

## Título: Traducción y comentarios sobre el artículo "Laparoscopic management of ureteral endometriosis: A systematic review"

Nombre revisor: Esther Arango Fragoso. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

### 1. - Artículo Original:

Cavaco-Gomes J, Martinho M, Gilabert-Aguilar J, Gilabert-Estéles J.  
Laparoscopic management of ureteral endometriosis: A systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2017 Mar;210-94-101.  
PMID: 27984749

### 2.- Resumen del Artículo:

#### 2.1 Introducción.

La endometriosis es una enfermedad benigna estrógeno dependiente que afecta al 10-20% de las mujeres en edad reproductiva.

La endometriosis profunda se define como presencia de invasión subperitoneal de implantes endometriósicos de al menos 5 mm de profundidad.

En los últimos años, la prevalencia de afectación del tracto urinario por endometriosis profunda se ha incrementado de un 0,3 a un 12% de todas las pacientes afectadas de endometriosis. La afectación vesical es lo más común hasta en un 80% de los casos, mientras que el compromiso ureteral afecta a un 14%.

El manejo de la endometriosis del tracto urinario no está bien definido. El objetivo de este estudio es realizar una revisión de la evidencia del manejo laparoscópico de la endometriosis ureteral considerando los hallazgos preoperatorios, el procedimiento quirúrgico y el seguimiento posterior.

#### 2.2 Material y métodos

Bases de datos: Pub Med y SCOPUS

Selección de estudios: publicaciones acerca de tratamiento laparoscópico de endometriosis ureteral entre 1996 y 2015. Se excluyeron estudios sobre cirugía robótica y laparotómica.

Se recopiló información sobre hallazgos preoperatorios (síntomas, cirugías previas, evidencia preoperatoria de estenosis ureteral); detalles de la intervención (tipo de intervención, tipo y localización de la endometriosis, complicaciones perioperatorias); y seguimiento a largo plazo (complicaciones tardías, síntomas y signos de recurrencia o persistencia).

Los estudios incluyen tanto endometriosis ureteral extrínseca, (presencia de tejido endometriósico en la adventicia ureteral o tejido conectivo circundante),

como intrínseca (tejido endometriósico invadiendo la muscular, basal y eventualmente la luz).

### 2.3 Resultados

Recopilación de 327 estudios → 49 seleccionados por abstract → exclusión de 31 artículos porque no cumplían criterios de inclusión.

Selección de 18 artículos: 12 retrospectivos y 6 prospectivos. N de 700 pacientes con endometriosis ureteral.

Se dividieron en dos grupos:

- Endometriosis ureteral tratada mediante laparoscopia (grupo A)
- Endometriosis ureteral tratada mediante ureteroneocistostomía (grupo B).

El 57% de las pacientes tenía una cirugía previa (56% del grupo A y 69% del grupo B).

En la mayoría de los estudios se realizó para la evaluación preoperatoria de las pacientes ecografía, RM y TAC. La pielografía intravenosa se utilizó para evaluar el grado de hidronefrosis y escintigrafía para evaluar la función renal en caso de atrofia cortical. Se realizaba cistoscopia ante sospecha de afectación vesical.

En la valoración preoperatoria, 324 de las 671 pacientes (48%) tenían datos de estenosis ureteral significativa (hidronefrosis o ureterohidronefrosis). La proporción en el grupo B era mucho mayor (93,8%).

En cuanto a la presencia de sintomatología reportada por las pacientes:

- Dismenorrea 81,4%
- Dolor pélvico 70,2%
- Dispareunia 66,4%
- Disuria 34,7%

Hallazgos intraoperatorios: 87,2% endometriosis pélvica moderada- severa profunda (rASRM)

Afectación ureteral izquierda 53,6%, derecha 35,8%, bilateral 10,6%.

En el grupo A fue suficiente con ureterolisis en 579 pacientes (86,7%), y resección ureteral sólo en 89 pacientes.

La colocación de CDJ varía ampliamente entre los diferentes estudios: 4-100% (siendo 100% en el grupo B). En el grupo B se colocan los CDJ de rutina y en el grupo A lo consideran algunos autores si hay obstrucción ureteral significativa, en ureterolisis extensa o en casos de resección y anastomosis.

Asociación con endometriosis del tabique rectovaginal en el 58,8% y 46,9% de endometriosis en uterosacos.

Complicaciones intraoperatorias:

- Daño ureteral accidental 1-5%
- Conversión a laparotomía en un 5-6%

Complicaciones postoperatorias mayores (sangrado que requiere transfusión, daño visceral, fístula, reintervención): 3,2%. Siendo la más frecuente la fístula ureteral o estenosis.

Necesidad de reintervención durante el seguimiento por endometriosis ureteral recurrente o persistente: 3,9%

En el 90,5% de las pacientes se registra mejoría de sintomatología tras la intervención

### 3.- Comentario:

El 57% de las pacientes tenían cirugías previas de endometriosis, lo cual subraya la cronicidad y recurrencia de la endometriosis y relaciona la afectación ureteral con estadíos más avanzados.

El 65% de las pacientes con endometriosis ureteral no tenía sintomatología urinaria. La afectación vesical encontrada en el 19% de las pacientes sí parece tener relación con la mayoría de la sintomatología recogida.

Como en series previas, la prevalencia de afectación de uréter izquierdo es mayor que en el derecho, sin embargo la causa no está bien definida.

Estudios del grupo A:

La técnica quirúrgica descrita es similar en todos los trabajos:

- a) Comenzar la disección con la apertura del peritoneo que cubre el uréter donde este esté libre de adherencias
- b) Avanzar hasta en dirección al ligamento uterosacro hasta visualizar el canal ureteral
- c) La ureterolisis se considera satisfactoria cuando el uréter es liberado del tejido fibrótico responsable de la oclusión
- d) Cuando la ureterolisis no es suficiente para restaurar la función ureteral, se procede a resección ureteral y ureterourterostomía o ureteroneocistostomía.

En el 86,7% de las pacientes puede realizarse cirugía conservadora y ureterolisis.

En el seguimiento a largo plazo el 3,9% requirió reintervención por persistencia/recurrencia de endometriosis urinaria, lo cual sugiere que es razonable realizar de entrada un manejo conservador.

Aun tratándose de cirugías muy extensas se encontró baja tasa de complicaciones mayores en el postoperatorio, 3,2%.

Estudios del grupo B:

Presencia de hidronefrosis en el preoperatorio en el 93,8%.


Los diferentes estudios recogían los casos de endometriosis urinaria sin una clasificación definida: casos de endometriosis del peritoneo que cubre el uréter, endometriosis que cursa con obstrucción ureteral o endometriosis que invade la pared ureteral. Tiene la limitación de que no existe un nivel de severidad clasificando las pacientes. Se trata la mayoría de estudios retrospectivos.

En la mayoría de los casos el manejo era multidisciplinar y en centros especializados.

El tratamiento de elección de la endometriosis ureteral aún no está bien definido. En esta revisión la ureterolisis laparoscópica parece ser un tratamiento factible y seguro en la mayoría de los casos, con bajo riesgo de complicaciones y resultados satisfactorios a largo plazo.

El manejo conservador puede ser una opción en el tratamiento inicial de estas pacientes aun con hidronefrosis severa. Sin embargo, en pacientes con obstrucción intrínseca severa la mejor opción podría ser la resección ureteral y reanastomosis o reimplantación.

Anexo score r- ASRM



**AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE  
REVISED CLASSIFICATION OF ENDOMETRIOSIS**

Patient's Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Stage I (Minimal) - 1-5      Laparoscopy \_\_\_\_\_ Laparotomy \_\_\_\_\_ Photography \_\_\_\_\_  
 Stage II (Mild) - 6-15      Recommended Treatment \_\_\_\_\_  
 Stage III (Moderate) - 16-40  
 Stage IV (Severe) - >40  
 Total \_\_\_\_\_ Prognosis \_\_\_\_\_

| PERITONEUM                      | ENDOMETRIOSIS | < 1cm           | 1-3cm             | > 3cm           |
|---------------------------------|---------------|-----------------|-------------------|-----------------|
|                                 | Superficial   | 1               | 2                 | 4               |
| Deep                            | 2             | 4               | 6                 |                 |
| OVARY                           | R Superficial | 1               | 2                 | 4               |
|                                 | Deep          | 4               | 16                | 20              |
|                                 | L Superficial | 1               | 2                 | 4               |
|                                 | Deep          | 4               | 16                | 20              |
| POSTERIOR CULDESAC OBLITERATION |               | Partial         | Complete          |                 |
|                                 |               | 4               | 40                |                 |
| OVARY                           | ADHESIONS     | < 1/3 Enclosure | 1/3-2/3 Enclosure | > 2/3 Enclosure |
|                                 | R Filmy       | 1               | 2                 | 4               |
|                                 | Dense         | 4               | 8                 | 16              |
|                                 | L Filmy       | 1               | 2                 | 4               |
|                                 | Dense         | 4               | 8                 | 16              |
|                                 | TUBE          | R Filmy         | 1                 | 2               |
| Dense                           |               | 4               | 8                 | 16              |
| L Filmy                         |               | 1               | 2                 | 4               |
| Dense                           |               | 4               | 8                 | 16              |

\*If the fimbriated end of the fallopian tube is completely enclosed, change the point assignment to 16.  
 Denote appearance of superficial implant types as red (R), red-pink, flame-like, vesicular blots, clear vesicles), white (W), opacifications, peritoneal defects, yellow-brown), or black (B) black, hemosiderin deposits, blue]. Denote percent of total described as R\_\_\_\_%, W\_\_\_\_%, and B\_\_\_\_%. Total should equal 100%.

Additional Endometriosis: \_\_\_\_\_

Associated Pathology: \_\_\_\_\_

