

ENDOMETRIOSIS

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Felipe Romero Oliva

GENERALIDADES

En pocas enfermedades de la cavidad pelviana se ve tan comprometida la capacidad, buen juicio y experiencia del ginecólogo, como frente al tratamiento quirúrgico de la endometriosis.

La seguridad de que se requiere de tejido ovárico funcionante, tanto para el mantenimiento de la actividad reproductiva femenina como para el de la sintomatología de la enfermedad, obliga en numerosas ocasiones a que el especialista tenga que adoptar la grave decisión entre conservar la función ovárica o destruirla, en beneficio de su paciente.

En términos generales la conducta del especialista debe mantenerse dentro de los lineamientos del más estricto criterio conservador, teniendo en cuenta los siguientes hechos:

1. Que la endometriosis evoluciona lentamente.
2. Que un número importante de pacientes embarazan y que durante el mismo desaparecen los síntomas y signos de la enfermedad, permaneciendo la paciente relativamente asintomática por períodos prolongados.
3. Que suele regresionar totalmente con la menopausia.
4. Que tiene poca tendencia hacia la malignización.

Como quiera que las dos indicaciones principales para la cirugía son el dolor y la esterilidad debe incluirse en forma rutinaria en el pre-operatorio un cuidadoso estudio de la pareja estéril, con énfasis en la valoración del factor masculino.

Toda intervención debe ir precedida de un legrado uterino de preferencia fraccionario y de estudio del material endometrial, así como exhaustivo despistaje de cáncer del cuello uterino.

La cavidad pelviana puede abordarse indistintamente por medio de una incisión longitudinal mediana infraumbilical o transversa a la manera de Pfannenstiel.

Debe extremarse el manejo delicado y cuidadoso de todas las estructuras realizando una perfecta hemostasia y prolija peritonización de toda superficie cruenta. Deberá usarse material de sutura muy fino, de preferencia catgut cromado 6-0 ó Dexon.

Teniendo en cuenta que la enfermedad puede presentar diversos grados de compromiso de los órganos contenidos en la cavidad pelviana, de acuerdo al estado y tiempo de evolución de la enfermedad, es frecuente que el operador tenga que verse en la necesidad de realizar los siguientes procedimientos operativos:

1. LIBERACION DE ADHERENCIAS

Las hemorragias sucesivas y la fibrosis consiguiente determinan secuelas adherenciales de diversa magnitud entre los órganos contenidos en la cavidad pelviana y entre éstos y el peritoneo parietal.

Las maniobras destinadas a la liberación de las mismas deben realizarse de preferencia mediante cuidadosa disección roma digital, evitando el uso de instrumentos cortantes tal como bisturí o tijeras por la posibilidad que existe de herir estructuras importantes como vasos sanguíneos o uréter pélvico.

2. EXTIRPACION DE IMPLANTES ENDOMETRIALES

La presencia de implantes endometriales de diversos tamaños en el peritoneo pelviano, en las hojas del ligamento ancho, en las superficies del intestino delgado o sigmoides obliga a su resección.

Hay que extremar los cuidados cuando se trabaja en la cara posterior de la excavación pelviana: existe el peligro de lesión de vasos o del uréter pelviano. La resección de implantes de la superficie intestinal requiere la peritonización cuidadosa. Cuando la magnitud del implante o el número de éstos obliga a resección de grandes porciones de la serosa intestinal, pudiera requerirse resección intestinal si la peritonización de la superficie cruenta sugiriera la posibilidad de compromiso de la luz intestinal, por acodadura u obstrucción de asa (Garibay 10).

3. Dependiendo del grado de extensión de la enfermedad y tiempo de evolución de la misma puede observarse desde pequeños implantes endometriales en la superficie de uno o de ambos ovarios, a los grandes quistes de chocolate cuya resección conlleva la necesidad de extirpar grandes masas de tejido ovárico, hecho que no debe desalentar al operador que debe respetar los pequeños fragmentos de tejido residual a fin de mantener una adecuada función ovárica.

Como hemos afirmado anteriormente, es frecuente encontrar adherencias de los ovarios a los órganos vecinos y en forma muy especial al peritoneo posterior.

La liberación cuidadosa mediante disección roma disminuirán los riesgos de lesión de estructuras tan importantes como los vasos ilíacos o el uréter pelviano.

La lesión accidental de cualquiera de estos elementos obliga a su reparación inmediata. Cuando es posible, la interconsulta y la ayuda eventual de un cirujano vascular o urólogo permitirá un adecuado tratamiento de estas lesiones.

Al terminar el tratamiento de las lesiones de ovario debe revisarse cuidadosamente la porción fimbriada de la trompa liberándola de las adherencias que pudiera presentar.

4. NEURECTOMIA PRE-SACRA

Debe procederse a la denervación lo más completa posible, aún en aquellos pacientes que no tengan sintomatología. La resección del tejido nervioso pre-sacro se logra mejor cuando se ha realizado una adecuada exposición mediante una amplia incisión del peritoneo posterior que llegue tan alto como hasta la bifurcación de la aorta. Se debe tener especial cuidado de no lesionar la arteria y vena sacra media. Su hemostasia suele ser laboriosa.

5. SUSPENSION UTERINA

Con el fin de asegurar la normalidad anatómica del fondo de saco posterior es conveniente proceder sistemáticamente a la corrección de la retroflexión uterina mediante la plicatura de los ligamentos redondos. En ocasiones pudiera ser aconsejable complementaria con la plicatura de los ligamentos útero-sacros. Se tendrá especial cuidado de mantener los puntos de sutura lo más alejados del borde externo a fin de evitar la acodadura o la oclusión del uréter correspondiente.

6. MIOMECTOMIA

Como quiera que la endometriosis se encuentra asociada en un 15o/o a leiomiomas uterinos y dentro del plan de cirugía conservadora que hemos adoptado como norma, se realizará la extirpación de estos nódulos. Se enfatiza en la hemostasia y peritonización cuidadosa de todas las superficies cruentas. Benavente (8), Chauca (9).

7. APENDICECTOMIA

En toda operación de endometriosis debe realizarse apendicectomía complementaria en razón de haberse observado endometriosis funcional en la serosa apendicular en numerosos casos. La presencia de endometriosis en la zona del íleo terminal exige su resección. Garibay (10).

Cuando las zonas de implantación son muy extensas y comprometen profundamente la estructura intestinal puede ser necesario la resección seguida de anastomosis término terminal. Kinster (2).

8. HISTERECTOMIA

Cuando la extensión de la enfermedad, la gravedad de las lesiones y la paridad aconsejan cirugía no conservadora debe plantearse a la pareja la posibilidad de histerectomía total, a menudo con salpingooforectomía bilateral, para la curación definitiva de la enfermedad.

Como durante la liberación de endometriomas o cuando se ha producido el estallido de un quiste endometrial, es inevitable la diseminación de células endometriales, es conveniente proteger los órganos contenidos en la cavidad pelviana mediante el uso de compresas húmedas, seguido de un lavado minucioso de la cavidad con solución salina isotónica antes de proceder al cierre de la pared abdominal.

En un intento por disminuir las adherencias postoperatorias es recomendable dejar en la cavidad peritoneal una solución de dexametasona 20 mg. y de prometazina 25 mg. Algunos operadores dejan un catéter delgado de polietileno en el fondo de saco de Douglas a través del cual instilan durante las primeras 48 horas una solución igual con excelentes resultados (Kinster (2)).

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ENDOMETRIOSIS

Los resultados de la cirugía conservadora en la endometriosis se miden por el índice de embarazos que siguen a la intervención.

Las estadísticas muestran resultados diversos en razón de que éstos varían en relación con la extensión de la enfermedad, edad de la paciente, edad del cónyuge, extensión del cuadro adherencial en el momento de la intervención, etc.

De todas formas, cuando la extirpación de endometriomas se complementa con suspensión uterina y neurectomía pre-sacra los índices mejoran sensiblemente en todas las estadísticas: Williams (6). Green (1) reporta un índice de fecundidad de 45o/o. Sheets, Symmonds y Banner de la Clínica Mayo reportan un índice de fecundidad del 36o/o (5). Los informes de índices más altos, en la literatura internacional, corresponden a Norwood (94.4o/o) y Ranney con 87.5o/o (3).

En consecuencia, es razonable esperar que el 50o/o de pacientes con enfermedad endometriósica leve y con un periodo sintomatológico corto, no mayor de 2 años, tiene las mejores perspectivas de conseguir un embarazo. La razón de la esterilidad persistente en pacientes sometidas a cirugía conservadora sin éxito parece estar en una insuficiencia persistente del cuerpo lúteo (Kinster 2). El pseudo embarazo mediante el uso de progestina parece tener alguna influencia en la mejoría de los resultados. Definitivamente el uso sistemático de corticoide intra peritoneal y de prometazina y de anti-inflamatorios sistémicos ha contribuido a mejorar estos resultados. Kinster (2).

BIBLIOGRAFIA

- GREEN TH. JR.: Conservative surgical treatment of endometriosis -- Clin Obstetric Gynecol. 9:293, 1966
- KINSTER ROBERT W.: Endometriosis e Infecundidad -- Clinicas Obstétricas y Ginecológicas. 1:18, 1979.
- NORWOOD GE: Sterility and fertility in women with pelvic endometriosis. Clin Obstetric Gynecol. 3:456, 1960.
- RANNEY B.: The management of the endometriosis -- Controversis in Obst. and Gynecology -- WB Saunders 2da. Ed. -- 1974.
- SHEET J.L., SYMMONDS R.E., WAGNER E.A.: Conservative surgical management of endometriosis Obst. and Gynec. -- 23:625, 1964
- WILLIAMS T.: The Role of surgery in the management of on the endometriosis. Mayo Clinic Proceeding, 50:198, 1975.
- BENAVENTE L. BENJAMIN: Endometriosis vesical. Rev. Hosp. Militar Central -- 3:1966, Lima, Perú
- BENAVENTE L. BENJAMIN: Contribución al estudio de la endometriosis intramural. Tesis Bachiller, 1964, Lima, Perú.
- CHAUCA D'ANGOSTINO J.: Endometriosis ovárica y esterilidad en el Hospital Obrero de Lima, Tesis Bachiller, '966, Lima, Perú.
- GARIBAY LLANOS ARMANDO: Obstrucción Intestinal aguda causada por endometriosis del íleo terminal. Tesis de Bachiller 1975. Lima, Perú.