

Revisión guías clínicas: Manejo de la esterilidad en pacientes con endometriosis.

Nombre revisor: Elena Artime Albo. Hospital Universitario Infanta Elena

La endometriosis es una patología ginecológica crónica caracterizada por la presencia de tejido endometrial funcionalmente activo fuera de la cavidad uterina que induce una reacción inflamatoria crónica.

Los mecanismos que subyacen a la infertilidad provocada por la endometriosis son objeto de debate y, aunque la causa directa no está bien establecida, se asocia a inflamación crónica, distorsión de la anatomía pélvica y disminución de la reserva ovárica, de la calidad ovocitaria y de la receptividad endometrial.

Existe gran controversia en el manejo de la endometriosis en pacientes en tratamiento de esterilidad y quizás el punto más controvertido es si indicar cirugía previa a la Técnica de Reproducción Asistida o proceder directamente a la realización del ciclo.

A continuación se muestran los cambios realizados en el manejo de la esterilidad en pacientes con endometriosis en los protocolos de distintas sociedades, siendo el primer protocolo expuesto el más antiguo y el último el más reciente.

	GRADOS DE RECOMENDACIÓN	EVIDENCIA
A		Meta-analysis, systematic review or multiple RCTs (high quality)
B		Meta-analysis, systematic review or multiple RCTs (moderate quality) Single RCT, large non-randomised trial, case-control or cohort studies (high quality)
C		Single RCT, large non-randomised trial, case-control or cohort studies (moderate quality)
D		Non-analytic studies, case reports or case series (high or moderate quality)
GPP		Good Practice Point (Expert opinión)

SEF (Sociedad Española de Fertilidad)



Recomendaciones SEF. Endometriosis: Asesoramiento y tratamiento en parejas con problemas reproductivos.

En estas recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad se establece que existe una relación entre la esterilidad y la endometriosis. Sugiere que entre el 30-50% de todas las pacientes con endometriosis son estériles y que la endometriosis aparece en el 25-50% de las pacientes con esterilidad asociada.

Mientras que la terapia médica es efectiva para el alivio del dolor asociado a la endometriosis, el tratamiento médico no mejora la fecundidad en pacientes estériles con endometriosis mínima o leve (Grado I/II de la ASRM: Asociación Americana para la Medicina Reproductiva) y no debe ser ofrecido para este fin. Grado de recomendación A.

La ablación de las lesiones endometriósicas más adhesiolisis destinada a mejorar la fertilidad en casos de endometriosis mínima y leve (estadio I/II de la ASRM: American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis) es más eficaz que la laparoscopia diagnóstica aislada. Grado de recomendación A.

En mujeres estériles con endometriomas debe indicarse la quistectomía mediante laparoscopia, ya que mejora las posibilidades de embarazo. Grado de recomendación B.

En mujeres estériles con endometriosis moderada o severa (Grado III/IV de la ASRM: Asociación Americana para la Medicina Reproductiva) se debería ofrecer tratamiento quirúrgico pues parece mejorar las perspectivas de embarazo. Grado de recomendación B.

El tratamiento médico postquirúrgico no está indicado ya que no mejora las tasas de embarazo. Grado de recomendación A.

La inseminación intrauterina con estimulación ovárica controlada mejora las tasas de embarazo en las pacientes con endometriosis grado I/II con respecto al no tratamiento. Grado de recomendación A.

A pesar de la ausencia de estudios controlados aleatorizados, la FIV parece la mejor opción para la endometriosis grado III/IV. Grado de recomendación RSAA.

ESHRE (Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología)



Management of women with endometriosis. Septiembre 2013.

Esta guía clínica la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología proporciona recomendaciones en el tratamiento de la infertilidad asociada a endometriosis. Analiza la eficacia del tratamiento médico, quirúrgico y de las Técnicas de Reproducción Asistida en estas pacientes, en función de la evidencia científica disponible y a las recomendaciones de la SEF añade las siguientes:

- En pacientes infértiles con endometriosis no se debe prescribir tratamiento hormonal que suprima la función ovárica para mejorar la fertilidad. Grado de recomendación A.
- En mujeres infértiles con endometriosis grado I/II, puede considerarse la vaporización con láser de CO₂ de las lesiones, en lugar de la electrocoagulación monopolar, ya que la primera se ha asociado a un mayor tasa acumulada de embarazo. Grado de recomendación C.
- En las recomendaciones de la SEF se indicaba quistectomía de los endometriomas con un grado de recomendación B mientras que en protocolo de la ESHRE la extirpación quirúrgica de la cápsula en lugar del drenaje y electrocoagulación de la pared del quiste, incrementa las tasas

de embarazo espontáneo y se recomienda con un Grado de recomendación A.

- El GDG (Guideline Development Group) recomienda informar a la paciente del riesgo de disminución de la reserva ovárica tras la cirugía y de la posibilidad de perder el ovario. La indicación de cirugía debe ser valorada cuidadosamente sobre todo en pacientes con antecedente de cirugía previa ovárica. Grado de recomendación GPP.
- En pacientes infértiles con endometriosis, el GDG recomienda no indicar tratamiento hormonal antes de la cirugía para aumentar la tasa de gestación espontánea, por la falta de evidencia. Grado de recomendación GPP. Tampoco se recomienda indicar tratamiento hormonal después de la cirugía para aumentar la tasa de gestación espontánea. Grado de recomendación A.
- El GDG no recomienda el uso de suplementos nutricionales o medicina alternativa en el tratamiento de endometriosis asociada a infertilidad porque los posibles riesgos y beneficios son inciertos. Sin embargo, el GDG reconoce algunas pacientes pueden sentir beneficiadas con su uso. Grado de recomendación GPP.
- En pacientes infértiles con endometriosis grado I/II de la ASRM, la inseminación intrauterina con estimulación ovárica controlada puede realizarse en vez de actitud expectante pues aumenta la tasa de recién nacido vivo. En esta guía esta recomendación pasa de Grado A a Grado de recomendación C.
- En pacientes infértiles con endometriosis grado I/II de la ASRM, la inseminación intrauterina con estimulación ovárica controlada puede

realizarse en vez de la inseminación intrauterina sola puesto que aumenta la tasa de embarazo. Grado de recomendación C.

- El GDG recomienda FIV/ICSI si existe factor tubárico, factor masculino o fracaso de otros tratamientos, y además parece la mejor opción para la endometriosis grado III/IV. Grado de recomendación GPP.
- En pacientes infértiles con endometriosis se debe ofrecer Técnica de Reproducción Asistida después de la cirugía puesto que la tasa acumulada de recurrencia de la endometriosis no aumenta después de la estimulación ovárica controlada para FIV/ICSI. Grado de recomendación C.
- En pacientes con endometriomas parece razonable usar profilaxis antibiótica en el momento de la recuperación de ovocitos. Grado de recomendación D.
- En paciente infértiles con endometriosis grado I/II de la ASRM sometidas a laparoscopia antes de realizar Técnica de Reproducción Asistida, los clínicos deben considerar la extirpación quirúrgica completa de la endometriosis para mejorar la tasa de recién nacido, aunque el beneficio no ha sido bien establecido. Grado de recomendación C.
- En pacientes infértiles con endometriomas mayores de 3 cm. no existe evidencia de que la realización de quistectomía previa al tratamiento de reproducción asistida mejore la tasa de embarazo. Grado de recomendación A.
- En pacientes con endometrioma mayor de 3 cm, la GDG recomienda sólo considerar quistectomía antes de Técnica de Reproducción Asistida sólo

para mejorar el dolor de la paciente o el acceso a los folículos. Grado de recomendación GPP.

- La efectividad de la resección quirúrgica de implantes endometriósicos profundos antes de un tratamiento de reproducción asistida no está bien establecida con respecto al resultado reproductivo. Grado de recomendación C.
- El GDG recomienda informar correctamente a las pacientes del riesgo de disminución de la reserva ovárica e incluso de ooforectomía en la cirugía de endometrioma y se debe tener en cuenta si la paciente ha tenido cirugías previas sobre el ovario. Grado de recomendación GPP.

SEGO (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)



Endometriosis. Documento de consenso de 2014.

Elabora un resumen de las recomendaciones de la ESHRE y explica que la disminución de la fertilidad en las formas más graves y evolucionadas de la endometriosis se explica por las graves alteraciones anatómicas y funcionales en el aparato genital femenino mientras que en las formas mínimas o leves de endometriosis existen dudas sobre su repercusión real en la fertilidad.

En este documento no se justifica la conducta expectante: La existencia de opciones terapéuticas que pueden incrementar la probabilidad de gestación y reducir el tiempo necesario para su consecución hacen inaceptable la abstención terapéutica, salvo que la paciente no desee tratamiento.

El tratamiento con Inseminación Artificial debe ofrecerse a las pacientes con endometriosis mínima y leve frente al manejo expectante para aumentar la probabilidad de embarazo.

La FIV constituye el tratamiento adecuado para pacientes con formas evolucionadas de la enfermedad (factor tubárico, deterioro marcado de la reserva ovárica...), factor masculino moderado o severo o fracaso de otros tratamientos.

También menciona que un estudio controlado y aleatorizado comparó protocolos agonista y antagonistas sin encontrar diferencias significativas en la tasa de implantación o embarazo y varios estudios concluyeron que la estimulación ovárica en estas pacientes no aumenta el riesgo de recurrencia de la endometriosis.

NICE GUIDELINES



Endometriosis: Diagnosis and management. Septiembre 2017

Destaca que la endometriosis es una causa importante de subfertilidad y su manejo debe ser realizado por un equipo multidisciplinar y diferencia entre el tratamiento de la endometriosis que no afecta a intestino, vejiga o uréter de la que si lo hace.

Además, destaca que la importancia de la quistectomía de los endometriomas no sólo se debe a que aumenta la probabilidad de gestación, sino que también disminuye la recurrencia de los mismos.

Por tanto, según el protocolo del manejo quirúrgico de la endometriosis de la guía NICE se debe:

- Ofrecer excisión o ablación más adhesiolisis en pacientes con endometriosis que no afecte al intestino, vejiga o uréter, ya que mejora la posibilidad de embarazo espontáneo.
- En caso de endometriosis profunda que afecta al intestino, vejiga o uréter, se deben discutir los beneficios y riesgos de la cirugía con la paciente.

- Ofrecer quistectomía laparoscópica con excisión de la pared del quiste a pacientes con endometriomas para aumentar la probabilidad de gestación espontánea y disminuir el riesgo de recurrencia. (se debe tener en cuenta la reserva ovárica de la paciente).

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND



GYNAECOLOGISTS

The effect of surgery for endometriomas on fertility. September 2017.

Esta guía destaca la gran controversia que existe en el manejo de los endometriomas en pacientes que realizan Técnicas de Reproducción Asistida. Informa tanto del impacto de los endometriomas en el ciclo como de los riesgos de la cirugía previa a un ciclo de FIV.

La presencia de endometriomas puede interferir en la respuesta ovárica a la estimulación controlada y podría hacer que existan dificultades técnicas durante la recuperación de ovocitos e incluso riesgo de lesión de órganos vecinos por las adherencias y la distorsión de la anatomía de la pelvis presente en estas pacientes. También existe riesgo de infección, contaminación del líquido folicular con contenido del endometrioma, y progresión de la endometriosis.

Por otro lado, el tratamiento quirúrgico de los endometriomas puede mejorar la tasa de gestación espontánea restaurando la anatomía de la pelvis, pero sigue sin estar claro el beneficio de la cirugía para el propio ovario ya que ésta puede no revertir los cambios inflamatorios y biomoleculares que influyen en la fertilización y en la implantación. Además, la cirugía disminuye el número de

folículos y los niveles de Hormona Antimullerina, disminuyendo así la reserva ovárica pudiendo hacer que la paciente tenga una baja respuesta o no responda a la estimulación controlada con gonadotropinas. Y, por último, existe riesgo, aunque bajo, de tener que realizar ooforectomía durante la intervención.

Por todo esto, la recomendación del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists es que el manejo debe ser basado en las circunstancias individuales de la paciente y para la indicación o no de tratamiento quirúrgico tendremos en cuenta distintos aspectos como la edad de la paciente, su reserva ovárica, los tratamientos médicos o quirúrgicos realizados anteriormente, la naturaleza de los quistes y los deseos de la paciente.

En pacientes jóvenes, asintomáticas, con ciclos menstruales regulares, sin historia de esterilidad y con hallazgo casual de endometrioma se debe orientar la búsqueda natural del embarazo.

La cirugía se debe considerar como el tratamiento inicial en pacientes muy sintomáticas, con buena reserva ovárica, con endometriomas unilaterales y grandes para mejorar la accesibilidad a los folículos durante la punción ovárica, o con quistes con características clínicas o radiológicas de malignidad.

Como el resto de los protocolos expuestos, también en éste, en caso de realizar cirugía la indicación es la quistectomía ya que ésta muestra menor tasa de recurrencia y mayor tasa de gestación espontánea que el drenaje del endometrioma y la coagulación.

Además, en esta guía se destaca el impacto perjudicial sobre la reserva ovárica de la cirugía extensa o repetida sobre el ovario y esto debe tenerse en cuenta a la hora de planear la cirugía.

CONCLUSIONES:

1. El manejo de la esterilidad en pacientes con endometriosis debe ser basado en las circunstancias individuales de la paciente.
2. El manejo debe ser realizado por un equipo multidisciplinar.
3. No está indicado prescribir tratamiento hormonal que suprima la función ovárica para mejorar la fertilidad.
4. No se debe indicar tratamiento hormonal antes ni después de la cirugía para aumentar la tasa de gestación espontánea, por la falta de evidencia científica.
5. En caso de realizar cirugía del endometrioma se indicará quistectomía laparoscópica con excisión de la pared del quiste buscando aumentar la probabilidad de gestación espontánea y disminuir el riesgo de recurrencia.
6. Se debe informar del riesgo de la cirugía y del impacto perjudicial sobre la reserva ovárica en cirugías extensas o repetidas sobre el ovario y esto debe tenerse en cuenta a la hora de planear la cirugía.
7. Se debe informar de cómo la endometriosis puede influir en el resultado de los ciclos de Reproducción Asistida y de los riesgos asociados a la presencia de endometrioma.
8. Se debe respetar la decisión de la paciente una vez haya sido informada correctamente.

