal-mild endometriosis in infertile women: a randomized trial. Gruppo Italiano per lo Studio dell'Endometriosi. Hum Reprod. 1999 May;14(5):1332-1334. Parazzini F.

¿Debe investigarse la presencia de endometriosis luego de la falla reiterada de IU?

Una reciente revisión sobre este segundo interrogante llega a las siguientes conclusiones:

- No hay estudios que evalúen el valor de la laparoscopia luego de la falla reiterada de IU.
- La postura sobre CTL antes o después de IU es materia de debate.

Hum Reprod Update 2007 Sep-Oct; 13(5):477-485. Epub 2007 Jun 11.

The position of diagnostic laparoscopy in current fertility practice.

Bosteels J, Van Herendael B, Weyers S, D'Hooghe T.

En pacientes con indicación de inseminación intrauterina, ¿debe realizarse una laparoscopia previa para descartar patología pelviana?

Un estudio prospectivo asignó 77 pacientes a cada uno de 2 grupos: un grupo de pacientes que realizaron laparoscopia previa a las inseminaciones, y otro grupo en el que la laparoscopia se le realizó a las pacientes que no lograron embarazo con las inseminaciones. La incidencia de patología pelviana fue semejante en ambos grupos y la tasa de embarazo tampoco mostró diferencias estadísticamente significativas. En conclusión, no surge una estrategia definida ante la indicación de inseminaciones acerca de realizar una laparoscopia antes o después de la baja complejidad.

Correspondencia: Laura Mitelberg
E-mail: lauramitelberg@fibertel.com.ar

Hum Reprod 2005 Nov;20(11):3225-3230.
The role of laparoscopy in intrauterine insemination: a prospective randomized reallocation study.
Tanahatoc SJ, Lambalk CB, Hompes PG.

Respecto a la falta de estudios que evalúen el valor de la laparoscopia luego de la falla reiterada de inseminaciones intrauterinas, hace 2 años presentamos nuestra experiencia al respecto con 38 pacientes.

Endometriosis must be searched after intrauterine insemination failure
Etchepareborda JJ, Etchepareborda M.
World Endometriosis Congress.
September 13th, 2011.

En esta reunión conjunta presentamos esta misma experiencia, ampliada con una mayor casuística.

Detección laparoscópica de endometriosis luego de falla de baja complejidad

Fundamentos

- El avance de la fertilización asistida de alta complejidad ha llevado a una subestimación de la endometriosis como etiología y de la inseminación intrauterina como herramienta terapéutica de la esterilidad.
- Presentamos nuestra experiencia retrospectiva en casos de falla de baja complejidad.

Material y método

- A 52 mujeres estériles entre 26-44 años (34,35 de promedio) se les realizó cirugía laparoscópica para descartar endometriosis entre enero de 2003 y marzo de 2013, luego de fracaso de IU o inducción de la ovulación.
- Cuatro casos habían realizado inducción de la ovulación; a 48 mujeres se les había realizado 2 ó 3 inseminaciones intrauterinas.
- Se realizaron 53 laparoscopías, ya que una paciente repitió todo el proceso cuando quiso embarazarse por segunda vez.

Resultados

- Se diagnosticó endometriosis por laparoscopia a todas, y en 36 casos (66,66%) hubo confirmación histológica (1 endosalpingiosis).

- La distribución por estadios fue:

I	=	23	(43,40%)
II	=	25	(47,17%)
III	=	4	(7,55%)
IV	=	1	(1,88%)

- En 8 casos no se realizó biopsia de las supuestas lesiones endometriósicas.
- En 9 casos la biopsia fue negativa para endometriosis.
- 31 mujeres embarazaron (1 en 2 oportunidades) (58,49%) luego de la cirugía laparoscópica.
- 18 lo hicieron espontáneamente (33,96%), incluido el caso de endosalpingiosis.
- 7 con IU (13,21%).
- En total, 25 lo hicieron con baja complejidad (47,17%) - (Edad promedio: 33,96 años).
- 6 se embarazaron mediante alta complejidad (11,32%). Edad promedio: 35 años.
- 22 no embarazaron (41%) (5 realizaron FIV y 1 pérdida seguimiento). (Edad promedio: 36,64 años).
- 9 biopsias fueron negativas: 5 embarazos (4 espontáneos +1 por inseminación intrauterina).

Conclusiones

- Nuestros resultados permiten afirmar que toda paciente que no logra embarazo luego de una serie de inseminaciones intrauterinas, tiene endometriosis hasta que no se demuestre lo contrario.
- Debe realizarse una laparoscopia luego de falla reiterada de inseminación intrauterina.
- El 47,17% logra embarazo espontáneamente o con baja complejidad luego de tratada la endometriosis.
- Este algoritmo sería aplicable hasta los 35 años o en mujeres de mayor edad que no desean alta complejidad.
- El diagnóstico laparoscópico no está invalidado por una biopsia negativa, en consonancia con las guías de ESHRE:

ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis.
Human Reproduction 2005;20(10):2698-2704.

- Quedan abiertos los interrogantes sobre si es la endosalpingiosis la misma enfermedad que la endometriosis, y si es causa de esterilidad.

Endometrioma y funcionalidad ovárica

Martín Vilela

IVI, Unidad de Medicina Reproductiva, argentina.

El endometrioma ovárico constituye uno de los tumores ováricos con mayor frecuencia de indicación quirúrgica en edad reproductiva. Dentro de las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de este tipo de quistes, la más frecuentemente utilizada es la quistectomía por vía laparoscópica, también llamada *stripping*. Esta técnica consiste en reseca mediante maniobras suaves de tracción y contratracción la cápsula del endometrioma, separándola del parénquima ovárico que la circunda. Algunos autores consideran que la práctica de esta técnica puede ser responsable de arrastrar tejido ovárico sano y generar, como consecuencia de la técnica quirúrgica, un daño en la reserva y la funcionalidad ovárica posterior. Sin embargo, son escasas las investigaciones acerca de cuál es la influencia del endometrioma por sí mismo sobre el tejido ovárico que lo circunda, es decir, previo al accionar de la cirugía. En base a observaciones histológicas previas se plantea la hipótesis según la cual podría existir una alteración de la histología ovárica adyacente al quiste endometriósico con compromiso de la vascularización e irrigación del aparato folicular.

Influencia del endometrioma sobre la funcionalidad ovárica

Son escasos los trabajos de investigación que evalúan el efecto de la presencia del endometrioma sobre la funcionalidad ovárica. Algunos postulan que podría influir comprometiendo su vascularización, pero esto ha sido evaluado de manera parcial en relación con algunos criterios histológicos o también mediante el doppler de arterias ováricas. Esto último fue realizado por La Torre y col

en un trabajo donde se evaluaron los índices de pulsatilidad y resistencia de los principales vasos ováricos antes y después de la resección de endometriomas, y se observó que si bien la pulsatilidad era mayor antes (2,17) que después de la cirugía (1,59), la resistencia disminuía (0,81 a 0,73) luego de la intervención quirúrgica, lo cual sugiere que la afección vascular puede deberse a efectos propios del endometrioma sobre el tejido ovárico adyacente. Más recientemente Somigliana y col. han mostrado diferencias significativas en cuanto a vascularización por doppler de arteria ovárica y la respuesta folicular de ovarios operados por endometriomas versus el ovario contralateral sano de la misma paciente. Sin embargo, es interesante la experiencia de Chang y col, que evaluaron la reserva ovárica a través del volumen ovárico y el dosaje de Hormona Antimulleriana (AMH) antes y después de la cirugía del endometrioma. Cabe señalar que la AMH es un marcador humoral que recientemente se ha vinculado a la respuesta folicular ovárica y se considera, hoy en día, uno de los mejores marcadores de reserva ovárica, superior en cuanto a sensibilidad al dosaje basal de FSH e Inhibina B. Estos autores demuestran que los niveles de AMH caen significativamente en las semanas posteriores a la cirugía pero que se encuentran recuperadas luego de los 3 meses posteriores a la cirugía.

Si evaluamos el posible daño mediante la respuesta ovárica folicular en estímulos para tratamientos de fertilización asistida, la experiencia en pacientes operadas por endometriomas no muestra diferencias significativas con respecto a respuesta folicular, cantidad de ovocitos ni embarazo cuando se lo compara con procedimientos de fertilidad motivados por otras causas. Dentro de la filosofía quirúrgica de preservar al máximo el parénquima ovárico sano, junto con Marconi y col. presentamos una experiencia en la cual evaluamos la respuesta ovárica de un grupo de 39 pacientes operadas por endometrioma mediante la técnica de decapsulación y que luego, en función de su estadio y edad, realizaron fertilización asistida posterior comparándola con la siguiente paciente de la misma edad que se sometió a un procedimiento de fertilización asistida por factor tubario. En la siguiente tabla se observa que,

	Grupo A (n=39) Quistectomía de endometrioma	Grupo B (n=39) Factor tubario	
Edad	34,3 ± 4,6	34,4 ± 3,5	NS
Ampollas gonadotrofinas (75 UI)	49 ± 17	36,8 ± 9,8	<i>P</i> < 0.05
Foliculos > 14 mm	10,3 ± 5	10,8 ± 5,4	NS
Pico de estradiol (pg/ml)	2410 ± 1611	2705 ± 2113	NS
Ovocitos captados	7,5 ± 3,9	8,7 ± 5,1	NS
Embriones transferidos (%)	3,8 ± 0,8	3,6 ± 1	NS
Embriones de buena calidad	69,6	59	NS
Embarazos	15	13	
Tasa de embarazo clínico (%)	38,4	33,3	NS

excepto por una necesidad de mayor número de ampollas de gonadotrofinas, la respuesta folicular ovárica, el número de ovocitos captados y la tasa de embarazo clínico no difieren de la respuesta estándar de una paciente normorrespondedora que se realiza un procedimiento de fertilización asistida por otro motivo.

Algunos autores postulan que la cirugía conservadora del ovario en el caso de endometriomas implica riesgos para el potencial de fertilidad, dado que sostienen que la disección de la pared del quiste no es una técnica que implique una separación de tejidos y que se podría, inadvertidamente, arrastrar folículos. Recientemente Alborzi y col reportaron que en la cirugía laparoscópica de quistes ováricos benignos se encuentra tejido ovárico extraído de manera inadvertida mediante el estudio histopatológico en el 60% de los quistes endometriósicos, mientras que en quistes no endometriósicos es solo en el 32%. Este porcentaje asciende al 80% cuando la cirugía se realiza por vía laparotómica. Sin embargo, Muzzii y col también reportan en una revisión que el 54% de los endometriomas

ressecados por técnica de quistectomía presentan tejido ovárico reconocible, pero realizando un estudio más exhaustivo en la histología, este tejido no mostraba las características morfológicas del ovario normal. De hecho, en ese trabajo no se reconocieron folículos secundarios en el tejido ovárico adyacente al espécimen de endometrioma ressecado, con lo cual este autor interpreta que si bien la resección de endometriomas ováricos puede arrastrar tejido ovárico, esa porción de tejido ovárico posee escasa funcionalidad. No debemos olvidar que existen endometriomas de disección más fácil que otros. Asimismo, Hachisuga y col observaron mayor presencia de folículos primarios en parénquima ovárico adyacente a endometriomas de fácil disección comparados con aquéllos de disección más dificultosa, sin encontrar en ninguno de los casos presencia de folículos secundarios. Por otra parte, Maneschi y col, en un estudio previo sobre el tejido adyacente a cortezas de quistes ováricos ressecados quirúrgicamente, describen la presencia de tejido ovárico de característica normal en el 80% de las muestras de quistes ováricos no endometriósicos

(cistoadenomas, teratomas), mientras que solo se reconoció tejido ovárico normal en el 19% de los endometriomas. Existen también descripciones histopatológicas de parénquimas ováricos adyacentes a quistes endometriósicos en las que se observó una disminución de la vascularización con técnica de hematoxilina-eosina y con técnicas de inmunohistoquímica para factor VIII específica para endotelio vascular, aunque en estos trabajos no se comparó con parénquimas ováricos normales.

Quedaría como cuenta pendiente de trabajos posteriores el determinar a qué se debe la disminución de la vascularización. Respecto de este tema, la única aproximación teórica se encuentra en un trabajo de Artini y col en donde se comparó la concentración de factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) y sus receptores como marcadores de angiogénesis, en ovarios con teratomas dermoides, cistoadenomas serosos y quistes endometriósicos, mostrando que estos últimos presentaron una disminución de la relación VEGF/R-VEGF, lo cual sugiere una probable disminución de la angiogénesis por mecanismos desconocidos hasta el momento.

Aspectos relacionados con la infertilidad asociada a la endometriosis contenidos en el Consenso sobre el Manejo Actual de la Endometriosis

Edgardo D Rolla

Experto, Co-Autor del Consenso en representación del Capítulo de Endometriosis de Asociación Latinoamericana de Medicina Reproductiva (ALMER).

En el mes de setiembre de 2011, en el Teatro de Anatomía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Montpellier, en Francia (la más antigua escuela de medicina del mundo), se llevó a cabo la reunión de expertos por invitación de la *World Endometriosis Society Wes*, a través de sus coordinadores designados, Lone Hummelshoj y Neil Johnson. Todo había comenzado casi un año antes, cuando por indicación del Presidente de WES, Hans Evers, se convocó a 56 “expertos”

representando a 34 sociedades científicas internacionales y organizaciones de pacientes para que contribuyeran a un ambicioso proyecto: elaborar un consenso sobre los distintos aspectos que hacen a la endometriosis, desde la evidencia científica más confiable. Esto es, desde el conocimiento científico demostrable; a diferencia de otros consensos de este tipo, basados principalmente en la opinión personal de los participantes.

De todos los convocados, finalmente nos reunimos en el bucólico entorno del Teatro de Anatomía y sus jardines, los siguientes profesionales y representantes de pacientes: 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 y Jan Hayslip.

A mí me fue asignado, como representante de la Asociación Latinoamericana de Medicina Reproductiva, demostrar la evidencia que respalda el uso de la inseminación artificial intrauterina y la fertilización *in vitro* para el manejo de la infertilidad asociada a la endometriosis.

En 16 diapositivas que fueron elaboradas con información obtenida de una rigurosa y exhaustiva revisión de la bibliografía y posteriormente consensuadas con los coordinadores Hummelshoj y Johnson, presenté toda la evidencia que respalda el uso de estas técnicas para las pacientes con endometriosis y los resultados esperables de su implementación.

Dentro de los aspectos relacionados al tratamiento de la infertilidad en la paciente con endometriosis, se dio importancia especial a la cirugía, debido a los excelentes resultados que la misma tiene a los fines de lograr el embarazo, en especial en las pacientes con menor grado de enfermedad.

Entre las conclusiones más destacadas podemos afirmar que la cirugía laparoscópica en la que se extirpan las lesiones endometriósicas mejora sensiblemente la fertilidad en los estadios I y II de la enfermedad. Esta afirmación fue respaldada con

el rótulo “*strong*” (fuerte), lo que significa que la mayoría de los expertos participantes estuvieron de acuerdo con la evidencia presentada al respecto.

A pesar que los estudios randomizados y controlados no han logrado demostrar la superioridad de la escisión por sobre la destrucción de las lesiones, el consenso opinó que la primera modalidad es preferible, en especial cuando coexiste dolor pelviano. Esta afirmación tuvo disenso y logró solo un rótulo de “*weak*” (pobre) consenso.

Con apoyo “fuerte” se afirmó que la quistectomía del endometrioma es preferible por sobre el drenaje y ablación a los fines de tratar la infertilidad. Con respecto a la endometriosis profunda infiltrante (como la del tabique rectovaginal) no hay un enfoque terapéutico claramente definido –cuestión que resultó marcada como “pobre” en el consenso. La terapia médica (análogos, progestágenos, anticonceptivos orales combinados, etc) postoperatoria no ha resultado beneficiosa en lo que hace al tratamiento de la infertilidad –afirmación ésta que obtuvo una calificación de “fuerte” por el consenso logrado.

Conclusiones finales al respecto podemos decir que la remoción de las lesiones mejora la fertilidad en los estadios I y II (alta evidencia, consenso fuerte), que se recomienda la extirpación de las lesiones especialmente cuando hay dolor (consenso débil), que es preferible la opción por la quistectomía de los endometriomas (consenso fuerte), que no está claro cuál es la mejor táctica frente a la endometriosis profunda (consenso débil) y que el tratamiento médico postoperatorio no tiene lugar en el manejo de la infertilidad (consenso fuerte) (Figura 1).

Figura 1

Surgery for infertility in women with endometriosis
● La remoción de las lesiones mejora la fertilidad en los estadios I y II (<i>alta evidencia</i>)
● Se recomienda la extirpación de las lesiones, en especial cuando hay dolor (<i>evidencia débil</i>)
● Para mejorar la fertilidad se prefiere la quistectomía de los endometriomas (<i>alta evidencia</i>)
● No está claro cuál es la mejor táctica frente a la endometriosis profunda para mejorar la fertilidad (<i>evidencia débil</i>)
● La terapia médica postlaparoscópica no ha demostrado beneficiar la fertilidad (<i>alta evidencia</i>)

En mi presentación sobre la reproducción asistida en la paciente con endometriosis propuse que no hay evidencia acerca de la utilidad de la hiperestimulación ovárica como único tratamiento; que la inseminación intrauterina bajo estímulo ovárico controlado es efectiva para mejorar la fertilidad en los estadios mínimos y leves; que el rol de la inseminación sin hiperestimulación es incierto; que la doble inseminación en el mismo ciclo de tratamiento podría ser considerada y que, si bien la fertilización *in vitro* es menos exitosa en los casos de infertilidad asociada a la endometriosis, de todas formas es una opción a considerar para mejorar las tasas de embarazo por sobre las que se verifican con solo conducta expectante.

Como conclusiones de toda la evidencia bibliográfica presentada en el consenso al respecto, podemos decir que la inseminación sin estímulo ovárico logró un apoyo débil, que la inseminación bajo estímulo obtuvo consenso fuerte, que la doble inseminación tuvo consenso débil, y que la fertilización *in vitro* como opción fue consensuada “fuerte” (Figura 2).

Figura 2

Assisted conception for infertility in women with endometriosis
● No hay evidencia que respalde la simple estimulación ovárica (<i>evidencia débil</i>)
● La IUI bajo estímulo ovárico es útil para mejorar la fertilidad en los estadios mínimos y leves, pero el rol de la misma sin estímulo es incierto (<i>evidencia fuerte</i>)
● La IUI doble (en el mismo ciclo) podría ser considerada (<i>evidencia débil</i>)
● A pesar de que la FIV puede ser menos efectiva en la endometriosis vs otras causas de infertilidad, se indica para llevar las tasas de embarazo por encima de las del manejo expectante (<i>evidencia fuerte</i>)

En lo que hace a terapias coadyuvantes a la reproducción asistida, no hay evidencia suficiente acerca de la utilidad de los análogos de GnRH antes de la inseminación intrauterina (consenso débil), tampoco acerca del beneficio que puede brindar una laparoscopia antes de la inseminación (consenso débil); por el contrario, el uso de análogos durante 3 a 6 meses antes de la fertilización *in vitro* aumenta las tasas de embarazo (alta evidencia y consenso fuerte). Sin embargo, hay evidencia insuficiente acerca de la ventaja de utilizar anti-

conceptivos orales combinados antes de la FIV (consenso débil), y no hay datos comparando las ventajas de pre-tratar con análogos de GnRH vs anticonceptivos orales (evidencia y consenso débil) (Figura 3).

Figura 3

Adjuncts to assisted conception for infertility in women with endometriosis
● Hay evidencia insuficiente acerca de la utilidad de los análogos de GnRH antes de la IUI (<i>evidencia débil</i>)
● Hay evidencia insuficiente acerca del beneficio de la laparoscopia antes de la IUI (<i>evidencia débil</i>)
● El uso de análogos de GnRH por 3 a 6 meses antes de la FIV/ICSI aumenta las tasas de embarazo (<i>alta evidencia</i>)
● Hay evidencia insuficiente acerca del uso de ACOs antes de la FIV/ICSI (<i>evidencia débil</i>)
● No hay datos comparando el pre-tratamiento con ACOs vs análogos de GnRH (<i>evidencia débil</i>)

El tratamiento previo de los endometriomas, por la evidencia encontrada, no mejora los resultados de la fertilización *in vitro* (consenso débil). La cirugía de los endometriomas puede disminuir la respuesta ovárica a la hora de realizar el procedimiento, si bien en algunos casos es recomendable la cirugía previa, sobre todo cuando su diámetro es mayor a 3 cms (consenso débil, evidencia débil) (Figura 4).

En lo referente a la supresión ovárica, no hay evidencia que el tratamiento médico anovulatorio beneficie la fertilidad de estas pacientes, además, el empleo (por ejemplo) de anticonceptivos orales solo retrasa el logro del embarazo, por lo que no se recomienda este tipo de tratamiento médico (Figura 5).

Figura 4

Adjuncts to assisted conception for infertility in women with endometriosis
● No hay evidencia de que el tratamiento de los endometriomas (quistectomía o punción/drenaje) mejore los resultados de la FIV (<i>evidencia débil</i>)
● La respuesta ovárica puede estar afectada en algunas mujeres que han sido operadas por endometriomas (<i>evidencia débil</i>)
● Debido a que los endometriomas pueden dañar el ovario y por lo tanto pueden existir complicaciones en las mujeres que reciben tratamientos de RA, en algunos casos se puede recomendar la quistectomía de los endometriomas cuando los mismos tienen un O mayor a los 3 cm (<i>evidencia débil</i>)

Figura 5

Medical therapy for infertility in women with endometriosis
No hay evidencia de que el tratamiento médico beneficie la fertilidad - la supresión de la ovulación puede retrasar el logro del embarazo y por lo tanto no se recomienda (<i>alta evidencia</i>)

En lo referente a terapias emergentes para el tratamiento de la infertilidad asociada a la endometriosis, se cita un trabajo en el que, haciendo la histerosalpingografía con lipiodol (en lugar de contraste hidrosoluble) se mejoran las tasas de embarazo espontáneo en este grupo de pacientes (consenso y evidencia débiles). La pentoxifilina no es útil en absoluto (alta evidencia, consenso fuerte), ni la medicina tradicional china (consenso débil), ni la administración de complejos vitamínicos, ni el uso de la Mifepristona o la Roziglitazona (consensos débiles, evidencia débil) (Figura 6).

Figura 6

Emerging therapies for infertility in women with endometriosis
La HSG con LIPIODOL mejora las tasas de embarazo en mujeres con endometriosis como única causa de infertilidad, cuando intentan embarazar naturalmente (<i>evidencia débil</i>)
No hay evidencia de que la PENTOXIFILINA mejore la fertilidad de aquellas mujeres con endometriosis leve a moderada (<i>alta evidencia</i>)
La medicina tradicional china no beneficia la fertilidad por sobre la gestrinona o el danazol (<i>evidencia débil</i>)
Hay evidencia insuficiente acerca de la mejoría en las tasas de embarazo utilizando vitaminas (<i>evidencia débil</i>)
Hay evidencia confiable insuficiente acerca de la mejoría que la MIFEPRISTONA puede tener sobre la fertilidad (<i>evidencia débil</i>)
No hay evidencia del impacto de la ROSIGLITAZONA en la fertilidad (<i>evidencia débil</i>)

En resumen, se trata de un consenso de dilata y prolifa ejecución que utilizó evidencia científica de alto nivel de calidad para los eventos que fueron respaldados por consenso fuerte, que demandó más de dos años de ejecución y revisión, a fin que las conclusiones emitidas puedan ser consideradas a la hora de tomar decisiones en todo lo referente al tratamiento de la infertilidad asociada a la endometriosis.

Algunos aspectos analizados en la presente síntesis, entre ellos la cuestión de los endometriomas

(en lo referente a si es conveniente o no extirparlos antes de los procedimientos de fertilización asistida, a cuál es la técnica ideal, y la cuestión de las reoperaciones), se mantienen controversiales. A este respecto conviene decir que la cirugía estaría indicada siempre en los endometriomas mayores a 3 ó 4 cms de diámetro (diferencias entre los criterios europeos y norteamericanos), que se deben evitar las reoperaciones a los fines de preservar la reserva ovárica, y que la ventaja de la cirugía antes de un procedimiento de FIV reside en el hecho que la misma puede facilitar la punción/

aspiración folicular, y evitar la punción accidental del endometrioma durante el procedimiento, así como el riesgo de infección pelviana luego de la punción.

Datos de la publicación original:

Endometriosis, evidence based, management, WES Montpellier Consortium, World Endometriosis Society. Oxford University Press on behalf of the European Society of Human Reproduction and Embryology. All rights reserved.



FECUNDITAS
Afiliado a *Facultad de Medicina - UBA*
Directores: Dr. Nicolás Neuspiller / Dr. Roberto Coco / Dr. Fernando Gismondi

20 años de excelencia en medicina reproductiva.

Larrea 790 * Capital Federal * República Argentina
(011) 4961-3091 www.fecunditas.com.ar

BARON | BECERRA | B | A | U