



Manejo laparoscópico endometriosis profunda Clínica Santa María 2012-2015

Curso Tópicos de Actualidad Clínicas Dávila – Santa María
28 y 29 agosto 2015

Dr. Demetrio Larraín de la Cerda
Unidad de Endometriosis
Servicio de Obstetricia y Ginecología
Clínica Santa María



Objetivos



- Describir la experiencia en el manejo laparoscópico de la endometriosis profunda en Clínica Santa María, en los últimos 3 años
- Reforzar los conceptos actuales en el manejo quirúrgico de la endometriosis profunda



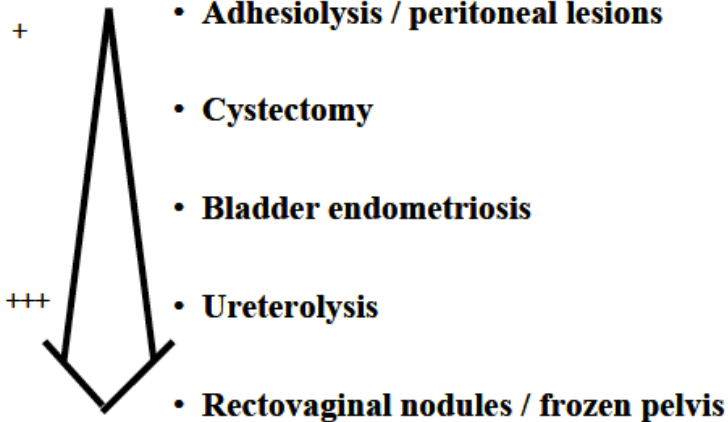
Cirugía endometriosis: Principios

Deep endometriosis: definition, diagnosis, and treatment

Philippe R. Koninckx, Ph.D.,^{a,b,c,d} Anastasia Ussia, M.D.,^d Leila Adamyan, Ph.D.,^e Arnaud Wattiez, Ph.D.,^f and Jacques Donnez, Ph.D.^g

^a KU Leuven, Leuven, Belgium; ^b Oxford University, Oxford, United Kingdom; ^c Università del Sacro Cuore, Rome, Italy; ^d Gruppo Italo Belga, Leuven-Rome, Villa del Rosario, Rome, Italy; ^e Moscow State University, Moscow, Russia; ^f University of Strasbourg, Strasbourg, France; and ^g Université Catholique de Louvain, Brussels, Belgium

Surgeon's experience



- No progresiva
- No recurrente
- RECURRENCIA = TRATAMIENTO PARCIAL

First surgery is the most important

**If surgery is incomplete
subsequent surgery will be
more difficult**



Manejo Clínico

- Algia pelviana crónica
- Dismenorrea resistente
- Dispareunia
- Disquexia catamenial
- Síntomas catameniales
- **Endometrioma**



GINECÓLOGO CENTRO ENDOMETRIOSIS

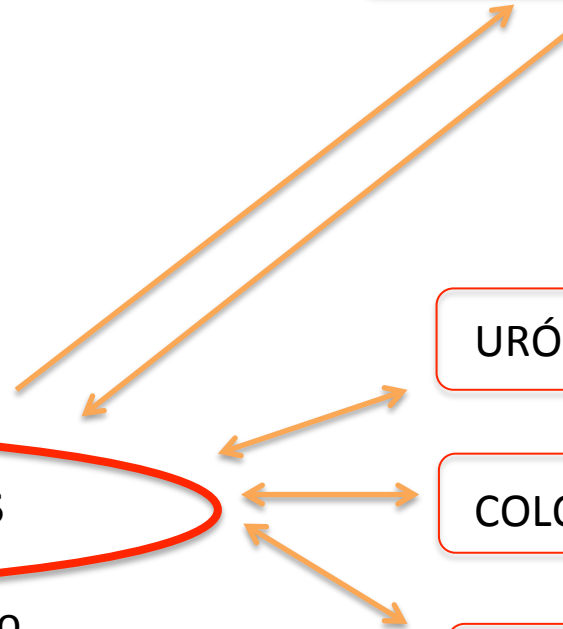
- Necesidad de cirugía o manejo médico
- **Objetivos de la paciente (dolor, fertilidad)**
- Exámen clínico dirigido
- Estudio de extensión adecuado (planificación cirugía)
- **Evaluación reserva ovárica (AMH) y RFA**
- **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

RADIÓLOGO/
ECOGRAFISTA

URÓLOGO

COLOPROCTÓLOGO

INFERTILÓLOGO



Endometriosis profunda CSM

- Entre enero 2012 y agosto 2015
- 60 pacientes operadas por endometriosis profunda
 - 12 pacientes 2012
 - 15 pacientes 2013
 - 15 pacientes 2014
 - 18 pacientes hasta agosto 2015
- Edad media 32 ± 6 años
- Ninguna conversión a laparotomía
- Todos los casos confirmados por biopsia



Endometriosis profunda CSM

- Tiempo operatorio medio 109 ± 44 min
- 20 % con cirugías previas por endometriosis
- 12% embarazadas post cirugía
- **12% operadas con técnica reversa**



Manejo preoperatorio

- Estudio de imágenes adecuado
- Preparación intestinal de rutina
- Equipo multidisciplinario disponible (urólogo, coloproctólogo)
- Abordaje laparoscópico



Indicación quirúrgica



Sólo pacientes sintomáticas



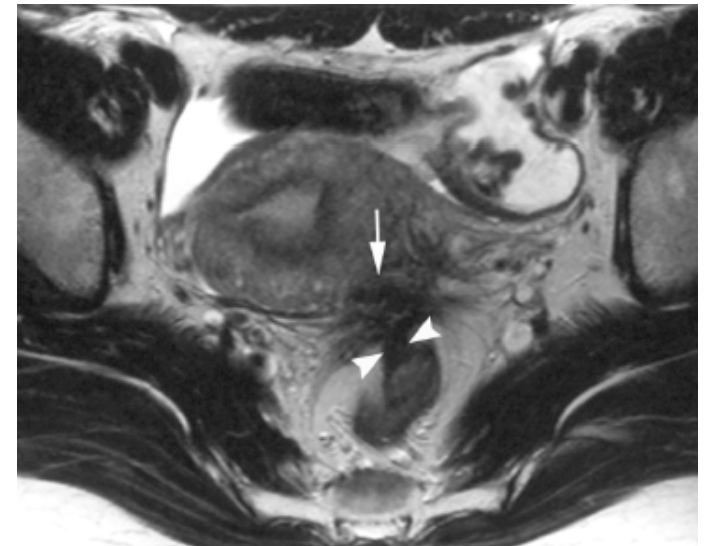
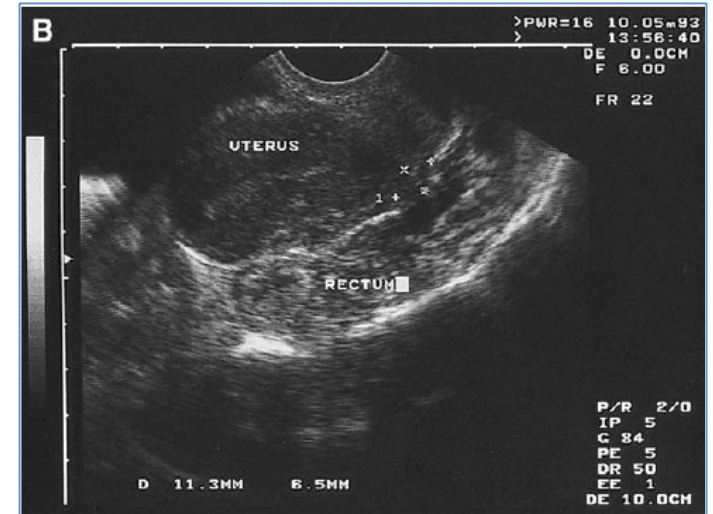
Indicación quirúrgica



	%
• Dismenorrea	70
• Dispareunia	35
• Infertilidad	30
• Algia pelviana	18
• Disquexia	12
• Síntomas digestivos	8

Estudio preoperatorio

ECOTV	63 %
RM pelvis	37 %
ECOTV extendida	13%
Colonoscopia	5 %
TAC	2 %
Endosonografía	2 %
Enema Baritado	2 %



Localización endometriosis profunda (60 casos)



	%
Uterosacros y Torus uterino	53
Peritoneal (asociada)	52
Ovario (Endometrioma)	43
Rectovaginal (Vagina/Intestino)	35
Vesicouterina	5
Vesical	3
Diafragmática	3
Apendicular	2

Endometriosis profunda y Endometriomas

ENDOMETRIOSIS

FERTILITY AND STERILITY®
VOL. 72, NO. 2, AUGUST 1999
Copyright ©1999 American Society for Reproductive Medicine
Published by Elsevier Science Inc.
Printed on acid-free paper in U.S.A.

Ovarian endometriosis: a marker for more extensive pelvic and intestinal disease

Arch Gynecol Obstet (2012) 285:1483–1486
DOI 10.1007/s00404-011-2189-y

REPRODUCTIVE MEDICINE

Right endometrioma is related with more extensive obliteration of the Douglas pouch

Murat Ulukus · Ahmet Özgür Yeniel ·
Ahmet Mete Ergenoglu · Timucin Mermer

ENDOMETRIOSIS

Associated ovarian endometrioma is a marker for greater severity of deeply infiltrating endometriosis

Charles Chapron, M.D.,^{a,b,c} Claire Pietin-Vialle, M.D.,^a Bruno Borghese, M.D.,^{a,b,c}
Céline Davy, M.D.,^a Hervé Foulot, M.D.,^a and Nicolas Chopin, M.D.^a

Endometriomas as a Marker of Disease Severity

Saikat K. Banerjee, MBBS, MRCOG, Karen D. Ballard, PhD,
and Jeremy T. Wright, MBBS, FRCOG*

From the Centre for Endometriosis and Pelvic Pain, St. Peter's Hospital, Chertsey, Surrey (Banerjee and Wright), and Women's Health Research Unit, Postgraduate Medical School, University of Surrey (all authors), Surrey, United Kingdom.

- 20-30% endometriosis
- Endometrioma “puro” entidad infrecuente (1-2%)
- Presentes en 30- 50% nódulos profundos
- Lesiones profundas pueden pasar inadvertidas en laparoscopia

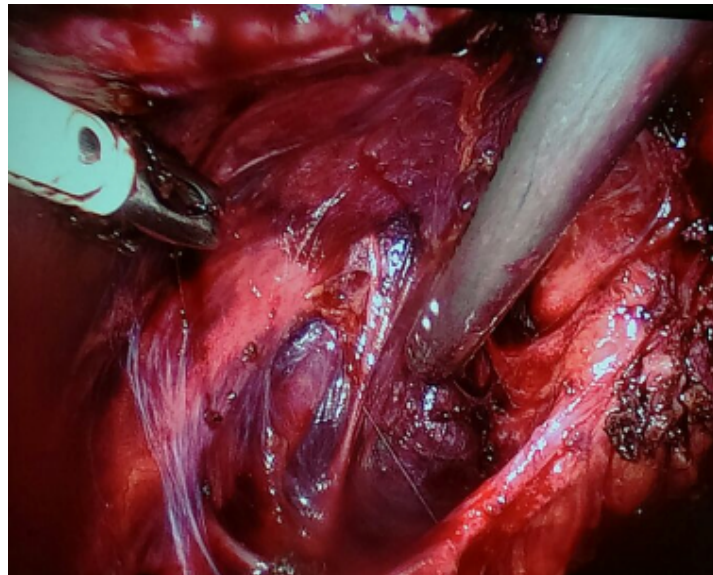
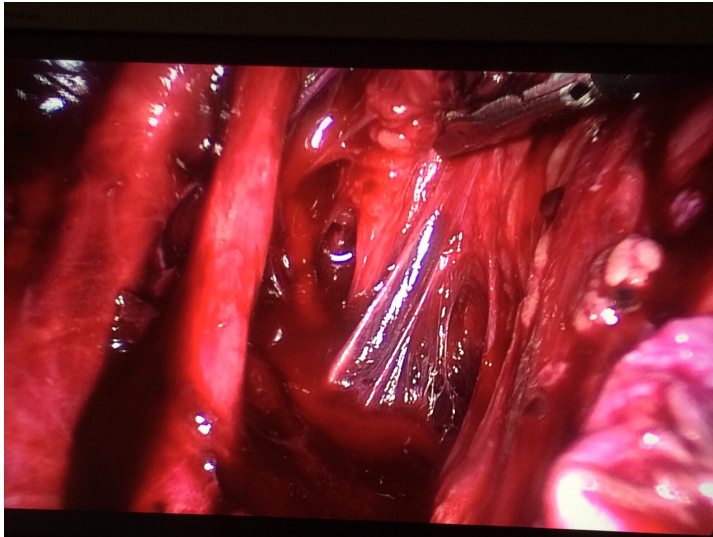


Procedimientos realizados (60 casos)

	%
• Ureterolisis	70
• Quistectomía (Endometrioma)	28
• Adhesiolisis	20
• Resección vagina	18
• Shaving rectal	12
• Salpingectomía	10
• Histerectomía	8
• Anexectomía	7
• Resección discoide colon	3
• Cistectomía parcial	3
• Resección segmentaria colon	2
• Apendicectomía	2



¿Preservación nerviosa y cirugía endometriosis?



SCIENTIFIC PAPER

Laparoscopic Excision of Endometriosis May Require Unilateral Parametrectomy

S. Landi, MD, L. Mereu, MD, U. Indraccolo, MD, R. Favero, MD, A. Fiaccavento, MD, R. Zoccoletti, MD, R. Clarizia, MD, F. Barbieri, MD

Pathophysiologic explanation for bladder retention in patients after laparoscopic surgery for deeply infiltrating rectovaginal and/or parametric endometriosis

Marc Possover, M.D., Ph.D.

Possover International Medical Center, Hirslanden Clinic, Zürich, Switzerland; and Department of Gynecology and Obstetrics, University of Aarhus, Aarhus, Denmark

Int Urogynecol J (2012) 23:111–116
DOI 10.1007/s00192-011-1492-2

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and outcome of urinary retention after laparoscopic surgery for severe endometriosis—does histology provide answers?

Boris Gabriel · Joseph Nassif · Pantelis Trompoukis ·
Ana Maria Lima · Sonia Barata ·
Gerlinde Lang-Avérous · Arnaud Wattiez

Ureterolisis: HT radical tipo B1 (Querleu & Morrow)



Endometriosis rectovaginal: Técnica Reversa

Endometriosis intestinal

COMPLICACIONES

Shaving
(6%)

Resección discoide
(23%)

Resección segmentaria
(38%)



Decisión intraoperatoria

Endometriosis intestinal: Shaving rectal

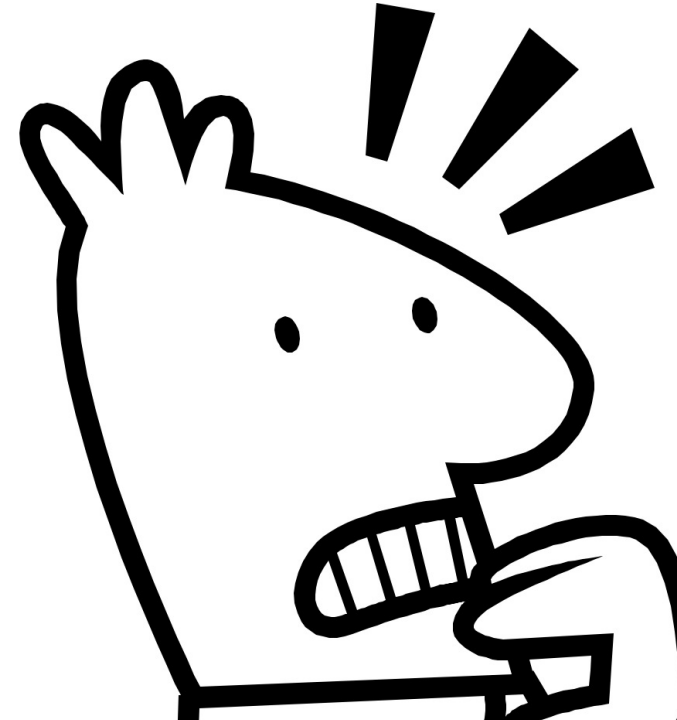


Endometriosis intestinal: Resección discoide

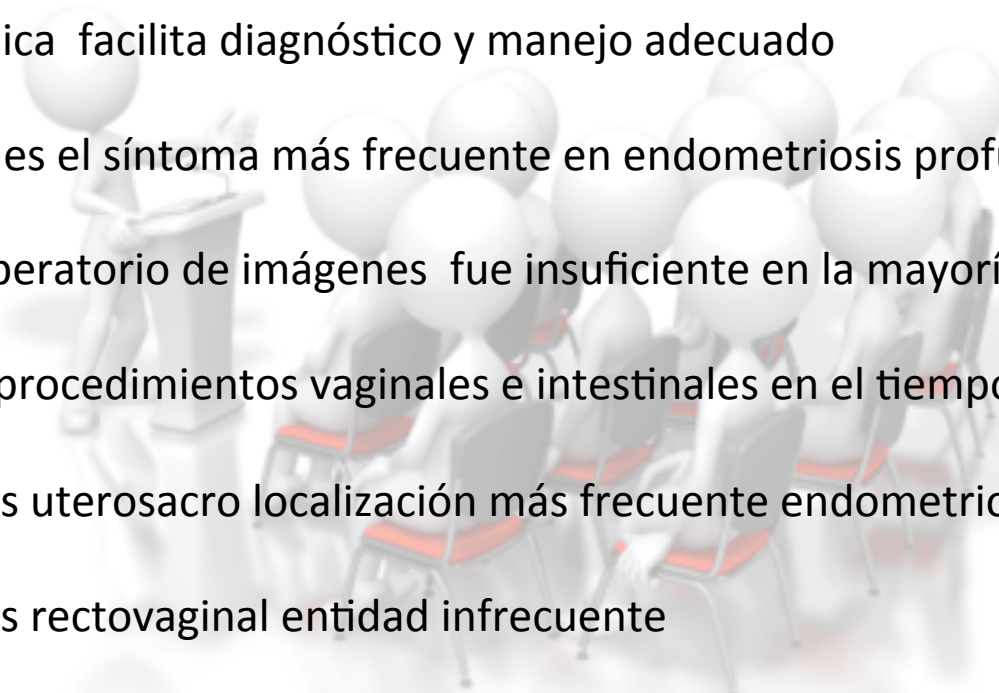
Endometriosis intestinal: Resección segmentaria

Complicaciones (n=5)

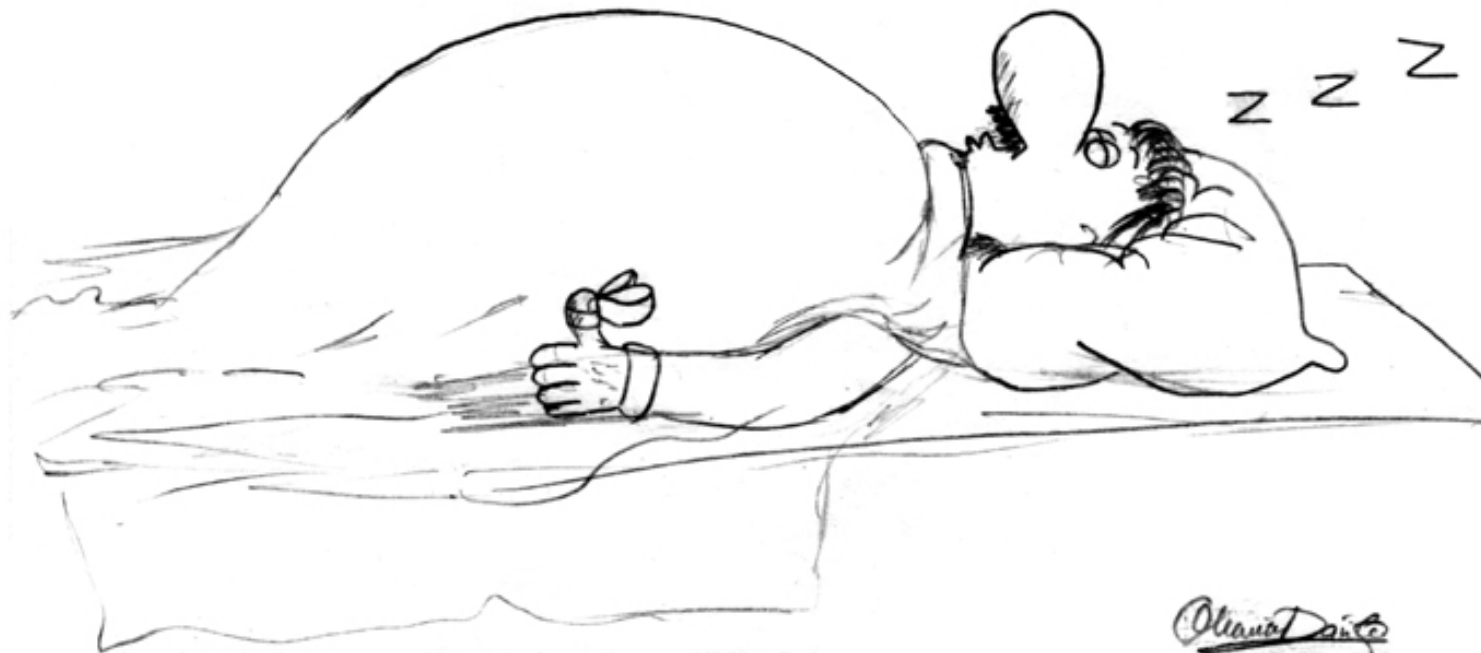
	%
• Lesión rectal	2
• Punción vasos epigástricos	2
• Lesión ureteral	2
• Fístula ureterovaginal	2
• Hernia umbilical	2



Conclusiones

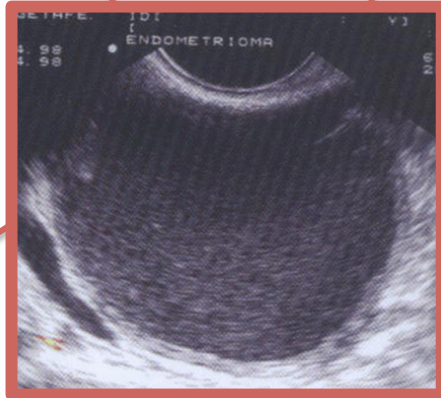
- Limitaciones dado serie retrospectiva
 - Sospecha clínica facilita diagnóstico y manejo adecuado
 - Dismenorrea es el síntoma más frecuente en endometriosis profunda en esta serie
 - Estudio preoperatorio de imágenes fue insuficiente en la mayoría de los casos
 - Aumento de procedimientos vaginales e intestinales en el tiempo
 - Endometriosis uterosacro localización más frecuente endometriosis profunda
 - Endometriosis rectovaginal entidad infrecuente
 - Aproximadamente 50% tiene coexistencia endometrioma
 - Cirugía limitada a cirujanos capacitados
- 

¡¡¡ Muchas gracias !!!



Endometrioma: ¿Quistectomía, drenaje, expectancia?

Dolor



Recurrencia

- AMH
- Edad
- Paridad
- Tamaño > 4 cm
- Cirugía ovárica previa

¿?

Reserva ovárica



Endometrioma y reserva ovárica: Expectancia

Enhanced follicular recruitment and atresia in cortex derived from ovaries with endometriomas

Michio Kitajima, M.D., Ph.D.,^{a,b} Marie-Madeleine Dolmans, M.D., Ph.D.,^a Olivier Donnez, M.D., Ph.D.,^a Hideaki Masuzaki, M.D., Ph.D.,^b Michelle Soares, M.D.,^a and Jacques Donnez, M.D., Ph.D.^c

^a Université Catholique de Louvain, Pôle de Recherche en Gynécologie, Institut de Recherche Expérimentale et Clinique, Brussels, Belgium; ^b Department of Obstetrics and Gynecology, Nagasaki University School of Medicine, Nagasaki, Japan; and ^c Société de Recherche pour l'Infertilité (SRI), Brussels, Belgium

Formation of endometriomas
Focal inflammation

↓

Structural destruction of surrounding normal cortex
Fibrosis and loss of cortex-specific stroma

↓

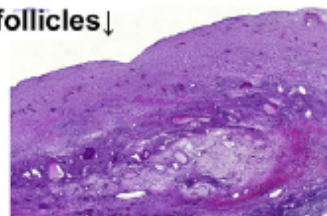
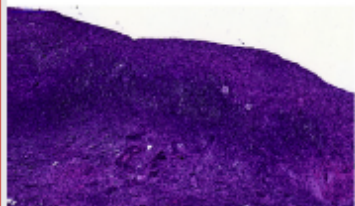
**Enhanced recruitment
and atresia**

**Dysregulation of
folliculogenesis**

AMH↓

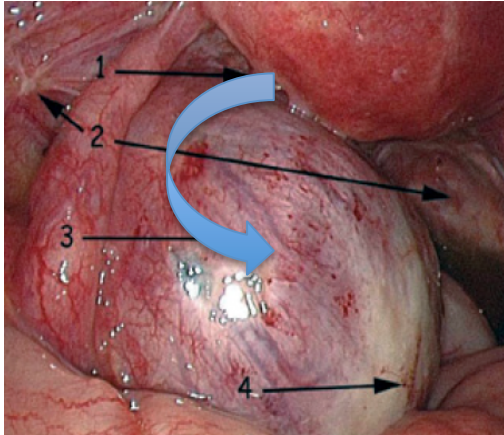
Growing follicles↓

'BURNOUT'



***"The
BURNOUT
Theory"***

Endometrioma: Manejo quirúrgico



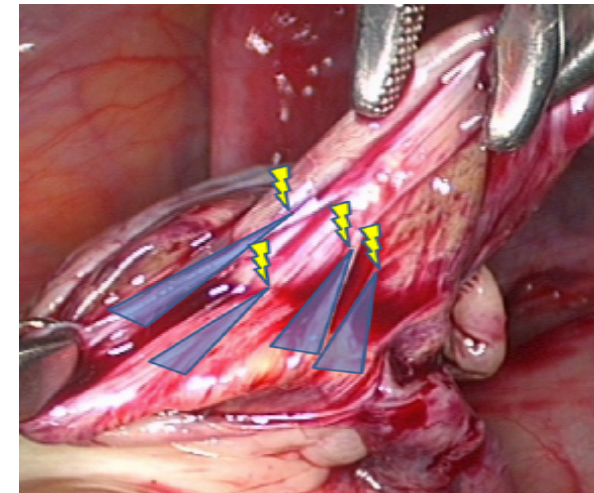
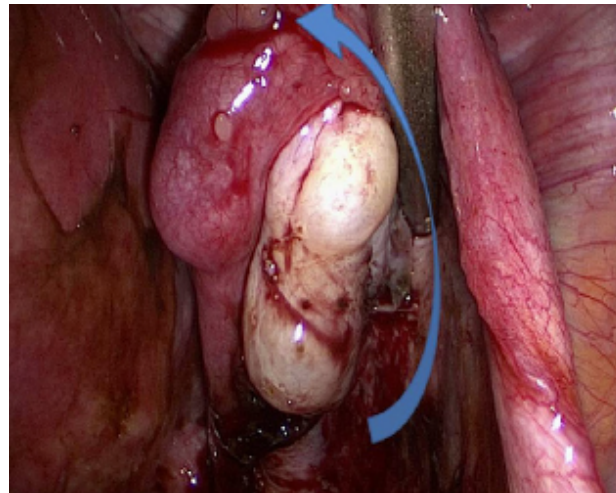
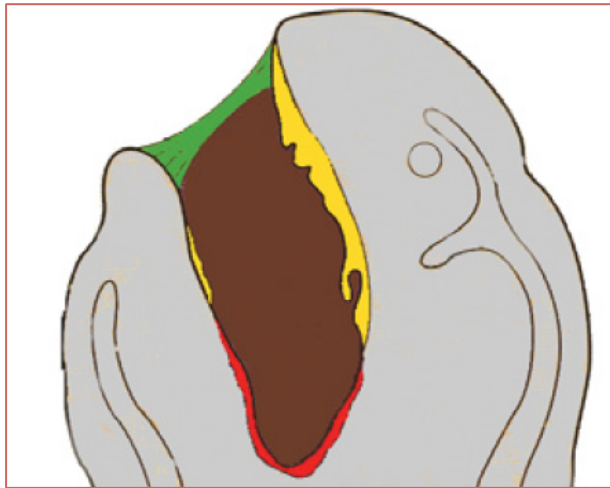
Laparoscopic cystectomy for ovarian endometrioma - A simple stripping technique should not be used

*William Kondo^{1,2}, Nicolas Bourdel¹, Monica T. Zomer², Karem Slim³, Benoit Rabischong¹, Jean L. Pouly¹,
Gérard Mage¹, Michel Canis¹*

¹Department of Gynecologic Surgery, CHU Estaing, Clermont-Ferrand - France

²Department of Gynecology, Sugisawa Medical Center, Curitiba-Paraná - Brazil

³Department of Digestive Surgery, CHU Estaing, Clermont-Ferrand - France



- **NO PUNCIÓN**
- **RUPTURA POST ADHESIOLISIS 90%**

*Gynecol Obstet Fertil 2011; 39: 709
J Endometriosis 2011; 3: 125*

Endometrioma y reserva ovárica: Cirugía

TABLE 2

The mean levels of ovarian reserve markers before and after laparoscopic ovarian cystectomy in 193 patients with endometriomas.

	Preoperative	Postoperative 1 week	Postoperative 3 months	Postoperative 9 months	P value
AMH (ng/mL)	3.86 ± 3.58	1.66 ± 1.92 ^a	2.06 ± 2.5 ^a	1.77 ± 1.76 ^a	<.001
FSH (mIU/mL)	6.28 ± 3.79	—	6.99 ± 3.92	—	.039
E ₂ (pg/mL)	54.7 ± 49.5	—	50.7 ± 45.1	—	.318
AFC	7.81 ± 3.22	—	10.75 ± 3.68	—	<.001

Note: AFC = antral follicle count; AMH = antimüllerian hormone.

^a Significant difference for serum level of AMH when compared with baseline.

Alborzi. Ovarian reserve after endometrioma excision. *Fertil Steril* 2014.

