

54 **Tratamiento laparoscópico de la endometriosis pélvica**

Protocolo n.º 8 de endoscopia ginecológica

Desde la publicación de los trabajos de Russell sobre el ovario, en 1899, la endometriosis se define como la «presencia de tejido endometrial, glándulas y estroma, fuera de la cavidad uterina». En la década de los noventa, se define la endometriosis profunda como las lesiones que infiltran más de 5 mm el tejido retroperitoneal que afectan a los órganos subyacentes: intestino, uréteres, vejiga y nódulos en el espacio rectovaginal.

CLASIFICACIÓN QUIRÚRGICA

Es necesario establecer la estadificación de todas las pacientes intervenidas. La clasificación más aceptada es la de la American Fertility Society (AFS) de 1985. Ésta se basa en la gravedad del proceso adhesional y en el tamaño y la localización de los implantes, e intenta establecer el pronóstico reproductivo. Sin embargo, la dificultad quirúrgica no puede ser valorada. Desde 1992, se recomienda la estadificación según las lesiones del compartimento pélvico posterior. Se recomiendan las clasificaciones de Adamyan (1993) (fig. 1) (www.danmartinmd.com) y la de Koninckx (1991).

DIAGNÓSTICO

De sospecha

Algunos síntomas capitales (esterilidad, dolor pélvico crónico, dismenorrea resistente a tratamiento médico y dispareunia) pueden hacer sospechar una endometriosis. Otros síntomas asociados a la menstruación son: disquecisia, disuria y tenesmo vesical, tenesmo rectal, clínica de falso colon irritable o cistitis intersticial, cuadros pseudoobstructivos intestinales y crisis renoureterales. Esta sintomatología direc-

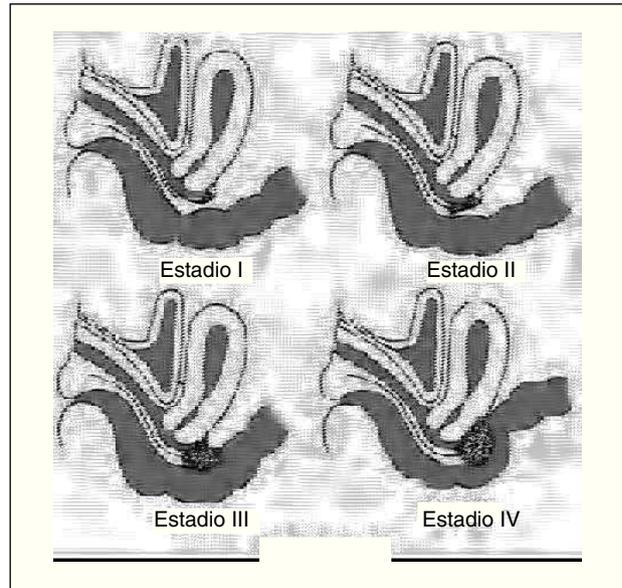


Figura 1. Estadios de Adamyan.

tamente relacionada con la profundidad de las lesiones, puede presentarse en ausencia de endometriomas ováricos.

Los estudios con ecografía vaginal y transrectal son muy útiles para la sospecha de una afección ovárica, pero su aportación es todavía limitada en la endometriosis profunda. Se describen como imágenes hipoeoicas irregulares en los espacios uterovesicales y rectocervicovaginales.

Una adecuada y obligatoria exploración rectal y vaginal pueden poner de manifiesto estas lesiones nodulares, además de crear un mapa de puntos de dolor selectivo. En caso de sospecha de infiltración orgánica, se practicarán exploraciones especiales, como rectosigmoidocolonoscopia, citoscopia y urografía.

El uso del CA 125 como marcador sérico de endometriosis tiene poco valor en el diagnóstico, pero adquiere importancia en el seguimiento posquirúrgico.

De certeza

Sólo se debe emitir un diagnóstico de certeza tras la observación directa del implante, asociado generalmente a una confirmación anatomopatológica. Las pequeñas biopsias de zonas sospechosas pueden ser negativas, sin excluir la presencia de la enfermedad.

TRATAMIENTO

Las terapéuticas deben encaminarse al tratamiento del dolor y la restauración de la función reproductora mediante la eliminación de los implantes y la reconstitución de la anatomía pélvica alterada. Ningún tratamiento ha conseguido, hasta la fecha, erradicar la enfermedad evitando su progresión o recurrencia.

Históricamente, la endometriosis se ha considerado como un proceso endocrinológico sobre la creencia errónea de que el hipoestrogenismo podría controlar el desarrollo de esta enfermedad. No hay evidencia científica de que la extirpación de los órganos pélvicos y los bajos valores de estrógenos eliminen definitivamente la enfermedad. La endometriosis histológica puede permanecer activa y sintomática en presencia de bajos valores de estrógenos posmenopausia en un 10% de los casos, y el 5% de estas pacientes necesitarán una reintervención por recurrencia de los síntomas.

La estrategia quirúrgica deberá estar relacionada con la situación clínica de la paciente (dolor, esterilidad), la edad, el deseo reproductivo y los tratamientos previos.

Tratamiento médico de la endometriosis

A partir de los fundamentos históricos se ha favorecido el uso de pautas de castración médica con estrógeno-progestágenos, danazol, gestrinona y los análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (Gn-RH), pero estas terapias sólo consiguen frenar transitoriamente la progresión de la enfermedad a costa de evitar la ovulación. Ninguno de estos fármacos ha conseguido establecer una superioridad respecto a los otros en cuanto a la reducción de los implantes, el índice de recidivas o la tasa de los embarazos obtenidos.

Otro punto de interés en los últimos años es la relación entre la vía de administración y los resultados. Se han publicado excelentes resultados con el uso de danazol mediante sistemas de liberación lenta, anillos vaginales o dispositivos intrauterinos (DIU)⁴, y con la inserción de un DIU-levonorgestrel⁵. Se necesitan más estudios que confirmen los resultados.

Tratamiento quirúrgico y tratamiento médico asociado

Diferentes trabajos realizados en la década de los noventa han mantenido la idea de que la extirpación completa de las lesiones es superior a la ablación o la destrucción de éstas. Y que la ablación seguida de tratamiento con análogos es tan eficaz como la escisión completa, aunque sólo a corto plazo. Actualmente, se postula que ninguna medicación asociada al tratamiento quirúrgico mejora los resultados de éste en los casos de endometriosis de grado III-IV y ante presencia de nódulos adenomióticos rectovaginales.

No hay evidencia suficiente (nivel 1) para llegar a la conclusión de que con la supresión hormonal en asociación con la cirugía por endometriosis se obtenga un beneficio significativo⁶.

Tratamiento quirúrgico

TeLinde y Scott (1952) definieron como objetivos «la resección o fulguración de todo foco evidente de endometriosis». A pesar de que no hay estudios aleatorizados, prospectivos y comparativos entre la escisión y la fulguración, hay un cierto consenso (nivel evidencia 4) sobre algunos aspectos:

— Las lesiones < 2 mm pueden ser coaguladas, vaporizadas con láser de CO₂ (sistemas de ultrapulso y aplicación desfocalizada) o resecadas.

— Las lesiones de 2-5 mm pueden ser vaporizadas o resecadas.

— Las lesiones mayores de 5 mm siempre deben ser resecadas. En general, se recomienda siempre una resección de los implantes para su confirmación histopatológica.

En las pacientes con expreso deseo de mantener su potencial fertilidad, se debe considerar siempre una cirugía conservadora y reconstructiva del aparato ginecológico. El uso de cirugía laparoscópica en el tratamiento de la endometriosis mínima y leve puede mejorar las tasas de éxito en la pacientes infértiles⁷.

El enfoque quirúrgico combinado de ablación laparoscópica con láser, adhesiolisis y ablación del nervio uterino resulta un tratamiento beneficioso para el dolor pélvico asociado con la endometriosis

56 mínima, leve y moderada, comparado con el tratamiento expectante (nivel 1 de evidencia)¹².

En las pacientes con varias intervenciones previas por endometriosis y cumplido deseo de fertilidad, el tratamiento recomendado suele ser una histerectomía total extrafascial con doble anexectomía, con especial dedicación a la resección de todos los nódulos profundos. Se debe evitar la idea errónea de que la simple castración quirúrgica resolverá siempre y definitivamente la enfermedad.

La cirugía de la endometriosis puede realizarse por vía laparotómica o laparoscópica. Sin embargo, hoy en día, la vía laparoscópica se considera como el patrón de referencia¹. La laparoscopia permite no sólo el tratamiento de la enfermedad ovárica y del compartimento pélvico anterior, sino además un acceso mucho más cómodo al compartimento posterior, lo que permite la extirpación de nódulos en los ligamentos uterosacros, la vagina posterior, el cérvix posterior, la cara anterior de recto y el tejido endometriósico periureteral, con una mínima necesidad de resecciones del rectosigma.

Equipamiento especial

Se consideran recomendables monitores de alta definición (CRT o TFT) y una cámara de 3 chips con digitalización de imagen o con transmisión RGB, que permita una adecuada diferenciación entre el tejido endometriósico reseccionable y el tejido sano.

Se recomienda el uso de neumoinfladores conectados a trocares de alto flujo y sistemas de endoirrigación de alta presión y rendimiento que permitan la hidrodissección.

El uso de diferentes sistemas de energía para el corte de tejidos, asociados a tijeras frías (electricidad, láser, ultrasonidos, etc.), no se considera de absoluta necesidad. Su uso quedará definido por la experiencia y el rendimiento obtenido por cada cirujano en particular.

Es recomendable el uso de un movilizador uterino con colpotomizador para una más clara diferenciación entre la vagina y el recto, así como el uso de un globo vaginal que impida la pérdida del neumoperitoneo durante la resección vaginal. Para la movilización de recto recomendamos el uso de un movilizador específico y, en su defecto, una bola de torundas.

Será igualmente necesario disponer de portaagujas y material de sutura para el cierre de los defectos vesicales, ureterales, vaginales o rectales. También será necesario contar con endograpadoras rectas y circulares para una opcional resección de rectosigma.

Técnica quirúrgica

1. El abordaje inicial y la creación de neumoperitoneo se llevará a cabo según el protocolo de consenso. Las puertas de entrada se localizarán según las preferencias del cirujano.

2. Estadificación de la enfermedad.

3. Adhesiolisis completa con restructuración de la anatomía.

4. Resección de los implantes endometriósicos.

Manejo de la endometriosis ovárica. El endometrioma ovárico > 1 cm no responde a tratamiento médico. La punción-aspiración por ecografía o laparoscopia conlleva una alta tasa de recidiva a corto plazo. Dicha punción-aspiración sólo conllevaría un limitado beneficio previo a un tratamiento de FIV-TE.

La resección de la cápsula se considera, en la actualidad, el tratamiento de elección, en función de sus mejores resultados: mejoría sintomática con bajas tasas de recurrencia, bajas tasas de reintervención (6%) y alta tasa de fertilidad. Deben restringirse las técnicas de fenestración y ablación, mientras no se demuestre en estudios aleatorizados las hipótesis de que esta terapia conlleva un menor proceso adhesional posterior y una menor pérdida de folículos, lo que mejora la tasa de fertilidad.

Debe intentarse la enucleación del endometrioma intacto, aunque su rotura durante la disección suele ser habitual. La irrigación con suero fisiológico caliente y aspiración repetitiva de la cavidad quística a través de un pequeño orificio de la cápsula puede facilitar el plano de clivado. Antes de iniciar la quistectomía, sobre el quiste roto, se deben eliminar todos los productos de desecho del endometrioma para evitar el riesgo de contaminación peritoneal y obtener la máxima calidad de visión.

En general, el tratamiento de los endometriomas debe realizarse de modo conservador, siguiendo el protocolo de manejo de las masas ováricas. Única-

mente en reintervenciones sobre el mismo ovario podrá recomendarse una anexectomía unilateral. En estos casos, se debe practicar una ureterólisis previa, de forma preventiva.

Abordaje de los nódulos en el fondo de saco anterior. En caso de necesidad, se practicará una apertura completa de la pared vesical que permita una más completa y segura resección del nódulo. Dichos nódulos suelen encontrarse cranealmente respecto al triángulo, por lo que no es necesaria la cateterización ureteral previa a la sutura del defecto vesical, aunque se recomienda la identificación de los meatos ureterales. Se procederá al cierre del defecto por vía laparoscópica con material reabsorbible y al sondaje vesical temporal.

En caso de endometriosis ureteral y necesidad de resección del segmento afectado, se procederá a practicar una unión ureteral término-terminal por vía laparoscópica o abdominal, según la técnica convencional, con una colocación del catéter doble-J temporal.

Las pacientes con sospecha de endometriosis profunda deben ser informadas sobre los riesgos de la cirugía vesical y ureteral.

Abordaje de los nódulos en el fondo de saco posterior. El abordaje puede ser vaginal, laparoscópico o combinado. El objetivo es la extirpación de estos nódulos con la totalidad del peritoneo fibrótico adyacente. Puede conllevar la extirpación de un disco de la pared-fórnix posterior vaginal, así como la serosa y parte de la muscular o disco completo de la pared del recto.

Las lesiones se localizan en la cara anterior y lateral de rectosigma. Estos nódulos con bandas fibrosas tienden a producir un efecto restrictivo sobre la luz intestinal.

En caso de afección del apéndice, éste debe ser extirpado según la técnica convencional laparoscópica. En caso de que haya otras lesiones intestinales, debe consultarse a un cirujano de digestivo sobre la técnica y el tipo de anastomosis más adecuados.

Si se sospecha la presencia de una endometriosis profunda, no debe recomendarse la práctica de una laparoscopia para el diagnóstico o tratamiento exclusivo de endometriomas, sino que debe remitirse a la paciente a un centro de referencia para un tratamiento radical de primera intención¹¹.

Las pacientes con sospecha de endometriosis profunda deben ser informadas sobre los riesgos de la cirugía intestinal. En la actualidad, en las pacientes con un intestino adecuadamente preparado, la reparación de un defecto de luz intestinal, se puede practicar por vía laparoscópica sin necesidad de colostomía. La experiencia en sutura laparoscópica y el conocimiento de las técnicas de reparación y resección de rectosigma permiten al cirujano ginecológico trabajar con más precisión.

Manejo conservador:

1. Se llevará a cabo una ureterólisis bilateral con resección del tejido endometriósico periureteral. A continuación se practicará una disección de los espacios pararectales, aislando los ligamentos uterosacros, que serán seccionados al nivel engrosado por el tejido fibrótico y endometriósico infiltrante.

2. El abordaje puede realizarse de dos maneras:

— Sobre la cara anterior de recto, disecando el tejido fibroso-endometriósico mediante incisión en la serosa rectal hasta llegar a tejido sano. A continuación, estas placas o nódulos se irán disecando dejándolas fijas a la cara posterior del cérvix y la vagina, hasta llegar al tejido sano dentro del tabique rectovaginal; con ello se consigue una movilización completa del recto.

— Sobre la cara posterior del istmo uterino y peritoneo lateral de Douglas, dejando el nódulo pegado al recto para la extirpación total durante la resección rectosigmoidea.

3. Resección en bloque, mediante electrodo eléctrico o láser, de todo el nódulo, que incluiría el tejido endometriósico periureteral, los ligamentos uterosacros, el nódulo rectovaginal y la vagina (toda la pared de ésta en caso de afección de la mucosa). En ocasiones, es posible encontrar un espacio de clivado que permite reseca el nódulo sin resección de la mucosa vaginal. Una vez extraídos todos los nódulos y los endometriomas resecaados, se procede a la sutura del defecto vaginal.

En casos de perforación rectal durante la resección de estos nódulos profundos con defectos de menos de 20 mm se puede cerrar con suturas o con endograpadora circular, previa invaginación de los extremos del defecto. El resultado será la de una resección discoide de la pared rectal. En caso de defectos de continuidad de más de 20 mm, defectos múltiples o lesiones de gran extensión en la pared rectal, se re-

58 comienda la resección total rectosigmoidea y la anastomosis mecánica término-terminal. Posteriormente, se comprobará el cierre estanco del defecto.

Manejo radical. En casos de histerectomía, en pacientes con sintomatología grave y sin deseos de descendencia, la extirpación de ambos ovarios no es obligatoria; se puede preservar el ovario menos afectado en mujeres de menos de 40 años. Sólo el 5% de estas pacientes necesitarán una nueva reintervención por recidiva de la sintomatología. La histerectomía debe ser extrafascial, con resección de todos los nódulos profundos. La no resección de estos nódulos puede originar una recidiva de la sintomatología.

SEGUIMIENTO POSTERIOR

El tratamiento quirúrgico siguiendo los principios expuestos consigue el alivio sintomático en un 70-100% de las mujeres afectadas. Por tanto, es imprescindible adoptar una actitud intervencionista sobre estas lesiones y buscarlas sistemáticamente en el estudio de la paciente con endometriosis.

En caso de un tratamiento conservador óptimo y persistencia del dolor, se debe valorar la inserción de un DIU-levonorgestrel previo a un nuevo abordaje quirúrgico conservador o radical.

En caso de histerectomía con doble anexectomía, puede prescribirse un tratamiento con estrogénoterapia al alta quirúrgica en mujeres jóvenes, siguiendo el protocolo de terapia hormonal sustitutiva, siempre y cuando la cirugía haya sido óptima.

CONCLUSIONES

Las mujeres afectadas de endometriosis tratadas por laparoscopia se benefician de:

1. Una vía de acceso más fácil a los nódulos profundos rectovaginales y una magnificada visión, que permitirá una mayor erradicación de las lesiones sin afectación de órganos adyacentes.
2. Las ventajas generales de la cirugía laparoscópica en cuanto a estancia hospitalaria, recuperación, efecto cosmético, coste-eficacia y satisfacción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gilabert-Estelles J, Gilabert-Aguilar J. Tratamiento quirúrgico laparoscópico de la endometriosis. *Rev Ginecol Obstet* 2002.
2. Vercellini P. Deep endometriosis: definition, pathogenesis and clinical management. *J AAGL*. 2004;11:153-61.
3. Tulandi T, Redwine D. *Endometriosis: advances and controversies*. New York: Marcel Dekker; 2004.
4. Igarashi M. Novel vaginal danazol ring therapy por pelvic endometriosis, in particular deeply infiltrating endometriosis. *Hum Reprod*. 1998;13:1952-6. *Fertil Steril*. 2004;82:239-40.
5. Lockhat F. The evaluation of the effectiveness of an intrauterine-administered progestogen in the symptomatic treatment of endometriosis and in the staging of the disease. *Hum Reprod*. 2004;17:179-179.

6. Yap C, Furness S, Farquhar C. Tratamiento médico preoperatorio y postoperatorio para la cirugía de la endometriosis. Biblioteca Cochrane Plus; 2004, número 4.
7. Jacobson TZ, Barlow DH, Koninckx PR, Olive D, Farquhar C. Cirugía laparoscópica para la subfertilidad asociada a la endometriosis. Biblioteca Cochrane Plus; 2004, número 4.
8. Nezhat CR. Operative gynecologic laparoscopy. New York: McGraw-Hill; 2000. p. 169-211.
9. Hulka J, Reich H. Textbook of laparoscopy. New York: W.B. Saunders Company; 1998. p. 399-409.
10. English JD. Centres of excellence for the management of advanced endometriosis: where are they and what do they do? *Gynecol Surg.* 2004;1:171-3.
11. Balasch J. Tratamiento de la endometriosis y medicina basada en la evidencia. *Prog Obstet Ginecol.* 2003;46:24-37.
12. Jacobson TZ, Barlow DH, Garry R, Koninckx P. Cirugía laparoscópica para el dolor pélvico asociado con la endometriosis. Biblioteca Cochrane Plus; 2005, número 2.