

13:10 h. **Sexta mesa**

Algias pélvicas y endometriosis

Moderador
Dr. Ramon Miralles

Ponencia

Algias pélvicas y endometriosis. Indicaciones de histerectomía

Dra. Maria Degollada

Servicio Obstetricia y Ginecología.
Fundació Sanitària d'Igualada

Las lesiones de la endometriosis son variables según su aspecto y su topografía, así podemos considerar tres entidades diferentes tanto por su patogenesis, histología, histoquímica y la clínica que provocan:

- Endometriosis peritoneal.
- Endometriosis ovárica.
- Endometriosis profunda.

A pesar de que hay mujeres con endometriosis que cursan de forma asintomática, muchos son los síntomas que se han atribuido a la endometriosis. Los más frecuentes son el dolor pélvico y la esterilidad, pero también hemorragias uterinas disfuncionales, lesiones cutáneas, etc.

El dolor es, quizás, el síntoma más importante de la endometriosis. Las manifestaciones dolorosas en la endometriosis pueden ser varias:

- Dismenorrea.
- Dispareunia.
- Dolor pélvico crónico.
- Y otros: dolor con la defecación, dolor intestinal mecánico, y cistalgia.

Todas estas manifestaciones de dolor son responsables de efectos negativos sobre la personalidad de la mujer, repercutiendo sobre su vida laboral, social y familiar.

De un 20 a un 50% de las mujeres que presentan dolor pélvico crónico presentan endometriosis. Los pacientes con endometriosis mínima-moderada pre-

sentan en un 70% dismenorrea y en un 25% dolor pélvico crónico/dispareunia.

La patogenia del dolor es diferente según los diferentes tipos de endometriosis, así la reacción inflamatoria local (por producción de PGE2 y PGI2 y por la activación de enzimas lisolomales) tendría mayor importancia en la endometriosis superficial, mientras que la afectación perineural y la presencia de fibras nerviosas en las adherencias y su efecto mecánico jugarían un papel más relevante en la endometriosis profunda.

Existe poca relación entre la severidad de la endometriosis y la severidad del dolor, ya que no solamente depende de la evolución sino de las áreas de implantación. Por otro lado, existe una pobre relación entre el tipo de endometriosis profunda y la clasificación de la AFS (*American Fertility Society*). Así, un 39% de las pacientes con endometriosis profunda (tipo III) presenta un estadio I de la AFS. Además la endometriosis se clasifica relacionando su severidad con la esterilidad y no con el dolor.

Koninckx mostró que la profundidad de la infiltración del implante sí que está relacionada con la gravedad del dolor.

No es fácil definir una pauta terapéutica completamente lógica debido a que la fisiopatología de esta dolencia no es aún del todo conocida. Además, los diferentes tratamientos que se pueden proponer no son verdaderamente etiológicos. Y por otro lado, es una enfermedad cuyo carácter es benigno pero recidivante. Por lo tanto, quedan muchas preguntas sin una respuesta satisfactoria:

- ¿Se deben tratar las lesiones endometrióticas en sí mismas o por el contrario interesarse únicamente por los resultados funcionales, es decir, obtención de un embarazo, o la desaparición de los dolores?
- ¿Cuál debe ser el comportamiento en caso de endometriosis asintomática?

El tratamiento médico del dolor secundario a la endometriosis es efectivo, pero es incapaz de eliminar la enfermedad, por tanto la tasa de recidivas es alta. En los diferentes estudios de la literatura queda claro el papel de la laparoscopia en el diagnóstico y el tratamiento de la endometriosis.

Redwine y Pérez publicaron una serie de 500 mujeres a las que se les realizó una exéresis extensa de su endometriosis por laparoscopia, con un seguimiento posterior de 4 años.

Reich presentó los primeros 100 casos de una serie de 400 mujeres con endometriosis profunda en el fondo del saco de Douglas resecado por laparoscopia; presentaban una mejoría de la sintomatología en el 89% de los casos.

Por tanto, no es necesaria la laparotomía para una buena cirugía de la endometriosis.

Básicamente se han propuesto diferentes tratamientos para la endometriosis:

- Exéresis radical conservadora.
- Exéresis radical con histerectomía y anexectomía bilateral.
- L.U.N.A. (Laparoscopic Uterosacral Nerve Ablation).
- P.S.N. (Presacral Neurectomy).

Exéresis radical conservadora

La ablación de la endometriosis superficial y moderada es efectiva para el control del dolor a largo plazo, mejorando la sintomatología del dolor en un 73% de los casos a los 6 meses. No existen diferencias según el tipo de técnica empleada (láser o tijeras). El tratamiento quirúrgico parece efectivo, con una tasa de recurrencia a los 5 años del 19%. Los síntomas que más mejoran son el dolor pélvico crónico y la dispareunia. Sin embargo es una cirugía de elevada dificultad, con tasas de complicaciones graves no despreciables.

L.U.N.A.

Los estudios demuestran una tasa de éxito del 70 al 90%. En estudios randomizados es un proceso eficaz en dismenorrea primaria y dolor pélvico central en un 80% a los 3 meses y en un 50% en 12 meses. No mejora los resultados de la exéresis radical.

P.S.N.

Consiste en interrumpir los nervios presacros que se originan del plexo hipogástrico intermedio y superior.

Precisa un nivel de entrenamiento superior al L.U.N.A. y presenta una mayor eficacia después de un año. Es eficaz en dismenorrea central pero ineficaz en el dolor lateral, dolor lumbar y la dispareunia. Por otro lado, tampoco mejora los resultados de la cirugía radical.

Exéresis radical con histerectomía más anexectomía bilateral

Después del fracaso del tratamiento médico y de la exéresis radical conservadora de la endometriosis, el ginecólogo debe considerar la posibilidad de una histerectomía, normalmente combinada con una anexectomía bilateral. Indudablemente existe un lugar para la histerectomía en el tratamiento avanzado de la endometriosis, pero que se debería plantear cuando existe fallo de los otros tratamientos o cuando existen otras indicaciones para una histerectomía. Se debe tener en cuenta que la endometriosis es una enfermedad extrauterina y que la finalidad del tratamiento debe ser la exéresis de todos los tejidos afectados respetando los tejidos sanos. Por lo tanto, si se puede realizar una exéresis completa de todo el tejido endometriósico se obtendrán resultados a largo plazo satisfactorios sin la necesidad de la histerectomía y/o la ooforectomía bilateral.

Así, Clayton *et al.* presentó casos de recidiva de endometriosis con sintomatología florida, varios años después de haber realizado una histerectomía más anexectomía bilateral. Concluye que dicha recidiva se debe a que el tejido endometriósico no se ha erradicado en la cirugía inicial. Demuestra también que las lesiones endometriósicas restantes son biológicamente muy activas, y responden a cambios de las hormonas circulantes. Es por tanto importante, una buena eliminación de todos los focos de endometriosis, sobre todo si está indicado el tratamiento hormonal sustitutivo.

Finan *et al.* presentan una serie de 77 mujeres sometidas a histerectomía sin ooforectomía que precisan de reintervención por presencia de sintomatología. Muestra una alta tasa de morbilidad y concluye que se debe ser cauto a la hora de indicar una histerectomía sin anexectomía.

Bronwich presenta una serie de 99 mujeres a las cuales se les ha practicado una histerectomía por dolor pélvico crónico. A los 6 meses el 77,8% están satisfechas del tratamiento recibido, mientras que en el 22% persiste el dolor. Concluye que las mujeres que requieren histerectomía si no se puede realizar por vía vaginal, la histerectomía asistida por laparoscopia es preferible a la histerectomía abdominal.

Parece quedar claro en la literatura que el riesgo de recidiva disminuye si se añade una anexectomía bilateral, pero sin embargo se debe tener en cuenta los efectos secundarios que aparecen debido a la menopausia quirúrgica.

Hickman *et al.* demostró que no existía más riesgo de recidiva del dolor si se empezaba el tratamiento hormonal sustitutivo inmediatamente post-quirúrgico o se esperaban 6 meses. Sin embargo es un estudio retrospectivo y no randomizado.

Concluyendo, el objetivo de la cirugía en la endometriosis debe ser la eliminación de todos los focos de la endometriosis, con mínimas complicaciones, mejorando los parámetros de calidad de vida y conseguir una mejora objetiva de las escalas visuales del dolor.

Bibliografía

- Reich H, McGlynn F, Salvat J. Laparoscopic treatment of cul-de-sac obliteration secondary to retrocervical deep fibrotic endometriosis. *J Reprod Med* 1991;36:516-22.
- Redwine DB. Laparoscopic en bloc resection for treatment of the obliterated cul-de-sac in endometriosis. *J Reprod Med* 1992;37:695-8.
- Finan MA, Kwark JA, Joseph GF Jr, Kline RC. Surgical resection of endometriosis after prior hysterectomy. *J La State Med Soc* 1997;149:32-5.
- Nammoum AB, Hickman TN, Goodman SB, Gehlbach DL, Rock JA. Incidence of symptom recurrence after hysterectomy for endometriosis. *Fertil Steril* 1995;64:898-902.
- Redwinw DB. Endometriosis persisting after castration: clinical characteristics and results of surgical management. *Obstet Gynecol* 1994;83:405-13.
- Hickman TN, Nammoum AB, Hinton EL, Zacur HA, Rock JA. Timing of estrogen replacement therapy following hysterectomy with oophorectomy for endometriosis. *Obstet Gynecol* 1998;91:673-7.
- Koninx PR, Meuleman C, Beneyere S, *et al.* Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril* 1991;55:750.
- Koninx PR and Martin DC. Deep endometriosis: a consequence of infiltration or retraction or possibly adenomyosis externa? *Fertil Steril* 1992;58:924.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Technical Bulletin: *Chronic Pelvic Pain* 1989;129:1-5.
- Duleba AJ, Keltz MD, Olive DL. Evaluation and management of chronic pelvic pain. *J Amer Assoc Gynecol Laparosc* 1996;3:205-27.
- Rock JA. Endometriosis and pelvic pain. *Fertil Steril* 1993;60:950-1.