

Endometriosis

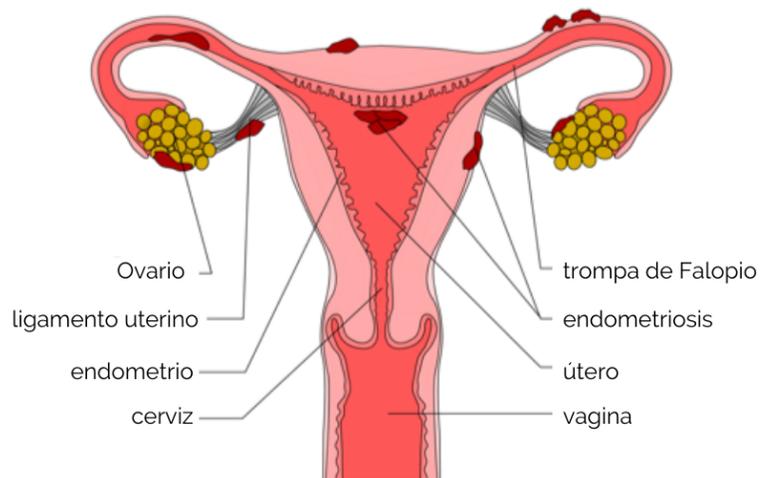
Eric S. Chang MD y Allison Wyman MD

Qué es la Endometriosis?

El endometrio es el revestimiento interno del útero. Está formado por vasos sanguíneos y glándulas que crecen y se contraen con el ciclo menstrual de una mujer. La endometriosis es una condición en la cual las células como las del revestimiento interno crecen en lugares fuera del útero. Estos crecimientos a veces se denominan implantes. Suelen aparecer en lugares como:

-  los ovarios
-  ligamentos uterinos
-  el peritoneo (el revestimiento interno del abdomen y la pelvis)
-  los intestinos
-  la vejiga
-  el estómago o el hígado

ENDOMETRIOSIS



Muy raramente, la endometriosis se puede encontrar fuera del abdomen y la pelvis.

Cuán común es la Endometriosis?

La endometriosis es una condición bastante común. Es difícil saber cuántas personas lo tienen, ya que muchas mujeres no tienen síntomas o no reciben un diagnóstico. Los estudios muestran que entre el 5% y el 21% de las mujeres con dolor pélvico, y entre el 40% y el 52% de las

mujeres con menstruaciones dolorosas severas tienen endometriosis. Además, los implantes de endometriosis se encuentran en el 1% de las mujeres sometidas a cirugía por cualquier motivo ginecológico. Hasta el 50% de las mujeres que se someten a cirugía por dolor pélvico o infertilidad tienen endometriosis. Las mujeres con familiares que tienen endometriosis pueden tener un mayor riesgo de tener endometriosis. Sin embargo, no ha habido estudios que lo hayan confirmado.

Porqué sucede?

La razón por la cual se desarrolla la endometriosis es actualmente desconocida. Sin embargo, se han formado muchas teorías sobre por qué ocurre la afección. Hay cuatro teorías principales que son aceptadas por la comunidad médica:

1. Las células endometriales del revestimiento interno del útero fluyen hacia atrás fuera del útero a través de las trompas de Falopio y hacia la cavidad abdominal y pélvica. Luego se implantan en las estructuras circundantes.
2. Las células madre en la superficie del ovario y el revestimiento del abdomen y la pelvis se convierten en tejido endometrial.
3. Las células endometriales del útero ingresan a la sangre o los vasos linfáticos que luego transportan estas células a sitios distantes donde se implantan.
4. La endometriosis ocurre como resultado de un problema con el sistema inmune.

Sin embargo, ninguna de estas teorías ha sido confirmada.



La endometriosis es conocida por ser una enfermedad estrógeno dependiente. El estrógeno, la principal hormona sexual femenina, es producida por los ovarios y tiene un efecto directo sobre el crecimiento del endometrio durante la primera mitad del ciclo menstrual. Para las mujeres con endometriosis, esto significa que el efecto del estrógeno también hará que crezcan los implantes.

Luego, los implantes producen secreciones y hemorragias que coinciden con la menstruación de una mujer, lo que resulta en

el síntoma clásico de menstruaciones dolorosas (también llamado dismenorrea). Cuando se organizan colecciones de secreciones y sangre dentro de un implante, pueden formar quistes llamados endometriomas. Después de la menopausia, los ovarios dejan de producir estrógenos.. Como resultado, las mujeres posmenopáusicas dejan de menstruar y los implantes también suelen dejar de crecer.

Es importante tener en cuenta que la endometriosis es una afección benigna. Esto significa que no es un cáncer. Algunos tipos muy raros de cáncer de ovario son más comunes en mujeres con endometriosis, pero el riesgo de cualquiera de estos cánceres en mujeres con o sin endometriosis es inferior al 1%. Se cree que tener endometriosis no aumenta el riesgo de cáncer. No ha habido ninguna investigación que vincule definitivamente la endometriosis con el cáncer.

Síntomas

Los síntomas de la endometriosis pueden variar de persona a persona. Las mujeres con enfermedad mínima pueden presentar síntomas graves, mientras que las mujeres con enfermedad grave pueden experimentar síntomas mínimos. Los síntomas comunes son:



menstruaciones dolorosas (dismenorrea)



sexo doloroso (dispareunia)



deposiciones dolorosas (disquecia)



infertilidad, generalmente por cicatrices pélvicas, endometriomas grandes o inflamación de las trompas de Falopio que puede impedir que un óvulo se mueva del ovario al útero



dolor pélvico



estreñimiento



diarrea



urgencia y / o frecuencia urinaria



sangre en la orina o las heces

Diagnóstico

Tener estos síntomas no significa que tenga endometriosis. Sin embargo, las mujeres que tienen estos síntomas deben hablar con su médico. Por lo general, su médico primero realizará un examen pélvico. El médico intentará detectar la presencia de implantes de endometriosis o endometriomas grandes. El médico puede ordenar un ultrasonido pélvico para confirmación. Sin embargo, no existe un examen físico o prueba que pueda diagnosticar definitivamente la endometriosis. De hecho, la única forma de diagnosticar definitivamente la endometriosis es ver implantes durante la cirugía. Para confirmar la endometriosis, su médico puede hacer una laparoscopia diagnóstica. Esta es una cirugía mínimamente invasiva que consiste en insertar una cámara e instrumentos en el abdomen a través de pequeñas incisiones en el abdomen. Si se ven implantes o endometriomas con la cámara, se pueden biopsiar o extraer.

En la mayoría de los casos, el tratamiento para la endometriosis se inicia con base en los síntomas y el examen físico solo. La cirugía descrita anteriormente puede presentar riesgos adicionales para el paciente.

Tratamiento

El tratamiento para la endometriosis generalmente está dirigido a aliviar los síntomas. Si no tiene síntomas, no necesita tratamiento. Las opciones de tratamiento varían según la gravedad de la enfermedad.

Espera Vigilante

Para una enfermedad mínima a leve, el médico puede sugerir una espera vigilante. Esto significa que no hay intervención, excepto los analgésicos de venta libre cuando es necesario. Esta opción se brinda a las mujeres que no desean comenzar a tomar medicamentos que pueden afectar sus ciclos menstruales, o que no desean someterse a una cirugía. Esto también puede ser una opción para las mujeres que se están acercando a la menopausia, ya que los síntomas generalmente mejoran o desaparecen después de la menopausia.

Medicación

Las píldoras anticonceptivas y los agonistas de GnRH son medicamentos comunes que se usan para tratar la endometriosis. Para la enfermedad leve a moderada, el tratamiento de primera línea suele ser las píldoras anticonceptivas. Estas píldoras contienen una hormona natural llamada progesterona que hace que los implantes se descompongan. Las píldoras anticonceptivas también pueden evitar que tenga un período, lo que puede ayudar con los períodos dolorosos. En algunos estudios, las píldoras anticonceptivas han ayudado al 73% -86% de las mujeres después de 4-24 meses de tratamiento. También se ha encontrado que los anticonceptivos inyectables (como Depo-Provera) reducen el dolor en hasta un 72% de las mujeres después de 1 año de uso. Desafortunadamente, los síntomas generalmente regresan después de suspender estos medicamentos.



Si el tratamiento con píldoras anticonceptivas o inyecciones no ayuda, hay otros medicamentos que se le pueden ofrecer. Estos medicamentos se llaman agonistas de GnRH. Funcionan al evitar que sus ovarios produzcan estrógeno. Esto evita que una mujer tenga ciclos menstruales. Estos medicamentos pueden aliviar los síntomas del dolor en el 70% -90% de las personas. La desventaja de estos medicamentos es que causan efectos secundarios comunes a la menopausia, como:



sofocos



sudores nocturnos



trastornos del sueño



sequedad vaginal



pérdida de densidad ósea

Como resultado, estos medicamentos generalmente no se recomiendan para usarse más de 6 a 12 meses.

Cirugía

La cirugía es una opción para las mujeres con endometriosis extensa que causa dolor, infertilidad u otros síntomas que no han mejorado con la medicación. Los objetivos de la cirugía son destruir implantes más pequeños quemándolos y eliminar implantes más grandes o profundamente invasivos. El tipo de cirugía dependerá de la ubicación de los implantes, los síntomas presentes, la extensión de la enfermedad y los deseos del paciente.

Consejos Utiles



La endometriosis es una afección en la que las células que se asemejan al revestimiento interno del útero crecen en lugares fuera del útero.



La endometriosis es una afección benigna. Esto significa que no es un cáncer.



Los síntomas de la endometriosis pueden variar de una mujer a otra. Los síntomas incluyen menstruaciones dolorosas, sexo doloroso, deposiciones dolorosas e infertilidad.



El tratamiento está dirigido a aliviar los síntomas de la endometriosis y puede incluir medicamentos anticonceptivos, medicamentos reguladores de hormonas y cirugía.



Para obtener más información sobre la endometriosis, hable con su médico.

Recursos

Información adicional puede encontrarse en el website de American College of Obstetricians and Gynecologists' en <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Endometriosis>.

Referencias



Management of endometriosis. *Obstet Gynecol* 2010;116:223-236.



Sangi-Haghpeykar H and Poindexter AN. Epidemiology of endometriosis among parous women. *Obstet Gynecol* 1995;85:983-992.



Missmer SA, Hankinson SE, Spiegelman D, et al. Incidence of laparoscopically confirmed endometriosis by demographic, anthropometric, and lifestyle factors. *Am J Epidemiol* 2004;160:784-796.



Helsa JS and Rock JA. Endometriosis: histogenesis. *TeLinde's Operative Gynecology 10th Ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011. 439-440. Print.



Wei JJ, William J, Bulun S. Endometriosis and ovarian cancer: a review of clinical, pathologic, and molecular aspects. *Int J Gynecol Pathol* 2011;30(6):553-568.



Luciano AA, Turksoy RN, Carleo J. Evaluation of oral medroxyprogesterone acetate in the treatment of endometriosis. *Obstet Gynecol* 1988;72:323.



Vercellini P, Frontino G, De Giorgi O. Continuous use of an oral contraceptive for endometriosis-associated recurrent dysmenorrhea that does not respond to a cyclic pill regimen. *Fertil Steril* 2003;80(3):560.



Vercellini P, De Giorgi O, Oldani S, et al. Depot medroxyprogesterone acetate versus and oral contraceptive combined with very-low-dose danazol for long-term treatment of pelvic pain associated with endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:396.



Lemay A, Maheux R, Faure N, et al. Reversible hypogonadism induced by a leutinizing hormone-releasing hormone (LH-RH) agonist (buserelin) as a new therapeutic approach for endometriosis. *Fertil Steril* 1984;41:863.

Sobre los Autores



Eric S. Chang, MD Es originario del área de Washington D.C. y obtuvo su título de médico en la Facultad de Medicina de la Virginia Commonwealth University en Richmond, VA. Completó el entrenamiento de residencia en Obstetricia y Ginecología en la Universidad de Virginia en Charlottesville, VA y actualmente es becario en Medicina Pélvica Femenina y Cirugía Reconstructiva en la Universidad del Sur de Florida en Tampa, FL.

No posee conflictos de intereses para informar.



Allison Wyman, MD, FACOG es Profesor Asistente de Cirugía Reconstructiva de Medicina Pélvica Femenina, Departamento de Obstetricia y Ginecología en el Colegio de Medicina Morsani, Universidad del Sur de Florida, ubicado en Tampa, Florida. Completó su residencia en Obstetricia y Ginecología en el Hospital Case University Medical Center / Case Western Reserve University School of Medicine, seguido de una beca de tres años en Medicina Pélvica Femenina y Cirugía Reconstructiva en la Universidad del Sur de Florida.

No posee conflictos de intereses para informar.