SOCIEDAD AMERICANA DE MEDICINA REPRODUCTIVA

Anteriormente La Sociedad Americana de Fertilidad

ENDOMETRIOSIS

Guía para pacientes

SERIE INFORMATIVA PARA PACIENTES

Publicado por Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, bajo la dirección del comité de Educación al Paciente y el comité de Publicaciones. No está permitido su reprodución en ninguna forma sin permiso escrito. Este folleto no pretende remplazar o suplir la evaluación y el tratamiento completo por parte de un especialista calificado.

Copyright 2003 por Sociedad de Americana de Medicina Reproductiva.

SOCIEDAD AMERICANA DE MEDICINA REPRODUCTIVA
Anteriormente La Sociedad Americana de Fertilidad

ENDOMETRIOSIS

Guía para pacientes

Al final de este folleto hay un glosario de las palabras escritas en itálica.

INTRODUCCION

La endometriosis es un trastorno común que afecta a la mujer durante su vida reproductiva. Esto ocurre cuando el tejido endometrial que recubre la cavidad uterina, crece fuera de ésta. Este tejido erróneamente localizado puede implantarse y crecer en cualquier parte de la cavidad abdominal, o raramente en sitios distantes tales como el ombligo y los pulmones. Este tejido puede crecer en parches superficiales pequeños, llamados implantes; en *nódulos* penetrantes más gruesos, o puede formar quistes en el ovario llamados *endometriomas*.

La endometriosis es altamente impredecible. Algunas mujeres pueden tener sólo unos pocos implantes aislados que núnca se diseminan o crecen, mientras que en otras la enfermedad puede diseminarse a través de toda la pelvis. La endometriosis irrita el tejido circundante y puede promover el crecimiento de las *adherencias*, tejido cicatrizal en forma de una telaraña. Este tejido cicatrizal puede unir cualquiera de los órganos pélvicos entre sí, y en muchas ocasiones puede cubrirlos completamente.

Muchas mujeres que tienen endometriosis experimentan pocos síntomas o pueden estar asintomáticas. De hecho, la edometriosis es a menudo diagnosticada cuando se realiza una cirugía pélvica por otras razones. Sin embargo, en algunas mujeres, la endometriosis puede causar cólicos menstruales severos, dolor durante la relación sexual, infertilidad y otros síntomas.

La endometriosis puede usualmente ser tratada con medicamentos o con cirugía con el fin de preservar la fertilidad. Sin embargo, algunas pacientes pueden tener síntomas tan severos que el útero y los ovarios deben ser quirúrgicamente removidos. Afortunadamente para la mayoría de los pacientes hay tratamientos alternos disponibles y la histerectomía es necesaria en muy pocos casos.

Muchos especialistas creen que la endometriosis se encuentra más frecuentemente en pacientes que núnca han estado embarazadas. Por esta razón, esta condición es algunas veces llamada “enfermedad de mujeres profesionales” porque las mujeres que trabajan fuera de la casa a menudo retrasan el embarazo. Pero la endometriosis no se puede generalizar tan fácilmente, algunas veces afecta a mujeres que han tenido hijos, o a adolecentes.

El Sistema Reproductivo De La Mujer

El tejido endometrial, ya sea el que está dentro o fuera del útero, responde al incremento y caída del estrógeno y la progesterona producidos por el ovario durante el ciclo reproductivo.

Los Organos Reproductivos

El útero es un órgano hueco localizado en el centro de la pelvis, similar en tamaño y forma a una pera, pero usualmente más pequeño. El *cuello*, o la porción más inferior del útero, forma una protuberancia en la parte superior de la vagina. Las dos *trompas de falopio* están pegadas al útero en la parte superior, una a cada lado. Cada trompa es como un tubo, y contiene un pasadizo estrecho que se abre dentro de la porción pélvica de la cavidad abdominal, cerca a los ovarios.

Los *ovarios* son dos glándulas pequeñas similares en tamaño a una ciruela; están colocados a cada lado del útero por debajo de la *fimbria*, que es la porción de la trompa abierta en forma de flecos. Los ovaries cumplen dos funciones: producen los oocitos (huevos) y segregan hormonas. Cada mes durante la ovulación, un huevo maduro es liberado por un ovario. Finos cilios, como pequeñísimos cabellos, localizados en la porción interna de las trompas de falopio capturan el huevo y lo dirigen hacia adentro, en direción al útero. El huevo puede ser fertilizado durante el viaje a través de la trompa hacia el útero. Si ha sido fertilizado al llegar al utero puede implantarse en el tejido que cubre la cavidad uterina, conocido como endometrio (Figura 1).

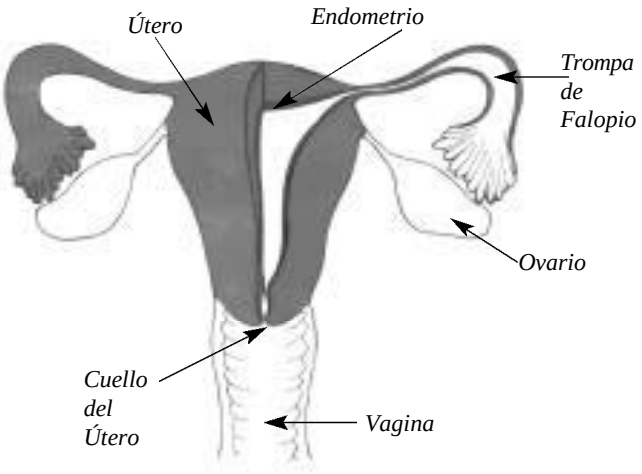
Estrógenos, Progesterona, y Prostaglandinas

El ciclo de producción de hormonas ováricas tiene dos fases. En la primera mitad, conocido como fase folicular, los estrógenos juegan un papel dominante. Durante esta fase el huevo rodeado de un saco lleno de líquido madura dentro del ovario. El saco está rodeado de células que segregan hormonas. Este saco que contiene el huevo, es llamado *folículo*. El folículo segrega una gran cantidad de estrógenos a la corriente sanguínea los cuales llegan al útero produciendo crecimiento y engrosamiento del endometrio.

La segunda fase de la producción hormonal comienza con la ovulación, la cual sucede en la mitad del ciclo, cuando el folículo se rompe y libera el huevo maduro dentro de la trompa de falopio. El folículo vacío se convierte en el *cuerpo lúteo*, el cual produce gran cantidad de progesterona y estrógenos durante la segunda mitad del ciclo. Viajando a través de la corriente sanguínea hacia el útero, la progesterona complementa el trabajo iniciado por los estrógenos, estimulando las células endometriales para que se maduren y hagan posible la implantación del huevo fertilizado (embrión).

Si no ocurre embarazo, la producción de estrógenos y progesterona caerá 10 a 14 días después de la ovulación produciendo que las dos terceras partes del endometrio se desprendan del utero formando el flujo menstrual. La

Figura 1. Los órganos reproductivos de la mujer



Un conocimiento básico de estos órganos y de sus funciones es esencial para comprender la endometriosis.

menstruación contiene fragmentos de tejido endometrial y productos químicos de células endometriales. Entre estos productos están un grupo de sustancias llamadas *prostaglandinas*. Estas sustancias estimulan los músculos uterinos a contraerse y son responsables en gran parte por los cólicos menstruales.

La endometriosis responde a las hormonas ováricas de la misma manera que el endometrio. Bajo la influencia de estrógenos y progesterona, el tejido erróneamente colocado se hincha y produce las mismas sustancias incluyendo las prostaglandinas. Cuando el nivel hormonal cae, el tejido puede sangrar. A diferencia del endometrio normalmente colocado que es expulsado del cuerpo como flujo menstrual, la sangre y tejido producto de la endometriosis no tiene salida; permanece e irrita al tejido circundante.

CAUSAS DE LA ENDOMETRIOSIS

¿Qué Causa la Endometriosis?

Varias teorías existen de cómo comienza la endometriosis. La teoria más popular es la de la menstruación retrógrada, que consiste en el flujo menstrual dirigido hacia la cavidad pélvica a través de las trompas de falopio. De acuerdo con esta teoría, las células endometriales se pueden implantar sobre los ovarios o en cualquier parte en la cavidad pélvica. Esta teoría es apoyada por el hecho de que las mujeres con anormalidades del tracto reproductivo que impiden el flujo normal de la sangre menstrual, tienen una probabilidad mayor de desarrollar endometriosis.

Otra posible explicación supone cambios sutiles del sistema inmunologico, el cual es responsable de retirar células anormales y bacterias del cuerpo. La menstruación retrógrada puede superar la capacidad del sistema inmunologico

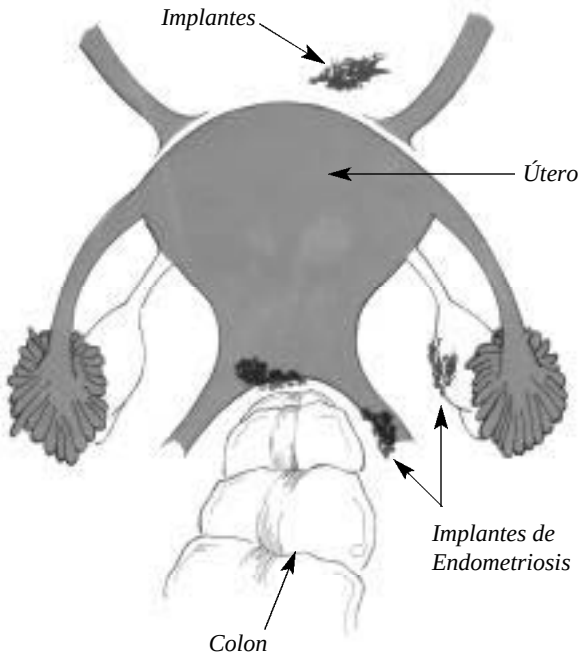
de liberarse de las células endometriales vertidas en la cavidad pélvica. Esto puede resultar en la implantación y crecimiento del tejido endometrial, resultando en endometriosis. Investigadores han reportado diferencias medibles en varias células y sustancias químicas
relacionados con el sistema inmune en algunas mujeres con endometriosis.

Las mujeres que tienen hermanas o la mamá con endometriosis tienen una incidencia mayor de la enfermedad. Si estos factores corresponden a los cambios en el sistema inmune, como se discutió anteriormente, es desconocido. Apesar de décadas de investigación, la razón por la cúal algunas mujeres desarrollan endometriosis, mientras otras no lo hacen, no está completamente entendido.

¿Que Apariencia Tiene la Endometriosis?

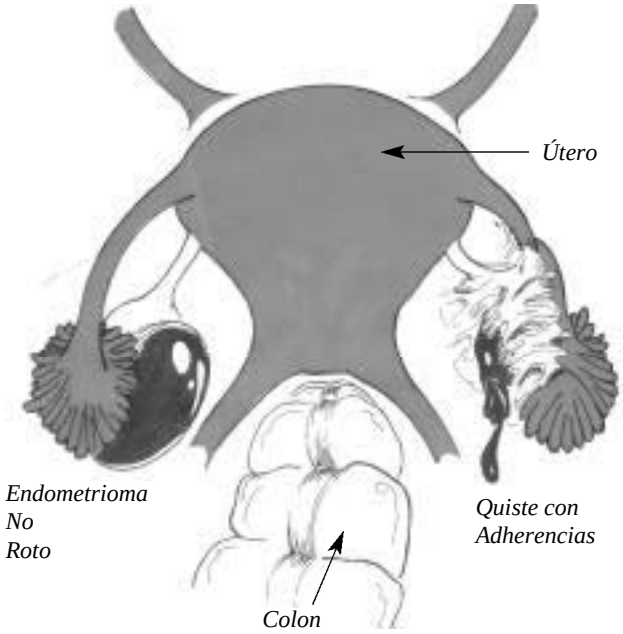
Los implantes iniciales aparecen como parches planos y pequeños de puntos oscuros esparcidos en la superficie de la pelvis. Los parches pequeños pueden permanecer inalterados, convertirse en tejido cicatrizal o desaparecer espontáneamente en un período de meses. La endometriosis puede invadir el ovario produciendo quistes llenos de sangre llamados endometriomas (Figura 2). Con el tiempo la sangre se oscurece y toma un color café rojizo intenso. Una vez

Figura 2. Endometriosis leve



Los implantes son parches planos y pequeños de células endometriales creciendo fuera de su localización normal en la parte interna del utero.

Figura 3. Endometriosis moderada

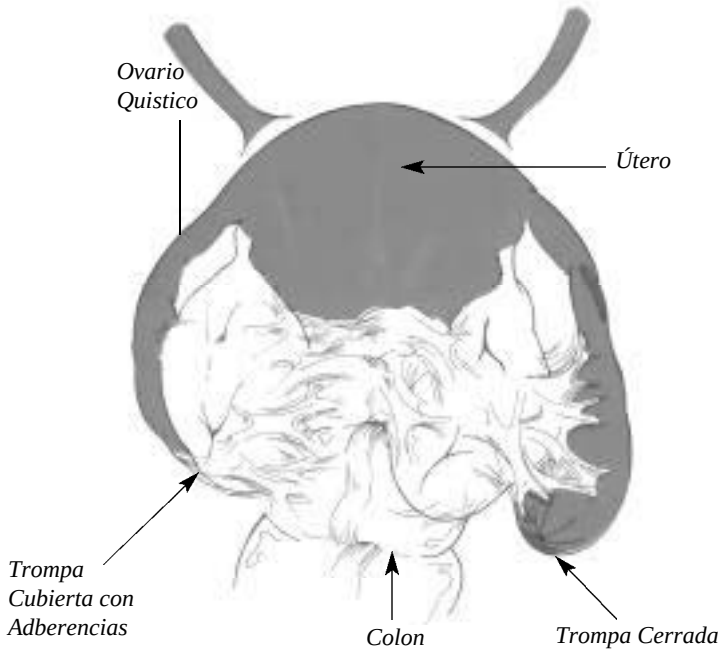


Los "quistes chocolates" de la endometriosis en los ovarios pueden ser más pequeños que una arveja o más grandes que una uva.

pue el quiste se ha desarrollado a este nivel, es frecuentemente descrito como un "quiste de chocolate." Estos quistes pueden ser más pequeños que una arveja, o más grandes que una ciruela. Puede suceder que un gran quiste sangre dentro de sí mismo o se rompa, causando un episodio repentino de dolor. El líquido vertido puede causar inflamación posterior desarrollando tejido cicatrizal (Figura 3).

En algunos casos, bandas de tejido fibroso (adherencias) pueden unir (pegar) el útero, las trompas de falopio, los ovarios y los intestinos cercanos entre sí. El tejido endometrial puede crecer dentro de las paredes del intestino o dentro del tejido que separa el recto de la vagina. Ocasionalmente, el tejido endometrial puede invadir la pared de la vejiga misma. Cuando el tejido endometrial crece profundamente dentro de la pared uterina, es llamado adenomiosis. Con la adenomiosis el útero aumenta de tamaño levemente, se hace más blando que lo usual en consistencia, adquiere una apariencia rojiza y se hace más sensible. Aunque puede invadir el tejido vecino, la endometriosis no es un cáncer, y raramente se desarrolla cáncer en el tejido endometriótico (Figura 4).

Figura 4. Endometriosis Severa



En algunos casos, bandas de tejido cicatrizal fibrosa (adherencias) pueden unir todos los órganos pélvicos entre sí.

SINTOMAS DE LA ENDOMETRIOSIS

Cólicos Menstruales

Dismenorrea o dolor mestrual puede ser un síntoma de endometriosis. La *dismenorrea primaria*, cuando occure durante los primeros años de mestruación, tiende a mejorar con la edad y después del primer hijo, y no está usualmente relacionada con endometriosis. La *dismenorrea secundaria,* la cual ocurre posterior en la vida de la mujer y se incrementa con el paso del tiempo, debe ser considerada como un signo de alarma de una possible endometriosis.

Los cólicos mestruales son causados por contracciones del músculo uterino iniciados por las prostaglandinas liberadas del tejido endometrial. Las contracciones facilitan la expulsión del líquido mestrual. Cuando las prostaglandinas son liberadas durante la mestruación directamente en lo ovarios o en cualquier parte dentro de la pelvis, el dolor puede ser intensificado debido a la sensibilidad de estos tejidos al efecto de las prostaglandinas.

La mayoría de las mujeres que sufren de dismenorrea no tienen endometriosis. Una paradójica característica de la endometriosis es que el grado de dolor no es un indicador válido de la severidad de la enfermedad. Algunas

mujeres con endometriosis extensa no tienen dolor en lo absoluto. Dos tratamientos muy efectivos están disponibles para mejorar los cólicos mestruales asociados con endometriosis. Las píldoras anticonceptivas bloquean la ovulación y la producción de progesterona, reduciendo así la formación de prostaglandinas. Los inhibidores de prostaglandinas bloquean la producción de prostaglandinas y a menudo reducen o eliminan el dolor. Ibuprofeno, naproxen y aspirina son ampliamente usados como inhibidores de prostaglandinas. Aungue mejoran el dolor no afectan el tejido endometrial y por lo tanto no curan la enfermedad. Una mujer con endometriosis puede notar que a medida que la enfermedad progresa sus períodos se hacen más dolorosos, o el dolor aparece más temprano o tiene una mayor duración.

Dolor Durante la Relación Sexual (Coito)

La endometriosis puede producir dolor coital, una condición conocida como *dispareunia*. Movimiento de la vagina durante las relaciones puede producir dolor en un ovario unido a la parte superior de la vagina por una adherencia, o cuando un nódulo de endometriosis está sobre uno de los *ligamentos uterosacros* los cuales mantienen el útero en su lugar. Localizados cerca a la porción superior de la vagina, los ligamentos uterosacros fijan la porción más inferior del útero y el cuello al *sacro*, el hueso triangular localizado en la base de la columna vertebral. La dispareunia puede resultar de implantes de tejido endometrial sensibles localizados en la base de la pelvis cerca de la porción superior de la vagina.

Sangrado Uterino Anormal

La majoría de las mujeres que tienen endometriosis no presentan anormalidades del sangrado. Ocasionalmente, sin embargo, la enfermedad se acompaña de sangrado vaginal en intervalos irregulares. La endometriosis puede existir en los intestinos, en la pared de la vejiga, o en cicatrices quirúrgicas. Raramente, estos bolsillos pueden liberar sangre dentro de la vejiga o del intestino durante el ciclo mestrual.

Infertilidad

En algunos casos la infertilidad es un síntoma de endometriosis. Sin embargo, otros factores tales como alteraciones de la ovulación o pobre calidad del semen pueden estar involucrados en la infertilidad de una pareja. Algunas mujeres que tienen endometriosis son capaces de concebir, mientras otras pueden estar infertiles debido a la endometriosis sola, o en combinación con otros factores.

La endometriosis puede impedir la concepción de varias formas. La endometriosis en la pelvis, por ejemplo, puede inflamar el tejido circundante y producir el crecimiento de un tejido cicatrizal (adherencias). Bandas de tejido cicatrizal pueden unir los ovarios, las trompas, y los intestinos entre sí. Las adherencias pueden interferir con la trompa de falopio. Si los ovarios son

separados de las trompas, los huevos pueden tener dificultad para alcanzar la trompa después de la ovulación.

Los investigadores están determinando otras posibles causas que relacionan la endometriosis con la infertilidad. Aún implantes localizados lejos de las trompas y los ovarios pueden impedir la fertilidad y hay evidencia de que algo, quizás las prostaglandinas u otros químicos producidos por estos implantes, pueden interferir con la ovulación, con la entrada del huevo en la trompa y con la fertilización.

Los estudios han mostrado que el riesgo de aborto espontáneo es más alto en mujeres con endometriosis no tratada. Se desconoce porqué las mujeres con endometriosis tienen un riesgo mayor de aborto; sin embargo, químicos que pueden ser tóxicos para el embrión, han sido encontrados en el líquido abdominal de mujeres con endometriosis. También, posibles cambios en el sistema inmune podrían explicar el riesgo mayor de abortar.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de endometriosis no puede ser hecho por los síntomas solamente. Su médico puede sospechar la enfermedad si se tiene problemas de infertilidad, cólicos mestruales severos, o dolor durante la relación sexual. Recuerde, sin embargo, que muchos pacientes con esta condición no informan síntomas en lo absoluto.

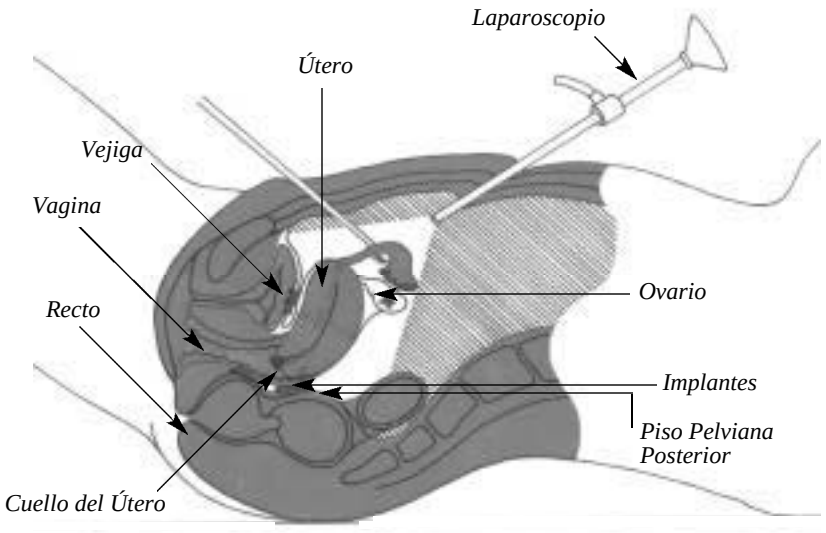
Examen Pélvico

Ciertos hallazgos en un examen pélvico pueden llevar a su médico a sospechar la endometriosis. Un signo que sugiere fuertemente el diagnóstico de endometriosis es la sensación de nodularidad a lo largo del ligamento uterosacro, el cual el médico puede percibir durante una combinación del examen vaginal y rectal. Los nódulos son a menudo sensibles a la palpación. Un ovario aumentado de tamaño puede indicar una endometrioma, especialmente si el médico encuentra que el ovario está fijo. Ocasionalmente, implantes endometriales pueden estar visibles en la vagina o en el cuello uterino. Un médico puede sospechar endometriosis basado en la historia clínica y en los resultados del examen pélvico, pero no puede confirmar su presencia sin estudios adicionales.

Laparoscopía

La *laparoscopía* es un procedimiento quirúrgico que le permite al médico mirar dentro de la pelvis e inspeccionar los órganos reproductivos para verificar la presencia de endometriosis. La mayoría de los medicos confirman la endometriosis por medio de la laparoscopía antes de instaurar un tratamiento. De hecho, en vista de que la endometriosis ocurre a menudo sin síntomas, muchos doctores recomiendan la laparoscopía como parte del proceso diagnóstico de todas las mujeres infértiles (Figura 5).

Figura 5. Laparoscopía



Durante este procedimiento diagnóstico, el cirujano mira a través de un "telescopio" provisto de luz para inspeccionar el contenido de la cavidad abdominal.

Durante el procedimiento un telescopio delgado, provisto de luz, llamado *laparoscopio*, es insertado en la cavidad abdominal a través de una pequeña incisión en/o cerca del ombligo. Mirando a través del laparoscopio, el cirujano puede ver la superficie del útero, las trompas de falopio y otros órganos pélvicos. El médico puede entonces confirmar la presencia de endometriosis visualmente y determinar su severidad. Un fragmento pequeño de tejido puede ser removido en este momento para examen microscópico. Esto es llamado *biopsia*.

La cantidad de endometriosis visualizada por el laparoscopio es registrada por medio de un puntaje numérico. El puntaje se basa en la cantidad de enfermedad superficial o profunda encontrada en la pélvis. Por medio de un puntaje numérico, se estima el estado de la enfermedadutilizando un sistema establecido que divide la endometriosis en cuatroestados: mínima (estado I), leve (II), moderada (III) o severa (IV). Por ejemplo, un puntaje de menor de 15 indica endometriosis mínima o leve, un puntaje mayor de 15 indica una enfermedad moderada o severa. Este sistema es útil para determinar qué tratamiento es necesario.

En algunos casos, un médico puede decidir tratar la enfermedad durante la laparoscopía. Si así lo hace, él o ella puede hacer otras incisiones pequeñas e insertar instrumentos adicionales. Por ejemplo, el cirujano puede drenar líquido de los quistes ováricos, cortar tejido cicatrizal, o fulgurar o vaporizar el tejido endometriósico con el rayo láser. También durante la laparoscopía se puede determinar la permeabilidad de la trompas de falopio. Esto es realizado

inyectando un medio de tintura a través del cuello y útero, el cual saldrá a la cavidad pélvica por las trompas de falopio.

Otros Procedimientos Diagnósticos

En casos especiales, su doctor puede usar otras técnicas diagnósticas por imagenes, tales como el *utrasonido, tomografía computarizada (CAT scan)* o *resonancia magnética* para lograr más información acerca de la extensión de la enfermedad. Estos procedimientos pueden identificar quistes o líquido dentro de los ovarios, y son usualmente realizados en un departamento de radiología de un hospital, en un centro de diagnóstico por imágenes o en un consultorio médico equipado.

Exámenes de Sangre Para Endometriosis

Recientes estudios indican que las mujeres con endometriosis pueden tener cantidades incrementadas de una sustancia química llamada CA 125 en su sangre. Las investigaciones indican que la cantidad de CA125 aumenta a medida que la severidad de la enfermedad empeora. Desafortunadamente este examen no es específico para endometriosis y puede ser positivo en otras enfermedades tales como fibromas, infecciones, cirugía reciente y cáncer. No todas las mujeres que tienen endometriosis tienen un examen de CA 125 positivo, especialmente aquéllas con enfermedad leve. Por lo tanto, usualmente no se utiliza para detectar endometriosis. Otros exámenes sanguíneos se están evaluando para ver si ellos pueden ser más efectivos para el diagnóstico de la endometriosis.

TRATAMIENTO

Su doctor considerará todos los síntomas, hallazgos físicos, los resultados de los exámenes, sus preocupaciones y dudas antes de recomendar un tratamiento. Las mujeres con endometriosis que tienen pocos síntomas o no los tienen, pueden no requerir medicación. Inplantes endometriales pequeños pueden permanecer estables o aún desaparecer. Puede ser recomendado una medicación hormonal, cirugía o ambas. Los doctores frecuentemente aconsejan a las pacientes con endometriosis a proseguir con sus planes de concebir. Muchos piensan que el embarazo inhibe el crecimiento de la endometriosis y causa su regresión.

Medicación Hormonal

El propósito del tratamiento hormonal es simular el embarazo o la menopausia, dos condiciones naturales que se conoce que inhiben la enfermedad. Con ambos tratamientos el endometrio uterino deja de ser estimulado a crecer con cada ciclo mestrual y la mestruación se detiene. El crecimiento del tejido endometrial ectopico (endometriosis) usualmente también será suprimido.

Contraceptivos Orales

Para simular el medio ambiente del embarazo, su doctor le puede prescribir las píldoras anticonceptivas para ser tomadas de una manera algo diferente de la forma usada para contracepción. Un régimen muy efectivo para la endometriosis es tomar los píldoras continuamente sin interrumpirlas para evitar el sangrado por su retiro. Si se presenta sangrado, la dosis puede ser incrementada a dos o tres píldoras por día. Los efectos colaterales asociados con estas dosis altas incluyen náusea, retención de agua y sangrado vaginal irregular. Complicaciones más serias como derrame cerebral, problemas vasculares y enfermedad cardíaca son raras, pero han sido reportadas en mujeres susceptibles.

Como contraceptivos, las píldoras son administradas una por día por tres semanas cada mes, seguido de una semana sin píldoras para permitir el flujo menstrual. Mucho doctores creen que las píldoras anticonceptivas tomadas de esta manera pueden prevenir la progresión de la endometriosis, pero esto no ha sido probado.

Danazol

Este medicamento es un derivado hormonal frecuentemente usado para tratar la endometriosis. Durante el tratamiento con danazol, los niveles estrogénicos son a menudo reducidos a niveles bajos similares a los de la menopausia natural. Este estado es a menudo llamado *seudomenopausia*. El danazol se cree que funciona indirectamente al afectar las hormonas producidas por el cerebro que causan la ovulación, y directamente afecta los implantes de endometriosis. El danazol es similar a las hormonas masculinas y puede tener efectos colaterales. Entre otros se incluyen engrosamiento de la voz, crecimiento anormal del vello facial, reducción en el tamaño de los senos, retención de agua, ganancia de peso, acné, sangrado vaginal irregular y calambres musculares. El danazol controla el dolor en la mayoría de las pacientes con enfermedad menos extensa y puede eliminar pequeños parches de la endometriosis. Desafortunadamente, los endometriomas ováricos grandes (quistes) son generalmente resistentes a la droga. El danazol es una medicación costosa, usualmente recetada por seis meses.

Análogos del GnRH

Los análogos del GnRH comprenden la clase de hormonas más recientes usadas para tratar la endometriosis. Después de unas pocas semanas de tratamiento, el uso de los análogos causa una disminución de las hormonas de la pituitaria, que actúan directamente en el ovario para liberar estrógenos. Consecuentemente, los niveles estrogénicos caen a niveles menopáusicos, no ocurre la ovulación, el endometrio no crece y no se presenta la mestruación. Esto resulta en un estado llamado seudomenopausia o *menopausia reversible.* Los efectos colaterales de estas drogas están asociados con la pérdida de los estrógenos e incluyen tuforadas o calores sequedad vaginal y pérdida del calcio óseo. La medicación es usualmente administrada por seis meses y se puede

utilizar una inyección diaria o mensual, o a través de un aerosol nasal. Son tan efectivos como el Danazol en la mejoría del dolor y en lograr el embarazo. Como el danazol, los endometriomas ováricos grandes (quistes) son generalmente resistentes a los análogos del GnRH.

Progestagenos

Algunos médicos utilizan *progestagenos* para tratar la endometriosis. Las progestinas son drogas sintéticas similares a la progesterona prescritas como píldoras o inyecciones. Los efectos colaterales incluyen retención de agua, cambios en el estado de ánimo y sangrado vaginal irregular. Son considerablemente menos costosos que los otros medicamentos. Un problema especial con la forma inyectable es que puede inhibir la fertilidad por un período de tiempo impredecible después de que se suspende el tratamiento.

Cirugía

El tratamiento de la endometriosis con medicamentos tiene limitaciones definidas. La medicación usualmente controla el dolor leve o moderado, y puede eliminar pequeños parches de la enfermedad. Pero quistes endometriosicos grandes en el ovario responden menos, y las drogas no pueden remover tejido cicatrizal. La cirugía para remover adherencias, implantes o endometriomas puede ser necesaria para aliviar el dolor y mejorar la fertilidad. Aún con cirugía, toda la endometriosis puede no ser erradicada y algunas veces terapia médica postoperatoria debe de ser usada.

Como se describió anteriormente, la laparoscopía puede ser utilizada como una herramienta terapéutica. Por ejemplo, el líquido puede ser drenado y/o pequeños parches de endometriosis pueden ser destruídos utilizando un laser o corriente eléctrica. Cirugía más extensa se requiere cuando al tejido cicatrizal es denso e involucra estructuras delicadas.

Algunos pacientes necesitan una combinación de tratamiento médico y quirúrgico. Sí una mujer infertil con endometriosis no logra un embarazo aún después de tratamiento médico y quirúrgico, la fertilización in vitro procedimiento conocido comunmente como “bebé de probeta” puede ser una opción.

Mientras que la mayoría de los pacientes experimentan mejoría con el tratamiento, un 25 a 50 por ciento de los pacientes presentaran signos y síntomas de recurrencia de 5 a 10 años después de completar la terapia inicial.

Para un pequeño número de pacientes que no han tenido éxito con ningún tratamiento y que han completado su familia, los ovarios pueden ser removidos para mejorar el dolor severo y persistente. El útero es usualmente removido a la vez (histerectomía). La remoción de ambos ovaries minimiza la posibilidad de recurrencia, aunque esto lleva a la mujer a un estado de deficiencia estrogénica o menopausia. Para prevenir la pérdida de calcio óseo y otros síntomas menopáusicos debidos a la deficiencia de estrógenos, la mayoría de estas pacientes necesitaran terapia de remplazo estrogénica subsiguiente. La frecuencia de recurrencia de la endometriosis con la terapia hormonal de remplazo es

bastante baja y los beneficios de la terapia estrogénica son usualmente mucho más grandes que los riesgos potenciales.

Embarazo

Aunque las estadísticas no son concluyentes con respecto a si el embarazo es terapéutico, muchos especialistas han observado que la endometriosis frecuentemente disminuye durante el embarazo. Estos investigadores creen que el medio ambiente hormonal producido por el embarazo usualmente inhibe la enfermedad. Amenudo, la condición puede retornar algún tiempo después del embarazo. Sin embargo, muchas mujeres con endometriosis tienen dificultad en lograr un embarazo.

Implicancias Psicológicas

La endometriosis es una enfermedad que tiene consecuencias emocionales para las mujeres. El dolor debilita algunas mujeres afectando el trabajo y otras relaciones, alterando sus actividades normales. La relación sexual puede ser dolorosa y algunas mujeres pierden interés en el sexo para evitar las molestias. Además el tratamiento hormonal para la endometriosis puede afectar la sexualidad y causar trastornos emocionales. Los efectos colaterales de estos medicamentos, especialmente algunos de ellos que imitan la menopausia, pueden causar depresión e inhibir el deseo sexual en algunas mujeres. El entendimiento y soporte por la pareja, por la familia y amigos, es importante para toda mujeres con endometriosis. Se han formado grupos de apoyo para ayudar a las mujeres que presentan endometriosis y pueden estar disponibles en su área.

CONCLUSION

La endometriosis es una enfermedad que afecta millones de mujeres en todo el mundo. Para muchas la condición pasa desapercibida, para otras demanda atención profesional, especialmente cuando se compromete la fertilidad o el dolor afecta el estilo de vida. El escoger un medico calificado quien esté familiarizado con los últimos desarrollos en el manejo de la endometriosis es su mejor estrategia. El médico que usted escoja le recomendará el curso de tratamiento terapéutico más apropiado basado en su situación personal.

GLOSARIO

Adenomiosis. Una invasión benigna (no cancerosa) del tejido endometrial en la pared uterina.
Adherencias. Bandas de tejido fibroso que unen los órganos abdominales o pélvicos.
Análogos del GnRH. Químicos sintéticos similares a la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), la hormona natural que induce a la glándula pituitaria a estimular los ovarios para producir estrógenos y progesterona. El uso prolongado de análogos de GnRH causa una disminución de la producción estrogénica llevándola a niveles menopáusicos.
Biopsia. La remoción de una muestra de tejido para examen microscopico. El término también se refiere al tejido removido.
Cuello. La parte más inferior del útero que se abre en la vagina.
Cuerpo lúteo. Un cuerpo amarillo en el ovario que se forma después de la ovulación del folículo. El cuerpo lúteo produce progesterona y estrógenos durante la segunda mitad del ciclo menstrual normal.
Danazol. Una hormona que bloque a la ovulación y suprime los niveles estrogénicos.
Dismenorrea Primaria. Dolor asociado con el período menstrual que disminuye con la edad y generalmente comienza con los primeros ciclos.
Dismenorrea Secundaria. Dolor asociado con el período menstrual que empieza posteriormente en la vida reproductiva de la mujer y puede ser debido a condiciones anormales como la endometriosis o la infección.
Dispareunia. Dolor durante la relación sexual; algunas veces un síntoma deendometriosis.
Endometrio. La superficie interna del útero (forro) que es expulsado cada mes durante la menstruación.
Endometrioma. Un quiste lleno de sangre que puede ocurrir cuando el tejido endometrial se desarrolla en el ovario.
Estrógeno. Una hormona producida principalmente por los ovarios. Es la hormona responsable en gran parte de estimular el endometrio, engrosándolo y preparándolo para el embarazo, durante el ciclo menstrual.
Fimbria. Parte final de las trompas de falopio, junto al ovario, en forma de delicados flecos.
Folículo. Una estructura pequeñas esférica, justo por debajo de la superficie del ovario que contiene el huevo, la capa circundante de células y líquido. Dicho huevo aumenta de tamaño y cantidad durante la primera mitad del ciclo menstrual. Durante la ovulación, el folículo maduro se rompe, liberando el huevo.
Implantes. Pequeños parches de células como el endometrio que crecen fuera de su localización normal.
Laparoscopía. Un procedimiento diagnóstico en el cual el cirujano inserta un laparoscopio a través de una pequeña incisión en/o por debajo del ombligo. El médico entonces inspecciona visualmente el útero, los ligamentos, las trompas de falopio, los ovarios y otros órganos abdominales. Una o dos incisiones más

pueden ser realizadas para insertarinstrumentos adicionales.
Laparoscopio. Un instrumento para ver internamente provisto de luz con un lente telescópico.
Ligamentos Uterosacros. Ligamentos que fijan la parte más inferior del útero a el sacro.
Menopausia Reversible. Estado hormonal en el cúal caen los niveles de estrógenos a niveles menopáusicos, no ocurre la ovulación, el endometrio no crece, no se presenta la menstruación. Este estado es creado por la administración de análogos de GnRH.
Nódulos. Colecciones de endometriosis penetrantes como nudos.
Oocitos. La célula sexual femenina inmadura dentro del huevo.
Ovarios. Glándulas femeninas que producen huevos, estrogeno y progesterona.
Progestageno. Hormona sintética similar a la progesterona.
Progesterona. Una hormona ovárica segregada por el cuerpo lúteo durante la segunda mitad del ciclo menstrual.
Prostaglandinas. Químicos similares a hormonas producidos en grandes cantidades por las célulos endometriales. Ellos estimulan el músculo uterino a contraerse y son responsables en gran parte por los colicos menstruales.
Pseudomenopausia. Estado hormonal creado por la toma de un medicamento y caracterizado por bajos niveles estrogénicos similares a los encontrados en la menopausia.
Resonancia Magnética Nuclear. Un procedimiento diagnóstico de imagen que absorve energía a partir de ondas de radio de alta frecuencia específicas.
Sacro. Parte inferior de la columna vertebral.
Trompas de Falopio. Un par de órganos en forma de tubo conectados al útero. El huevo viaja del ovario, a través de las trompas, hacia la cavidad uterina.
Ultrasonido. Una técnica que usa ondas de sonido de alta frecuencia para formar una imagen de los órganos internos.
Útero. Organo muscular hueco en el cual el feto se desarrolla durante el embarazo.

NOTAS

American Society for Reproductive Medicine Patient Information Series:

____Abnormal Uterine Bleeding (1996)
____Adoption (1990)
____Age and Fertility (2003)
____Birth Defects of the Female Reproductive System (1993)
____Donor Insemination (1995)
____Ectopic Pregnancy (1996)
____Endometriosis (1995)
____Endometriosis (Spanish Translation) (2003)
____Fertility After Cancer Treatment (1995)
____Hirsutism and Polycystic Ovarian Syndrome (1995)
____Husband Insemination (1995)
____Infertility: An Overview (1994)
____Infertility: An Overview (Spanish Translation) (1996)
____Infertility: Coping and Decision Making (1995)
____IVF & GIFT: AGuide to Assisted Reproductive Technologies (1995)
____IVF & GIFT: AGuide to Assisted Reproductive Technologies (Spanish Translation) (1996)
____Laparoscopy and Hysteroscopy (1995)
____Male Infertility and Vasectomy Reversal (1995)
____Miscarriage (1995)
____Ovulation Detection (1995)
____Ovulation Drugs (2000)
____Pelvic Pain (1997)
____Pregnancy After Infertility (1997)
____Premenstrual Syndrome (PMS) (1997)
____Third Party Reproduction (Donor Eggs, Donor Sperm, Donor Embryos, & Surrogacy) (1996)
____Tubal Factor Infertility (1995)
____Unexplained Infertility (1997)
____Uterine Fibroids (1997)

For copies, ask your physician or contact the ASRM at the address below.

AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE
Formerly The American Fertility Society
1209 Montgomery Highway • Birmingham, Alabama 35216-2809
(205) 978-5000 • asrm@asrm.org • www.asrm.org

SOCIEDAD AMERICANA DE MEDICINA REPRODUCTIVA

Anteriormente La Sociedad Americana de Fertilidad

1209 Montogemery Highway

Birmingham, Alabama 35216-2809

(205) 978-5000 • asrm@asrm.org • www.asrm.org