

CONTROVERIAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

EL ENDOMETRIOMA NO DEBE SER OPERADO ANTES DE LOS TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD

Francisco Escudero ¹

¹ Centro de Fertilidad y Reproducción
Asistida - CEFRA, Lima, Perú

Conflictos de interés: El autor declara
que no existen conflictos de interés

Correspondencia:
Dr. Francisco Escudero Díaz

✉ fescudero@yahoo.es

La endometriosis afecta al menos a 10% de las mujeres en edad reproductiva⁽¹⁾ y, de este grupo de mujeres, entre 20 y 40% presentan un endometrioma^(2,3).

La controversia del manejo del endometrioma previo a los tratamientos de fertilidad se da hasta la actualidad. Antes se proponía solo operarlos cuando estos medían más de 4 cm de diámetro, pero la evidencia en los últimos años orienta a no realizar la cirugía. Los estudios donde comparan la reserva ovárica midiendo los niveles de FSH y HAM (hormona antimülleriana) previamente y después de la cirugía del endometrioma encuentran que los niveles de FSH se incrementan en los 6 meses siguientes a la cirugía, mientras que la HAM disminuye en forma significativa. Así, Raffi⁽⁴⁾ halla una disminución del 30% de la HAM, con $P=0,003$; esta disminución persiste hasta los 9 meses de seguimiento. Uncu⁽⁵⁾ encuentra que al operar endometriomas de un solo ovario la HAM no disminuye en el primer mes postoperatorio, pero sí a los 6 meses, de 2,81 a 1,82 ng/mL, con $p=0,02$; sin embargo, no encuentra diferencia en el recuento de folículos antrales. Pero, si la cirugía es en ambos ovarios, la disminución de la HAM se presenta desde el primer mes de seguimiento, de 3,58 ng/mL a 2,11 y 1,88 ng/mL, al mes y a los 6 meses, con $p=0,05$ y $0,02$, respectivamente. Estos hallazgos también los encuentra Albozi⁽⁶⁾, quien publica una disminución de la HAM desde la primera semana postoperatoria y la cual persiste hasta los 9 meses de seguimiento, de 3,86 hasta 1,77 ng/mL ($p=0,01$). Legendre⁽⁷⁾ en su revisión confirma lo antes mencionado.

Se mencionaba que la sola presencia de un endometrioma en los tratamientos de FIV e ICSI afectaba la calidad de los embriones. Sin embargo, Shauna⁽⁸⁾ halla tasas similares en la fertilización de los ovocitos, en el clivaje, en el número de embriones transferidos y en el número de embriones de buena calidad, cuando compara mujeres sin o con endometriomas.

Otro problema que se discutía era la posibilidad de afectar la calidad del embrión cuando el ovocito era contaminado con líquido endometriósico. Sin embargo, dicha aseveración puede ser refutada por el estudio de Benaglia⁽⁹⁾, quien encuentra tasas de embarazo clínico de 16% y 29% para los casos de contaminación con fluido endometriósico y sin contaminación, respectivamente, sin diferencia significativa ($p=0,34$).

Si bien la mayoría de los estudios mencionan la disminución en la reserva ovárica, para las mujeres infértiles, lo más importante es



conocer el pronóstico de embarazo. Es por ello que Tsoumpou⁽¹⁰⁾ realizó un metaanálisis, no encontrando beneficio en la tasa de embarazo en las mujeres que fueron sometidas a quistectomía comparadas con aquellas en las que no se realizó la cirugía.

En el Centro de Fertilidad y Reproducción Asistida – CEFRA, durante el año 2013 se realizó ICSI en 9 pacientes con endometrioma, las que fueron comparadas con 68 mujeres sin endometrioma. La tasa de embarazo para las mujeres con endometrioma fue de 55,6% en comparación al 47,6% de aquellas sin endometrioma.

Por toda la evidencia mencionada, la cirugía del endometrioma no debería realizarse previamente a los tratamientos de fertilidad. Sin embargo, para las mujeres que ya completaron su paridad y no desean fertilidad a futuro, el operar los endometriomas podría depender de la sintomatología del dolor pélvico y la posibilidad de una neoplasia maligna del ovario a futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leidson CI, Good AE, Hass S L, Ransom J, Yawn BP, O'Fallon WM, Melton LJ 3rd. Incidence and characterization of diagnosed endometriosis in a geographically defined population. *Fertil Steril.* 2004;82:314-21.
2. Redwine DN. Ovarian endometriosis: a marker for more extensive pelvic and intestinal disease. *Fertil Steril.* 1999;72:310-5.
3. Vercellini P, Chapron C, de Georgi O, Consonni D, Frontino G, Crosignani PG. Coagulation or excision of ovarian endometrioma? *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188:606-10.
4. Raffi F, Metwally M, Amer S. The impact of excision of ovarian endometrioma on ovarian reserve: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metabol.* 2012 Sep;97(9):3146-54. doi: 10.1210/jc.2012-1558.
5. Uncu G, Kasapoglu I, Ozerkan K, Seyhan A, Oral Yilmaztepe A, Ata B. Prospective assessment of the impact of endometriomas and their removal on ovarian reserve and determinants of the rate of decline in ovarian reserve. *Hum Reprod.* 2013 Aug;28(8):2140-5. doi: 10.1093/humrep/det123.
6. Alborzi S, Keramati P, Younesi M, Samsami A, Dadras N. The impact of laparoscopic cystectomy on ovarian reserve in patients with unilateral and bilateral endometriomas. *Fertil Steril.* 2014 Feb;101(2):427-34. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.10.019.
7. Legendre G, Catala L, Moronière C, Lacoeyille C, Boussion F, Sentilhes L, Descamps P. Relationship between ovarian cysts and infertility: what surgery and when? *Fertil Steril.* 2014 Mar;101(3):608-14. doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.01.021.
8. Reinblatt SL, Ishai L, Shehata F, Son WY, Tulandi T, Almog B. Effects of ovarian endometrioma on embryo quality. *Fertil Steril.* 2011 Jun 30;95(8):2700-2. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.03.002.
9. Benaglia L, Cardellicchio L, Guarneri C, Paffoni A, Restelli L, Somigliana E, Fedele L. IVF outcome in women with accidental contamination of follicular fluid with endometrioma content. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014 Oct;181:130-4. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.07.036.
10. Tsoumpou I, Kyrgiou M, Gelbaya TA, NArdo LG. The effect of surgical treatment for endometrioma on in vitro fertilization outcomes. A systematic review and metaanalysis. *Fertil Steril.* 2009 Jul;92(1):75-87. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.05.049.