

Cirugía Reproductiva. Tratamiento médico y quirúrgico de la endometriosis

Reproducción 2017;32:36-37

Integrantes de la mesa

Claudio Rulhmann (Coordinador)

Carolina Borghi (Secretaria)

Martín Vilela

Guillermo Ponce

Fernando Pinto

Fabio Sobral

Diego Gnocchi

Objetivos

- 1) Definición y manejo de la endometriosis mínima (I-II) asociada a la infertilidad.
- 2) Definición y manejo de la endometriosis moderada-severa (III-IV) asociada a la infertilidad.
- 3) Manejo del endometrioma.
- 4) Diagnóstico y manejo de la adenomiosis.

Endometriosis

Se define a la endometriosis como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina.

La endometriosis continúa siendo una enfermedad enigmática por lo cual es importante su clasificación para hablar un idioma en común, estandarizar su diagnóstico y tratamiento. Se utiliza la clasificación de ASRM¹ para definir el estadio, aunque la correlación entre su clasificación y la tasa de embarazo es aun controversial. Otras clasificaciones como *Endometriosis Fertility Index*² (EFI) podrían ser utilizadas para predecir la tasa de embarazo y ayudar a elegir el tratamiento más efectivo en pacientes con mal pronóstico.

Se define *endometriosis mínima-leve* como los estadios iniciales según la clasificación de ASRM estadios I y II evaluados por vía laparoscópica. Siempre debe confirmarse con biopsia de algún implante para su diagnóstico histológico definitivo.

Su manejo podrá ser tanto médico como quirúrgico. Para el tratamiento médico existen los anticonceptivos, progestágenos, análogos GnRH y el danazol. No hay evidencia de que el tratamiento médico demuestre aumento y mejora de la fertilidad; no deberán usarse para mejorar la tasa de embarazo.³ Podrán utilizarse para mejora del estado clínico de la paciente en caso de presentar dolor pelviano, dispareunia, dismenorrea. Debe realizarse tratamiento laparoscópico que incluye ablación o excisión de lesiones endometriósicas, y adhesiolisis, junto a evaluación sistemática de la permeabilidad tubaria mediante cromotubación. Existe evidencia suficiente que avala el tratamiento quirúrgico en endometriosis mínima-leve, aumentando la tasa de embarazo en pacientes infértiles.^{4,5} Luego de la cirugía, no está avalado el tratamiento médico inhibitorio. Puede considerarse una conducta expectante en pacientes de buen pronóstico, que sean menores de 35 años y durante un período no mayor a 6 meses. Los tratamientos de baja complejidad, aumentarían la tasa de embarazo.⁶⁻⁸

La *endometriosis moderada-severa* se define como los estadios avanzados según la clasificación de ASRM estadios III y IV evaluados por vía laparoscópica. Su manejo deberá ser quirúrgico. Se sugiere realizar tratamiento quirúrgico completo que abarca resección de endometriomas, excisión de lesiones, ablación y sistemática evaluación de permeabilidad tubaria mediante cromotubación, como también, la evaluación de la relación tubo-ovárica y tubo-Douglas. Su manejo postquirúrgico dependerá de la edad reproductiva de la mujer, de la relación tubo-ovárica y de presentarse o no factores asociados. En caso de no presentar alteración tubo-ovárica en pacientes menores de 35 años, puede utilizarse inducción de la ovulación y técnicas de baja complejidad. En cambio, si se encuentra alterada la relación tubo-ovárica, o pacientes mayores

de 35 años o que presenten factores asociados, debe pensarse en técnicas de alta complejidad.⁹

En las pacientes que presenten *endometriomas*, su tratamiento deberá ser quirúrgico, realizado por cirujanos expertos en reproducción y mediante la extirpación laparoscópica de la pseudocápsula. Está demostrado que las técnicas alternativas (drenaje y ablación) presentan peores resultados reproductivos y mayor tasa de recurrencia.⁹ Las ventajas del tratamiento quirúrgico previo a la realización de una fertilización *in vitro* son: el menor riesgo de infección, la disminución en la aceleración de la progresión de la enfermedad, menor contaminación del líquido folicular y mejor accesibilidad a la punción folicular, y por supuesto, no olvidar la posibilidad de descartar patología maligna. Asimismo, existen desventajas como el impacto negativo en la reserva ovárica y retraso en el tratamiento (tiempo de espera postquirúrgico). Por estos motivos se deberá tener en consideración la edad de la paciente y la cirugía deberá ser realizada por expertos. Se recomienda ser muy cauteloso con el tejido ovárico sano circundante.

En endometriomas menores de 3 cm no está demostrado el beneficio de ser resecados previo al TRA, ya que no aumenta la tasa de embarazo y puede disminuir la reserva ovárica. La indicación quirúrgica dependerá de las condiciones clínicas de la paciente. No se recomienda operar endometriomas recidivados antes de TRA. Se deberá evaluar cada caso en particular en función de los síntomas asociados.¹⁰

Previo a la cirugía, deberá evaluarse y tenerse en consideración la reserva ovárica de la paciente, evaluada mediante conteo de folículos antrales por vía ecográfica, medición de hormona antimülleriana y el perfil hormonal.

Adenomiosis

Se define a la adenomiosis como una patología benigna uterina, definida por la presencia de islotes de tejido endometrial ectópico dentro del miometrio con hiperplasia de músculo liso.

Su diagnóstico y manejo será mediante ecografía tv con *doppler* color y resonancia magnética nuclear. El diagnóstico definitivo es histológico.

Adenomiosis e infertilidad

No existe una relación causa-efecto demostrada entre la adenomiosis y la infertilidad. Sin em-

bargo, se presenta muy frecuentemente asociada a endometriosis, miomatosis, pólipos endometriales e hiperplasia endometrial.¹¹ El impacto de la adenomiosis en TRA es controvertida; algunos autores refieren que la supresión con análogos GnRH durante 3-6 meses previo al TRA podría mejorar la tasa de embarazo.¹² Solo recomendamos tratar la adenomiosis focal que deforme cavidad uterina mediante resección quirúrgica.

Referencias

1. Revised American Society for reproductive medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril* 1997; vol 67.
2. G David Adamson, David J Pasta. Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system. *Fertil Steril* 2010; 94: 1609-1615.
3. Hughes E, y col. Cochrane database 2007 (ASRM guidelines).
4. Tal Z Jacobson, James MN Duffy, David Barlow, Philippe R Koninckx and Ray Garry. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4.
5. Nowroozi K, Chase JS, Check JH, Wu CH. The importance of laparoscopic coagulation of mild endometriosis in infertile women. *Int J Fertil Nov-Dec* 1987; 32(6): 442-444.
6. Deaton JL, Gibson M, Blackmer KM, Nakajima ST, Badger GJ, Brumsted JR. A randomized, controlled trial of clomiphene citrate and intrauterine insemination in couples with unexplained infertility or surgically corrected endometriosis. *Fertil Steril* 1990; 54: 1083-1088.
7. Fedele L, Bianchi S, Marchini M, Villa L, Brioschi D, Parazzini F. Superovulation with human menopausal gonadotropins in the treatment of infertility associated with minimal or mild endometriosis: a controlled randomized study. *Fertil Steril* 1992; 58: 28-31.
8. Kemmann E, Ghazi D, Corsan G, Bohrer MK. Does ovulation stimulation improve fertility in women with minimal/mild endometriosis after laser laparoscopy? *Int J Fertil Menopausal Stud* 1993; 38: 16-21.
9. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B et al. Endometriosis and infertility: a Committee Opinion. ASRM, Vol 98, N3, September 2012.
10. Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology: Management of women with endometriosis. *Hum Reprod* 2014; 29: 400-412.
11. Grigoris F. Uterus-sparing operative treatment for adenomyosis. *Fertil Steril* 2014; 101: 472-487.
12. Benagiano G, Brosens I, Habiba M. Structural and molecular features of the endometrium in endometriosis and adenomyosis. *Human Reproduction update* 2014; 20: 386.