

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ENDOMETRIOMA EN EL HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS

Mazano B, Ojeda F, Girvent L, Lineros M, Cano S, Cortés S.

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Granollers. Fundació Hospital Asil de Granollers.

INTRODUCCIÓN

- Proceso invasivo, no neoplásico, caracterizado por la existencia de endometrio ectópico
- La endometriosis afecta hasta un 50% de las mujeres en edad genésica
- El 10-35% de las masas anexiales en mujeres premenopáusicas son endometriomas
- Pico de incidencia entre los 35-45 años
- Componente hereditario en un 10% (herencia poligénica multifactorial)
- Más frecuente en mujeres con anomalías anatómicas del aparato genital
- Un 30-50% de las mujeres presentarán infertilidad
- Etiopatogenia discutida. Influencia estrogénica
- Clínica más frec: dolor (dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico crónico) e infertilidad (30-60%)
- No correlación entre intensidad de los síntomas y severidad de las lesiones
- Dx endometrioma: ecografía (S 83%, E 98%). RMN y laparoscopia diagnóstica para endometriosis pélvica

OBJETIVO:

Análisis retrospectivo de los endometriomas diagnosticados y tratados en nuestro servicio en el periodo 2003-2005.

Evaluar las características clínicas y epidemiológicas, la sensibilidad de la ecografía y las complicaciones quirúrgicas.

Pacientes y método:

Estudio retrospectivo descriptivo. Durante el periodo de estudio se diagnosticaron y trataron 115 masas anexiales no sospechosas de malignidad, en 31 casos fueron endometriomas. 27% de las masas anexiales que precisaron de cirugía.

La edad media de las pacientes fue de 36 años (rango: 23-47)

El motivo de consulta más frecuente fue el dolor (19 casos) seguido del hallazgo casual (9 casos).

Resultados:

El diagnóstico de sospecha fue ecográfico en 27 casos, en 2 casos se observó un quiste complejo y en otro una sospecha de hidrosalpinx.

En 22 casos eran tumoraciones unilaterales y en 10 casos el tamaño era superior a 6 cm.

Obtuvimos marcadores elevados en 8 pacientes.

Diagnóstico ecográfico:

S	87%
VPP	90%

Cuándo se practicó una TAC en 3 casos se informo de hidrosalpinzx o absceso tuboovarico, un quiste hemorrágico y una tumoración sólida.

Respecto al tratamiento fue laparoscópico en 24 pacientes, precisando reconversión en 2 casos por síndrome adherencial severo. Otros cuatro casos requirieron laparotomía por dificultades técnicas. Existió apertura del quiste intrabdominal en 27 casos.

9 endometriomas bilaterales (29%)

31 endometriomas (27%)

10 masas > 6cm (32%)

QUISTECTOMÍA UNILATERAL	16 (52%)
QUISTECTOMÍA BILATERAL	7 (23%)
ANEXECTOMÍA UNILATERAL	6 (19%)
ANEXECTOMÍA BILATERAL	1 (3%)
ANEXECTOMÍA UNILATERAL + QUISTECTOMÍA CONTRALATERAL	1 (3%)

No existieron diferencias respecto al tiempo quirúrgico.

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA

- 1 hematoma superficial de pared
- 1 edema indurado de pared
- 1 caso de lesión ureteral que requirió reintervención
- 2 reconversiones a laparotomía por Sde adherencial severo

La estancia hospitalaria fue de 3 días en laparoscopia y de 4,8 días en laparotomía.

Discusión

La técnica laparoscópica para el tratamiento del endometrioma es hoy el tratamiento estandarizado, en nuestro centro esta estandarización se produce a finales de 2003-2004.

A partir de esas fechas todas las pacientes con sospecha de endometrioma entran en el grupo de intención de tratar mediante laparoscopia.

Conclusiones:

Los endometriomas representan un porcentaje significativo de las tumoraciones anexiales que precisan cirugía. La cirugía del endometrioma presenta dificultades técnicas que requieren un tiempo quirúrgico muy similar, en nuestro estudio, que la cirugía abierta, con las ventajas de una mejor recuperación postoperatoria y menor estancia hospitalaria.