



Guía de información para la paciente

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENDOMETRIOSIS

Cirugía de la endometriosis

Una de las opciones de tratamiento de la endometriosis es la cirugía. La evidencia científica concluye que la cirugía nos permite reducir el dolor y mejorar la fertilidad de las pacientes afectas. Debido a que es un procedimiento invasivo, habitualmente la cirugía no es un tratamiento de primera línea y se reserva cuando otras opciones han fallado.

El objetivo de la cirugía es la eliminación o exéresis de las áreas de endometriosis que afecten a la pelvis y la liberación de adherencias. Por lo tanto, la cirugía recomendada dependerá de dónde esté la endometriosis y qué tan extensa sea. Esto puede implicar la extirpación de quistes endometriósicos, extracción de placas de endometriosis de los tejidos de la pelvis (intestino, vejiga,...) o la extracción del útero y los ovarios. El alivio del dolor a largo plazo es más probable si se extirpan los ovarios. Sin embargo, debido a los riesgos para la salud asociados a esta operación, su médico hablará con usted sobre si es necesario en su caso y de la posible necesidad de una terapia de reemplazo hormonal (TRH) si se opta por una extracción de los ovarios.

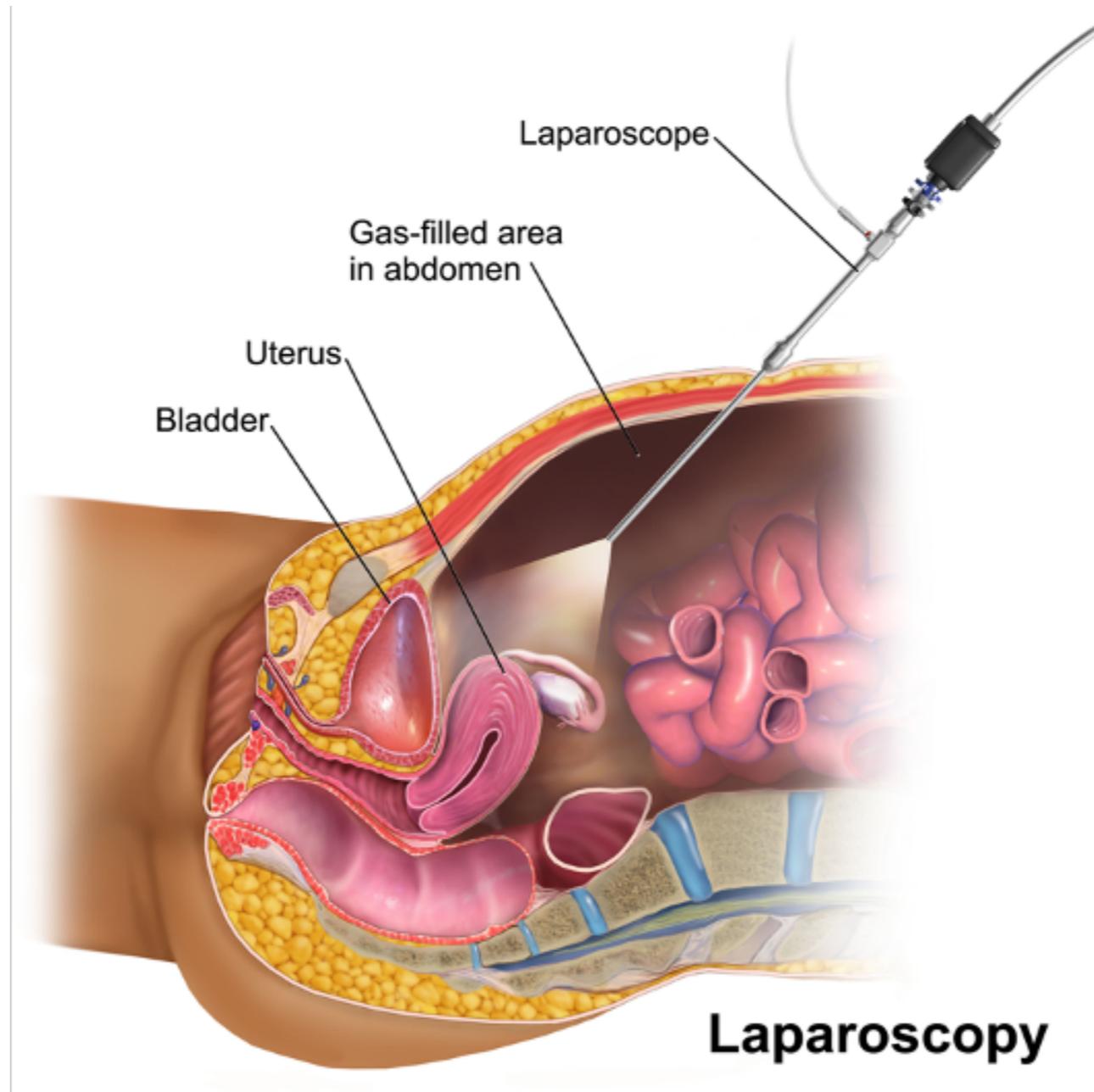
Habitualmente, la cirugía se realizará mediante laparoscopia, pero a veces puede ser necesario realizar cirugía abierta (laparotomía) mediante una incisión en la parte baja de la pelvis

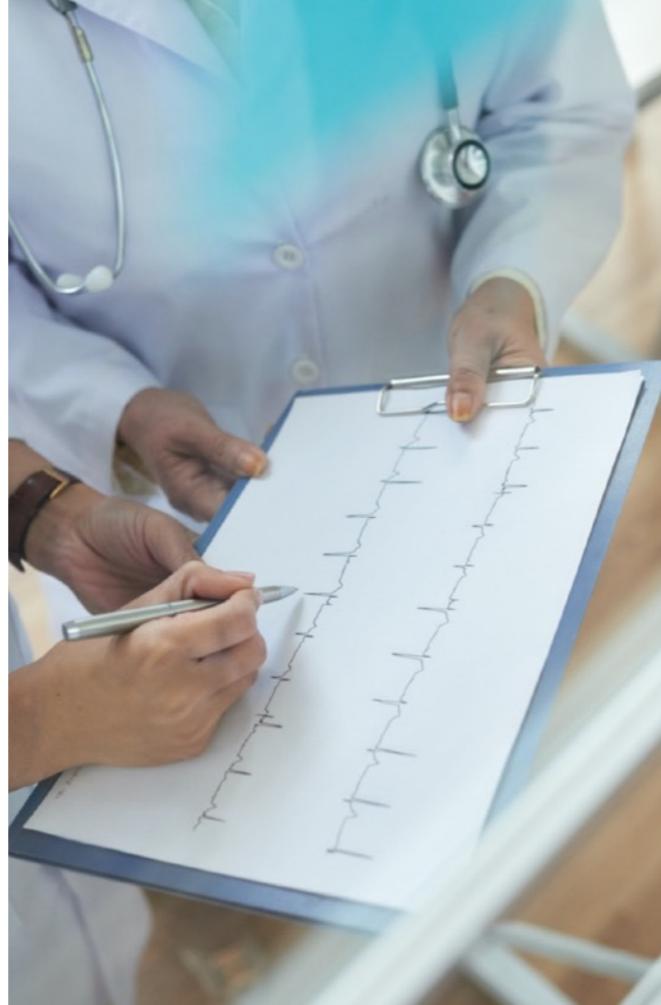


A pesar que se trata de un tratamiento efectivo, la cirugía no es la primera opción terapéutica de la endometriosis

¿QUÉ ES UNA LAPAROSCOPIA?

La laparoscopia es una intervención mínimamente invasiva que se lleva a cabo bajo anestesia general. Consiste en la realización de pequeños cortes en su abdomen de entre 5 y 10 mm para la introducción de una pequeña cámara que permitirá al cirujano evaluar los órganos en la pelvis y confirmar si hay endometriosis presente. En el mismo momento se puede proceder a la resolución de la enfermedad a través de la introducción de diversos materiales en el abdomen (pinza, tijeras,...).





Preparación prequirúrgica

De cara a planificar la cirugía y la anestesia se le realizará una evaluación pre-operatoria. Ésta consiste en la realización de un análisis completo de sangre y, en ocasiones, la realización de una radiografía de tórax y un estudio del ritmo cardíaco (electrocardiograma).

Una vez realizadas estas pruebas, el equipo de Anestesiología le realizará una visita para valorarla y explicarle en qué consistirá la anestesia.



Ingreso hospitalario

Habitualmente, el ingreso para la cirugía se realizará el mismo día de la intervención. El hospital se pondrá en contacto con usted para indicarle el día y la hora a la que deberá acudir al centro. Debido a que se le realizará una anestesia general, deberá mantener un ayuno (sólidos y líquidos) de al menos 6 horas.

En función del tipo de cirugía que se le realice podrá irse a casa el mismo día de la intervención o puede precisar un ingreso entre 1-3 días. Su médico le informará del tiempo previsto de ingreso en el momento de planificar la cirugía.

¿En qué consiste la cirugía?

INSPECCIÓN INICIAL

Una vez anestesiada, al comienzo de la operación se vacía la vejiga mediante una sonda urinaria. Luego se inserta una aguja fina a través del ombligo y se llena el abdomen con gas (CO₂) que levanta la pared del abdomen y la separa del intestino. A continuación se introduce una cámara para visualizar el interior del abdomen. Se pueden hacer otros dos cortes (incisiones) pequeñas (aproximadamente 0,5-1 cm) para poder introducir los instrumentos que ayude a visualizar los órganos y realizar la cirugía.

Se realiza una inspección cuidadosa de la matriz (útero), los ovarios, las trompas de Falopio, la bolsa de Douglas, el intestino, la vejiga y todas las áreas circundantes y se realiza un registro de la gravedad de la enfermedad mediante dibujos, fotografías o videos. En algunos casos, si los tejidos están pegados (adherencias), es posible que sea difícil ver algunos de estos órganos.

Al final de la operación, los pequeños cortes se cerrarán con un punto de sutura o con tiras de sutura. Los puntos se disolverán espontáneamente o se pueden quitar después de unos días.



¿En qué consiste la cirugía?

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Existen diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la endometriosis. El tipo de cirugía elegido por su especialista dependerá de la formación del cirujano, su experiencia, disponibilidad de equipamiento necesario y las características de su enfermedad. En las consultas con el equipo médico se discutirá con usted el tipo de cirugía. Tenga en cuenta que no todas las técnicas están disponibles en todos los hospitales.

- Electrocoagulación / fulguración - Uso de calor localizado con el objetivo de destruir lesiones superficiales de endometriosis
- Escisión - Consiste en seccionar y extraer las áreas afectas de endometriosis mediante tijeras o láser
- Quistectomía - En la presencia de quistes endometriósicos en los ovarios se realiza una extracción de la cápsula del quiste endometriósico para su tratamiento definitivo.

Riesgos de la cirugía

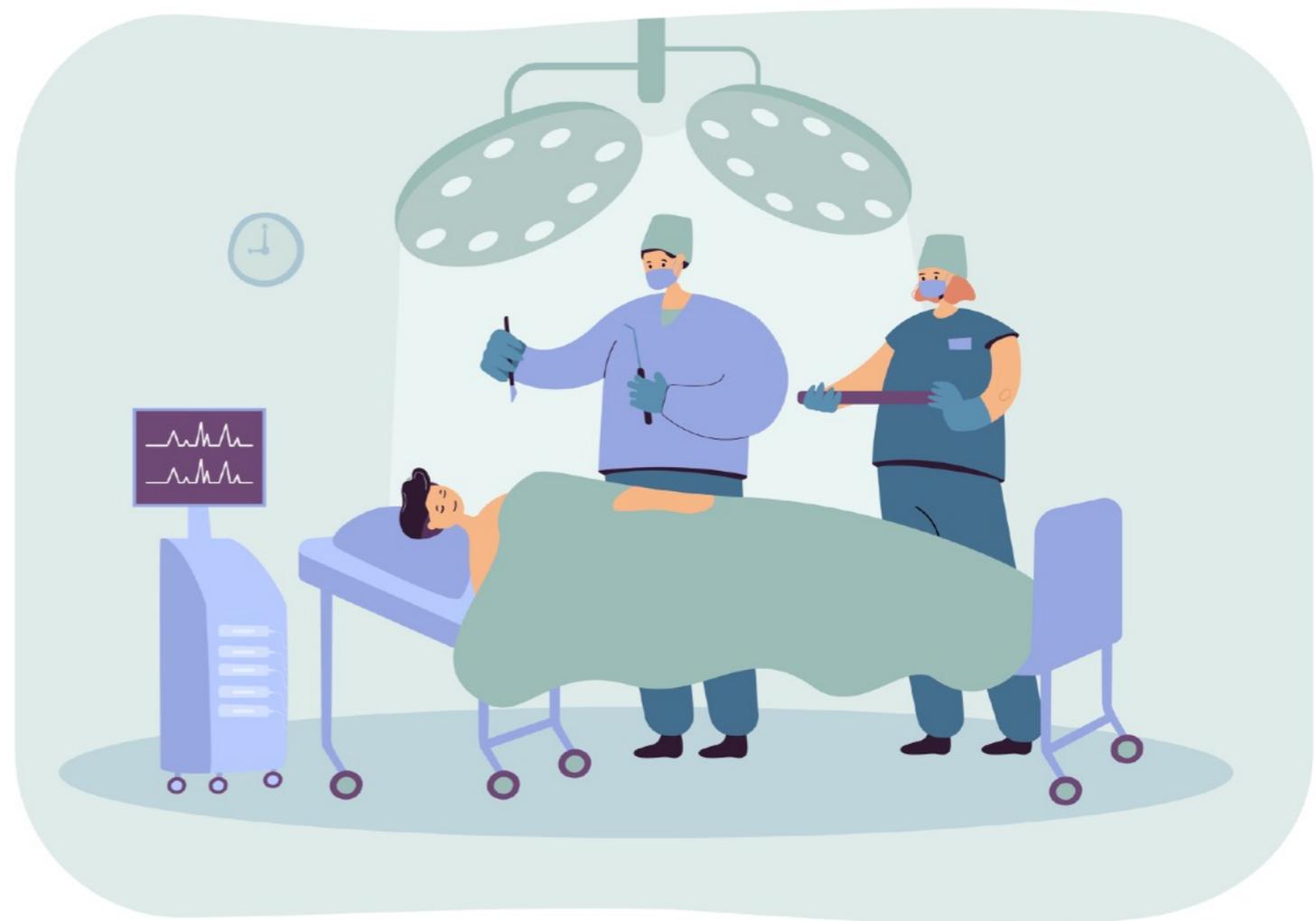
Aunque la cirugía laparoscópica se realiza con regularidad, existen riesgos asociados. La mayoría de estos son menores, pero otros son más graves.

Cualquier situación en la que no sea seguro continuar con la cirugía laparoscópica requiere que la operación se cambie a "cirugía abierta" (laparotomía). Esto significa que cualquier mujer que se someta a una cirugía laparoscópica debe comprender que es posible despertarse después de la operación con una incisión más grande en la barriga. La recuperación de una operación por cirugía abierta llevará más tiempo, posiblemente hasta 3-5 días en el hospital y de 4 a 6 semanas de recuperación en el hogar.

Otras complicaciones menos frecuentes incluyen :

- la imposibilidad de acceder a la cavidad abdominal
- la imposibilidad de identificar la enfermedad,
- infección de orina o de la incisión
- hematoma de la herida
- perforación uterina
- sangrado dentro de la barriga
- lesión de vejiga, lesión intestinal o lesión de vasos sanguíneos.

La frecuencia de estas complicaciones dependerá de la complejidad de la cirugía y serán discutidas con su médico en el momento de plantear la cirugía.



¿Y después de la cirugía?

La anestesia termina tan pronto como se completa la operación y despertará en los minutos siguientes.

Durante las primeras horas sentirá dolor alrededor de las incisiones y, a veces, puede presentar un dolor pélvico similar a una menstruación. El anestesista le habrá dado analgésicos, para que cuando despierte ya estén funcionando.

El gas que se utiliza durante la intervención se extrae al finalizar la misma, pero es normal que cierta cantidad quede en el interior del abdomen. Este gas se elimina de forma espontánea, pero puede causar una sensación de molestia en la zona de las costillas y los hombros. Esto es normal y desaparecerá en unos días a medida que el gas se reabsorbe lentamente. El malestar se puede aliviar con analgésicos.

Algunas pacientes se sienten lo suficientemente bien como para irse a casa el mismo día, pero esto también dependerá de la extensión de la cirugía. A veces, se puede recomendar a las pacientes que pasen alguna noche en el hospital.

El tiempo recomendado de baja laboral dependerá de la cantidad de cirugía realizada y debe discutirse con su médico, pero generalmente será de aproximadamente 2-3 semanas. Además, la tasa de recuperación varía de una persona a otra, por lo que debe guiarse por cómo se siente y por los consejos de sus médicos.

Es normal sentir algún tipo de dolor después de la operación. En casa puede presentar molestias abdominales que pueden tratarse con algún analgésico como paracetamol. Un ligero sangrado de la vagina es normal y no es motivo de preocupación. Puede volver a tener relaciones sexuales tan pronto como se sienta cómoda.

Las heridas deben mantenerse limpias y secas. Debe secarlas cuidadosamente después de un baño o una ducha. A veces, las heridas pueden infectarse; si los cortes se enrojecen e inflaman o hay una secreción inusual, debe comunicarse con su médico de cabecera para recibir asesoramiento.

Debería comenzar a sentirse mejor dentro de dos semanas, aunque esto puede llevar más tiempo dependiendo del tipo y extensión de la cirugía. Puede tardar hasta seis meses en poder sentir el beneficio completo de la cirugía.



Tasas de éxito

A pesar de que las tasas de éxito son variables en función de cada centro, los estudios sugieren una mejora o resolución del dolor en el 62,5 % de las pacientes a los 6 meses, con una mejoría en un 55 % de pacientes a los 12 meses. La falta de respuesta al tratamiento quirúrgico puede deberse a la extirpación incompleta de la enfermedad o a la reaparición de la misma (recurrencia). Si la endometriosis es grave y afecta a otros órganos, como el intestino o la vejiga, es posible que no siempre sea posible extirpar toda la endometriosis durante una única laparoscopia, ya que, ocasionalmente, puede ser necesario que estén presentes otros especialistas (por ejemplo, un cirujano colorrectal o un urólogo).

La tasa de recurrencia de la endometriosis es impredecible, pero generalmente está alrededor de un 5-20% por año. Las mujeres que deseen quedar embarazadas deben comenzar a intentarlo lo antes posible después de la cirugía. Las mujeres que deseen posponer la concepción deben considerar un tratamiento médico para disminuir el riesgo de progresión de la enfermedad.

¿CUANDO ACUDIR AL MÉDICO TRAS UNA INTERVENCIÓN?

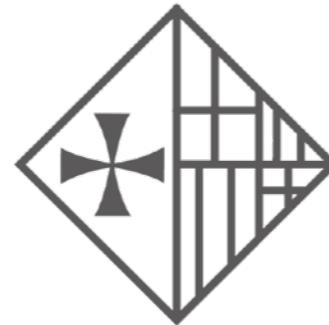
Es posible que una vez en su domicilio experimente algunas molestias. En caso de presentar alguna de las siguientes situaciones, debe consultar con su equipo médico para su valoración :

- Dolor intenso o fiebre (más de 38°C)
- Náuseas o vómitos
- Aumento del sangrado a través de los cortes
- Uno o más de los cortes se vuelven dolorosos
- Flujo vaginal maloliente
- Secreción maloliente de los cortes





DONA
Sant Pau



MÉS Sant Pau

CAMPUS SALUT BARCELONA

BIBLIOGRAFIA

13):1244-1256. doi: 10.1056/NEJMr1810764. PMID: 32212520.
Peiris AN, Chaljub E, Medlock D. Endometriosis. JAMA. 2018 Dec 25;320(24):2608. doi: 10.1001/jama.2018.17953. PMID: 30575883.