

DEFINICION

La **endometriosis** es una enfermedad crónica estrógeno-dependiente que afecta alrededor del 10% de mujeres en edad reproductiva. Ocurre cuando el tejido endometrial (tejido que reviste la pared interna del útero) crece fuera del útero pudiendo ocasionar dolor pélvico intenso y problemas de fertilidad.

Tipos de Endometriosis

Existen tres tipos fundamentales de endometriosis, que a menudo se presentan simultáneamente

- Endometriosis peritoneal superficial: Aparece formando implantes de diferentes tamaños en la superficie del peritoneo. El peritoneo es la capa fina de tejido que recubre tanto la cara interna de la cavidad abdominal, como la cara externa que envuelve los órganos que esta contiene.

- Endometriosis ovárica: El tejido endometrial ectópico aparece en los ovarios formando cavidades quísticas, que están rellenas de sangre (quistes de chocolate)

- Endometriosis profunda: Los implantes de endometrio ectópico penetran más de 5 milímetros por debajo de la superficie peritoneal afectando a los órganos y estructuras que están por debajo, como el intestino, la vejiga urinaria, el uréter, los nervios pélvicos y menos frecuentemente, el pulmón, la pleura, los tejidos de las partes blandas, etc., siendo este tipo el menos frecuente pero el más grave (severo) de esta enfermedad

- Adenomiosis. Es considerada una forma de endometriosis donde el tejido endometrial afecta el tejido muscular del útero.

La endometriosis afecta alrededor del 10% de mujeres en edad reproductiva, representando entre 1 y 2 millones de mujeres en toda España y unos 176 millones de mujeres en todo el mundo. Es la causa más frecuente de dolor pélvico crónico (Entre el 40% y el 60%). La incidencia máxima se observa en mujeres entre 35 y 45 años.)

CAUSAS DE LA ENFERMEDAD

No se conocen con exactitud las causas que provocan la enfermedad. Varias teorías han intentado buscar una explicación, la más aceptada es la Teoría de la implantación o de Sampson según la cual, parte del tejido menstrual, en vez de fluir hacia el exterior como es habitual, migra por las trompas de

Falopio y se deposita sobre los órganos pélvicos. Los estrógenos juegan un papel crucial en este proceso. Esta teoría es la que explica la gran mayoría de los casos, ya que el 90% de las mujeres presentan menstruación retrógrada.

FACTORES DE RIESGO

- 1.- Primera menstruación temprana, antes de los 11 años
- 2.- Ciclo menstrual corto. Tener la regla con frecuencia (menos de 28 días desde el inicio de un sangrado hasta el siguiente próximo).
- 3.- Sangrado abundante durante la regla o reglas de muchos días de duración.
- 4.- Primer embarazo tardío o no haber estado nunca embarazada
- 5.- Intervenciones quirúrgicas que afectan el útero. Como un legrado uterino o una cesárea.
- 6.- Antecedentes familiares de primer grado afectadas ¿afectas? de endometriosis. Hasta en un 10% puede existir un componente hereditario. Posiblemente se trata de una enfermedad de herencia poligénica multifactorial.
7. Factores medioambientales. Asociados a tóxicos que actúan como disruptores endocrinos.

A pesar de ser considerada una enfermedad fundamentalmente hormonal, existen factores genéticos, inmunológicos y medioambientales que hacen que unas mujeres sean más susceptibles que otras a sufrir endometriosis

SÍNTOMAS DE LA ENDOMETRIOSIS

Fundamentalmente, son el dolor pélvico y la infertilidad.



El dolor se puede manifestar de distintas maneras:

- Menstruaciones dolorosas (dismenorrea) los días de la regla o incluso los días previos y/o posteriores. Es el síntoma más frecuente.

Sangrado menstrual abundante en pacientes que presentan adenomiosis

- Relaciones sexuales dolorosas (dispareunia).
- Dolor pélvico en relación a la ovulación.
- Dolor pélvico crónico, de predominio en la parte baja del abdomen sin relación con el ciclo menstrual.
- Dolor al miccionar (disuria).
- Dolor al defecar (disquecia) que en ocasiones va asociado a alteraciones del hábito intestinal (estreñimiento o diarrea)
- Rectorragias y/o hematuria catamenial. Aparición de sangre en las heces o en la orina en relación con el periodo menstrual de la mujer.
- Dolor torácico, dolor por afectación de raíces nerviosas (ciático, etc.).

Problemas reproductivos en forma de esterilidad (incapacidad para concebir) o de infertilidad (abortos) también acostumbran a estar presentes

Por lo tanto, el conjunto de síntomas que engloba la paciente afectada de endometriosis puede tener un impacto importante en su calidad de vida.

SIGNOS DE LA ENDOMETRIOSIS

Existe una pobre correlación entre las formas clínicas de presentación y los signos y síntomas característicos de la enfermedad. Es decir, muchas veces la intensidad del dolor que presenta la paciente no se corresponde con la extensión de su endometriosis.

Excepto en el grupo de pacientes asintomáticas, el más frecuente es el perfil de una paciente que presenta dolor pélvico en sus diferentes formas: dismenorrea, dolor periovulatorio, dispareunia, dolor crónico, etc. prácticamente desde la primera menstruación (menarquía) y que, en muchos casos, obliga a realizar tratamientos analgésicos adicionales.

Algunas pacientes presentan historia de cuadros vagales con pérdida de conocimiento asociados al dolor, historia de bajas laborales y ausencias escolares durante los periodos menstruales.



A pesar de que la exploración ginecológica puede ser normal, los signos físicos más frecuentes se asocian a la visualización y/o palpación de nódulos de endometriosis detrás del cuello del útero, de los ligamentos úterosacros, de las paredes de la vagina y del recto

DIAGNOSTICO

Historia clínica.

Es muy importante identificar a las pacientes con sospecha de endometriosis y hacer una historia clínica detallada (anamnesis) con la descripción del dolor de la paciente. Uno de los problemas es el retraso en el diagnóstico, que puede tardar hasta 10 años. Por otro lado, entre un 15% y un 30% de pacientes pueden ser asintomáticas.

Exploración ginecológica.

Mediante un tacto vaginal se puede determinar el aumento de tamaño de los ovarios, un cierto grado de inmovilidad, la presencia de nódulos de endometriosis en la parte posterior del cuello del útero o en el espacio entre el recto y la vagina. A veces, también se pueden detectar nódulos mediante un tacto rectal. La colocación del espéculo, en algunos casos, permite visualizar los nódulos de endometriosis en forma de lesiones violáceas en la vagina.

Ecografía transvaginal. En la actualidad, es la prueba más importante. Es especialmente útil para el diagnóstico de endometriomas (quistes de endometriosis en los ovarios). Permite determinar la forma y medida del útero y la presencia de adenomiosis. Actualmente, la ecografía de alta resolución permite detectar implantes de endometriosis profunda para lo que en ocasiones es necesario una preparación intestinal. También se puede estudiar la vejiga urinaria y, si se combina con la ecografía abdominal, se pueden visualizar los riñones y los uréteres para descartar endometriosis en estas localizaciones.

Analítica. No se dispone de ningún marcador válido para el diagnóstico de la endometriosis. El marcador tumoral llamado CA125 puede aumentar. Sin embargo, su aumento es poco sensible (no se eleva en todas las mujeres con endometriosis) y específico (otras patologías pueden aumentar el valor de este marcador) para el diagnóstico del endometriosis.

Resonancia Magnética Nuclear. Prueba de imagen no invasiva y muy precisa, para el diagnóstico de endometriosis extragenital (intestinal, urinaria, pulmonar) . Permite el estudio retroperitoneal y afectación de raíces nerviosas.

Laparoscopia. En pacientes asintomáticas, la endometriosis se puede diagnosticar de forma casual en el transcurso de una laparoscopia realizada por otro motivo. En la actualidad no se recomienda la utilización de la laparoscopia diagnóstica para la endometriosis.

En casos seleccionados, según la sospecha de afectación clínica, se realizan las siguientes pruebas:

Colonoscopia. Para diagnosticar afectación de la mucosa del colon.

Cistoscopia. Permite diagnosticar la afectación de la vejiga urinaria por endometriosis.

Enema opaco, entero-resonancia, colono TAC: En casos de afectación intestinal múltiple, apéndice, íleon.

Urografía endovenosa, renograma, gammagrafía renal. Para completar el estudio de afectación de las vías urinarias y de la función renal.

TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento son reducir y eliminar el dolor y mejorar la fertilidad. Tanto el tratamiento médico como el quirúrgico, tienen que ser individualizados atendiendo a las manifestaciones clínicas, severidad, edad, deseo gestacional, extensión y localización de los implantes, respuesta al tratamiento médico y tolerancia, todo consensuado con la opinión de la paciente.

La endometriosis se considera una enfermedad crónica multifactorial. Su abordaje se dirige a controlar la enfermedad desde su diagnóstico y hasta la llegada de la menopausia, teniendo en cuenta la posibilidad de gestación durante su transcurso.

Como en otras patologías, es muy importante potenciar los hábitos de vida saludables.



TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Alimentación saludable. No hay evidencia de que ninguna dieta cure la endometriosis, pero los beneficios de una alimentación saludable ayudan a paliar la sintomatología, sobre todo el control de los desequilibrios hormonales y la clínica relacionada con alteraciones intestinales. Intentar reducir el consumo de alimentos considerados inflamatorios (lácteos, la carne roja, azúcares, cafeína, chocolate,...) que incrementan la producción de prostaglandinas implicadas en procesos inflamatorios y, por lo tanto, generadoras de dolor, así como de alimentos que incrementan la producción de estrógenos.

Ejercicio físico regular. Contribuye a la mejora física y potencia el estado de ánimo de las pacientes.

Evitar tóxicos como el tabaco y el alcohol.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

No hay una evidencia clara sobre cuál es el mejor tratamiento médico en cuanto al control de la sintomatología y la progresión de la enfermedad.

El tratamiento inicial de la enfermedad, habitualmente, se realiza mediante la combinación de analgesia con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y tratamientos hormonales inhibidores de la ovulación (fundamentalmente gestágenos, estroprogestágenos y análogos de hormona liberadora de gonadotropinas [aGnRH]). En general, todo tratamiento que genere amenorrea (ausencia de menstruación) y/o supresión de la ovulación y/o disminución de la frecuencia de menstruación y/o disminución de la cantidad de flujo menstrual, mejorará los síntomas dolorosos asociados a la enfermedad.

Los **contraceptivos hormonales combinados** (estro-progestágenos) son considerados de primera línea. Entre los anticonceptivos orales se prefieren los de dosis mediana con gestágenos de segunda generación.

Los progestágenos (acetato de medroxiprogesterona, acetato de noretisterona, dienogest, desogestrel) han demostrado también ser efectivos para el dolor pélvico secundario a endometriosis.



DIU Otra posibilidad de eficacia demostrada y considerado como primera línea es el tratamiento con dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel que pueden dejarse dentro del útero durante 6 años)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tipo de cirugías más frecuentes que se pueden llevar a cabo en la endometriosis comprenden:

Quistectomía. Extirpación de quiste de ovario o llamado endometrioma.

Ovariectomía. Extirpación de un ovario (ovariectomía unilateral) o de los dos (ovariectomía bilateral)

Salpinguectomía. Extirpación de una o de las dos trompas.

Anexectomía. Extirpación de trompa y ovario unilateral o bilateral.

Adhesiolisis. Liberación de adherencias de la cavidad abdominal generadas por la propia endometriosis o por los procesos quirúrgicos intercurrentes.

Histerectomía. Extirpación del útero, en pacientes sobre todo afectadas de adenomiosis y que han completado su deseo reproductivo o no quieren conservar el útero.

El manejo de la **endometriosis profunda** es complejo. Muy frecuentemente se necesitan cirugías de alta complejidad con una tasa de complicaciones a tener presentes, por lo que deben ser realizadas por ginecólogos con experiencia en laparoscopia avanzada.

Un equipo multidisciplinario (urólogo, cirujano general y ginecólogo) se encarga de hacer estas intervenciones, puesto que a menudo la afectación extrapélvica intestinal y urinaria puede requerir añadir procedimientos quirúrgicos asociados como la reimplantación ureteral, resección de nódulo vesical o bien una resección intestinal.

NUEVAS TERAPIAS

Los inhibidores de la aromatasa, los antagonistas de la progesterona, los moduladores selectivos de los receptores de la progesterona y los antagonistas selectivos del receptor de la GnRH, son tratamientos hormonales prometedores, a pesar de que todavía son experimentales.

Los tratamientos no hormonales, todos ellos experimentales, están relacionados con la capacidad antiinflamatoria de nuevas moléculas como las terapias antifactor de necrosis tumoral, los antagonistas MIF (factores inhibidores de la migración de los macrófagos), los moduladores de la secreción de PGE₂, etc.

EFFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos secundarios más comunes relacionados con los anticonceptivos son cefalea, alteraciones gastrointestinales (distensión abdominal, náuseas), leve incremento de peso o alteraciones cardiocirculatorias, así como alteraciones en la libido y el estado de ánimo, entre otros, que en ocasiones hacen que la paciente abandone el tratamiento. Por eso, es importante valorar el riesgo individual de cada paciente a la hora de escoger el tratamiento.

Respecto a los análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), en tratamientos superiores a 6 meses, las complicaciones están asociadas al riesgo de pérdida de masa ósea (osteoporosis) y en la aparición de sintomatología climatérica (disminución natural de la actividad de las glándulas sexuales) que dificulta la tolerancia. Si se decide mantenerlos más de 6 meses, hay que valorar asociar tratamiento llamado "add-back" (es decir, administrar al mismo tiempo combinación de estró-progestágenos, o tibolona) para evitar los efectos secundarios anteriores. De este modo, se puede mantener el tratamiento durante mucho más tiempo.

Las complicaciones derivadas de los tratamientos quirúrgicos se relacionan con las adherencias (asociadas a cirugías repetidas, que forman cicatrices internas en la barriga de la paciente), así como con lesiones viscerales, alteraciones de la funcionalidad del sistema urinario e intestinal, o que afecte a la capacidad reproductiva.

Vivir con Endometriosis

Una vez realizado el diagnóstico de la enfermedad, es importante realizar un seguimiento para ayudar a las pacientes a entender, convivir y paliar las posibles consecuencias.

El tratamiento y seguimiento de las pacientes con endometriosis profunda, se recomienda que se realice en centros especializados de tercer nivel, especialmente para las personas con afectación del trato urinario y/o intestinal y/o que hayan requerido múltiples intervenciones.

Por otro lado, en casos evolucionados, esta enfermedad es causa de bajas laborales y comporta un impacto socioeconómico. De una manera global, la endometriosis puede comportar consecuencias en las relaciones personales, de pareja, familiares y laborales. Por eso, siempre hay que contar con todas las alternativas terapéuticas y ningún tratamiento tiene que excluir los otros.

Hábitos tóxicos. Los tóxicos en forma de tabaco y alcohol se consideran nocivos y, en el caso la endometriosis, son activadores de la inflamación y potenciadores del dolor. Por otro lado, en mujeres fumadoras mayores de 35 años, la terapia con estrógenos en forma de anticonceptivos combinados está contraindicada, lo cual dificulta el tratamiento.

Obesidad. Puede complicar la eficacia del tratamiento médico, puesto que incrementa el riesgo del tratamiento hormonal y dificulta el abordaje quirúrgico en todas sus vías (laparoscópica y laparotomía).

Alimentación. El consumo elevado de grasas saturadas como la carne roja, embutidos, derivados lácteos de leche entera, huevo, cereales y azúcares refinados, se consideran alimentos proinflamatorios, así como favorecedores de secreción estrogénica, por lo que se recomienda un consumo moderado. A pesar de que no se dispone de dietas específicas para la endometriosis, se recomienda incrementar el consumo de aceite de oliva, vegetales, cereales integrales, legumbres y frutos secos, considerados como alimentos protectores.

Ejercicio. El ejercicio físico contribuye a mejorar la calidad de vida.

Sexualidad. El impacto sobre la sexualidad es claramente patente en la endometriosis. De manera física, los implantes de tejido endometrial pueden provocar dolor con las relaciones sexuales (dispareunia), con interferencia en la relación de pareja. El dolor pélvico, aun así, puede provocar contracturas reflejas del suelo pelviano y ocasionar cierto grado de vaginismo y dolor. El deseo sexual también se puede ver alterado debido al uso de tratamientos hormonales que, en algunas pacientes, pueden provocar sequedad y alteraciones en la libido. Del mismo modo, los analgésicos tipo mórficos y tratamientos antidepresivos y/o ansiolíticos que, muchas veces se utilizan como co-tratamiento en estas pacientes, pueden alterar la esfera sexual. Cirugías repetidas sobre la pelvis, cicatrices en la vagina y los problemas reproductivos, también son motivo de alteraciones sexuales.

Apoyo social y emocional. Aunque no se ha podido demostrar una relación causa-efecto, se sabe que la endometriosis tiene relación con el estrés. Así, se ha demostrado que las mujeres con endometriosis muestran sufrir mayores grados de estrés que las que no sufren la enfermedad. Se conoce bien que, en estas pacientes, la terapia psicológica reduce los síntomas. Estudios experimentales en animales, a los cuales se ha inducido endometriosis, han demostrado que el estrés puede producir cambios en los mediadores bioquímicos como el cortisol y otros parámetros.

LINEAS DE INVESTIGACION

El hecho de que la endometriosis se considere enfermedad prevalente, crónica, de mujeres jóvenes, con un impacto franco en la calidad de vida y salud reproductiva, existe un interés creciente en la investigación clínica y experimental para averiguar sus causas, factores genéticos y moleculares que expliquen la predisposición en determinadas mujeres respecto de otras que no sufren la enfermedad. En este sentido, los adelantos científicos se centran en la:

- Investigación de nuevos fármacos y moléculas no hormonales, moduladores de la inflamación.
- Investigación de marcadores genéticos.
- Investigación en la asociación de enfermedades y otros trastornos de índole endocrina e inmunológica.
- Investigación clínica a nivel quirúrgico para optimizar los resultados postoperatorios.
- Investigación clínica en relación con los métodos diagnósticos