

GINECOLOGÍA OBSTETRICIA

ENDOMETRIOSIS

María Fernanda Borbón Cordero*

SUMMARY

Endometriosis has a prevalence of about 10% and benefits from hormonal contraceptives treatment. It is a chronic and recurrent illness that occurs in fertile women, and is characterized by ectopic endometrial tissue. Clinical manifestations are: infertility, pain and pelvic mass. The goals of the treatment are: relief of symptom, prevention of progression of disease and the stimulation of fertility. Current therapeutic options include expectant management, pain, hormone therapy, surgery and combined therapies. The use

of combined contraceptives is associated with reduced risk of developing endometriosis; they are a good choice for women with mild symptoms and to prevent pregnancy. Progestins are used for symptomatic endometriosis and as adjuvant to surgery. Because of this hormone therapy is considered first-line treatment.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una patología ginecológica crónica de causa desconocida caracterizada por la presencia de tejido endometrial

(epitelio glandular y estroma), funcionalmente activo fuera de la cavidad uterina que induce una reacción inflamatoria crónica. La endometriosis afecta de un 10-15% de la población general, la prevalencia es menor en mujeres negras y asiáticas. Es responsable hasta del 20% de la infertilidad de la pareja, la endometriosis del ovario representa el 52 % de las zonas de afectación que puede presentarse como implantes superficiales o masas pélvicas llamadas endometriomas. Aunque muchas mujeres pueden ser asintomáticas, la mayoría presenta dolor pélvico,

* Médico General.

infertilidad o tumoración anexial.

ETIOLOGÍA

Existen diversas teorías que tratan de explicar la patología de la enfermedad entre ellas se encuentran:

- La teoría de la implantación: la cual explica que la endometriosis es consecuencia de la implantación y el crecimiento en el peritoneo y el ovario de fragmentos de tejido endometrial, que migran de forma retrograda durante la menstruación a través de las trompas de Falopio. La menstruación retrograda se muestra en el 90% de las mujeres.
- Teoría de la inducción: indica que la endometriosis es el resultado de la diferenciación a partir de células mesenquimales presentes en el tejido conectivo, activadas por sustancias liberadas por el endometrio degenerado que llega a la cavidad abdominal.
- Teoría del desarrollo in situ: el endometrio ectópico se desarrolla in situ a partir de los tejidos locales, incluyendo el epitelio germinal del ovario, restos de los conductos de Wolff y Müller, y a partir de células pluripotenciales presentes en la serosa del peritoneo.

Además se ha establecido que en el endometrio de mujeres con la enfermedad, se produce en mayor cantidad la molécula de adhesión intercelular, lo que ayuda a evitar a las células naturales asesinas, por lo que estos fragmentos tisulares tienen mayor posibilidad de evadir la eliminación inmunológica, que en condiciones normales impide la implantación peritoneal.

CLASIFICACIÓN

Es necesario disponer de un sistema de clasificación que tenga en cuenta la distribución y la intensidad de dicha afectación ya que el tratamiento y el pronóstico de la endometriosis están determinados por la gravedad de la enfermedad. La más empleada en la actualidad es la de American Fertility Society, esta clasificación divide la endometriosis en leve, moderada, severa y extensa. Se debe tener en cuenta la endometriosis infiltrante profunda, que es una forma compleja de presentación, la cual se define como la infiltración del peritoneo por tejido endometrial a una profundidad superior a 5 mm. El lugar de infiltración abarca diferentes localizaciones: ligamentos utero-sacos, tabique rectovaginal, paredes intestinales y tracto urinario (vejiga y uréteres).

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Establecer el diagnóstico sobre la clínica es muy difícil ya que la presentación es muy variable y se puede confundir con otras condiciones, como el síndrome del intestino irritable o la enfermedad pélvica inflamatoria, u otras enfermedades ginecológicas o digestivas, lo que puede llevar a un retraso en el diagnóstico definitivo. El síntoma principal y más frecuente es el dolor pélvico cíclico, que adopta diferentes presentaciones: dismenorrea severa (75%), dispareunia intensa (44%), dolor pélvico crónico (70%), dolor limitado a la ovulación. Estos síntomas menstruales pueden asociarse a síntomas intestinales, vesicales, infertilidad y o fatiga crónica.

Aunque la intensidad del dolor generalmente no se correlaciona con la extensión o el estadio de la enfermedad, en la enfermedad profunda o infiltrante si se asocia a la profundidad de infiltración de las lesiones, coexistiendo un dolor severo, intenso y persistente cuando la infiltración es mayor a 5 mm. En las pacientes que presentan una intensidad elevada del dolor se debe sospechar la presencia de endometriosis profunda.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Los hallazgos más frecuentes son la palpación pélvica dolorosa, útero fijo en retroversión, ligamentos uterosacros dolorosos y el aumento de tamaño de los ovarios. Los signos más específicos son la palpación de nódulos en los ligamentos uterosacros o en fondo de saco de Douglas y la visualización directa en el fondo vaginal o en retrocervix. En las pacientes con lesiones en el tabique recto vaginal, el tacto rectal puede ayudar a realizar el diagnóstico. La exploración física puede ser más contundente si se realiza durante la menstruación.

DIAGNÓSTICO

La laparoscopia diagnóstica ha sido considerada por mucho tiempo como el método de elección para el diagnóstico de endometriosis, donde se requería la visualización de los implantes y en caso de duda la toma de la biopsia, en la actualidad no es necesaria para confirmar el diagnóstico ni para administrar el tratamiento médico. Se recomienda evitar la laparoscopia diagnóstica debido a la alta sensibilidad y especificidad de las exploraciones complementarias (ecografía, Resonancia magnética). Si fuera el caso que

se realizara una laparoscopia exploratoria se recomienda que también sea quirúrgica si se encuentra enfermedad.

TRATAMIENTO

La endometriosis es una enfermedad crónica y el tratamiento farmacológico debe considerarse como un tratamiento a largo plazo, el cual posee 4 objetivos: suprimir los síntomas, restaurar la fertilidad, eliminar la endometriosis visible y evitar la progresión de la enfermedad. En la actualidad solo se ha logrado la reducción de los síntomas y la mejoría de la fertilidad. El tratamiento debe individualizarse en función de la edad, paridad, síntomas asociados y las preferencias de la paciente. El tratamiento médico más eficaz es el hormonal, la supresión de la función ovárica durante 6 meses reduce de forma significativa el dolor asociado a la endometriosis, aunque la recurrencia de los síntomas es frecuente después de la suspensión del tratamiento. Ningún tratamiento hormonal ha demostrado ser más efectivo que el otro. La anticoncepción hormonal combinada debe recomendarse como tratamiento preventivo de las recurrencias tras el tratamiento quirúrgico de los endometriomas ováricos cuando la paciente tenga paridad satisfecha. Por el contrario el uso

de análogos de la GnRH durante 3 a 6 meses antes de realizar una Fertilización in vitro en pacientes con endometriosis aumenta 4 veces la probabilidad de gestación. El tratamiento quirúrgico está indicado en 3 situaciones: diagnóstico, infertilidad y dolor. La quistectomía laparoscópica se recomienda en endometriomas mayores a 4 cm, mejora la fecundidad en mayor medida que el drenaje y la coagulación. No se recomienda realizar en endometriomas asintomáticos o que sean menores a 4 cm. Se debe tomar en cuenta que estas intervenciones reducen la reserva folicular por lo tanto se deben realizar solo bajo ciertas condiciones. El seguimiento de las pacientes va a depender del tipo de endometriosis y los síntomas asociados, se debe tener en cuenta la alta tasa de recidiva y que el tratamiento médico se contempla a largo plazo en el contexto de una enfermedad crónica.

RESUMEN

La endometriosis es una enfermedad crónica y recurrente que afecta a mujeres en edad fértil, con una prevalencia estimada del 10% y que se beneficia del tratamiento con anticonceptivos hormonales. Se caracteriza por tejido endometrial ectópico y su clínica presenta: infertilidad,

dolor y masas pélvicas. Los propósitos del tratamiento son el alivio de síntomas, la prevención del avance de la enfermedad y la promoción de la fecundidad. Las opciones actuales terapéuticas son conducta expectante, analgésicos, terapia hormonal, cirugía y combinación de tratamientos.

Los anticonceptivos hormonales combinados están asociados a reducción de riesgo de desarrollo de endometriosis, son una buena elección en mujeres con síntomas leves y que no desean embarazo. Al mismo tiempo los progestágenos se usan endometriosis sintomática y como adyuvante a cirugía. Debido a lo anterior con anticonceptivos son considerados como primera línea de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Society for Reproductive Medicine. Revised ASRM classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril*. 1997; 67: 817-21.
2. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, et al. Tailoring radicality in demolitive surgery for deeply infiltrating endometriosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193:114-7.
3. Hart RJ, Hickey M, Maouris P, et al. Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometriomata. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008.
4. Jacobson TZ, Duffy JM, Barlow D, et al. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009.
5. Konincks P, Martin D. Deep endometriosis: A consequence of infiltration or retraction, or possibly adenomiosis externa. *Fertile Steril*. 1992; 58:924-8.
6. Mahmood TA, Templeton A. Prevalence and genesis of endometriosis. *Hum Reprod*. 1991; 6:544-9
7. Nassif J, Trompoukis P, Barata S, et al. Management of deep endometriosis. *Reprod Biomed Online*. 2011;23:25-33.
8. Royal College of obstetricians and Gynecologists. Green-top Guideline n. 24. The investigation and management of endometriosis; 2006.
9. Speroff L, Fritz MA. Endometriosis. In: Speroff L, Fritz MA (Eds) *Clinical gynecology and infertility*. 7th Ed. Lippincott Williams, Baltimore 2005;29:1103-1133.
10. Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, et al. Endometriosis: Current and future medical therapies. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2008;22:275-306.