



## Recurrencia sintomática y ecográfica de endometriomas tras cirugía laparoscópica

Nayara López Carpintero,\* Lucía Paz Ramírez,\* Alicia Hernández Gutiérrez,\*\* Javier de Santiago García,\*\*\* Belén San José Valentín\*\*\*\*

### RESUMEN

**Antecedentes:** la endometriosis afecta de 5 a 12% de las mujeres. La cirugía laparoscópica es el tratamiento de elección, pero la alta tasa de recurrencia resulta alarmante.

**Objetivo:** analizar las variables que influyen en la recurrencia postextirpación laparoscópica de endometriomas ováricos.

**Material y método:** estudio retrospectivo de 214 pacientes intervenidas entre los años 2005 y 2006 en el Hospital La Paz con seguimiento durante cinco años. Como criterios de recurrencia se consideraron: la dismenorrea y el hallazgo ecográfico. Se estudiaron: edad, dolor (0-10), Ca-125, miomas, adenomiosis, número, lateralidad y tamaño del quiste, tratamiento médico pre y postquirúrgico, infertilidad, tipo de cirugía y características, evolución y tratamiento de las recidivas.

**Resultados:** de las pacientes operadas 30.8% (66/214) tuvo recurrencia del dolor y 28% (60/214) recidiva ecográfica. Las pacientes con recidiva sintomática tuvieron mayor dismenorrea y dispareunia previas a la cirugía ( $6.8 \pm 2.5$  y  $1.3 \pm 2.5$  frente a  $3.8 \pm 3.4$  y  $0.2 \pm 1.0$  en las no recurrencias, ( $p=0.0001$ ;  $p=0.0001$ ). La puntuación de dismenorrea y dispareunia previas también fue superior en recidiva ecográfica ( $5.9 \pm 3.3$  y  $1.2 \pm 2.5$  frente a  $4.3 \pm 3.4$  y  $0.2 \pm 1.1$  en ausencia de recidiva) ( $p=0.003$   $p=0.002$ ). La recurrencia de dismenorrea fue mayor en mujeres jóvenes ( $31.3 \pm 5.4$  años versus  $34.3 \pm 7.8$ ;  $p=0.02$ ), con cistectomía (35% versus 16.7% en anexectomía;  $p=0.02$ ) adhesiolisis (46.4% versus 23.4%;  $p=0.001$ ) y tratamiento médico postquirúrgico (41.5% frente 22.5%;  $p=0.004$ ). El tiempo medio de no recurrencia sintomática fue 44 meses (IC 95%:41-47) y el de no recidiva ecográfica 47 meses (IC 95%:45-50).

**Conclusión:** el grado de dismenorrea y dispareunia previas a la cirugía fue el factor más claramente asociado con la recidiva.

**Palabras clave:** recurrencia, dolor, endometrioma, laparoscopia.

### ABSTRACT

**Background:** Endometriosis affects to 5-12% women. Laparoscopic surgery is the treatment of choice, but the high rate of recurrence is alarming.

**Objective:** Analyse the influence of various variables in the recurrence after ovarian endometrioma laparoscopic excision.

**Material and methods:** Retrospective study of 214 cases with laparoscopic treatment in 2005 and 2006 in the Hospital La Paz. A 5 years follow-up was made. Chosen recurrence criteria were pain and suggestive ultrasound finding. Variables studied were: age, pain (0-10), Ca 125 levels, myoma, adenomyosis, number, size and laterality of cyst, medical treatment before and after laparoscopic

surgery, infertility, kind of surgery and characteristics, progression and treatment of recurrences.

**Results:** 30.8% (66/214) of patients presented pain recurrence, 28%(60/214) ultrasound recurrence. Patients with symptomatic recurrence had a bigger degree of dysmenorrhea and dyspareunia before surgery ( $6.8 \pm 2.5$  and  $1.3 \pm 2.5$  against  $3.8 \pm 3.4$  and  $0.2 \pm 1.0$  in no recurrence ones ( $p=0.0001$ ;  $p=0.0001$ ). Previous dysmenorrheal and dyspareunia punctuation was also greater in ultrasound recurrences ( $5.9 \pm 3.3$  and  $1.2 \pm 2.5$  against  $4.3 \pm 3.4$  and  $0.2 \pm 1.1$  of those with no recurrence) ( $p=0.003$ ;  $p=0.002$ ). Dysmenorrhea recurrence was greater in young ( $31.3 \pm 5.4$  years old versus  $34.3 \pm 7.8$ ;  $p=0.02$ ), with cystectomy (35% versus 16.7% in adnexectomy;  $p=0.02$ ), adhesiolysis (46.4% versus 23.4%;  $p=0.001$ ) and with medical treatment after surgery (41.5% against 22.5%;  $p=0.004$ ). The mean time of no symptomatic recurrence was 44 months (CI 95%: 41-47) and the no ultrasound recurrence was 47 months (CI 95%:45-50).

**Conclusion:** Dysmenorrhea and dyspareunia degree before surgery was the most clearly associated factor with recurrence.

**Key words:** recurrence, pain, endometrioma, laparoscopy.

### RÉSUMÉ

**Antécédents:** L'endométriose affecte 5 à 12% des femmes. La chirurgie laparoscopique est le traitement de choix, mais le taux élevé de récidive est alarmante.

**Objectif:** analyser les variables qui influencent les endométrioses ovariens récurrence postextirpación laparoscopiques.

**Méthodes:** Etude rétrospective de 214 patients opérés entre 2005 et 2006 à l'hôpital La Paz suivis pendant cinq ans. Comme les critères de récidive ont été envisagées: la dysménorrhée et l'échographie trouver. Ont été étudiés: âge, la douleur (0-10), Ca-125, les fibromes, adénomyose, le nombre, la latéralité et la taille du kyste, traitement médical avant et après la chirurgie, l'infertilité type de chirurgie, et les caractéristiques, l'évolution et le traitement des rechutes.

**Résultats:** Parmi les patients opérés de 30,8% (66/214) ont eu une récidive de la douleur et 28% (60/214) échographie récidive. Les patients atteints de récidive étaient plus symptomatiques dysménorrhée et dyspareunie avant la chirurgie ( $6,8 \pm 2,5$  et  $1,3 \pm 2,5$  versus  $3,8 \pm 3,4$  et  $0,2 \pm 1,0$  dans la récurrence non ( $p = 0,0001$ ,  $p = 0,0001$ ). Dysménorrhée score et précédente récurrence dyspareunie était également plus élevé dans les ultrasons ( $5,9 \pm 3,3$  et  $1,2 \pm 2,5$  versus  $4,3 \pm 3,4$  et  $0,2 \pm 1,1$  en l'absence de récidive) ( $p = 0,003$   $p = 0,002$ ) dysménorrhée. était plus élevé chez les jeunes femmes ( $31,3 \pm 5,4$  ans versus  $34,3 \pm 7,8$ ,  $p = 0,02$ ),

avec une cystectomie (35% contre 16,7% en annexectomie,  $P = 0,02$ ) adhésiolyse (46,4% versus 23,4%,  $p = 0,001$ ) et un traitement médical postopératoire (41,5 % contre 22,5%,  $p = 0,004$ ). La durée moyenne sans récidive symptomatique était de 44 mois (95% CI :41-47) et aucune récidive de l'échographie 47 mois (95% CI :45-50).

**Conclusion:** le degré de la dysménorrhée et dyspareunie avant la chirurgie était le facteur le plus fortement associé à la récidive.

**Mots-clés:** récidive, la douleur, endométriose, laparoscopique.

## RESUMO

**Antecedentes:** A endometriose afeta 5 a 12% das mulheres. A cirurgia laparoscópica é o tratamento de escolha, mas a alta taxa de recorrência é alarmante.

**Objetivo:** Analisar as variáveis que influenciam a recorrência postextirpação endometriomas ovarianos laparoscópicos.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de 214 pacientes que foram operados entre 2005 e 2006 no Hospital La Paz, seguido por cinco anos. Como critérios de recorrência foram considerados: a dismenorréia e ultra-som encontrar. Estudadas foram: idade, dor (0-10), Ca-125,

miomas, adenomiose, número de lateralidade e tamanho do cisto, o tratamento médico, antes e após a cirurgia, a infertilidade tipo de cirurgia, e características, evolução e tratamento das recidivas.

**Resultados:** Entre os pacientes operados de 30,8% (66/214) tiveram recorrência de dor e 28% (60/214) de ultra-som recorrência. Pacientes com recidiva eram mais sintomática dismenorréia e disparesunia antes da cirurgia ( $6,8 \pm 2,5$  e  $1,3 \pm$  pontuação Dismenorréia 2,5 versus  $3,8 \pm 3,4$  e  $0,2 \pm 1,0$  na recorrência não ( $p = 0,0001$ ,  $p = 0,0001$ ). E recorrência disparesunia anterior também foi maior em ultra-som ( $5,9 \pm 3,3$  e  $1,2 \pm 2,5$  versus  $4,3 \pm 3,4$  e  $0,2 \pm 1,1$  na ausência de recorrência) ( $p = 0,003$   $p = 0,002$ ) recorrência dismenorréia. foi maior em mulheres jovens ( $31,3 \pm 5,4$  anos versus  $34,3 \pm 7,8$ ,  $p = 0,02$ ), com cistectomia (35% versus 16,7% em anexectomia,  $P = 0,02$ ) adesiólise (46,4% versus 23,4%,  $P = 0,001$ ) e tratamento médico pós-operatório (41,5 % versus 22,5%,  $P = 0,004$ ). A média de tempo sem recorrência dos sintomas foi de 44 meses (95% CI :41-47) e não houve recorrência do ultra-som 47 meses (IC 95% :45-50).

**Conclusão:** o grau de dismenorréia e disparesunia antes da cirurgia foi o fator mais fortemente associado com recorrência.

**Palavras-chave:** recorrência, dor, endometrioma, laparoscópica.

**L**a endometriosis afecta de 5 a 12% de las mujeres en edad reproductiva y de éstas 50% llegan a sufrir infertilidad.<sup>1,2</sup> La cirugía es el tratamiento más adecuado en la endometriosis ovárica porque el tratamiento médico aislado resulta insuficiente.<sup>3,4</sup> La laparoscopia es la técnica de elección por su baja morbilidad, alta tolerancia y bajo costo relacionada con la disminución de los síntomas.<sup>5</sup> Uno de los puntos más frustrantes es la alta tasa de recurrencia y, actualmente, pocos factores de riesgo han sido consistentemente identificados.

La recurrencia ecográfica va de 8 a 16% a los 2 a 3 años y llega incluso a 32% a los cinco años y la recidiva sintomática se aprecia en 10 a 76% de las pacientes.<sup>1,2,6</sup> El objetivo de este estudio es analizar los factores implicados

en la recurrencia tras la extirpación laparoscópica de endometriomas ováricos. Y como objetivo secundario, evaluar las características, evolución y tratamiento de las recidivas.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de 214 pacientes con endometriomas ováricos intervenidas por laparoscopia entre 2005 y 2006 en el Hospital Universitario La Paz. El ovario fue la única localización de endometriosis y se efectuó un seguimiento durante cinco años, con revisión a los tres meses postcirugía y después cada seis meses durante dos años y luego cada año.

Como características previas a la cirugía se evaluaron: edad, síntomas (dismenorrea, escala de 0-10), disparesunia (escala de 0-10), infertilidad, Ca-125 (U/L/mL), hallazgo ecográfico de miomas o adenomiosis, número de quistes, tamaño y lateralidad. Se estudió la administración de tratamiento médico pre y postquirúrgico, tipo de intervención (quistectomía, anexectomía), adhesiolisis y la asociación con rotura del quiste e implantes peritoneales superficiales. También se analizaron las características de la recidiva, su evolución y tratamiento.

Se consideró hallazgo ecográfico sugerente de endometrioma a la formación ovárica predominantemente quística mayor de 1.5 cm, con pared de 1-4 mm y contenido principalmente sonoluscente, pero con ecos en su interior de baja ecogenicidad y distribución más o menos homogénea.

\* Médico adjunto.  
\*\* Médico adjunto, titular de la Unidad de endometriosis.  
\*\*\* Jefe del servicio de Ginecología.  
\*\*\*\* Sección de Bioestadística.  
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Correspondencia: Dra. Nayara López Carpintero. Calle Gatztambide 50, Madrid 28015 España. Correo electrónico: dralopezcarpintero@yahoo.es  
Recibido: 9 de octubre 2012. Aceptado: noviembre 2012.

Este artículo debe citarse como: López-Carpintero N, Paz-Ramírez L, Hernández-Gutiérrez A, De Santiago-García J, San José-Valentín B. Recurrencia sintomática y ecográfica de endometriomas tras cirugía laparoscópica. Ginecol Obstet Mex 2012;80(12):753-760.

El Ca 125 se consideró alto por encima de 35 UI/mL, límite establecido por el laboratorio del hospital.

Se consideraron infértilas las pacientes con deseo genésico y búsqueda infructuosa de gestación de seis a doce meses.

Se definió la recurrencia como reaparición de dismenorrea o hallazgo ecográfico persistente sugerente de endometrioma. También se valoró la asociación o no de ambas a elevación de Ca 125.

La indicación de la segunda cirugía se basó en el tamaño del quiste (mayor de 4 cm) y en los síntomas intensos.

Los datos se procesaron con el programa estadístico SPSS versión 11. Para el estudio descriptivo se utilizó media con desviación estándar para variables cuantitativas continuas y frecuencias absolutas y relativas expresadas en porcentaje para las cualitativas. Las comparaciones entre variables cuantitativas continuas se realizaron mediante pruebas no paramétricas: Kruskal-Wallis, U-Mann-Whitney y entre cualitativas mediante la prueba de la  $\chi^2$  o prueba exacta de Fisher. El tiempo de no recurrencia se evaluó mediante curvas de Kaplan-Meyer y de Hazard. El valor de  $p<0.05$  indicó la significación estadística.

## RESULTADOS

Las características de las pacientes previas a la cirugía se detallan en el Cuadro 1.

El 10.7% de las pacientes (23/214) recibió tratamiento médico previo a la intervención. De ellas, 91.3% (21/23) recibió anticonceptivos orales y 8.7% (2/23) análogos de GnRh. El tiempo medio de tratamiento fue de  $17.5\pm33.5$  meses.

El 43.9 % (94/214) recibió tratamiento postcirugía. El 56.4% (53/94) tomó anticoncepción hormonal oral, 31.9% (30/94) análogos de GnRh, 8.5% (8/94) la combinación de ambos y 3.2% (3/94) dispositivo intrauterino con levonorlestrel. El tiempo medio de tratamiento fue de  $17.8\pm16.2$  meses. El 14.5% (31/214) de las pacientes consigue una gestación postquirúrgica .

El 41.5% (89/214) de los casos tuvo alguna forma de recurrencia. Las distintas opciones de recidiva se detallan en la Figura 1.

### Hallazgos quirúrgicos

Se realizó cirugía conservadora, cistectomía, en 77.6% (166/214) de los casos y en 22.4% (48/214) restante,

anexectomía. En 5.1% (11/214) de las pacientes, el endometrioma estaba roto en el momento de la cirugía. Existían adherencias relevantes y se procedió a la adhesiolisis en 32.2% (69/214) de los casos. Se encontraron implantes peritoneales superficiales en 18.2% (39/214).

La relación de los diversos factores con las distintas formas de recurrencia se evalúa en los Cuadros 2, 3 y 4. En el Cuadro 5 se expone la relación de esos factores con la elevación de Ca 125 postquirúrgico en las pacientes en quienes el marcador estaba previamente elevado.

### Características de las recurrencias

En 34/60 casos la recurrencia ecográfica (56.7%) fue ipsilateral, en 14/60 (23.3%) contralateral, en 9/60 (15%) bilateral y en 5% (3/60) restante en el trayecto de algún trocar. El tamaño medio del quiste fue de  $43.6\pm25.9$  mm.

De 89 pacientes, 23 (25.8%) recibieron tratamiento hormonal como terapia de estabilización de la recidiva, en 43 (48.4%) el tratamiento con antiinflamatorios no esteroides fue suficiente para controlar el dolor y en 23 pacientes (25.8%) se recurrió a nueva cirugía. El 92.1% (82/89) de las recidivas permaneció estable con el primer tratamiento (médico-quirúrgico); fue necesaria la tercera cirugía en 7.9% (7/89) de los casos. El tiempo medio de no recurrencia sintomática fue de 44 meses (IC 95%:41-47) y el de no recidiva ecográfica de 47 meses (IC 95%:45-50) (Figura 2).

Al subdividir los tipos de recurrencia en tres períodos (menores de 6 meses, 7-12 meses, mayores de 12 meses), se observó que el mayor grupo de recidiva sintomática fue en menores de 6 meses (51.5%) y el de recurrencia ecográfica entre los 7-12 meses (44.1%). En los dos grupos de recurrencia, el porcentaje menor de recidiva fue mayor de 12 meses (12.1% para síntomas y 35.6% para ecografía).

## DISCUSIÓN

Existe una gran diversidad de criterios a la hora de definir la recurrencia. Hay estudios que sólo consideran la recurrencia ecográfica del endometrioma<sup>1,2,5</sup> o sólo la reaparición de síntomas.<sup>1</sup> Otros evalúan los síntomas y la ecografía<sup>5,6</sup> y otros analizan el hallazgo ecográfico junto con el Ca 125 alto.<sup>1</sup> En este estudio se tomaron como criterios todos los parámetros a considerar en el seguimiento de pacientes con endometriosis, se evaluó el hallazgo eco-

**Cuadro 1.** Características previas a la cirugía

Edad media	33.4 ± 7.3 años; p50= 32.0 años	
Dismenorrea	74.8%	(160/214)
Dispareunia	11.2%	(24/214)
Disquedad	2.8%	(6/214)
Trastornos miccionales	0.5%	(1/214)
Infertilidad	21%	(45/214)
Ca 125 > 35 UI/mL	64.4%	(116/183)
Ca 125 UI/mL	66.1171.5; p50=49.4mUI/ml	
Miomas	22.4%	(48/214)
Adenomiosis	4.2%	(9/214)
1 quiste	74.7%	(160/214)
2 quistes	25.2%	(54/214)
Quiste izquierdo	58.4%	(97/166)
Quiste derecho	41.6%	(69/166)
Quistes bilaterales	22.4%	(48/214)
Ningún hijo previo	69.1%	(148/214)
1 hijo previo	59.1%	(39/66)
Tamaño medio ecográfico primer quiste	48.0117.8 mm ; p50=45.5 mm	
Tamaño medio ecográfico segundo quiste	31.4113.6 mm ; p50=27.5 mm	
Tamaño medio laparoscópico primer quiste	48.7120.3 mm ; p50=44.0 mm	
Tamaño medio laparoscópico segundo quiste	34.4119.7 mm ; p50=30.0 mm	

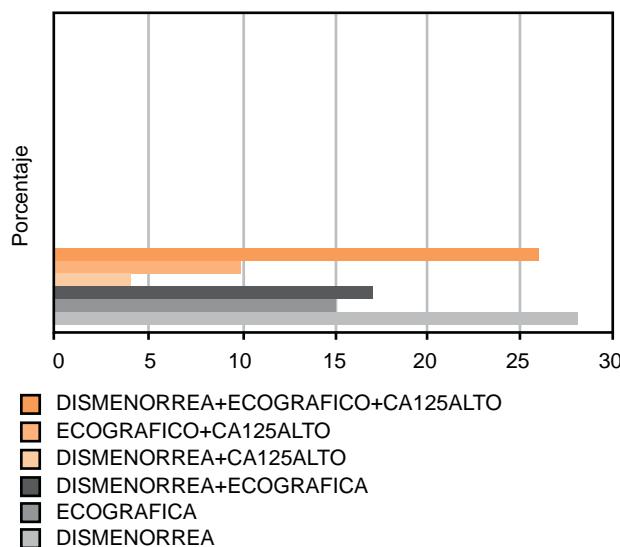
**Figura 1.** Distintas posibilidades de recurrencia

gráfico y la reaparición de síntomas como recurrencias y la asociación o no de éstos con la nueva elevación del Ca 125 en los casos en los que estaba previamente elevado, se intentó abarcar el problema en su totalidad.

Entre las pacientes con recidiva aparecieron casos con sólo reaparición de dismenorrea o sólo recidiva ecográfica. Cuando se dieron al menos dos de los criterios considerados, se aumentaron las posibilidades de atribuir el hallazgo a una recidiva endometriótica. Existe dificultad para asegurar que la dismenorrea o la imagen ecográfica sugerente sean recidivas endometrióticas cuando aparecen aisladamente. Lo más probable, en una paciente diagnosticada de endometriosis con muestra histológica, es que su nueva dismenorrea se deba a esta enfermedad y que la imagen ecográfica sugerente sea un endometrioma, pero no hay que obviar la existencia de dismenorrea esencial o el diagnóstico diferencial con otros quistes ováricos. Abbott publicó que en un tercio de las pacientes que se reoperaron por dolor postoperatorio no se evidenció laparoscópica ni histológicamente endometriosis y tuvieron persistencia de la dismenorrea.<sup>4,6</sup>

Existe un dilema clave a la hora de distinguir recurrencia de persistencia de la enfermedad. Apenas hay estudios que aborden este parámetro. Y podría tratarse de dos modos distintos de recidiva. No está claro si la recurrencia sucede *in situ*, por crecimiento de lesiones endometrióticas residuales, no detectables por laparoscopia o bien, ocurre *de*

**Cuadro 2.** Recurrencia de dismenorrea

	<i>Recurencia</i>	<i>No recurrencia</i>	<i>Valor de p</i>
	<i>Dismenorrea</i>		
Edad (años)	31.3±5.4	34.3±7.8	0.02 ES
Dismenorrea (0/10)	6.8±2.5	3.8±3.4	0.0001 ES
Dispareunia (0/10)	1.3*2.5	0.2±1.0	0.0001 ES
Infertilidad n=45	18(40%)	27 (60%)	0.1 ns
CA 125 alto (UI/mL)	71.1±67.4	61.0±72.8	0.1 ns
Miomas n=48	10(20.8%)	38 (79.2%)	0.1 ns
Adenomiosis n=9	5 (55.6%)	4(44.4%)	0.1 ns
Número de quistes	1.2±0.5	12±0.4	0.8 ns
Unilateral n=166	50 (30.1%)	116(69.9%)	
Bilateral n=48	16(33.3%)	32 (66.7%)	ns
Derecho n=69	19(27.5%)	50 (72.5%)	0.3
Izquierdo n=97	35 (36%)	62 (64%)	ns
Número de gestaciones previas viables	0.2±0.5	0.5±0.8	0.02 ES
Tamaño del primer quiste	50.5±23.4	47.7±8.6	0.7 ns
Laparoscopia (mm)			
Tamaño del segundo quiste	41±25.6	31.4±16.1	0.1 ns
Laparoscopia (mm)			
Tratamiento médico	5 (21.7%)	18(78.3%)	0.4 ns
Pre-cirugía n=23			
Con tratamiento médico	39(41.5%)	55 (58.5%)	0.004 ES
Postcirugía n=94			
Sin tratamiento médico	27 (22.5%)	93 (77.5%)	
Postcirugía n=120			

*novo* por la aparición de nuevas lesiones o, bien, se trata de una combinación de ambas. Se ha planteado como límite diferencial los 4-12 meses desde la cirugía.<sup>8</sup> Pero no existe certeza de que a partir del tiempo sea una recurrencia y no una persistencia con un periodo de latencia y reactivación posterior.

La endometriosis se ha documentado luego de 3 a 5 años de la menarquía, por lo que si las recurrencias se consideran *de novo* sería razonable que el periodo libre de recidiva fuera de al menos 36 meses y menor en la recurrencia *in situ*. Liu encontró una tasa constante Hazard en los 28-30 meses postcirugía en los que la paciente no es vulnerable. A partir de ese periodo las tasas de dismenorrea y de endometrioma ecográfico se incrementan de manera importante, es más pronunciado en la dismenorrea.<sup>9</sup> Según esta premisa, los resultados expuestos en este estudio podrían estar más en relación con recurrencia *in situ*; observándose más recidiva en los primeros 20 meses.

De acuerdo con los resultados obtenidos, el dolor previo a la cirugía (dismenorrea, dispareunia) fue el factor más claramente asociado con la recidiva sintomática y ecográfica. Y la existencia de mayor dispareunia previa también se asoció con mayor tasa de nueva elevación del Ca 125. Este riesgo de recidiva sintomática y ecográfica apareció, además, asociado con el grado de dismenorrea y dispareunia previas a la cirugía, de modo que las pacientes con más síntomas son las que tienen más riesgo de recidiva futura. Así, en gran parte, la clínica inicial de la paciente será la que ponga en anticipo de la evolución posterior. La dismenorrea postcirugía es la forma más común de presentación de recidiva, dato confirmado por otros estudios.<sup>4</sup>

Centrándose en la recurrencia de dismenorrea, la asociación con la edad joven ha sido evidenciada también por otros autores que relacionaron la juventud con mayor recurrencia pero ecográfica a los 21-24 meses.<sup>9</sup> Otros, sin embargo, no hayan relación entre edad y recidiva.<sup>1,2</sup>

**Cuadro 3.** Recurrencia ecográfica

	Recurrencia		p
	Ecográfica	No recurrencia	
Edad (años)	31.9±5.7	33.9±7.7	0.2 NS
Dismenorrea (0/10)	5.9±3.3	4.3±3.4	0.003 ES
Dispareunia (0/10)	1.2±2.5	0.2±1.1	0.002 ES
Infertilidad n=45	19(42.2%)	26 (57.8%)	0.02 ES
CA 125 alto (UI/mL)	72.7±67.5	61.5±72.6	0.05 LÍMITE
Miomas n=48	11 (23%)	37 (77%)	0.2 ns
Adenomiosis n=9	5 (55.6%)	4 (44.4%)	0.1 NS
Número de quistes	1.3±0.4	1.2±0.4	0.3 ns
Unilateral n=166	43 (26%)	123 (74%)	
Bilateral n=48	17(35.4%)	31 (64.6%)	0.1 NS
Derecho n=69	17(24.6%)	52 (75.4 %)	0.7 ns
Izquierdo n=97	27 (27.8%)	70 (72.2%)	
Número gestaciones previas viables	0.4±0.8	0.5±0.7	0.5 NS
Tamaño 1º quiste laparoscópico	50.1±21.9	48.±19.6	0.7 ns
Tamaño 2º quiste laparoscópico	38.3±25.8	33±16.6	0.6 NS
Tratamiento médico Pre-cirugía n=23	5 (21.7%)	18(78.3%)	0.6 ns
Tratamiento médico Post-cirugía n=94	29 (30.8%)	65 (69.2%)	0.4 NS

**Cuadro 4.** Características de la cirugía

Características de la cirugía	Recidiva de síntomas	P	Recurrencia ecográfica	P
Cistectomía n=166	58 (35%)	0.02	50 (30.2%)	0.2
Anexectomía n=48	8(16.7%)	ES	10 (20.8%)	
Adjunto n=141	51 (36.2%)	0.02	41 (29%)	0.6
Residente n=73	15 (20.5%)	ES	18 (24.6%)	ns
Quiste roto n=11	4 (36.7%)	0.7	5 (45.4%)	0.2
Quiste íntegro n=203	62 (30.5%)	NS	55 (27%)	NS
Adhesiolisis n=69	32 (46.4%)	0.001	25 (36.2%)	0.07
No adhesiolisis n=145	34 (23.4%)	ES	35 (24.1%)	ns
Implante peritoneal n=39	13(33.3%)	0.7	12(30.7%)	0.6
Sin implantes n=175	53 (30.2%)	NS	48 (27.4%)	NS

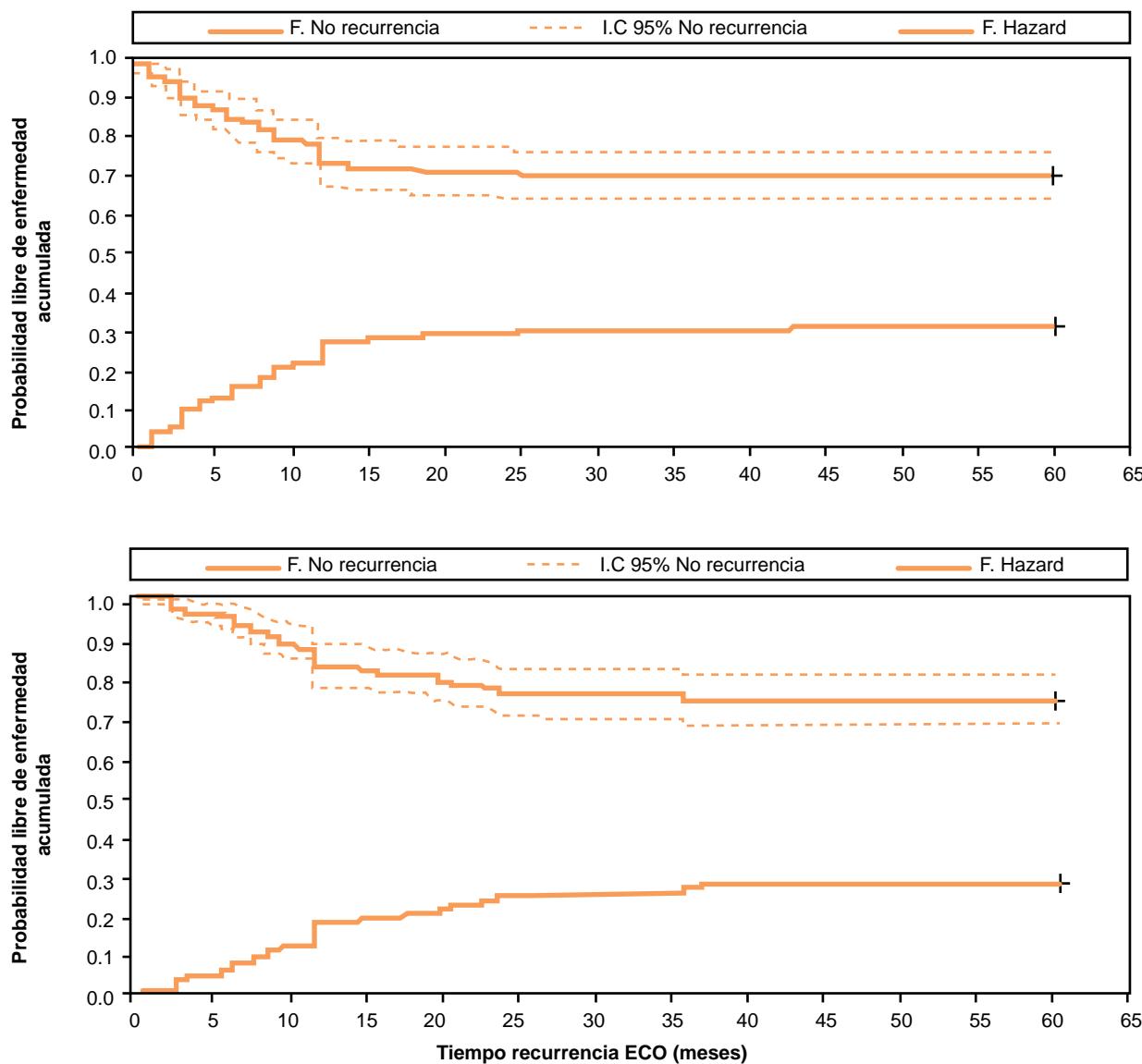
La recidiva de dismenorrea se asoció, también, de forma relevante con la adhesiolisis intraquirúrgica extensa. Las extensas adherencias, especialmente en anejos y fondo de

**Cuadro 5.** Nueva elevación del CA 125 en pacientes con CA125 alto previo a la cirugía

	Elevación		p
	CA 125	No elevación	
Edad (años)	31.5±5.8	33.7±7.5	0.1 NS
Dismenorrea (0/10)	5.4±3.3	4.6±3.4	0.1 NS
Dispareunia (0/10)	1.1±2.3	0.4±1.5	0.02 ES
Infertilidad n=45	10 (22.2%)	35 (77.8%)	0.2 NS
CA 125 alto (UI/mL)	77.4±71.3	62.±71.1	0.01 ES
Miomas n=48	7(14.6%)	41 (85.4%)	0.8 NS ^^^
Adenomiosis n=9	2 (22.2%)	7 (77.8%)	0.6 NS
Número de quistes	1.2±0.4	1.2±0.4	0.9 NS
Unilateral n=166	27(16.3%)	139(83.7%)	0.6 NS
Bilateral n=48	9(18.8%)	39 (81.2%)	
Derecho n=69	8(11.6%)	61 (88.4%)	0.1 NS
Izquierdo n=97	20 (20.6%)	77 (79.4%)	
Número gestaciones previas viables	0.2±0.5	0.5±0.8	0.09 NS
Tamaño laparoscópico primer quiste	51.7±24.6	48±19.2	0.6 NS
Tamaño laparoscópico segundo quiste	48.3±37.1	32.7±5.8	0.3 NS HHH
Tratamiento médico Pre-cirugía n=23	3 (13%)	20 (87%)	0.7 NS
Tratamiento médico Post-cirugía n=94	18(19.1%)	0	

saco de Douglas, son un factor asociado con la recurrencia de dismenorrea.<sup>3</sup> Estos casos podrían enmarcarse en una enfermedad más agresiva o con mayor tendencia a nueva formación de adherencias. También es posible que, escondidas entre las adherencias, queden pequeñas lesiones al realizarse cirugía incompleta, o bien que persistan adherencias que pasen inadvertidas cuando son múltiples y extensas. Todo ello obligaría a realizar una extirpación completa de las lesiones visibles y las adherencias, especialmente en pacientes en quienes los síntomas sean la queja principal.

El tratamiento médico pre y postquirúrgico de los endometriomas ováricos es objeto de debate, pero existe acuerdo en afirmar que su eficacia como terapia exclusiva no ha sido demostrada. Conduciría a una reducción de volumen más que a una completa regresión del quiste. Así,



**Figura 2.** Curvas de Kaplan Meyer y de Hazard para evaluar tiempos de recurrencia sintomática y ecográfica.

la falla del tratamiento médico se debería a la persistencia de tejido endometriósico.

Previamente a la cirugía no hay indicaciones para prescribir tratamiento médico. Y, en cuanto a la administración posterior, existen datos dispares. La mayoría de los autores afirma que no afecta significativamente a la recurrencia ni clínica ni ecográfica de endometriosis.<sup>2,9</sup> Algunos autores concluyen que los anticonceptivos orales previenen la recurrencia del endometrioma y otros encuentran cierta ventaja en el dolor con el tratamiento médico tras la ci-

rugía.<sup>8</sup> El tratamiento médico se prescribe para intentar disminuir el riesgo de recurrencia y para aumentar el periodo libre de dolor. Es posible que permita disminuir el dolor a corto plazo, pero con el seguimiento más prolongado no haya un efecto protector para la recurrencia sintomática, como lo describió Muzzi.<sup>10</sup>

Los resultados obtenidos de mayor recurrencia sintomática a los cinco años entre las pacientes que recibieron tratamiento, podrían estar relacionados con la indicación del mismo, que se pauta a pacientes con síntomas severos,

enfermedad avanzada y durante un corto periodo o, bien, con la persistencia de la enfermedad que permanecería latente durante el tratamiento reactivándose posteriormente. De cualquier modo, la endometriosis ovárica no debe considerarse una contraindicación a la anticoncepción hormonal oral.

Al analizar las características de la cirugía, se apreciaron más recidivas sintomáticas en pacientes a quienes se realizó cirugía conservadora. Con la anexectomía se abarcaría mayor cantidad de tejido que permitiría incluir en la pieza posibles pequeñas lesiones inadvertidas y facilitar la adhesiolisis en casos necesarios. Podría ser una opción válida en pacientes con mayor edad o sin deseo genésico. La cistectomía puede resultar más difícil en determinados casos aumentando la posibilidad de dejar tejido residual.

Entre los factores asociados con la recidiva ecográfica, además del grado de dismenorrea y dispareunia previas a la cirugía está la infertilidad. La mayoría de las pacientes infértilas no recurre ecográficamente pero ésta es más frecuente en no infértilas. La infertilidad parece estar asociada con cuadros más severos con importantes adherencias que produzcan oclusión tubárica y con pérdida de tejido ovárico. Sin embargo, si la cirugía es óptima la recurrencia ecográfica no tiene porqué aumentar frente a las pacientes fériles.

Diversos autores consideran a la gestación postquirúrgica un factor protector.<sup>2</sup> Sin embargo, es en los primeros meses postintervención en los que podría ejercer su protección, atribuida a la supresión del crecimiento de las lesiones gracias al efecto de la progesterona.<sup>8</sup> Los resultados expuestos son a los cinco años con evaluación de la implicación a largo plazo de este factor y sin ventajas en el seguimiento.

El Ca 125 se expresa, principalmente, en endometriosis avanzadas. Tiene su utilidad en el seguimiento para supervisar la respuesta al tratamiento, de tal forma que una elevación postquirúrgica persistente predice un pronóstico relativamente desfavorable. De acuerdo con los resultados expuestos, podría predecir mayor probabilidad de recurrencia ecográfica. Las pacientes con nueva elevación de Ca 125 tras la cirugía tuvieron cifras mayores del marcador y mayor dispareunia previas a la cirugía. La dispareunia se relaciona con la extensión de adherencias pélvicas y el

Ca 125 orienta a cuadros severos; los resultados obtenidos son coherentes con estos hechos.

El resto de los factores estudiados no se relacionaron claramente con la recurrencia endometriósica. Si el tamaño del quiste no es un dato relevante en la recurrencia, en ausencia de síntomas marcados habría que cuestionarse si habría que operarlos y cuando sean de qué tamaño hacerlo. La necesidad de muestra histológica para descartar malignidad obligaría a realizar cirugía, pero quizás en quistes mayores de 4-5 cm.

En referencia específica a las pacientes que recidivaron, la mayoría de los casos se controló con tratamiento médico, y la segunda cirugía sólo fue necesaria en 25.8%, cifra similar a la hallada por otros autores.<sup>4</sup>

## REFERENCIAS

1. Porpora MG, Pallante D, Ferro, AM, Crisafi B, Bellati F, et al. Pain and ovarian endometrioma recurrence after laparoscopic treatment of endometriosis: a long-term prospective study. *Fertil Steril* 2010;93:716-721.
2. Koga K, Takemura Y, Osuya Y, Yoshino O, Hirota Y. Recurrence of ovarian endometrioma after laparoscopic excision. *Human Reprod* 2006;21(8):2171-2174.
3. Jones KD, Sutton CJ. Laparoscopic management of ovarian endometriomas: a critical review of current practice. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000;12:309-315.
4. Abbott JA, Hawe J, Clayton RD, Garry R. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2-5 year follow-up. *Human Reproduction* 2003;18(9):1922-1927.
5. Muzii L, Bellati F, Bianchi A, Palaia I, Manci N, et al. Laparoscopic stripping of endometriomas: a randomized trial on different surgical techniques. *Hum Reprod* 2005;20:1987-1992.
6. Vercellini P, Somigliana E, Dagati R, Vigano P, Meroni F, et al. Postoperative oral contraceptive exposure and risk of endometrioma recurrence. *Am J Obstet Gynecol* 2007;198(5):504 el-e5.
7. Mossa B, Ebano V, Tucci S, Rega C, Dolce E. Laparoscopic surgery for the management of ovarian endometriomas. *Med Sci Monit* 2010;16 (4):MT45-50.
8. Guo SW. Recurrence of endometriosis and its control. *Hum Reprod Update* 2009 ;15(4):441-461.
9. Liu X, Yuan L, Shen F, Zhu Z, Jiang H, et al. Patterns of and risk factors for recurrence in women with ovarian endometriomas. *Obstet Gynecol* 2007;109:1411-1420.
10. Muzzii I, Marana R, Caruana p, Catalano GF, Margutti F, et al. Postoperative administration of monophasic combined oral contraceptives after laparoscopic treatment of ovarian endometriomas: a prospective, randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:588-592.