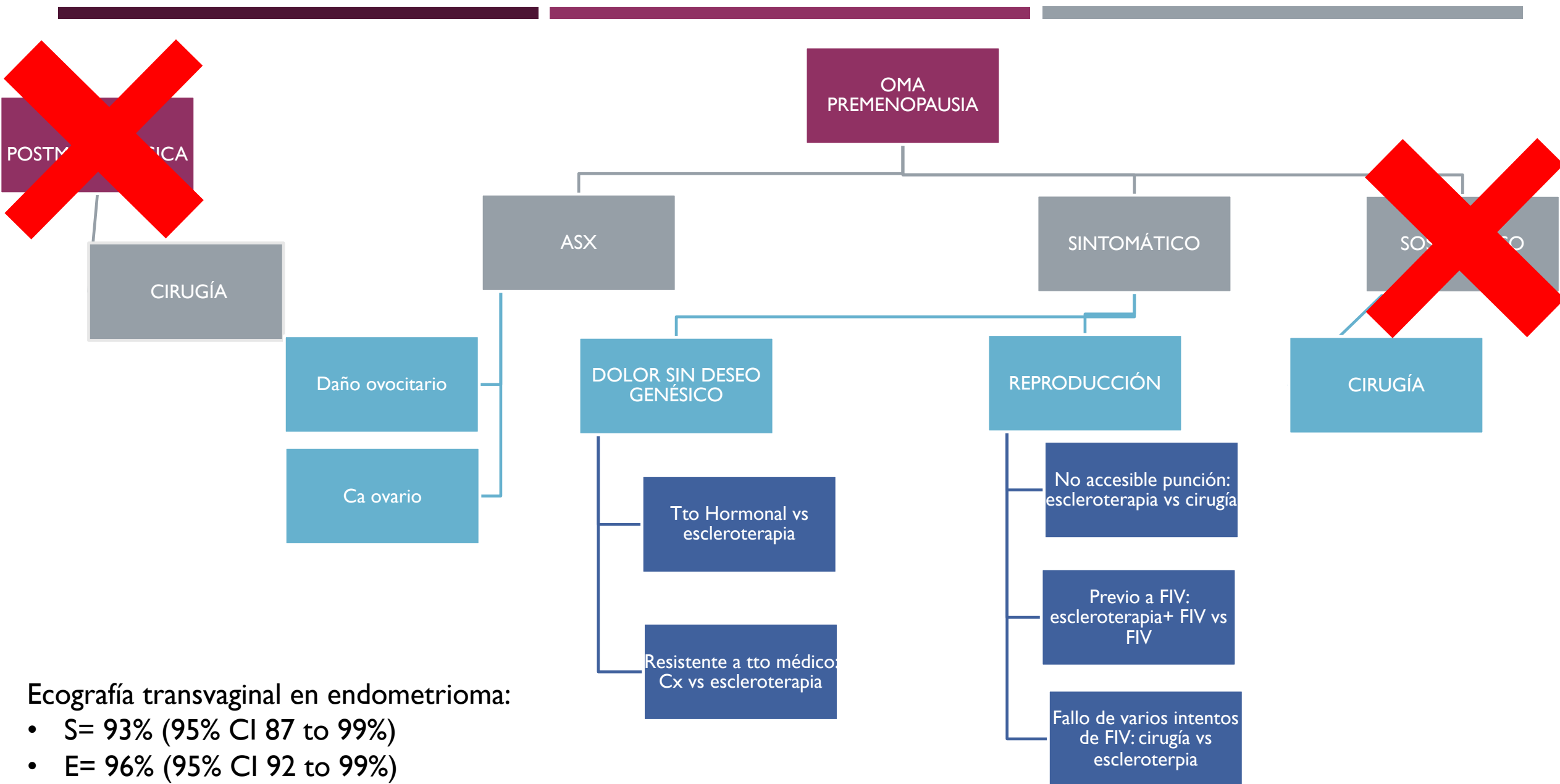




ESCLEROTERAPIA DE ENDOMETRIOMAS OVÁRICOS

EN CONTRA



Ecografía transvaginal en endometrioma:

- S= 93% (95% CI 87 to 99%)
- E= 96% (95% CI 92 to 99%)

Nisenblat 2016 Cochrane meta-analysis

¿ QUÉ DENOMINAMOS **SOSPECHOSO**?



Criterios epidemiológicos

		Criterios analíticos	Ca 125	Ca 19,9
Koike 2002	Edad menor de 45 años			
Ikuta, 2006	< 40 años			
Mesogitis, 2000	NO AF de Ca ovario Premeno páusicas	Grupo Beltvige	< 200	<35
		Koike 2002	<100	
		Messalli, 2002	<35	

Criterios ecográficos

Beltvige	<10 cm	Unilocular “Tipicos”
Koike, 2002	<7 cm	Uni o bi con tabique fino
Noma, 2001		NO parte sólida ni septos gruesos
Messalli, 2002	< o = a 7 cm	No vegetaciones No papilas
Ikuta, 2006		No componente sólido. No septos gruesos
Yazbeck, 2009	Entre 2-6 cm	<4 lóculos
Wang 2013	No componente sólido	Vascularización con baja resistencia

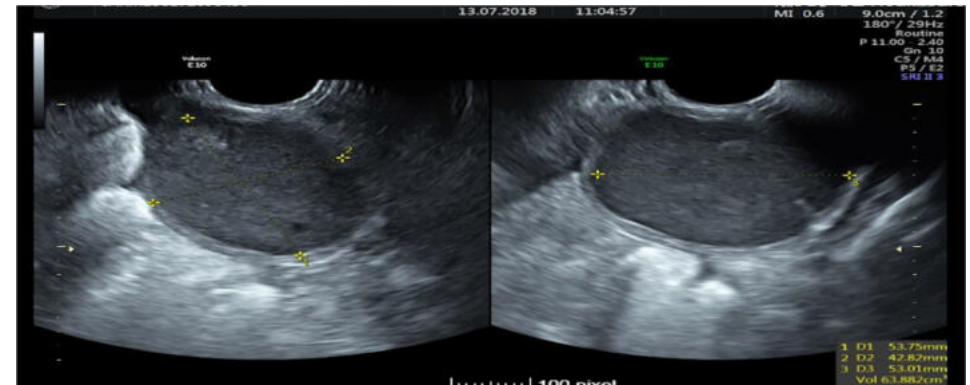
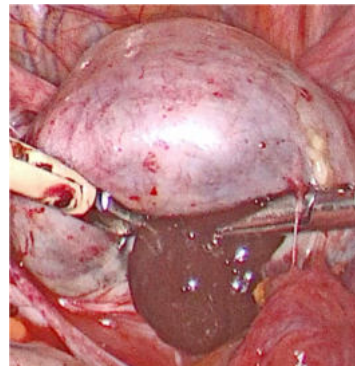
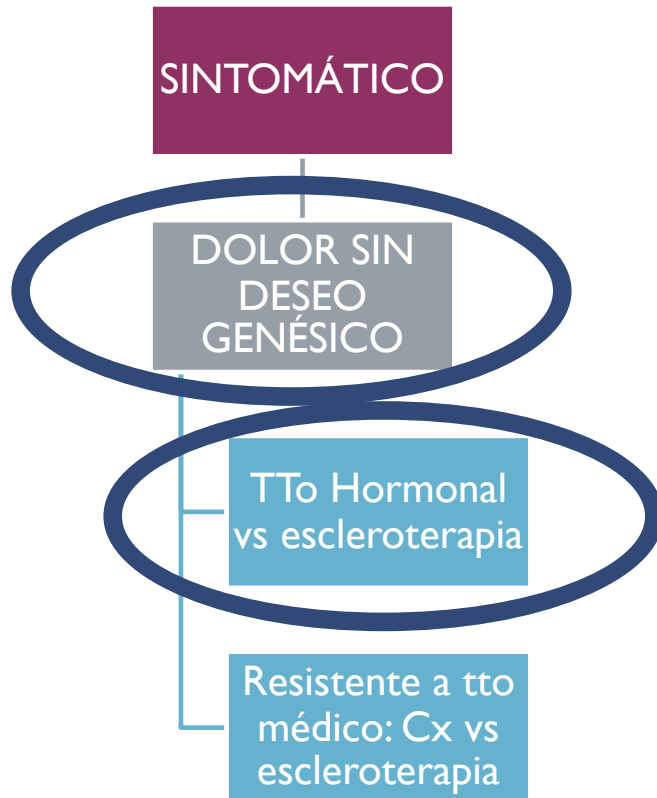
OMA EN LA PREMENOPAUSIA

- ## ■ Tratamiento Hormonal vs escleroterapia

17-44% de las mujeres con endometriosis tienen endometriomas (Jenkins, 1986) y está asociado a estadios más avanzados (III y IV) (Alborzi 2019)

Solo un 15 % de las pacientes presentan endometriosis aislada (sin adherencias, ni peritoneal ni profunda) OMA izquierdo se asocian a DIE rectal y US izquierdo (Exacoustos, 2018)

Endometriosis y adenomiosis coexisten en un 30 % (Chapron, 2019)

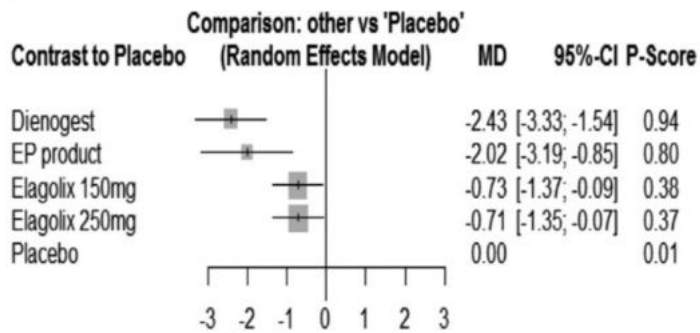


ENDOMETRIOMA EN LA PREMENOPAUSIA

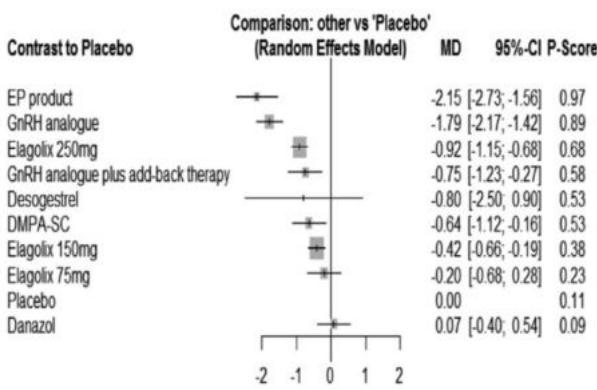
- Tratamiento Hormonal vs escleroterapia

Metaanálisis,2021

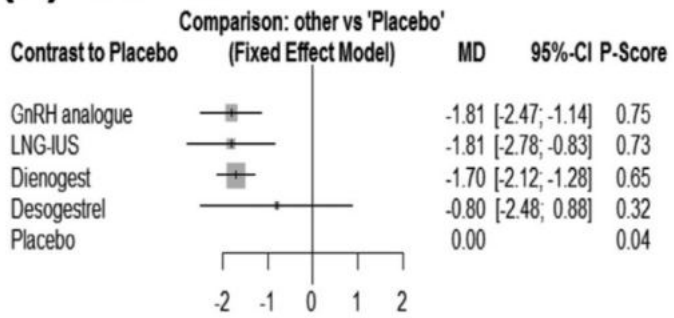
(A) VAS 3m



(D) Change in dysmenorrhea score 6m



(B) VAS 6m



81-89 % de respuesta a tto médico
Becker,2017 Fertil Steril

METAANÁLISIS ESCLEROTERAPIA

Alivio o mejora del dolor 68-96%. Igual en lavado que in situ (COHEN, 2017)

Alivio o mejora del dolor 66,7-100 % (85,9%)

VAS de dolor 2-5,8 pasa tras escleroterapia a 0-3.0 (KIM, 2022)



■ Tratamiento Hormonal vs escleroterapia



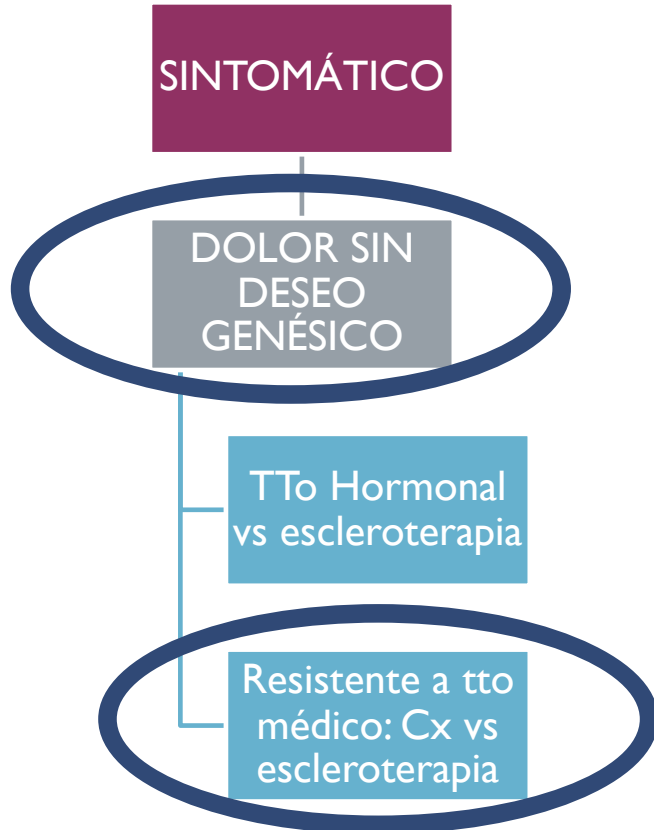
¿ESTARÍAMOS INFRATRATANDO?

En un 85% trataríamos toda la enfermedad

Método anticonceptivo

Beneficios añadidos de la ACO

ENDOMETRIOMA EN LA PREMENOPAUSIA



- Tratamiento Resistente a tto Médico: Cirugía vs escleroterapia



El dolor pélvico en mujeres con endometriomas esta actualmente asociado con lesiones peritoneales coexistentes Miller,ACGL 2021

Cuando un endometrioma presenta dolor, durante la cirugía hay asociadas otros fenotipos clínicos de endometriosis ESHRE 2022

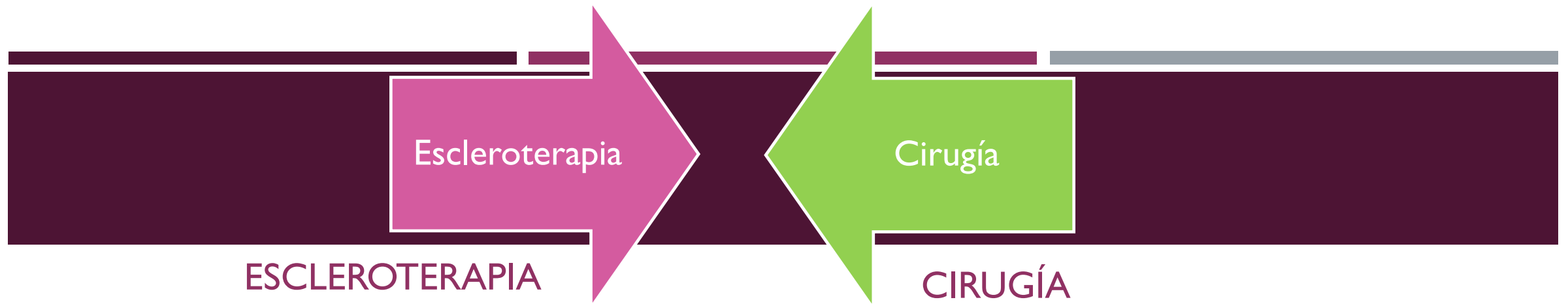
ENDOMETRIOMA EN LA PREMENOPAUSIA

- Resistente a tto médico: Cx vs escleroterapia

TABLE 3. Cytologic-Histologic Correlation of Ovarian Cyst FNA

Cytologic Diagnosis	Histologic Diagnosis				Total
	Benign Nonneoplastic	Benign Neoplasm	Borderline Neoplasm	Malignant Neoplasm	
Benign, no. (%)	126 (94.7%)	128 (88.3%)	4 (57.1%)	6 (40.0%)	264 (88.0%)
Atypical, no. (%)	7 (5.3%)	17 (11.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	24 (8.0%)
Suspicious, no. (%)			3 (42.9%)	2 (13.3%)	5 (1.7%)
Malignant, no. (%)				7 (46.6%)	7 (2.3%)
Total	133	145	7	15	300

10/264= **3,78 %** de falsos negativos en citología



■ DOLOR

Alivio del dolor 68-96%. Igual en lavado que in situ

Alivio del dolor 66,7-100 % (85,9%) VAS de dolor 2-5,8 pasa tras escleroterapia a 0-3.0

■ RECURRENCIAS (a los 6 m; reaparición del quiste)

0- 62,5% (13,8%)

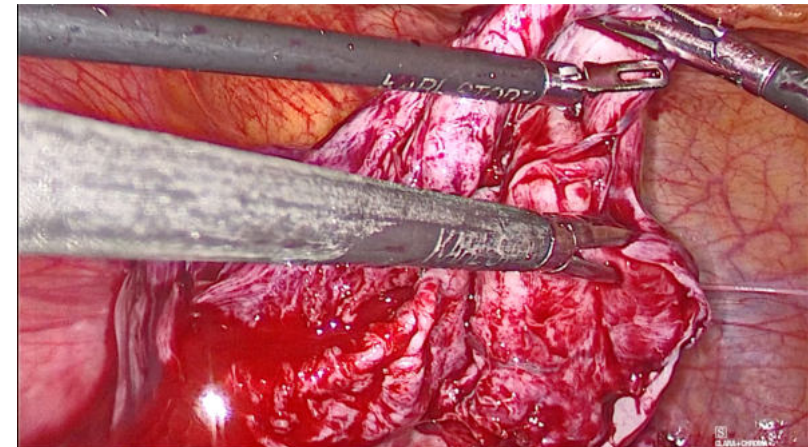
- 0- 13,3% in situ
- 0- 62,5% lavado
 - 62,5% <10 min
 - 9,1% >o= 10 min
- Igual en < o > 10 minutos

EXÉRESIS

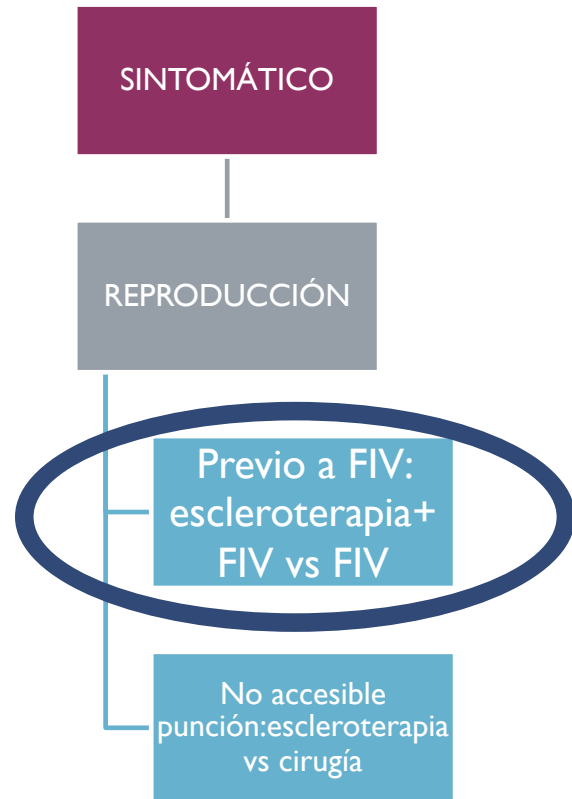
- Reducción del dolor 88,2 % (77,8%-96,4%)
- Recurrencia del dolor 22,6 % (5,8-56,9%) Media de seguimiento de 24 meses

Revisión sistemática Singh/ Becker, 2020 JGOC

COHEN/KIM



ENDOMETRIOMA EN LA PREMENOPAUSIA



- Previo a FIV: escleroterapia+ FIV vs FIV sola

Metaanálisis Cohen 2017 FIV (8 estudios)

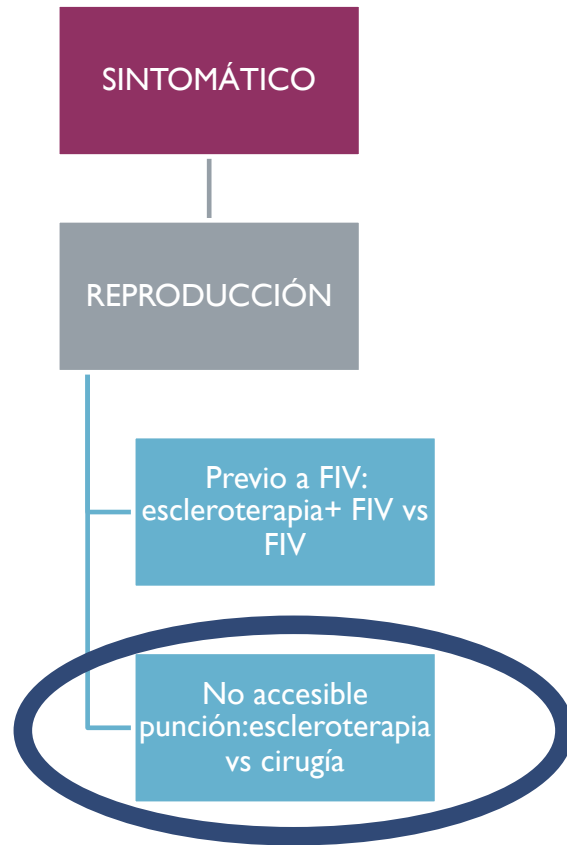
Igual número de ovocitos y tasa de embarazo en escleroterapia que en endometriomas no tratados.

Metaanálisis de Alborzi 2019

No diferencias significativas en la tasa de embarazo entre escleroterapia+ TRA vs TRA



ENDOMETRIOMA EN LA PREMENOPAUSIA



- No accesible punción: escleroterapia vs cirugía

“La punción ovocitaria en un reto mayor en endometriomas. Se acepta (pero no demostrado) que la punción de los quistes debe ser evitada.

La magnitud de estas dificultades es MODESTA. NO representa un obstáculo SIGNIFICATIVO”

Somigliana y Vercellini, 2018

Durante la punción FIV

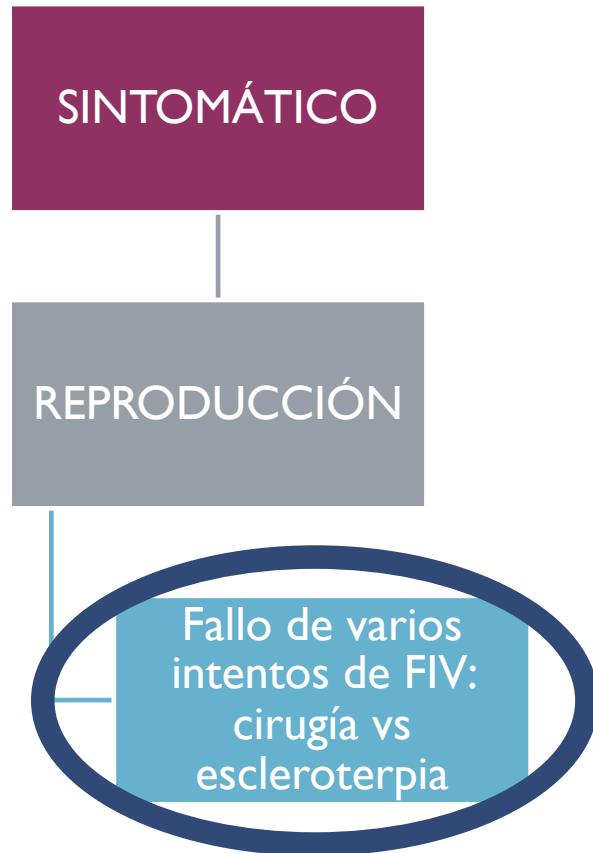
Infección

Rotura quiste

Contaminación folicular

Somigliana 2015

ENDOMETRIOMA EN LA PREMENOPAUSIA



- Fallo de varios intentos de FIV: cirugía vs escleroterapia

ESHRE 2022,

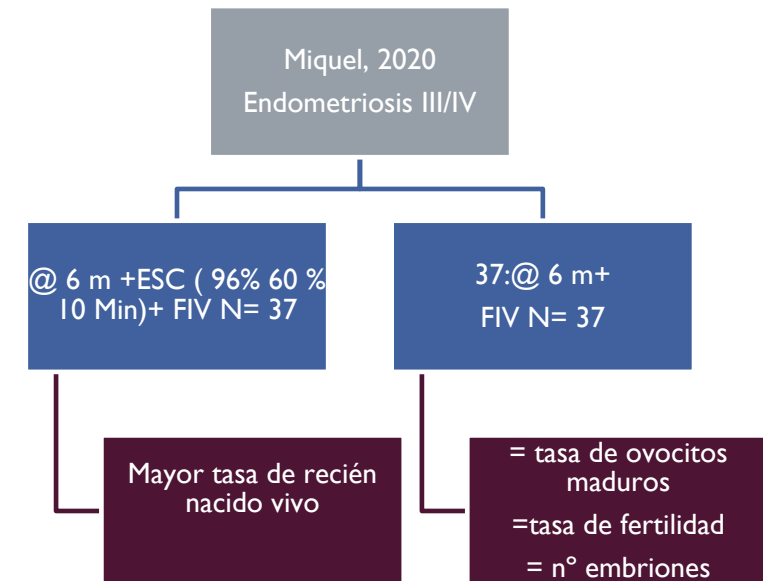
SUP: no debe hacerse cirugía previa a FIV para aumentar las tasas de éxito

OMA: No debe hacerse cirugía del endometrioma para mejorar las tasas de FIV.

DIE: En casos de fallos previos a FIV, con DIE, la exéresis de todas las lesiones deben ser consideradas.

COHEN Metaanálisis

No diferencias en la tasa de embarazo pero mayor número de ovocitos obtenidos en escleroterapia vs quistectomía

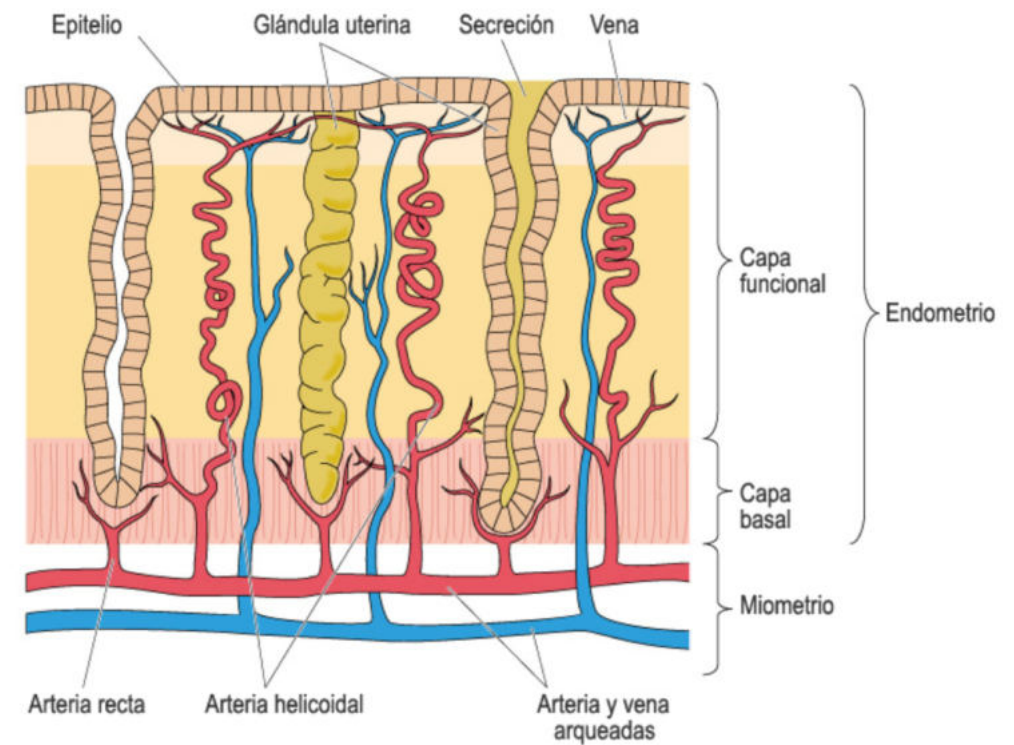


ENDOMETRIOMA EN LA PREMENOPAUSIA

ASINTOMÁTICA

¿Evitar daño
ovocitario o
provocarlo?

¿Ca ovario?



Muzzi, Fertil Steril 2007

**40% (2-90%)
Fibrosis**

**60 % (10-98%)
Endometrio**

Penetración del tej
endometrial en la
pared del quiste
0,6+/-0,4 mm (0,1-
2 mm)

Grosor del quiste 1.4 +/- 0,6 mm

**81% de la pared quística tenían presenta
ovario (estroma, folículos o ambos)**

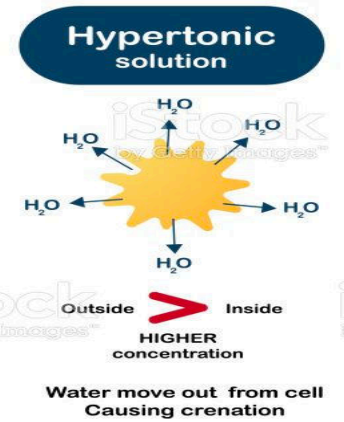
EFFECTOS DEL ALCOHOL

La difusión del OH en el
tejido produce:

- Deshidratación
hipertónica celular
- Desnaturalización
proteica
- Coagulación
- Trombosis

Albanese,2010

**Necrosis
Fibrinoide**



Atilgan,2014

**Grupo 1
Aspiración**

**Fol 1 / primordiales
Mayor que grupo 2**

**Grupo 2
OH 95% ½ vol 10
min**

**Apoptosis y fibrosis
mayor que grupo 1**

1 MES

OOFORECTOMÍA

Simsek,2015

**Grupo 1
Aspiración**

**Mismo N de Folículos
primordiales, secundario
y terciario.**

**Grupo 2
OH 95% ½ vol 5
min**

**Menos Folículos 1°
Dismunución Act angiogénica
Mayor fibrosis
Mayor apoptosis
Degeneración epitelial**

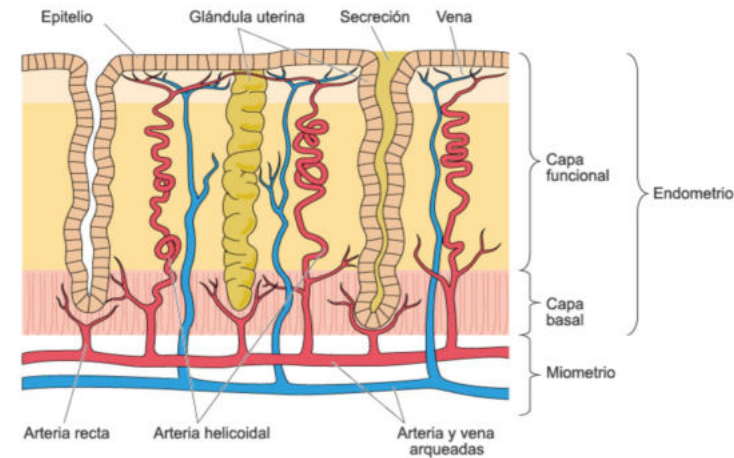
Líquido Peritoneal

- Enzimas proteolíticas
- Especies reactivas de oxígeno
- Moléculas inflamatorias

CÁNCER DE OVARIO ASOCIADO A ENDOMETRIOSIS

ENDOMETRIO ECTÓPICO ES DIFERENTE AL EUTÓPICO

- Metabolismo/ Biosíntesis estrogénica
- Respuesta clínica a la regulación hormonal



La mayor parte del endometrio ectópico contiene estroma y poco epitelio

- 1.- Un aumento de Receptores estrogénicos beta
- 2.- Alteraciones en prostaglandinas y corticoides
- 3.- Alteraciones en la esteroideogénesis
- 4.- Alteraciones genéticas en epitelio: inactivación del PTEN, sobreexpresión p53, mutación ARID1a.

¿ Puede el OH producir efectos epigenéticos?

CONCLUSIONES

- HERRAMIENTA EN EL ARSENAL TERAPÉUTICO
- PROCESO SEGURO
- BAJA TASA DE COMPLICACIONES
- FALTA ESTANDARIZACIÓN TÉCNICA

	Anestesia	OH	Volumen	Max	Tiempo
Belltvige, 2015-2021	Sin anestesia	100%	2/3	<100 ml	15 min
Yoshida-Noma 2000	Regional	100%	80%	<60 ml	10 min
Yazbeck 2009		100%	80%	<60 ml	10 min
Wang 2015	Local	95%+ 5 ml Lidocaina	50%	< 100 ml	In situ
Aflatoonian 2013		95%	80%		10 min
Lee * 2022		99%	25%	<100 ml	20 min (5 min por cada lado)
Miquel 2022		96%	60%		10 min

CONCLUSIONES

- SOLO UN 15 % DE LOS ENDOMETRIOMAS ESTÁN AISLADOS. CUANDO DUELEN GENERALMENTE ESTÁN ASOCIADOS A OTROS FENOTIPOS
- ENDOMETRIOSIS ATÍPICA Y ENDOMETRIOSIS ASOCIADO A CÁNCER DE OVARIO
- A MEDIDA QUE AUMENTE EL CONOCIMIENTO DE LA PATOGÉNESIS DEL ENDOMETRIOMA Y SOBRE TODO SU TRANSFORMACIÓN A CÁNCER DE OVARIO, LA ESCLEROTERAPIA ENCONTRARÁ SU LUGAR
- A DÍA DE HOY SOLO TIENE LUGAR EN LA INVESTIGACIÓN.