



GUÍA INFORMATIVA PARA LA REALIZACIÓN DE UNA HISTERECTOMÍA

Esta minuta es un documento informativo desarrollado por la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (SOCHOG) y su Capítulo de Cirugía Mínimamente Invasiva, en colaboración con múltiples especialistas del país. El propósito de este documento es, con base científica, informar y apoyar el proceso de comprensión de las indicaciones, causas y técnicas para la realización de la histerectomía cirugía que Ud. está considerando realizar. Junto a esto, indicar los derechos y deberes que Ud., como paciente, tiene respecto a este procedimiento para así, otorgar su consentimiento de forma expresa, voluntaria, libre y con la suficiente información para tomar una decisión apropiada.

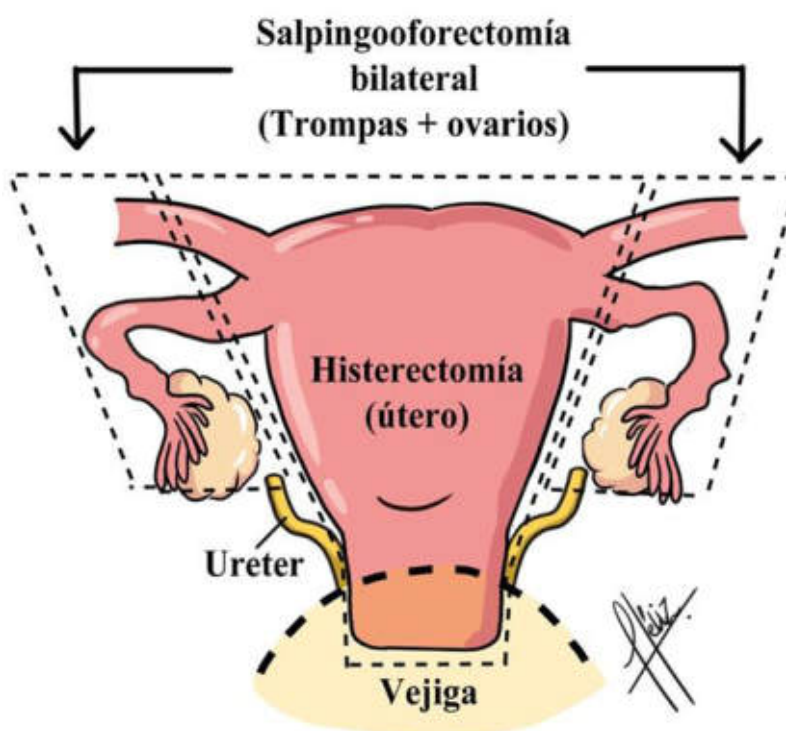


Figura 1. Esquema de una Histerectomía total (cuello y cuerpo) y salpingooforectomía (trompas y ovarios).

En este documento se reflejan aspectos generales de la cirugía, los cuales pueden variar dependiendo de las circunstancias clínicas específicas del paciente y del centro donde ésta se desarrolle.

Por consiguiente:

- 1) Es importante tener una comunicación adecuada con su médico tratante para abordar las posibilidades de tratamiento, la(s) indicación (es) de la cirugía, los beneficios y los riesgos.
- 2) Es importante que usted resuelva sus inquietudes antes de firmar el consentimiento, entregado por su médico tratante en el centro donde usted se realizará su futura operación.
- 3) Usted tiene derecho de ser informada sobre la cirugía, la técnica a realizar y los beneficios que se esperan de la cirugía.

La histerectomía es una cirugía para quitar el útero. Durante la cirugía, se cortan las arterias y venas que lo irrigan y se separan los ligamentos que lo mantienen en su lugar en la pelvis. Tras esta cirugía no es posible volver a tener un embarazo.

Si se requiere, es posible remover las trompas uterinas (cirugía llamada salpingectomía) que son las encargadas de trasladar el óvulo hacia el útero durante cada ciclo menstrual. Al removerlas, disminuye el riesgo de cáncer de ovario.

En ocasiones, los ovarios pueden retirarse si hay problemas como tumores o para reducir el riesgo de cáncer de ovario y mama. A esto se le llama ooforectomía.

Al realizar la histerectomía total, terminarán el sangrado proveniente del útero. Sin embargo, las hormonas producidas por el ovario se mantendrán normalmente. En caso de remover los ovarios (ooforectomía) se producirá una menopausia quirúrgica debido a la disminución de las hormonas que son producidas por el ovario.

La cirugía puede realizarse a través de la vagina (histerectomía vaginal), por una incisión en el abdomen (histerectomía abdominal) o a través de técnica laparoscópica (histerectomía laparoscópica y/o robótica). La histerectomía puede ser de tipo total en que se extrae el cuerpo y cuello del útero o subtotal en que se conserva este último.

El método de cirugía que se elige depende de múltiples factores, entre ellos, la enfermedad que Ud. tenga, la forma y el tamaño del útero, la presencia de prolapso, cirugías previas, entre otros.

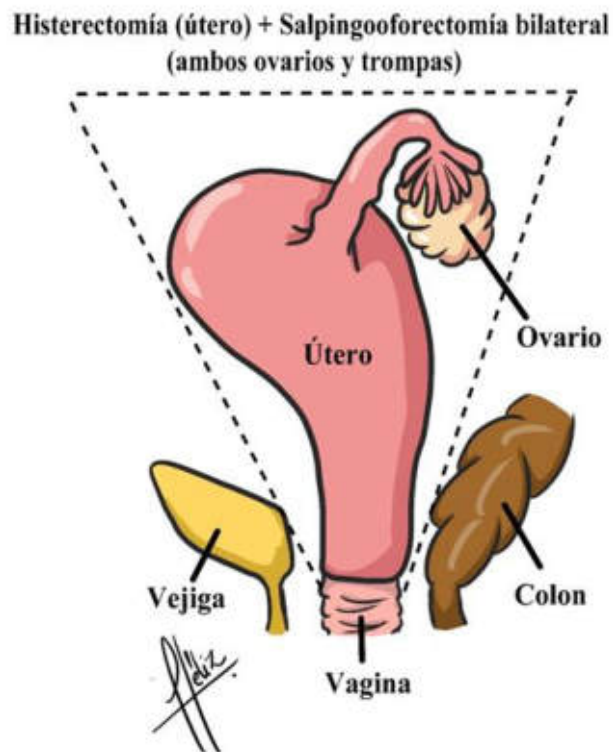


Figura 2. Vista lateral de esquema del útero y su relación con la vejiga y el intestino.

- 1) Usted debe ser informada acerca de la(s) indicación (es) que justifican la cirugía. Algunas indicaciones habituales de la histerectomía son:
 - a) Sangrado uterino anormal
 - b) Adenomiosis
 - c) Miomatosis uterina
 - d) Prolapso uterino
 - e) Cáncer de cuello del útero
 - f) Cáncer de endometrio
 - g) Algia pélvica
 - h) Hiperplasia uterina
 - i) Endometriosis
- 2) Usted debe ser informada sobre las alternativas de tratamiento que son aceptables para su caso.
- 3) Usted debe recibir información acerca de las incomodidades y riesgos que pueden ocurrir durante o después de la histerectomía. Todas las cirugías involucran un grado variable de riesgo, por tanto, nadie puede garantizar que no se presenten.

Las complicaciones quirúrgicas pueden agruparse en aquellas que ocurren durante la realización de la cirugía (intraoperatorias) y aquellas que ocurren después de la cirugía (post operatorias). Aproximadamente, 1 de cada 10 mujeres presentará algún evento adverso, que en su mayoría son de carácter leve y se resuelven con una intervención apropiada. 1 a 2 de cada 100 presentará un evento adverso grave que posiblemente requiera una reintervención quirúrgica.

Los eventos adversos leves más frecuentes (1 en 10 mujeres) después de la cirugía son:

- Constipación
- Molestias pélvicas inespecíficas
- Infección urinaria
- Infección de cúpula vaginal
- Complicaciones por la posición de la cirugía

Los eventos adversos graves más frecuentes (1 a 2 en 100) son:

- Sangrado
- Lesión de órganos adyacentes (lesión de vía urinaria, vascular o intestinal)
- Trombosis
- Neumonía
- Pielonefritis
- Absceso y deshicencia de cúpula vaginal
- Anestésicas (reacción adversa a fármacos y aspiración de contenido del estómago)
- Complicaciones secundarias al uso de energía en cirugía.

Para la realización de la cirugía usted será trasladada a la sala de quirófano. Allí se realizarán los preparativos para la anestesia. Ésta puede ser espinal o general dependiendo de factores como la técnica de la cirugía, características propias del paciente y la decisión del equipo de anestesia. Este preparativo puede durar en general de 30 minutos a 1 hora.

El tiempo de duración de la cirugía es variable y puede depender de la técnica empleada, la complejidad de la cirugía y la experiencia del equipo. En general, la cirugía puede durar en promedio entre 40 minutos a 3 horas. Este tiempo no incluye el período de preparación anestésica ni el tiempo de recuperación posterior a la cirugía.

Posteriormente, será monitorizada en una sala de recuperación durante algunas horas. Una vez que Ud. se encuentre en condiciones médicas adecuadas, será trasladada a su sala normal de descanso.

- 4) Usted tiene el derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento antes de que la cirugía se efectúe.

Autores del documento:

Especialistas en Ginecología y Capítulo de Cirugía Mínimamente Invasiva de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología:

Dr. Mauricio Correa Duclos
Universidad Austral de Chile
Hospital Base Valdivia
Clínica Alemana Valdivia

Dra. Francisca Veliz Ormino
Universidad de Santiago
Hospital San José

Dra. Fernanda Valdés
Universidad de Chile
Hospital San Juan de Dios

Dra. Claudia Celle
Universidad Católica de Chile

Dr. César Paredes
Hospital de Talca
Universidad Católica del Maule

Dra. Claudia Celle
Universidad Católica de Chile

Dr. Anibal Scarella
Universidad de Valparaíso

Dr. José Antonio Morales
Centro IVI Santiago

Dra. Valeria Puebla
Hospital Luis Tisné
Universidad de Chile

Dr. Ignacio Miranda Mendoza
Hospital Clínico de la Universidad de Chile
Clínica Alemana Santiago

Dra. Pierina Rosales
Hospital de Talca
Universidad Católica del Maule

Dra. Paz Navarrete Rey
Hospital Padre Las Casas Temuco

Dr. Hugo Sovino
Clínica Indisa

Dr. Roberto Altamirano
Hospital San Borja Arriarán
Universidad de Chile

Dra. Franzel Álvarez Hott
Hospital de Victoria

Dr. Cristian Miranda Vnegas
Hospital Clínico Universidad de Chile

Dr. Manuel Donoso
Universidad de los Andes

Dr. Raimundo Avilés
RedSalud
Universidad Finis Terrae

SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA / CAPITULO CMI



GUÍA INFORMATIVA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ENDOMETRIOSIS

Este informativo fue realizado en base a los lineamientos ministeriales publicados en la orientación técnica para el tratamiento integral de la endometriosis 2023 (www.sochog.cl, www.minsal.cl)

PREGUNTAS HABITUALES

Primera parte: Generalidades

1. ¿Qué es la endometriosis?
2. ¿Cuáles son los tipos de endometriosis?
3. ¿Cómo se realiza el diagnóstico de endometriosis?
4. ¿Cuál es el tratamiento para la endometriosis?

Segunda parte: Tratamiento quirúrgico de la endometriosis

1. ¿Cuáles son las indicaciones más frecuentes?
2. ¿Cuáles son las consideraciones específicas de la cirugía?
3. ¿Cuáles son las cirugías que pueden realizarse para el manejo de endometriosis?
4. ¿Cuáles son los riesgos y complicaciones de la cirugía?
5. ¿Qué ocurre tras la realización de la cirugía?
6. ¿Cuáles son los cuidados post-operatorios?

PRIMERA PARTE: GENERALIDADES

Este es un documento informativo diseñado para acompañar el proceso de *consentimiento informado* para la cirugía de endometriosis con su especialista tratante.

En este documento se reflejan aspectos generales relacionados con la enfermedad de endometriosis, su tratamiento y la cirugía. Es importante destacar que cada paciente es única y existen circunstancias específicas en cada caso.

1. ¿QUÉ ES LA ENDOMETRIOSIS?

La endometriosis es una enfermedad crónica y recurrente de la mujer y se define por la presencia de tejido similar al endometrio fuera del útero (implante endometriósico).

La endometriosis causa inflamación y fibrosis en los lugares de implantación, con mayor frecuencia en los órganos de la pelvis (ovarios, trompas de Falopio, recto, colon, apéndice cecal, vagina, uréteres, entre otros).

Las consecuencias de la endometriosis pueden ser múltiples, entre las que destacan, el dolor pélvico, la alteración de la fertilidad, sangrado uterino anormal y daño en los órganos adyacentes comprometidos. La gravedad de los síntomas puede variar de una mujer a otra.

2. ¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE ENDOMETRIOSIS?

La endometriosis puede clasificarse en tres tipos principales (Fig.1):

1. Superficial:

En los casos en que la endometriosis se localiza en forma superficial en una fina capa que recubre la pelvis y los órganos pélvicos llamada peritoneo.

2. Ovárica:

Se denomina así cuando la endometriosis forma quistes en los ovarios con contenido de aspecto “achocolatado” que se denominan endometriomas.

3. Profunda:

En estos casos existe invasión más profunda de las paredes de los órganos comprometidos, tales como intestino, vías urinarias, entre otros. Es la forma más severa de la enfermedad.

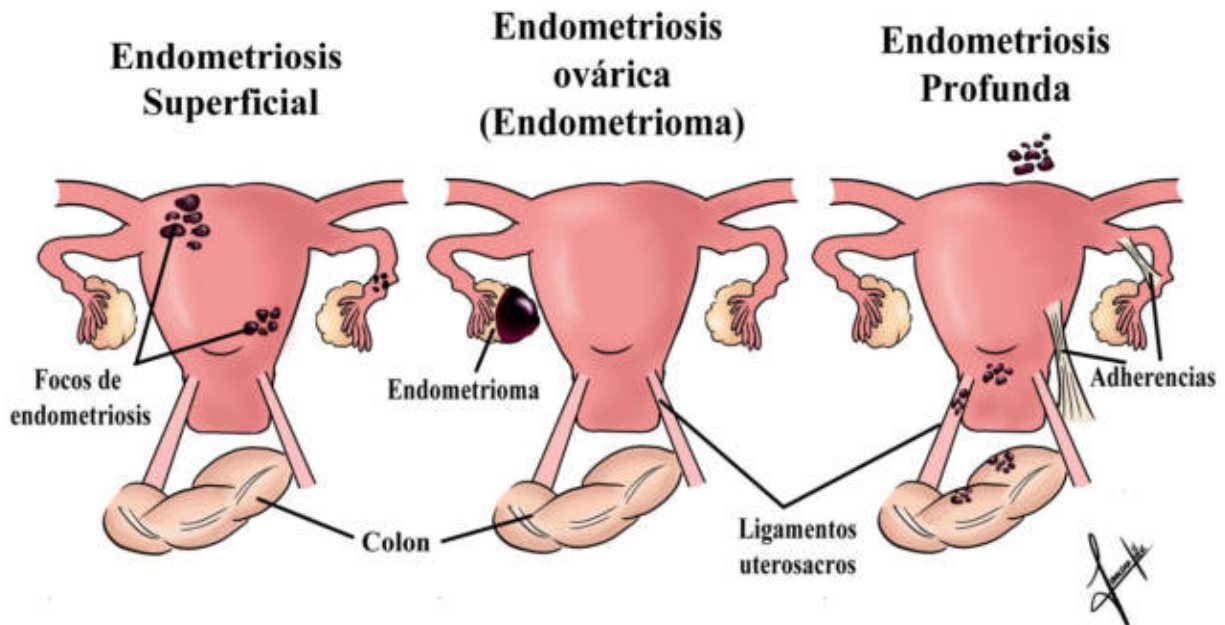


Figura 1. Formas de presentación de la endometriosis.

4. Adenomiosis (uterina)

Otra enfermedad que se encuentra relacionada con la endometriosis es la **adenomiosis**, que corresponde a la presencia de tejido endometrial (encontrado normalmente en la cavidad uterina) dentro de las paredes musculares del útero. *A diferencia de la endometriosis, la enfermedad se encuentra confinada solo al útero.* Esto puede causar síntomas tales como dolor, sangrado abundante, infertilidad, entre otros.

3. ¿CÓMO SE REALIZA EL DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSIS?

La evaluación diagnóstica debe realizarse por un ginecólogo experto, que además de una historia cuidadosa y un examen físico apropiado, puede apoyarse en otros exámenes específicos, tales como:

Ecografía Doppler extendida transvaginal: es una ecografía que a través de una técnica estandarizada y realizada por un profesional entrenado, permite visualizar la extensión de la endometriosis, la presencia de adenomiosis y descartar enfermedades de otro origen, especialmente tumoral.

Resonancia nuclear magnética de pelvis con protocolo para mapeo de endometriosis: es un procedimiento empleando un resonador magnético en que se utilizan secuencias de imágenes específicas para la detección de endometriosis y adenomiosis visualizado por un radiólogo especializado en la patología.

Ambos exámenes deben ser realizados por un profesionales especialistas en ecografía o radiología en endometriosis y pueden requerir preparación intestinal, gel vaginal o medios de contraste para mejorar la visualización. *Cabe destacar que la endometriosis superficial puede no ser visualizada en estos exámenes.*

4. ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO PARA ENDOMETRIOSIS?

El tratamiento depende de factores como la edad, la severidad de los síntomas, la ubicación y extensión de la enfermedad y los deseos reproductivos de la paciente.

En general, dos tercios de las pacientes responderán en forma adecuada a tratamiento médico con medidas generales, cambios de hábitos y tratamientos farmacológicos, y hasta un tercio pueden requerir tratamiento quirúrgico.

El tratamiento es coordinado por un especialista en ginecología con experiencia en la enfermedad y apoyado por múltiples profesionales según las necesidades de cada caso (coloproctología, urología, radiología, psicología, nutrición, kinesiología, entre otros).

Las opciones principales de tratamiento son:

Medidas generales y cambio de hábitos

- a. Cambios nutricionales
- b. Ejercicio
- c. Apoyo psicológico
- d. Rehabilitación kinésica de piso pélvico
- e. Uso de terapias complementarias o alternativas

Tratamiento sintomático

Uso de fármacos que permiten mitigar el dolor o los síntomas asociados.

Terapia hormonal

Se emplean fármacos tales como:

- a. Anticonceptivos orales
- b. Progestágenos
- c. Agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH)
- d. Antagonistas de la GnRH
- e. Otras opciones hormonales

Los síntomas pueden reaparecer una vez suspendido el tratamiento.

Cirugía

La cirugía es una opción de tratamiento para las mujeres que experimentan dolor severo o problemas de fertilidad debido a la endometriosis. La decisión de someterse a cirugía se realiza después de considerar el diagnóstico, la gravedad de la enfermedad, la eficacia de tratamientos previos y las metas reproductivas de la paciente.

La cirugía puede ser necesaria en los casos en que las terapias no han aliviado el dolor o han resultado ineficaces para tratar la infertilidad asociada con la endometriosis.

SEGUNDA PARTE: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

1. ¿CUÁLES SON LAS INDICACIONES MÁS FRECUENTES PARA LA CIRUGÍA DE ENDOMETRIOSIS?

Las indicaciones más frecuentes de cirugía acorde con la orientación técnica ministerial (www.sochog.cl) son:

- a. Fracaso o complicaciones del tratamiento médico
- b. Enfermedad progresiva
- c. Infertilidad asociada con endometriosis (en casos específicos)
- d. Quistes ováricos de endometriosis (endometriomas) que requieren cirugía
- e. Compromiso severo de órganos: tracto urogenital, daño de vías nerviosas, obstrucción intestinal, entre otros.

2. ¿CUÁLES SON LAS CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DE LA CIRUGÍA DE ENDOMETRIOSIS?

Se debe determinar una **estrategia específica para cada paciente** que considere los síntomas, el examen físico, presencia de infertilidad, imágenes y mapeo de endometriosis, exámenes complementarios, las expectativas de cada paciente, entre otros.

La cirugía que se realiza es finalmente un conjunto de múltiples técnicas escogidas y adaptadas a su caso específico.

Es importante reiterar que la indicación y el tipo de cirugía de endometriosis se establece en un consenso entre el paciente y el médico tratante.

Idealmente la endometriosis se opera en centros de referencia a través de técnica laparoscópica, la cual permite, una mejor visualización y precisión, exploración abdomino-pélvica completa y una recuperación postoperatoria más rápida. Sin embargo, en ciertas circunstancias específicas, es necesario realizar una laparotomía (cirugía abierta).

El tratamiento quirúrgico para cada tipo de endometriosis son los siguientes:

Endometriosis peritoneal: Los focos de endometriosis en el peritoneo, al ser más superficiales, pueden resecarse (ser extraídos).

Endometriosis ovárica: Cuando la enfermedad se encuentra en forma superficial en los ovarios, es posible realizar resecar las lesiones. Si existe un quiste de endometriosis (endometrioma) es posible drenar y fulgurar la superficie (con mayor riesgo de recidiva y menor daño de reserva ovárica) o extraer el quiste mediante quistectomía (con menor recidiva y mayor daño de reserva ovárica).

Cuando hay deseo de preservación de fertilidad el cirujano siempre intentará preservar las trompas de Falopio, pero en ocasiones, es necesario extraer una o ambas cuando estas presentan un daño estructural importante o se encuentran obstruidas. Esto debido a que el líquido inflamatorio que acumulan disminuye la posibilidad de embarazo espontánea, y también el embarazo por técnicas de reproducción asistida (Inseminación, Fertilización in Vitro, entre otros).

En algunos casos, puede extraerse el ovario completo junto a la trompa, procedimiento llamado anexectomía. Un quiste de gran tamaño, sospecha de cáncer ovárico o alto riesgo de recidiva pueden eventualmente requerir una anexectomía. Esta es una medida excepcional que impactará significativamente la posibilidad de embarazo con óvulos propios.

Es importante destacar que tanto la presencia de endometriosis ovárica, como la cirugía, afectan la función de los ovarios. Cuando se realiza la anexectomía, se pierde completamente la función del ovario extraído. Por ello, en casos seleccionados se puede realizar preservación de ovocitos previo al procedimiento en centro de fertilidad de alta complejidad.

Endometriosis profunda: Es la forma más severa de endometriosis y la cirugía a realizar dependerá del órgano comprometido. Es una cirugía avanzada que requiere entrenamiento especializado y en algunos casos, la colaboración entre múltiples especialistas (ginecólogos, coloproctólogos, urólogos, entre otros.).

Se localiza principalmente en el recto, la vagina, colon, apéndice, vejiga, uréter, ligamentos de la pelvis, no obstante, también puede afectar en casos menos frecuentes, órganos del abdomen, el diafragma o el pulmón. Según el tipo de órgano y el compromiso que exista, dependerá si se es posible resecar o no en forma completa la enfermedad.

A diferencia del cáncer, el objetivo no es evitar la muerte del paciente, sino mejorar la calidad de vida o recuperar la funcionalidad de algún órgano comprometido (hidronefrosis, neumotórax, obstrucción intestinal, rectorragia, entre otros). Esta enfermedad se implanta y daña territorios nerviosos relacionados con la función pélvica (defecatoria, urinaria, sexual) que también serán afectados durante la resección quirúrgica por las adherencias

producidas. En el postoperatorio pueden producirse alteraciones de la micción, defecación y cambios en la sensibilidad sexual.

El objetivo es encontrar el balance entre la escisión radical de la enfermedad y la conservación de la funcionalidad de los órganos.

Cuando hay presencia de sangrado o dolor secundario a **adenomiosis**, existe la alternativa de realizar histerectomía en mujeres que no desean tener un futuro embarazo.

3. ¿CUÁLES SON LAS CIRUGÍAS QUE PUEDEN REALIZARSE PARA EL MANEJO DE ENDOMETRIOSIS?

La cirugía sistemática de endometriosis puede dividirse según sea conservadora o no conservadora de fertilidad.

1. Técnicas quirúrgicas conservadoras de fertilidad en órganos reproductivos (no son excluyentes)

a. **Exéresis de implantes endometriósicos:** Resección de los focos de endometriosis que se depositan en forma superficial o peritoneal.

b. **Liberación de adherencias (adhesiolisis):** Liberación de los órganos pélvicos adheridos.

c. **Quistectomía ovárica:** Resección del quiste de endometriosis que se encuentra dentro de los ovarios.

d. **Drenaje ovárico:** Drenaje del quiste ovárico y electrofulguración superficial del lecho (mayor conservación de la función ovárica, pero mayor riesgo de recidiva).

e. **Resección de nódulos rectales y/o vaginales:** Resección de nódulo adherido al recto, vagina y/o útero

2. Técnicas quirúrgicas no conservadoras de fertilidad en órganos reproductivos

a. **Histerectomía total o parcial:** La histerectomía consiste en la extracción del útero

(Fig.2). Esta cirugía requiere cortar los vasos sanguíneos que lo irrigan y también los ligamentos y estructuras que lo mantienen unido a la pelvis. Tras esta cirugía no es posible tener un embarazo y no habrá más sangrado menstrual, sin embargo, las hormonas producidas por los ovarios se mantienen si es que estos son preservados. Habitualmente, al realizar la histerectomía se extraen las trompas uterinas (llamada salpingectomía), debido a que al retirarlas disminuye el riesgo de cáncer de ovario futuro. Una extensión de este tema se encuentra disponible en el documento *“Informativo para la realización de una histerectomía”* publicado en la página de SOCHOG (www.sochog.cl).

b. **Salpingectomía:** La trompa de Falopio es la estructura encargada de transportar el óvulo hacia el útero. Al extraer ambas trompas ya no es posible tener un embarazo en forma espontánea, por lo que se requieren de técnicas de reproducción asistida. En los casos en que la trompa está obstruida o hay hidrosalpinx (líquido dentro de las trompas) puede verse disminuida la probabilidad de embarazo, por lo que puede ser necesario realizar la salpingectomía. Es importante considerar que si ambas trompas están dañadas o retiradas no es posible lograr un embarazo espontáneo y se requiere apoyo de otras técnicas de reproducción.

c. **Anexectomía:** Consiste en la extracción del ovario y la trompa de Falopio. Al extraer ambos ovarios la mujer deja de producir estrógenos y aparecen los síntomas de menopausia.

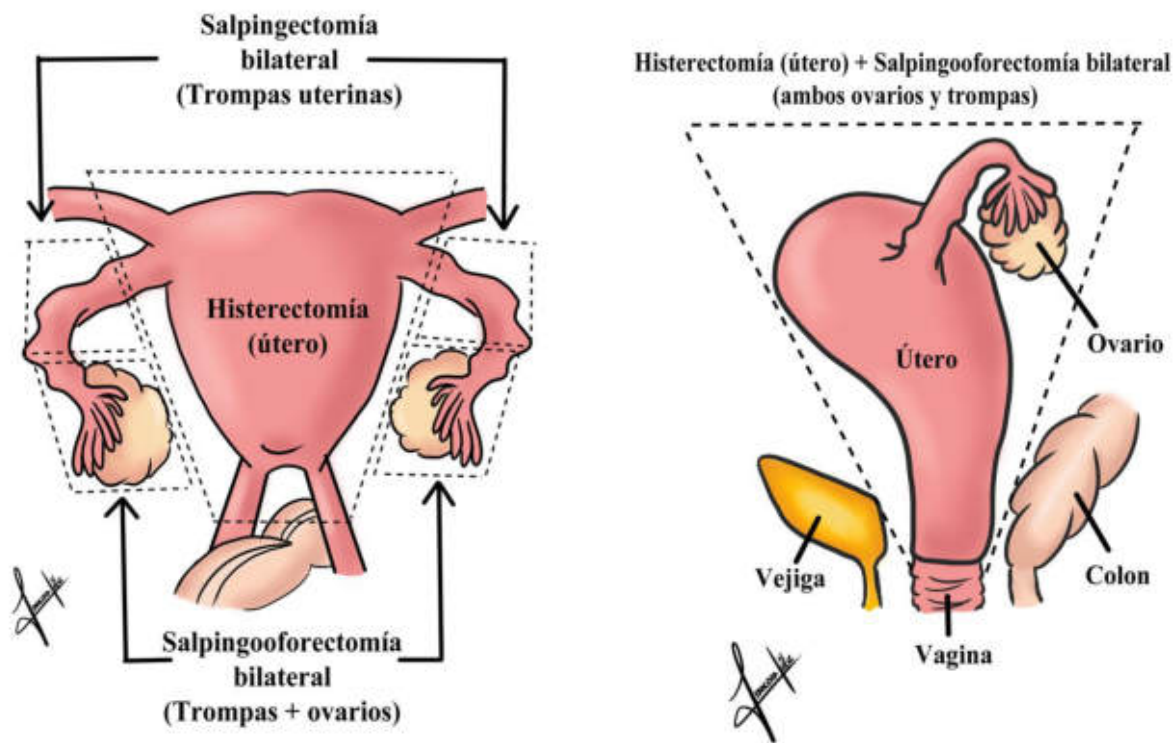


Figura 2. Histerectomía y salpingooforectomía. En la figura se muestra la histerectomía (extracción del útero) y la salpingooforectomía (extracción de los ovarios y las trompas). Se destaca además la proximidad con los uréteres, la vejiga y el intestino.

3. Cirugía de endometriosis profunda en otros órganos

Cirugía de vía digestiva: En los casos en que la endometriosis se encuentra en el intestino, es posible eliminar el tejido endometriósico mediante distintas técnicas. Es importante considerar que después de realizar un mapeo de endometriosis, es solo dentro de la cirugía donde se logra observar el compromiso real de la enfermedad a nivel intestinal. Durante la cirugía, las opciones de tratamiento son (Fig. 3):

- Resección mediante afeitado de endometriosis intestinal (“shaving”):** Consiste en la eliminación de los focos superficiales que se encuentran invadiendo el intestino, con mayor frecuencia, el recto.
- Resección discoide de rectosigmoides:** Se realiza la resección de una pequeña porción de recto en forma de disco (circular), extrayendo la endometriosis en su interior. Se

realiza cuando el implante de endometriosis es pequeño, pero invade en forma profunda el intestino.

c. **Resección segmentaria de intestino delgado, colon o recto:** Esta técnica consiste en la resección de un segmento de intestino y se realiza cuando la endometriosis invade en forma profunda y la lesión es extensa o se encuentra en distintas porciones.

d. **Colostomía o ileostomía:** Es una técnica que conecta el intestino a la pared abdominal. Es una alternativa a emplear en casos complejos.

e. **Apendicectomía:** Es frecuente el hallazgo de endometriosis en el apéndice. En estos casos, puede ser necesaria la extracción del apéndice, procedimiento denominado apendicectomía.

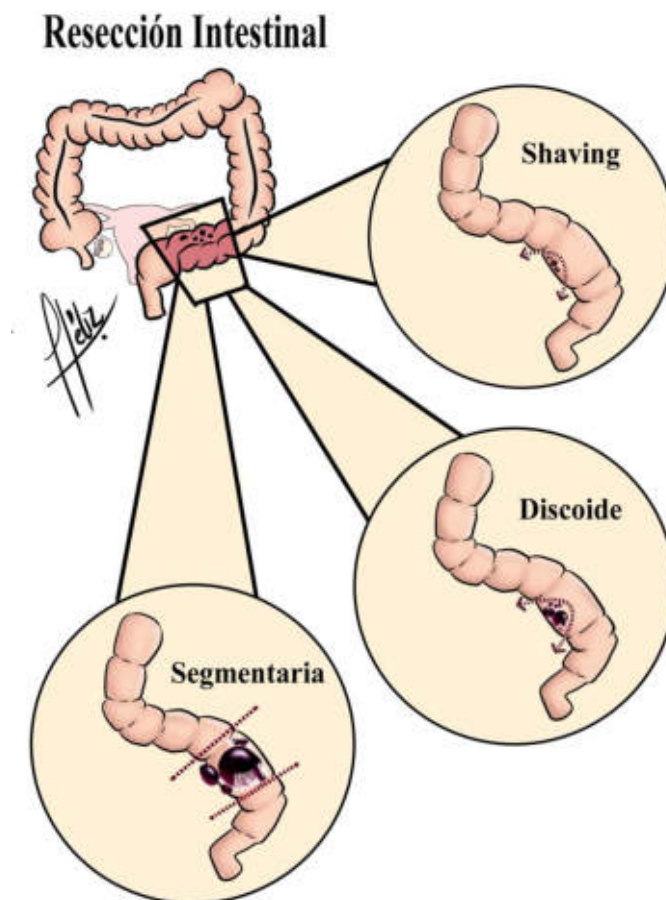


Figura 3. Técnicas de resección intestinal: Se muestran 3 tipos de técnicas de resección en pacientes con endometriosis intestinal.

Cirugía de vía urinaria: La endometriosis puede localizarse en la vejiga y causar síntomas tales como, sangrado en la orina, dolor al orinar y dolor pélvico. También puede localizarse en la cercanía de los uréteres o sobre ellos, lo que puede provocar acodamiento o estenosis variable (obstrucción). Al obstruirse los uréteres la orina se acumula en los riñones causando daño renal.

Para la cirugía de endometriosis en la vejiga es posible realizar:

- a. **Exéresis o fulguración de focos superficiales:** Resección o daño térmico en los focos superficiales
- b. **Resección superficial:** Se reseca en forma superficial parte de la pared de la vejiga
- c. **Cistectomía parcial:** Se reseca una parte de la vejiga que contiene al nódulo endometriósico cuando este invade en forma profunda.

En la cirugía para la resección de endometriosis ureteral es posible realizar:

- a. **Ureterolisis:** Consiste en la liberación de los uréteres cuando estos están traccionados por la endometriosis, o bien, cuando hay enfermedad alrededor de ellos. Es un acto quirúrgico frecuente que el especialista en ginecología debe realizar en la cirugía de endometriosis profunda.

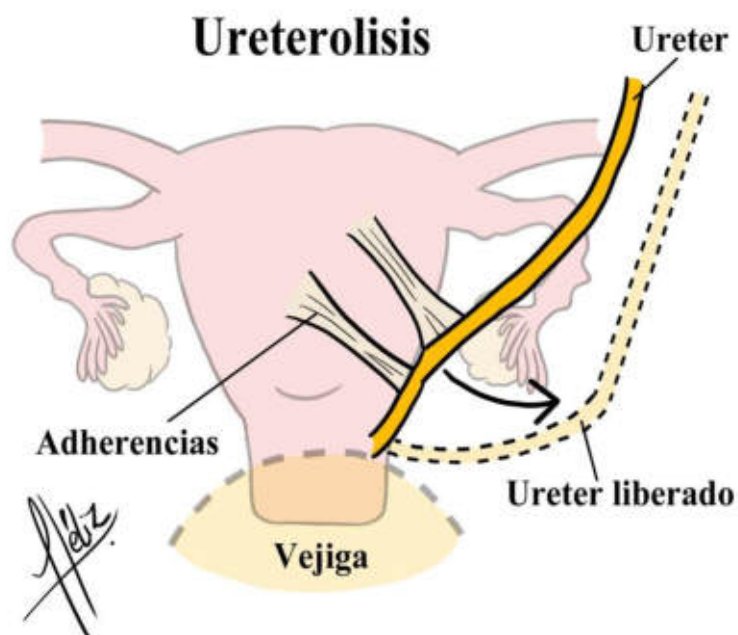


Figura 4. Ureterolisis en cirugía de endometriosis. Se observa la liberación del uréter desde sus adherencias por la enfermedad.

b. **Resección segmentaria de uréter y re-anastomosis:** La resección segmentaria consiste en el corte de un segmento de uréter y posteriormente su unión entre dos cabos que se encuentran sanos.

c. **Reimplante ureteral:** En este procedimiento se reseca la parte del uréter que se encuentra dañada por la endometriosis y es nuevamente conectada con la vejiga.

En la cirugía de endometriosis de vía urinaria puede ser necesario el uso de una sonda vesical y/o ureteral durante un período de tiempo que debe determinar su tratante.

4. ¿CUÁLES SON LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DE ENDOMETRIOSIS?

La cirugía de endometriosis, como todo procedimiento quirúrgico, conlleva riesgos y la posibilidad de complicaciones. Usted debe recibir información acerca de las incomodidades y riesgos que pueden ocurrir durante o después de la cirugía. Todas las cirugías involucran un grado variable de riesgo, por tanto, nadie puede garantizar que no se presenten.

Por ello, es su responsabilidad informarse y preguntar a su médico sobre los riesgos que puedan aparecer en este proceso.

En general, 3 de cada 10 mujeres presentará algún evento adverso, que en su mayoría son de carácter leve y se resuelven en forma espontánea o con una intervención apropiada. 5 a 10 de cada 100 presentará un evento adverso grave que posiblemente requiera una reintervención quirúrgica. A continuación, se detallan algunos de ellos:

a. Riesgos y complicaciones generales:

Infecciones intrahospitalarias: La cirugía puede aumentar el riesgo de infecciones relacionadas a la hospitalización. Estas pueden producirse en las zonas de las incisiones o los órganos internos. Además, puede producirse infección de orina o de vías respiratorias. Cuando se realiza histerectomía la infección más frecuente es la infección de cúpula vaginal.

Sangrado: El sangrado es una posible complicación que puede presentarse en cualquier cirugía. Este puede producirse durante o después de la cirugía. En casos excepcionales puede ser necesaria una transfusión de sangre o una reintervención quirúrgica para controlarlo.

Reacciones adversas a la anestesia: La anestesia puede ser general (requiere apoyo de un ventilador) o regional (por ejemplo, anestesia raquídea). Si se realiza cirugía laparoscópica siempre se requerirá anestesia general. Habitualmente no tiene mayores complicaciones, sin embargo, en algunos casos puede causar náuseas, vómitos, dolor de cabeza, alergias, y en casos excepcionales alteraciones respiratorias o cardíacas.

Lesiones a órganos abdominales y pélvicos: Durante la cirugía, existe el riesgo de producir lesiones en órganos cercanos, tales como intestino, vejiga, uréteres, vasos sanguíneos o nervios. En algunos casos, puede ser necesaria cirugías adicionales para repararlos.

Uso de energía: En la gran mayoría de las cirugías se utilizan dispositivos médicos electroquirúrgicos que usan corriente para coagular o cortar tejidos. Al aumentar la temperatura, por la cercanía de los órganos, pueden producirse lesiones térmicas inadvertidas.

Tromboembolismo venoso: En pacientes que son sometidas a cirugías existe un aumento del riesgo de producir coágulos en las venas, con mayor frecuencia en las piernas. Estos pueden viajar a los pulmones provocando un tromboembolismo en el pulmón u otros órganos. En algunos casos se emplearán anticoagulantes para reducir este riesgo, comprendiendo su uso conlleva un leve aumento de riesgo de sangrado.

b. Riesgos específicos de la laparoscopia

Lesiones por instalación de los trócares: La laparoscopia requiere el uso de pequeños tubos que se insertan por pequeñas incisiones en el abdomen, a través de los cuales entran las pinzas necesarias para la cirugía. Existe un pequeño riesgo de lesionar órganos o vasos sanguíneos durante su inserción.

Embolía gaseosa: Al introducir el gas necesario para distender la cavidad abdominal este podría entrar en los vasos y causar un embolismo. Sin embargo, es una complicación

extremadamente rara.

Dolor secundario a la posición durante cirugía: Las cirugías de endometriosis pueden durar muchas horas durante la cual el paciente se encuentra en una posición inmóvil. Por esto, pueden producirse molestias en la espalda, los hombros o las piernas. En casos infrecuentes puede comprimirse nervios provocando dolor y alteraciones sensitivas y motoras en el post-operatorio. Este riesgo se minimiza con estrategias de posicionamiento correcto del paciente.

c. Riesgos y complicaciones específicos para la cirugía de endometriosis

Además de los riesgos inherentes a cualquier cirugía, existen otros que son específicos a la cirugía de endometriosis.

Daño intestinal o de vía urinaria: Debido a las adherencias y la fibrosis causada por la endometriosis, existe un mayor riesgo de lesionar estos órganos durante la cirugía. En la mayoría de los casos estas lesiones son reparadas durante la misma cirugía, no obstante, existe la posibilidad de tener que realizar otras intervenciones posteriores.

Daño de nervios pélvicos: Los nervios son estructuras que pueden ser representadas metafóricamente como cables eléctricos que llevan información desde y hacia los órganos. Es frecuente que en la endometriosis profunda exista algún grado de daño de nervios pélvicos causado por la misma enfermedad. Además, en la cirugía existe el riesgo de dañar los nervios que se encuentran en proximidad de los órganos afectados. En algunos casos esto es inevitable para poder resecar la enfermedad.

Si bien, en la gran mayoría de los casos el daño es mínimo y no perceptible por el paciente, existe la posibilidad de que se produzca dolor crónico, disfunción vesical, disfunción intestinal o disfunción sexual. Aunque el riesgo es bajo es importante que lo discuta con su médico antes de la cirugía.

Recurrencia de la endometriosis: La cirugía busca eliminar la mayor parte del tejido endometriótico posible y además reparar parte del daño y la fibrosis causada por la enfermedad. Sin embargo, la endometriosis es una enfermedad crónica y recurrente, por lo que existe la posibilidad de aparición de nuevos focos de endometriosis. La posibilidad de recurrencia varía según el tipo de cirugía, la edad de la paciente y los tratamientos

hormonales que se utilicen. *Estos aspectos deben ser discutidos en profundidad con su tratante.*

Adherencias postoperatorias: La endometriosis causa la formación de adherencias y cicatrices en la cavidad abdominal y pelvis. La cirugía repara parte del daño causado por la enfermedad, pero posteriormente pueden aparecer algunas adherencias y cicatrices causadas por la misma cirugía.

Cambios en la función ovárica y reserva ovárica: Cambios en la función y reserva ovárica: La endometriosis puede afectar la calidad y cantidad de los óvulos, especialmente en presencia de endometriomas ováricos. Además, la cirugía para remover tejido endometriósico en los ovarios puede reducir la reserva folicular. Para minimizar este impacto, existen técnicas de preservación de fertilidad a través de criopreservación de óvulos que pueden realizarse antes de la cirugía en centros de infertilidad.

Disfunción vesical: El daño nervioso provocado por la endometriosis o por la cirugía y posterior cicatrización puede provocar incontinencia urinaria, retención urinaria o dificultad para vaciar completamente la vejiga. Puede ser necesaria la rehabilitación con kinesiólogo para recuperar la función normal.

Disfunción defecatoria: El compromiso endometriósico intestinal, la cirugía intestinal y el daño de los nervios pélvicos pueden causar disfunción defecatoria. Esto puede incluir síntomas como estreñimiento, diarrea, incontinencia fecal o dificultad para evacuar completamente el intestino.

Fístulas: Las fístulas son una comunicación anormal entre distintos órganos. La endometriosis afecta la reparación de los tejidos. Después de la cirugía, casos muy infrecuentes, pueden producirse fistulas entre la vejiga, la vagina y también el recto.

Es fundamental discutir estos riesgos y complicaciones con el equipo médico tratante antes de realizar la cirugía, de modo de ofrecer un **enfoque específico** para su caso en particular. Debe asegurarse de discutir sus preocupaciones y sus expectativas, mantenga una comunicación abierta y honesta con su médico antes y después de la cirugía. Es importante recordar que aunque los riesgos y complicaciones son posibles, la cirugía es un tratamiento eficaz en mejorar la calidad de vida en la mayoría de los casos, cuando es realizado por un

equipo con conocimiento y experiencia en el área.

5. ¿QUÉ OCURRE TRAS LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA?

Después de la cirugía, el paciente es trasladado a una sala de recuperación, donde se realizan los cuidados postoperatorios inmediatos y se monitorean de cerca sus signos vitales. En procedimientos de mayor riesgo o en caso de complicaciones, puede ser necesario el traslado a una unidad de cuidados intensivos para una vigilancia más estricta.

6. ¿CUÁLES SON LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS?

Después de la cirugía, es posible experimentar algunas molestias, las cuales pueden ser controladas con medicamentos recetados por su médico tratante. Además, la movilización temprana ayuda a reducir el riesgo de complicaciones, como la formación de coágulos en las piernas, y favorece la recuperación de la función intestinal.

Para una adecuada recuperación, es importante mantener las heridas limpias y secas en los días posteriores a la cirugía. Asimismo, se recomienda evitar actividades físicas intensas o levantar peso, siguiendo siempre las indicaciones de su médico.

Este informativo fue realizado en base a los lineamientos ministeriales publicados en la orientación técnica para el tratamiento integral de la endometriosis 2023 (www.sochog.cl, www.minsal.cl)

AUTORES PRINCIPALES:

Dr. Mauricio Correa D. Ph.D.

Clínica Alemana Valdivia
Universidad Austral de Chile
Hospital Base Valdivia

Dr. Ignacio Miranda M Ph.D.

Clínica Alemana de Santiago
Hospital Clínico Universidad de Chile

Dr. Hugo Sovino

Clínica MEDS

Dr. Aníbal Scarella Chamy

Universidad de Valparaíso
Clínica Ciudad del Mar

AUTORES MIEMBROS DEL CAPÍTULO DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA SOCHOG

Dr. Cesar Paredes Martínez

Presidente capítulo cirugía mínimamente invasiva SOCHOG
Universidad Católica del Maule.
Unidad Oncología Ginecológica Hospital de Talca

Dra. Claudia Celle Traverso

Pontificia Universidad Católica

Dr. Raimundo Avilés Dorlhiac

RedSalud CHCC

Dr. Jose Antonio Morales

IVI Santiago

Dr. Benjamín Bustos Knight

Universidad de Los Andes
Clínica Universidad de Los Andes
Clínica Dávila

REVISIÓN Y EDICIÓN

Dr. Edison Krausse

Clínica Alemana Temuco
Universidad de la Frontera

Dr. Linder Díaz

Clínica Sanatorio Alemán Concepción

Dr. Nelson Burgos Siegmund

Universidad de Chile
Hospital Clínico de la U. de Chile
Clínica Alemana de Santiago/Clínica Indisa

Dr. Giancarlo Schiappacasse

Clínica Alemana de Santiago
Hospital Militar de Santiago
Universidad del Desarrollo/Universidad de Santiago de Chile

Dr. Cristian Miranda Venegas

Hospital Clínico Universidad de Chile

REVISIÓN FINAL

Dr. Marcelo Rodríguez González

Coloproctología - Clínica Indisa

Dr. Leonardo Cárcamo Gruebler

Coloproctología Clínica Alemana Valdivia
Universidad Austral de Chile
Hospital Base Valdivia

Dr. Alejandro Fonerón Villarroel
Urología -Clínica Alemana Valdivia
Hospital Base Valdivia
Universidad Austral de Chile

Dra. Pierina B. Rosales Valera
Hospital Regional de Talca
Universidad Católica del Maule

Dr. Juan Raúl Escalona M.
Clínica Andes Salud Concepción
Universidad de Concepción

Dra. Paz Navarrete Rey
Complejo asistencial Padre Las Casas
Clínica Alemana Temuco

Dr. Fernando Heredia Muñoz
Universidad de Concepción
Ginecología Oncológica
Clínica Andes Salud Concepción.

Dr. Mauricio León Appelgren
Servicio de Ecografía Ginecológica Clínica Alemana de Santiago

Dr. Nicolás Guilloff Salvador
Clínica Dávila

Dra. Franzel Álvarez Hott
Hospital San José de Victoria

DISEÑO GRÁFICO

Dra. Francisca Véliz
Complejo hospitalario San José

REVISIÓN TÉCNICO-JURÍDICA

Isabel Margarita Cepeda
Abogada