

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

22.- ENDOMETRIOSIS

ENDOMETRIOSIS Se define como la presencia de tejido glandular endometrial y estroma en cualquier sitio extrauterino.

FACTORES DE RIESGO Y EPIDEMIOLOGÍA.-

Es una condición que ocurre en un 7 a 10% de la población general y hasta 50% en mujeres premenopáusicas, con una prevalencia en las mujeres estériles del 38% (rango del 20-50%).

FISIOPATOLOGIA.- Aunque la patogenia de la endometriosis permanece poco clara, existen varias teorías etiológicas incluyendo la de la menstruación retrógrada (Samsung), diseminación hematógena o transporte linfático, y la de la de la metaplasia celómica. Debido a que la endometriosis es una enfermedad estrógeno dependiente, factores que reduzcan los estrógenos como los trastornos menstruales inducidos por el ejercicio, disminución de la grasa corporal, y el tabaquismo, se asocian con un riesgo reducido para desarrollar la endometriosis.

CLASIFICACIÓN.- Numerosos esquemas de clasificación se han propuesto, la actual es la quirúrgica de la asociación Americana de Medicina Reproductiva (ASRM).

Estadio I (Mínimo) - 1-5 puntos.

Estadio II (Leve) - 6-15 puntos.

Estadio III (Moderada) - 16-40 puntos.

Estadio IV (Severa) - más 40 puntos.

CUADRO CLINICO.- Dismenorrea, dolor pélvico, dispareunia, nodularidad en los ligamentos útero sacros y masa anexial (sintomática o asintomático). Un gran número de mujeres con endometriosis son asintomáticas. La infertilidad se asocia a la endometriosis aunque permanece en debate.

El dolor pélvico típico de la endometriosis se describe como dismenorrea secundaria (dismenorrea menstrual) dispareunia intensa (exagerada durante la menstruación) o dolor lumbosacro con la menstruación. Se sugiere que las lesiones endometriósicas más dolorosas son las que involucran superficies peritoneales inervadas por raíces nerviosas espinales, periféricas, más que aquellas inervadas por el sistema nervioso autónomo.

DIAGNÓSTICO.- La visualización directa confirmada por el examen histológico, especialmente de las lesiones con apariencia no neoplásica permanece como el estándar para diagnosticar endometriosis. La presencia de dos o más hallazgos histológicos es utilizada por el patólogo:

Epitelio endometrial

Glándulas endometriales

Estroma endometrial

Macrófagos con inclusiones de hemosiderina

La inspección visual como el medio único de diagnóstico de endometriosis requiere un cirujano experimentado y familiarizado con la apariencia de los focos endometriósicos. Debido a que el diagnóstico es quirúrgico se han investigado alternativas no invasivas de tamizaje. La correlación entre la presencia de endometriosis moderada y severa y un incremento en la concentración de CA 125 se ha conocido por más de 10 años. Sin embargo la utilidad de este marcador es limitada y únicamente se usa

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

para valorar la respuesta al tratamiento médico.

Estudios de imagenología como el ultrasonido, la resonancia magnética y la tomografía computarizada parecen ser útiles solo en la presencia de masa pélvica o anees al. Los endometriomas visualizados ultrasonográficamente, típicamente aparecen como quistes que son hipoecóicos, homogéneos y con ecos consistentes de sangre vieja. Los estudios imagenológicos solos parecen tener más exactitud en la diferenciación de otras masas anexiales que cuando se utilizan en combinación con niveles plasmáticos de CA 125.

TRATAMIENTO.- El tratamiento con cirugía para estadificación de la enfermedad, y al mismo tiempo resección y fulguración de las lesiones es el más recomendado seguido de tratamiento médico dependiendo de la sintomatología, las necesidades reproductivas y de la edad de la paciente.

El tratamiento médico es útil cuando se espera enfermedad residual. El tratamiento con Danazol a dosis de 600 a 800 MG diario o bien con el uso de los Análogos de GnHR 3.5 MG IM mensual por un tiempo de 6 meses por lo menos, han comprobado disminuir la actividad de la enfermedad y el dolor. Otros medicamentos como la medroxiprogesterona oral y los anticonceptivos hormonales combinados de baja dosis también han demostrado regresión de la endometriosis.

PRONÓSTICO.- Es difícil distinguir entre recurrencia y persistencia de la enfermedad pero puede ser de entre 20% a 50% a 5 años de la cirugía. En el caso de la asociación con esterilidad el pronóstico es malo debido lo anterior por ello estas pacientes pueden ser candidatas a utilización de reproducción asistida para lograr su embarazo. La histerectomía con oforectomía es el tratamiento definitivo asociado a pacientes con dolor pélvico intenso y masas anexiales pélvicas. Y la recurrencia en caso de histerectomía es hasta del 15%.

BIBLIOGRAFIA.

1. - American College of Obstetricians and Gynecologist , Practice Bulletin Number 11, December 1999.
Capítulo de Edometriosis pág 706.
2. - Rawson JM. Prevalence of endometriosis in asymptomatic women. J Reprod Med 1991; 36: 513-515.
- 3.- Guerriero S, Mais V, Ajossa S, Paoletti AM, Angiolucci M, Melis GB. Transvaginal ultrasonography combined with CA-125 plasma levels in the diagnosis of endometrioma. Fertil Steril 1996;65: 293-298.

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

DIAGRAMA DE FLUJO PARA TRATAMIENTO DE LA ENDOMETRIOSIS

