

# Infertilidad y endometriosis: Mucho más que hormonas y laparoscopias

## Nabal José Bracero, MD, FACOG

Endocrinología Reproductiva e Infertilidad  
Director Médico, GENES Fertility Institute  
Catedrático Auxiliar, Departamento de Obstetricia y Ginecología  
Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico  
Vice-Chairman, ACOG Puerto Rico Section  
Presidente, PROGyn, Inc. Tel. 787-767-2220



**S**e estima que la endometriosis afecta del 4% al 10% de las mujeres en edad reproductiva. Los síntomas principales son dolor pélvico crónico e infertilidad. Los estudios sugieren que las mujeres con infertilidad tienen 6 a 8 veces más riesgo de tener endometriosis que las mujeres fértiles. Por lo tanto, la endometriosis se encuentra con alta frecuencia en mujeres en búsqueda de un embarazo. El tratamiento simultáneo de la endometriosis y la infertilidad es complejo. En este artículo repasaremos las últimas recomendaciones de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM) para tratar la infertilidad en pacientes con endometriosis.

### Complejidad en el tratamiento simultáneo

La complejidad de este problema se manifiesta cuando la paciente se enfrenta a la cruel encrucijada de decidir entre manejar un dolor pélvico incapacitante o continuar la búsqueda del embarazo. Lamentablemente, la supresión del dolor con medicamentos hormonales no promueve el embarazo; más bien, puede retrasar la búsqueda de la fecundidad. Los tratamientos del dolor suelen llevar a la supresión hormonal con pastillas contraceptivas, progesterona y los agonistas de GnRH. Con estos tratamientos se elimina la fertilidad ya que inhiben la ovulación. Solo hay beneficio reproductivo al usar agonistas de GnRH cuando en el contexto de la preparación para un ciclo de fertilización *in vitro* (FIV).

### Clasificación de la endometriosis

Hay varias clasificaciones de la endometriosis según la cantidad de los implantes y la distorsión anatómica de los órganos reproductivos. Típicamente, estos estadios pueden ir de **leve a moderado a severo**. Sin embargo, ningún sistema se correlaciona bien con las posibilidades de embarazo. De todos modos, utilizamos estos estadios

para poder describir la severidad de la condición entre individuos y a lo largo del historial de cada paciente.

Cuando analizamos esta enigmática enfermedad podemos postular que la teoría de que la endometriosis **leve a moderada** causa infertilidad es controversial. No entendemos con claridad por qué algunas pacientes con poca enfermedad no conciben con facilidad, mientras otras con el mismo estadio de endometriosis no tienen ningún problema para tener familia. Otra duda acerca del impacto verdadero de la endometriosis leve a moderada en la fertilidad es que su erradicación no mejora significativamente la fecundidad. En mujeres con endometriosis estadio I o II, la ablación laparoscópica de los implantes endometriales puede resultar en una mejoría pequeña y no significativa en las tasas de bebés nacidos vivos.

### Tratamiento laparoscópico

El beneficio del tratamiento laparoscópico de la endometriosis leve a moderada es insuficiente para recomendar una laparoscopia únicamente para aumentar las probabilidades de embarazo. Según estudios italianos y canadienses, por cada 12 pacientes con endometriosis estadio I o II diagnosticadas y tratadas por laparoscopia, se podría esperar un embarazo exitoso adicional. Sin embargo, este beneficio aplicaría solo a las mujeres que tienen endometriosis. Al reanalizar esta data, vemos que en realidad hay que operar a 40 pacientes para lograr esta ventaja clínica. A pesar de este beneficio marginal, el cirujano de la paciente de endometriosis debe estar siempre listo para eliminar de la forma más segura los implantes peritoneales. Esto quiere decir que todas las cirugías deben ser terapéuticas y que las laparoscopias diagnósticas sin destrucción de los implantes de endometriosis son injustificables en la ginecología moderna.

Por otro lado, podemos concluir afirmativamente que la cirugía pélvica conservadora puede ser útil para la mayoría de las pacientes con endometriosis severa o con adherencias pélvicas que afectan la anatomía y la función reproductiva. Los procedimientos quirúrgicos para la endometriosis deben hacerse por laparoscopia con técnicas mínimamente invasivas para evitar el desarrollo de adherencias pélvicas y preservar la vascularidad ovárica. Una cirugía conservadora implica salvar los ovarios y el útero con miras a buscar un embarazo lo más pronto posible después de esta cirugía. La biopsia del tejido peritoneal es primordial cuando el diagnóstico no es evidente en la inspección visual durante la cirugía. En mujeres con estadio III o IV de endometriosis y sin ningún otro factor de infertilidad indentificado, el tratamiento quirúrgico conservador puede aumentar la fertilidad significativamente. Después de la primera operación de infertilidad, otras cirugías adicionales no mejoran la fecundidad. Estas pacientes son mejor tratadas con técnicas avanzadas de reproducción asistida.

Un caso que requiere mucha cautela es el manejo de los endometriomas o quistes de “chocolate” ováricos. Una posible consecuencia adversa de la cirugía de endometriomas ováricos es la pérdida de la corteza ovárica durante la cistectomía. Los folículos ovulatorios se encuentran en el milímetro y medio de esta corteza y su remoción puede resultar en compromiso de la función ovulatoria y menopausia prematura. Por lo tanto, es altamente recomendado medir la función ovárica antes de cualquier cirugía de endometriosis (en especial si hay un endometrioma), con niveles de FSH y estradiol al tercer día de la regla o con hormona anti-muleriana (AMH) en cualquier momento del ciclo. La AMH se puede medir inclusive si la paciente está utilizando pastillas anticonceptivas o un agonista de GnRH. La evidencia sugiere que la cirugía para remover endometriomas de menos de 4 cm no beneficia a las mujeres asintomáticas antes de un tratamiento avanzado de fertilidad.

### Resumen y comentario

En resumen, podemos considerar las recomendaciones de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva para pacientes con endometriosis e infertilidad:

- En mujeres más jóvenes (menores de 35 años) con endometriosis grados I o II, podemos considerar la

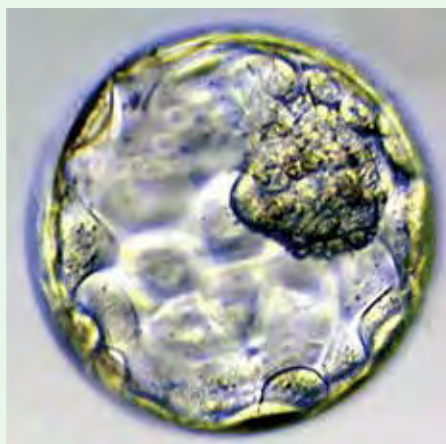
superovulación (SO) combinada con inseminación intrauterina (IUI) como terapia de primera línea;

- En mujeres de 35 años o más, se debe considerar un tratamiento más agresivo, como SO con IUI o FIV;
- En la endometriosis estadio III o IV con infertilidad, sin ningún otro factor identificable, está indicada la terapia quirúrgica conservadora (laparoscópica de ser posible). La cirugía de los endometriomas debe incluir, de preferencia, la resección o ablación del quiste (en lugar de drenaje) con cistectomía de la cápsula. Se debe evaluar la reserva ovárica antes de cualquier cirugía en pacientes con infertilidad y en especial si hay endometriomas; y
- Para las mujeres con endometriosis estadio III o IV que no pueden concebir después de una cirugía conservadora o con edad avanzada, la FIV-ET es la alternativa de terapia reproductiva recomendada.

Las recomendaciones de la ASRM varían según la integridad de los órganos reproductivos y, sobre todo, según la edad y reserva ovárica de la paciente. Un punto importante que hay que recordar es que las mujeres con endometriosis han demostrado tener resultados obstétricos adversos en comparación con las que no tienen endometriosis. Estas pacientes también pueden tener una mayor incidencia de parto prematuro, preeclampsia, hemorragia preparto, complicaciones de la placenta y cesáreas. Por ello, la evaluación a tiempo de estas pacientes es crucial para darles la mayor oportunidad posible de tener familia. **G**

### Referencias

- Fertility and Sterility, Vol. 98, No. 3, September 2012.



Blastocito: Embrión de Día 5 generado a través de fertilización in-vitro.