

RESUMEN

Se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. No se sabe la etiología exacta
Su clasificación es función de la localización de lesiones, su diámetro, profundidad y densidad de las adherencias determinadas por laparoscopia, otorgando una serie de puntos en función de ciertos parámetros.

El diagnóstico puede ser clínico o quirúrgico

DESCRIPTORES

Endometriosis, tejido, estrógeno, cavidad uterina, implantes, lesiones

SUMMARY

It is defined as the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity. the exact etiology is not known
Their classification is based on the location of lesions, diameter, depth and density of adhesions determined by laparoscopy, giving a number of points depending on certain parameters.

The diagnosis can be clinical or surgical

KEYWORDS

Endometriosis, tissue, estrogen, uterine cavity, implants, lesions

Médico General.
Universidad de Ciencias
Médicas (UCIMED)
San José- Costa Rica
Correo:
mmora0489@gmail.com

DEFINICIÓN

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria crónica, benigna, dependiente de estrógenos y se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Los sitios más frecuentes donde se pueden encontrar los implantes endometriales son: Peritoneo pélvico, ovarios, ligamentos utero-sacros, saco de Douglas y los tejidos extra pélvicos, que son mucho menos frecuentes entre ellos riñones, vejiga, pulmones y cerebro.

INCIDENCIA

La endometriosis se encuentra en el tercer lugar en frecuencia de las

consultas ginecológicas en mujeres de edad reproductiva. La prevalencia de la enfermedad en la población general, es de un 10 % y es aún mayor en mujeres con dolor pélvico, de hasta 50% y se asocia a una prevalencia de 21 % en mujeres que se encuentran en estudios por infertilidad. Se asocia endometriosis hasta en un 3.7-6% en mujeres con diagnóstico de esterilidad.

ETIOLOGÍA

Varias teorías han sido propuestas para explicar la patogénesis de la enfermedad. Sin embargo, ninguna ha sido confirmada. La gran cantidad de teorías implicadas sugieren que la etiología es compleja y multifactorial, asociando factores hormonales

disfunción inmune, supresión de apoptosis.

Tabla 1: Teorías de las causas de endometriosis		
Teoría Menstruación Retrograda	Teoría de Metaplasia Celomica	Teoría de Restos Embrionarios
Esta es la teoría más ampliamente demostrada Sugiere ser producida por reflujo de tejido menstrual desde las trompas de Falopio.	Transformación del tejido peritoneal hacia tejido endometrial, debido a factores hormonales y microambientales.	Sugiere que los remanentes mullerianos en la región rectovaginal, se diferencian posteriormente en tejido endometrial.

CLASIFICACIÓN

Se realiza en función de la localización de lesiones, su diámetro, profundidad y densidad de las adherencias determinadas por laparoscopia, otorgando una serie de puntos en función de estos parámetros.

Tabla 3: Clasificación de la endometriosis según Sociedad Americana de Medicina Reproductiva	
Estadio I Mínima	Implantes aislados y sin adherencias
Estadio II Leve	Implantes superficiales menores de 5 cm. Adheridos o diseminados sobre la superficie del peritoneo y ovarios.
Estadio III Moderada	Implantes múltiples superficiales o invasivos. Adherencias alrededor de las trompas o periováricas, que pueden ser evidentes.
Estadio IV Severa	Implantes múltiples, superficiales y profundos que incluyen grandes endometriomas ováricos. Usualmente se observan adherencias membranosas extensas.

FACTORES DE RIESGO

Se han identificado factores de riesgo asociados a una alta exposición a tejido endometrial como los ciclos menstruales cortos, el aumento del sangrado, así como la menarca temprana. La obesidad y el fumado se han asociado como factores de bajo riesgo. (ver en tabla 2)

Tabla 2: Factores de alto riesgo para la endometriosis	
Madre o Hermana con endometriosis	Consumo de >bebidas alcohólicas por semana
Flujo Menstrual mayor a 6 días	Nunca ha usado Anticoncepción oral
Ciclo menstrual menor a 28 días	Uso de toallas sanitarias o tampones

DIAGNOSTICO

El diagnostico puede ser **clínico** o **quirúrgico**. Siempre se debe tomar en cuenta que es una enfermedad exclusiva de la edad reproductiva, ya que las lesiones son estimuladas por las hormonas. Los síntomas y signos son inespecíficos y aun no existe examen diagnóstico preciso.

1. Clínica:

El dolor pélvico es el síntoma más frecuente, ya sea dismenorrea o dolor pélvico crónico, seguido de la infertilidad. El dolor se caracteriza normalmente por ser intenso en el periodo pre menstrual y aumenta de intensidad durante la menstruación. Otros síntomas asociados dolor de espalda, disuria, dispareunia, disquexia y mujeres asintomáticas.

La infertilidad se da por la distorsión anatómica producida por las adherencias, así como por una pobre reserva ovárica y baja calidad en el ovulo.

Examen físico:

Se pueden encontrar nódulos en la región posterior de la vagina. Dolor con la movilidad uterina, útero en retroversión y fijo, dolor en masa anexial provocado por endometrioma.

No existe suficiente sensibilidad, ni especificidad en el examen físico y pruebas diagnósticas, por lo que se recomienda realizar un buen diagnóstico diferencial para excluir otras causas de dolor pélvico. La ACOG recomienda la exclusión de enfermedades comunes como EPI, Fibromas, Quistes de ovario y otras causas no ginecológicas como Síndrome de intestino irritable.

Laboratorio:

El marcador Ca-125 puede ser de utilidad para el seguimiento de la respuesta al tratamiento de la endometriosis. También tiene cierta utilidad para identificar pacientes con infertilidad asociada a endometriosis severa. Sin embargo, tiene un valor diagnóstico limitado, a pesar de su alta especificidad.

El marcador Ca 19-9 se considera de menor sensibilidad que el CA 125, pero es útil para determinar la severidad de la enfermedad. Otros estudios como FNT alfa en el fluido peritoneal e IL-6, poco utilizados en la práctica clínica habitual, por tener costos elevados y requerir pruebas invasivas para su determinación. El Ultrasonido transvaginal puede tener cierta funcionalidad para lesiones retroperitoneales y uterosacras. La RMI tiene gran sensibilidad en detección de quistes endometriales.

2. Quirúrgico

Es el método ideal para el diagnóstico, mediante la laparoscopia con visualización directa del tejido ectópico acompañado de la confirmación histológica. Se debe presentar dos de

las siguientes características histológicas: macrófagos cargados de hemosiderina epitelio endometrial, con glándulas y estroma. En caso de realizar el diagnóstico solo con visualización directa se requiere de un cirujano con experiencia, ya que la apariencia de las lesiones es muy variable y fácilmente podría pasar desapercibido.

MANEJO

Se debe estratificar al paciente con respecto a la fertilidad y deseos de concepción. Aquella mujer con diagnóstico de infertilidad se debe indicar cirugía. Aquella mujer sin deseos de fertilidad, se debe iniciar con medicamentos de primera línea y en caso de no presentar respuesta, avanzar en las otras opciones de tratamiento. En caso de no presentar respuesta al tratamiento médico, se debe referir para laparoscopia.

1. Tratamiento Médico

El uso empírico de AINES y Acetaminofén es un tratamiento sintomático razonable. Los tratamientos con análogos de GNRH y agentes androgénicos como Danazol son de segunda línea, ya que pueden presentar efectos adversos.(ver tabla 4)

2. Tratamiento Quirúrgico

- Ablación quirúrgica de los depósitos de tejido endometrial pueden disminuir el dolor, intensificando los resultados cuando se realiza junto a una ablación del nervio uterino. Cistectomía laparoscópica, la cual se prefiere antes que el drenaje.
- Neurectomía Presacra es otra opción de tratamiento específicamente en aquellas mujeres con dolor abdominal en línea media.

- Histerectomía con salpingooforectomía bilateral es un tratamiento definitivo para el dolor en el 90 % de los pacientes.

Se ha utilizado frecuentemente y con buenos resultados el diagnóstico

empírico y tratamiento, basado en sospecha clínica. Sin embargo en aquellos pacientes con síntomas persistentes posterior al tratamiento empírico, deben ser referidos para laparoscopia.

Tabla 4: Medicamentos para el tratamiento de la endometriosis		
Medicamento	Indicación	Dosis
ACO	Dolor Pélvico Primera Línea	0.02 - 0.03 mg EES o 0.15 mg desogestrel diario por 6 meses
Acetato Medroxiprogesterona (Depo-Provera)	Dolor Pélvico Primera Línea	150 mg IM cada 3 meses.
AMP (Provera)	Dolor Pélvico Primera Línea	30-100 mg por día VO
DIU Levonorgestrel	Dolor Pélvico posterior a cirugía	DIU
Análogos GnRH	Dolor Pélvico Segunda Línea	Leuprolide 3.75 IM Goserelina SC por 6 meses
Danazol	Dolor Pélvico Segunda Línea	200 mg TID VO 400 BID VO por 6 meses

Recepción: 2 Febrero de 2016

Aprobación: 20 Febrero de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Contreras N., Ponce J., García-Tejedor A., Jofre M. Capó C. ,Giné L. Clínica y diagnóstico de la endometriosis. Clasificación. Ginecología y Obstetricia Clínica 2011; 12(2):63-68.
2. Hernández-valencia M. Diagnóstico de la endometriosis. Perinatol Reprod Hum 2009;23: 25-29.
3. Mounsey A, Wilgus A, Slawson D, Diagnosis and management of endometriosis. American family physician 2006, volume 74, number 4;594-602.
4. Lama C. Martin A, Schneider J, Bodega A., Carmona F. et al. Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el SNS. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2013.