Endometriosis

Dr. Luis Carlos Páez Lobeira

La endometriosis es una enfermedad misteriosa tradicionalmente denominada benigna. Su nombre se deriva de la palabra *endometrio*, el tejido que recubre el útero y que se acumula y se desecha cada mes, durante el ciclo menstrual. Durante el ciclo menstrual regular de una mujer, este tejido se acumula y normalmente, es derramado hacia el exterior si no ocurre un embarazo. Las mujeres con endometriosis desarrollan un tejido afuera del útero que se parece y actúa como el tejido endometrial, usualmente en otros órganos reproductivos dentro de la pelvis o en la cavidad abdominal. Cada mes, este tejido que está fuera de su lugar, responde a los cambios hormonales del ciclo menstrual acumulándose y desintegrándose justo como lo hace el endometrio, dando como resultado el sangrado interno. A diferencia del sangrado menstrual el cual es extraído por el cuerpo vía vaginal, la sangre del tejido que está fuera de su lugar no tiene a donde irse, dando como resultado la inflamación o la hinchazón de los tejidos que rodean la endometriosis. Este proceso puede producir tejido cicatrizante alrededor del área, lo cual puede desarrollarse en nódulos, tumores, implantes o crecimientos.

Los sitios más comunes de los crecimientos endometriales están en el abdomen (*fig. 1*). Estos lugares comprenden los ovarios, las trompas de Falopio, los ligamentos que sostienen al útero, el área entre la vagina y el recto, la superficie externa del útero y el recubrimiento de la cavidad pélvica.

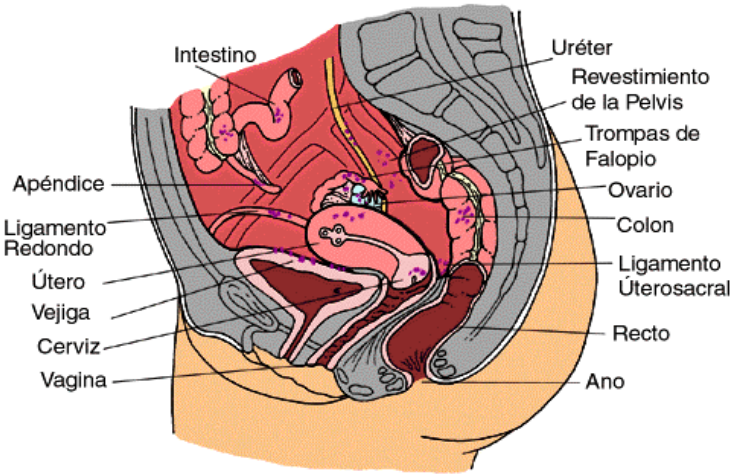
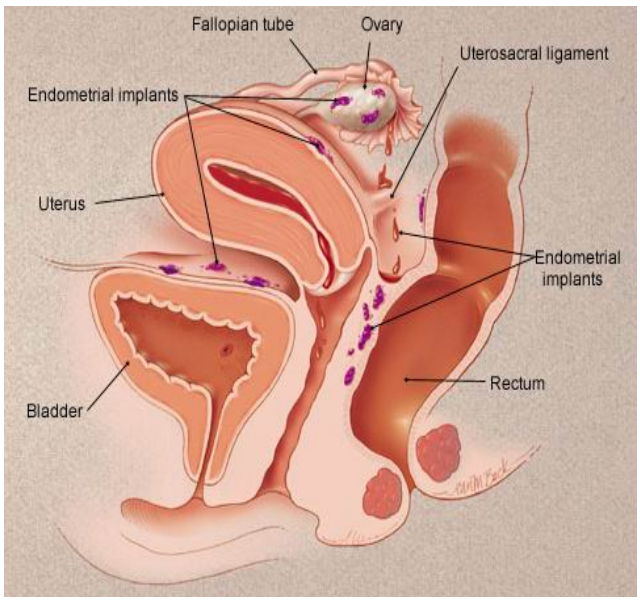


Fig. 1

En ocasiones, los crecimientos también se encuentran en cicatrices de cirugía abdominal, en los intestinos o en el recto, y en la vejiga, vagina, cérvix y vulva (genitales externos). También se han encontrado crecimientos endometriales fuera del abdomen, en el pulmón, el brazo, el muslo y otros lugares, pero son poco comunes. Existe una condición denominada adenomiosis, que básicamente es una variante de endometriosis, que consiste en el crecimiento de tejido endometrial dentro del tejido muscular del útero (miometrio) y que también es causa frecuente de sintomatología, aunque es una condición más difícil de evaluar y diagnosticar.

El mecanismo más aceptado para el desarrollo de la endometriosis es la teoría denominada "menstruación retrógrada" propuesta por Sampson en los años 20´s. Según esta teoría, parte del flujo menstrual pasa a las trompas de Falopio en lugar de dirigirse a la vagina, y este flujo se implanta en algunas mujeres en diferentes regiones de la cavidad pélvica. Ciertos estudios mencionan que en algún momento dado de la vida, toda mujer experimenta cierto grado de menstruación retrógrada. La pregunta es ¿porqué solo algunas lo padecen? Aun no se conoce la respuesta, pero se piensa que se deba a una alteración inmunológica y/o hormonal que imposibilite una adecuada "limpieza" de ese tejido implantado ectópicamente.

Aunque esta teoría de Sampson no explica la aparición de implantes de endometriosis en regiones fuera de la cavidad pélvica como pulmones, ojo, piel, tejido nervioso, etc., un conocimiento de la fisiología y bioquímica de la enfermedad pudiera explicar el porqué aparece en lugares distantes y se resulta en una enfermedad sistémica.



Existen otras teorías que pudieran explicar algunos de los casos, como la diseminación hematógena (por vía sanguínea) o linfática, factores inmunológicos, hereditarios, transplante quirúrgico, etc. Recientemente, se ha descubierto que todas las mujeres con endometriosis presentan cierta alteración en el metabolismo de los carbohidratos, principalmente un trastorno denominado sensibilidad a la insulina (como se explicará a más detalle más adelante). Ninguna teoría explica por sí sola todos los casos de endometriosis.

De hecho, lo más común es que sea considerada una enfermedad de origen multifactorial, ya que todos los factores antes mencionados, así como el factor genético juegan un papel en su desarrollo. Lo que sí esta bien establecido es que la endometriosis es una enfermedad que responde a las hormonas (estrógenos y progesterona). Los estrógenos son el "alimento" para la endometriosis, es decir, su crecimiento es estimulado por esta hormona. Es por esto, que las mujeres menopáusicas (deficientes de estrógeno) no presentan tan frecuentemente endometriosis, al menos que sean suplementadas con terapia de reemplazo hormonal que contenga estrógenos. El hecho de que sea una enfermedad casi exclusivamente de mujeres en edad reproductiva (cuando hay mayor producción de estrógenos), confirma lo antes mencionado.

La endometriosis no es un cáncer, es decir no es considerada una enfermedad maligna. Recientemente se ha visto que por lo menos estadísticamente, sí esta relacionada con algunos tipos de cáncer como el linfoma, melanoma, algunos tipos de cáncer de ovario, entre otros, pero la relación causa efecto aún está por verse.

Para muchas mujeres, más que ser una condición benigna, esta enfermedad resulta en síntomas debilitantes, como cólicos menstruales de moderados a severos, dolor pélvico crónico e infertilidad. De hecho, en algunos países es considerada una enfermedad discapacitante. Esta condición generalmente conlleva a la paciente a someterse a múltiples procedimientos quirúrgicos incluyendo la extirpación del útero y ovarios, así como al uso indiscriminado de múltiples regímenes medicamentosos. A pesar de la tradicional creencia de que es una enfermedad que solo involucra el aparato reproductor, evidencia reciente indica que se trata más bien de una enfermedad sistémica, es decir, que involucra todo el sistema corporal.

Un sistema de estadificación ha sido desarrollado por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (American Society of Reproductive Medicine). Las etapas están clasificadas de acuerdo a lo siguiente tabla:

ETAPA	**NIVEL DE SEVERIDAD**
Etapa I	mínima
Etapa II	leve
Etapa III	moderada
Etapa IV	severa

La etapa de la endometriosis está basada en la localización, cantidad, profundidad y el tamaño de los implantes endometriales. Los criterios específicos incluyen los siguientes:

- Que tan avanzada está la propagación de los implantes.
- Que tan involucradas están las estructuras pélvicas con la enfermedad.
- Que tan avanzadas están las adherencias pélvicas.
- La obstrucción de las trompas de Falopio.

La etapa de la endometriosis no necesariamente refleja el nivel de dolor experimentado, el riesgo de infertilidad o los síntomas presentes. Se ha encontrado que los implantes diminutos (denominados *crecimientos petequiales*)

son más activos en la producción de prostaglandinas (tipo de eicosanoides que se producen en todo el cuerpo y que participan en numerosas funciones incluyendo producción de dolor; ver más adelante), lo cual puede explicar los graves síntomas que con frecuencia parecen presentarse con implantes pequeños. Se cree que las prostaglandinas son las causantes de numerosos síntomas. Por ejemplo, es posible que una mujer en la Etapa I tenga un tremendo dolor, mientras que una mujer en la etapa IV puede no tener síntomas. Además, las mujeres que reciben tratamiento durante las primeras dos etapas de la enfermedad tienen una probabilidad más grande de recobrar su habilidad de quedar embarazadas después del tratamiento.

Se calcula que cerca del 15% de la población general femenina padece de endometriosis y es más común en la edad reproductiva aunque se ha encontrado en mujeres desde los 10 hasta los 76 años de edad. Actualmente, se estima que entre 5 y 12 millones de mujeres en los EUA padezcan la enfermedad. En México, se estima que alrededor de 4 millones de mujeres la padezcan, aunque no existen estadísticas aún, esto se sacó en base a la población femenina de edad reproductiva y corrigiendo los factores ambientales, entre otros factores.

Otros datos estadísticos se muestran a continuación:

• 10-15% de mujeres que se les realiza laparoscopía diagnóstica por cualquier causa
• 2-5% de mujeres que se les realiza salpingoclasia (y se encuentra endometriosis como hallazgo)
• 20-40% de mujeres infértiles que se les realiza laparoscopia por cualquier causa
• 14-87% de mujeres con dolor pélvico crónico y dolor con las relaciones sexuales
• 50% o más de las mujeres con cólicos menstruales

Factores contribuyentes

Si bien aún no se conoce la causa específica de la endometriosis, si se conocen numerosos factores de riesgo y otros factores protectores para la endometriosis. Dentro de los factores de riesgo tenemos:

- Genéticos. El hecho de tener un familiar directo como hermana o madre con endometriosis dobla el riesgo.
- Estado hormonal. Niveles mayores de estradiol (estrógeno) y sangrados menstruales abundantes elevan el riesgo.
- Factores anatómicos. Algunas malformaciones uterinas o estenosis cervical (que este muy estrecho el orificio del cérvix) aumentan el riesgo.

- Raza. A pesar de que la endometriosis no respeta ni religión ni raza, se ha visto que afecta más a raza caucásica y japonesa que a raza afro-americana)
- Toxinas ambientales. Numerosas toxinas ambientales, como la dioxina, PVC y otras, actúan como estrógenos, estimulando el crecimiento de endometriosis. Es por esto que en localidades donde las concentraciones de estos tóxicos son mayores, se encuentra una mucho mayor incidencia de endometriosis. Esto ya ha sido demostrado mediante estudios en monos que han sido inyectados con dioxina.

Los factores que en un momento dado pueden ser protectores se encuentran:

- Estilo de vida. Las mujeres que ejercitan frecuentemente tienen niveles menores de estradiol que las que no lo hacen; asimismo las fumadoras tienen niveles menores de estradiol que las no fumadoras. ¡Con esto no quiero decir que deban de fumar para no tener endometriosis!!
- Uso de anticonceptivos hormonales. Se ha demostrado que el uso de estos medicamentos disminuyen la progresión de la enfermedad. También disminuyen la cantidad de sangrado menstrual y con esto el teórico flujo retrógrado en las mujeres con endometriosis.
- Historia obstétrica. Mujeres que han tenido hijos y lactado tiene menor incidencia de endometriosis que las que no lo han hecho.

Síntomas

Los síntomas más comunes son los cólicos menstruales de moderados a severos y progresivos, dolor pélvico (diferente al dolor de cólico menstrual), dolor con las relaciones sexuales, infertilidad e irregularidades menstruales (sangrados irregulares o abundantes). Otros síntomas pueden incluir los trastornos intestinales variados, fatiga crónica, síndrome premenstrual, alergias, infecciones vaginales de repetición, problemas urinarios, cuadros de dolor crónico en otras áreas no ginecológicas, etc. En la siguiente tabla (*tabla 1*) se muestran los síntomas más frecuentes según una estadística de la "Endometriosis Association".

Síntomas	%
Cólicos menstruales y/o dolor durante todo el ciclo	95
Fatiga, sentirse exhausta	87
Distensión abdominal	84
Diarrea, dolor con las evacuaciones intestinales c/menstruación	83
Sangrado uterino irregular	65

Dolor con las relaciones sexuales	64
Náusea, malestar estomacal c/menstruación	64
Poca resistencia a infecciones	43

Tabla 1

Los trastornos intestinales en las pacientes con endometriosis son sumamente frecuentes, pudiendo manifestarse como dolor abdominal en diferentes regiones, náusea, vómito, saciedad rápida, distensión abdominal, estreñimiento o diarrea (o ambos), alteraciones variadas de los hábitos intestinales, que generalmente empeoran con la ingesta de alimentos y no mejoran con las evacuaciones. Estos síntomas tradicionalmente se han denominado síndrome de cólon irritable, pero la realidad es que no es así. Esta condición es denominada trastorno neuromuscular intestinal (TNI) y se presenta clínicamente en más del 50% de las pacientes con endometriosis Este trastorno representa "crisis convulsivas" del sistema nervioso intestinal y se puede sospechar mediante un patrón característico durante la laparoscopia o bien confirmarse mediante un estudio denominado electro-gastrograma (EGG). Los síntomas gastrointestinales en las pacientes con endometriosis se expresan clásicamente en 2 tiempos durante el ciclo menstrual: (1) durante la ovulación (cuando la progesterona es secretada) y (2) justo antes o durante la menstruación (cuando los niveles de estrógenos y progesterona disminuyen y se activa el sistema de eicosanoides).

Recientemente salió un artículo publicado en la prestigiada revista Human Reproduction donde se observó que las mujeres con endometriosis eran más susceptibles de desarrollar enfermedades autoinmunes e inmunológicas en general, como Lupus Eritematoso Sistémico, artritis reumatoide, vitiligo, etc. Esto nos habla de la relación que pudiera existir entre la endometriosis y el sistema inmune.

Mitos comunes

Los "cólicos" siempre han sido tema de conversación entre amigas, madre e hija, hermanas, familiares, vecinas, etc. Pocas veces se hablan de éstos en una consulta médica, llámese con el pediatra, médico familiar o ginecólogo. Por lo mismo, no deja de existir mucha desinformación y mitos al respecto. Asimismo, existe una falta de conocimiento por parte de la comunidad en general, incluyendo la médica, con respecto a la incidencia y a las repercusiones que trae consigo esta condición, lo que conlleva generalmente a un tratamiento inadecuado. En general, la menstruación y todo lo que la rodea siempre ha sido un tema oculto, místico, con muchos tabúes, y siempre se ha procurado no hablar o mencionar mucho del tema por temor, por pena o por pensar que es algo que la mujer tiene que sobrellevar, sea lo que sea.

No hay duda de que la endometriosis es una de las enfermedades más desconcertantes que atacan a las mujeres. Pero conforme transcurre el tiempo, se adquieren más conocimientos sobre ella, los cuales han dejado en claro que

algunas suposiciones del pasado son incorrectas o sospechosas de serlo. Según una de estas suposiciones, todas las mujeres tienen cólicos y son completamente normales. Esto ya esta bien establecido que no es así ni debe serlo. No se puede decir que un dolor que mes con mes regresa y que en muchas ocasiones es incapacitante puede ser normal. Si tuviéramos un dolor de muelas que cada mes regresa y nos imposibilita comer o hablar, ¿también se vería como normal? Muchas mujeres pierden trabajos, actividades o simplemente poder ser productivas en cualquiera de sus actividades.

Otro pensamiento común entre amigas es que si una puede aguantarse el dolor, ¿porque yo no? Y comienza el duelo de poderes internos para ver si también son capaces de soportar o sobrellevar la molestia. ¿Qué necesidad hay de esto?

Según otra de estas suposiciones las mujeres de raza distinta de la blanca en general no la padecían, pero se ha demostrado que esto es falso. En el pasado era común que las mujeres de raza no blanca no contaran con el tipo de cuidados médicos necesarios para el diagnóstico a diferencia de la raza blanca. Era más difícil que se le diagnosticara la enfermedad en la raza negra por ejemplo, ya que por un lado no acudían con el médico tan frecuentemente o aprendían a sobrellevar los síntomas. Ahora que afortunadamente ya existe másldad en los cuidados de la salud, se ha visto que la incidencia es similar.

Otro mito era (o sigue siendo) que las mujeres muy jóvenes no desarrollaban el padecimiento, idea que quizá surgió porque con anterioridad las adolescentes y mujeres jóvenes toleraban en silencio el dolor menstrual (que suele ser uno de los primeros síntomas) y no se sometían a exámenes pélvicos hasta que la enfermedad progresaba y alcanzaba proporciones insoportables. También se creía que atacaba con mayor frecuencia a las mujeres de nivel educativo alto. Ahora se sabe que este concepto se desarrolló porque las mujeres con un alto grado de escolaridad recibían mejores cuidados médicos y eran lo suficientemente persistentes como para encontrar una explicación a sus síntomas.

Muy comúnmente escuchamos a mujeres decir que médicos les has mencionado que una vez que llegue la menopausia la enfermedad y los síntomas desaparecerán. Es cierto que la enfermedad responde a hormonas (estrógenos) y que la menopausia se caracteriza por disminución de los mismos, pero existe la terapia de reemplazo hormonal y esta se basa principalmente en estrógenos. Al dar la terapia estaremos alimentando la endometriosis nuevamente. Inclusive, existe evidencia que durante la menopausia existe producción de estas hormonas en órganos diferentes al ovario, como la grasa y piel. Existen casos de mujeres que se les ha extirpado quirúrgicamente el útero y ambos ovarios (menopausia quirúrgica) y han tenido crecimiento de los implantes de endometriosis sin haber recibido terapia de reemplazo hormonal. Todo esto es por la producción periférica

de estrógenos. Cada vez más existen reportes en la literatura de casos de endometriosis en la edad post-menopáusica.

Otra suposición frecuente era que, como no lleva a la muerte, como el cáncer, la enfermedad no es grave. Sin embargo, cualquier persona que haya hablado con mujeres con endometriosis sobre sus experiencias se habrá enterado que la vida de algunas de ellas ha permanecido relativamente sin cambios, pero que muchas han sufrido dolores muy serios y tensión emocional, no han podido asistir a sus empleos ni realizar sus actividades normales; además, han experimentado problemas financieros y en sus relaciones. Quizá en un futuro cercano se pueda comprender esta enigmática enfermedad y terminar con los mitos, el dolor y las frustraciones que la acompañan.

Los mitos más comúnmente escuchados son los podemos observar en el siguiente cuadro:

Muchas mujeres se podrán sentir familiarizadas con estas frases o expresiones. Lo cierto es que no dejan de ser mitos, es decir, no son realidades!!!!

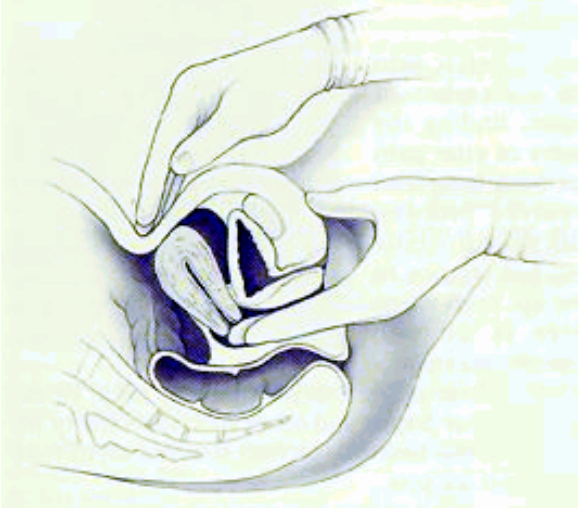
Es sumamente común escuchar a médicos, familiares y otras personas decir o mencionarle a la mujer afectada que todo esta en su cabeza, que tiene que acudir a un psicólogo para valoración. Lo que sucede es que una mujer con endometriosis, que ha sufrido muchos años dolor crónico, malestar general y todos los síntomas y complicaciones de medicamentos y cirugías que generalmente acompañan a la enfermedad , suele deprimirse con el tiempo por su pobre calidad

de vida. Pero la depresión es consecuencia de la enfermedad, ¡no al revés!! como muchas veces se quiere hacer ver.

Durante siglos las mujeres (y los médicos) creían erróneamente que las menstruaciones dolorosas, igual que el parto doloroso, era el precio que las mujeres tenían que pagar por ser mujeres, un hecho desafortunado, inevitable, y demasiado rutinario como para justificar una investigación seria. Además, el reconocimiento del dolor menstrual fue retrasado por los tabúes que se relacionan con la menstruación misma, la cual, en algunas culturas constituye un hecho vergonzoso por sí mismo. Lo peor fue que estas actitudes enseñaron a las mujeres a culparse a sí mismas por el dolor menstrual. Pero cuando los investigadores descubrieron la base bioquímica del dolor –y se estableció el papel de las prostaglandinas en las contracciones uterinas–, muchos médicos cambiaron de opinión. Los cólicos menstruales eran reales porque la ciencia los había explicado. Además, se les podía dar tratamiento. Nuevos medicamentos salieron al mercado (los inhibidores de la prostaglandinsintetasa, denominados también AINES o antiinflamatorios no esteroideos), lo cual cambió la vida de millones de mujeres.

La moraleja es que los síntomas son reales una vez que pueden explicarse. La actitud cambia después de conocer los resultados de las investigaciones.

Diagnóstico



El diagnóstico deberá de ser sospechado principalmente mediante la historia clínica detallada y la exploración física. En general, con una buena historia clínica y una exploración física detallada se puede llegar al diagnóstico hasta en un 80% de los casos. A pesar de esto último, el diagnóstico suele seguir considerándose incierto hasta que se compruebe por laparoscopía, la cual es un procedimiento quirúrgico menor que se realiza bajo anestesia; en éste, el abdomen de la paciente se distiende con dióxido de carbono (gas) para facilitar la visualización de los órganos, y se inserta un laparoscopio (un tubo con luz en su interior) a través de una diminuta incisión en el abdomen. Al manipular el laparoscopio dentro del abdomen, el cirujano examina el estado de los órganos abdominales y, si es

suficientemente cuidadoso y detallista, podrá detectar implantes endometriales.

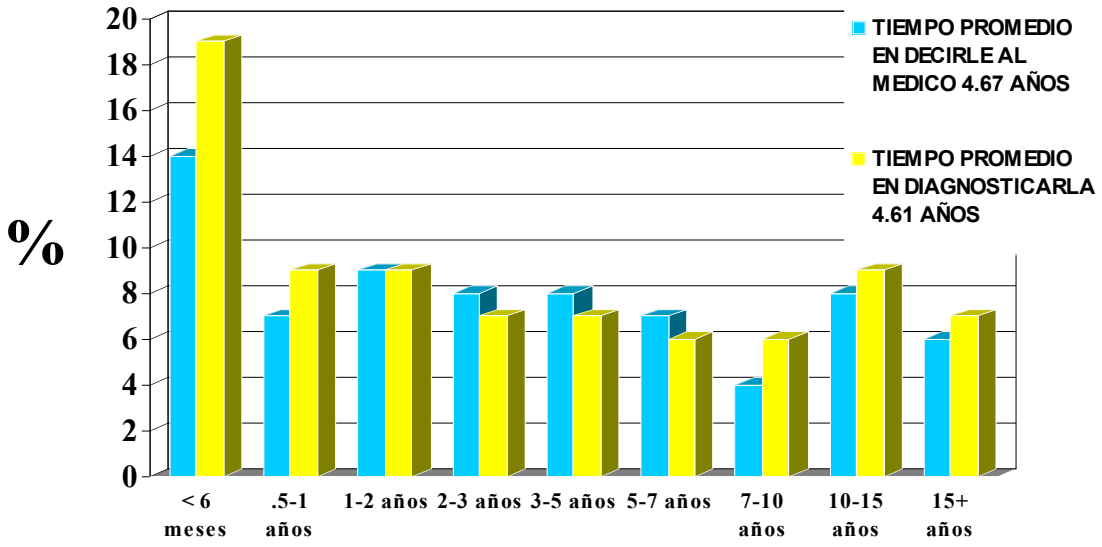
Con alguna frecuencia, el médico puede palpar los implantes mediante el examen pélvico (el examen que el médico realiza con las manos) y los síntomas suelen indicar endometriosis. Pero los textos de medicina consideran que no es una buena práctica tratar esta enfermedad sin haber confirmado el diagnóstico (el cáncer ovárico, por ejemplo, en ocasiones tiene los mismos síntomas que la endometriosis). La laparoscopia también indica las ubicaciones, el grado y el tamaño de los crecimientos y puede ayudar al médico y al paciente a tomar decisiones mejor informadas sobre el tratamiento a largo plazo y sobre planes de embarazo.

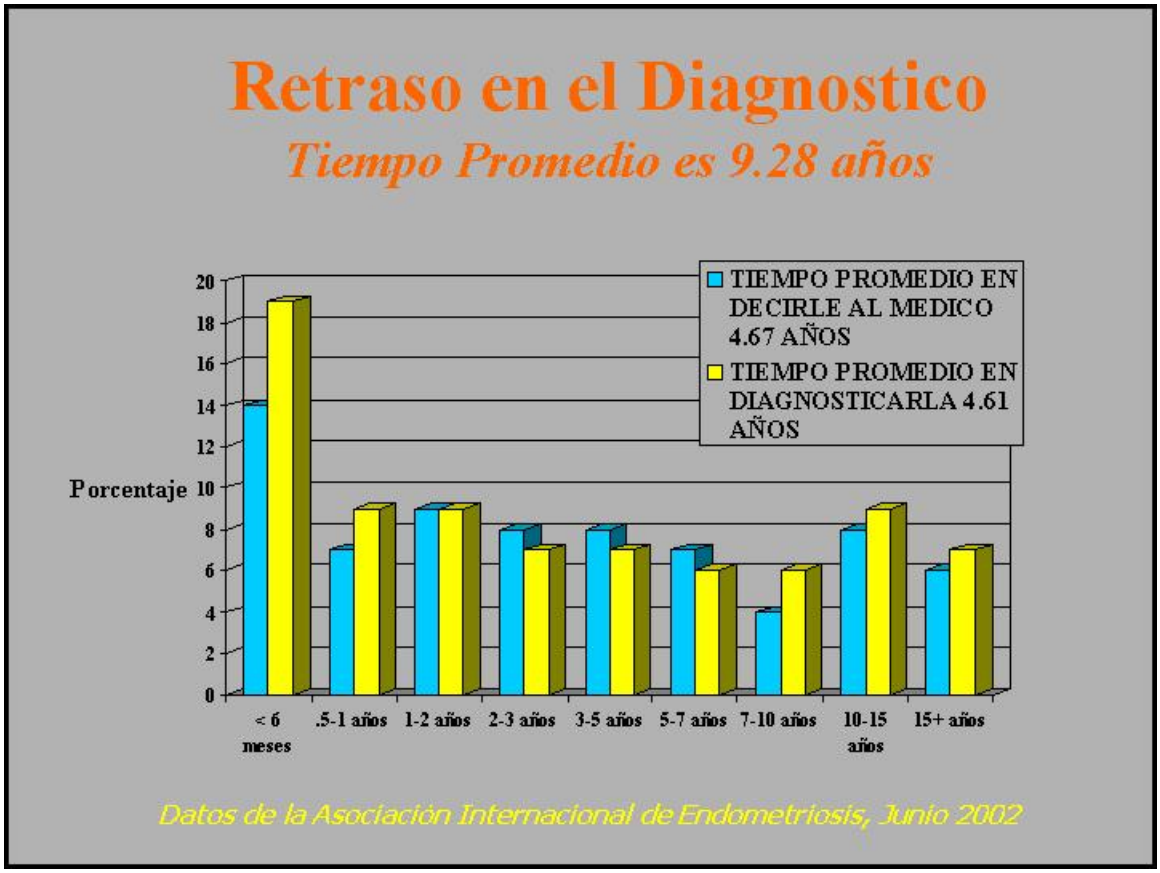
Preferentemente, la laparoscopia deberá de utilizarse como procedimiento diagnóstico y, a su vez, terapéutico, para no tener la necesidad de repetir la cirugía en un segundo tiempo para tratarla, razón por lo cuál es de suma importancia la fuerte sospecha de la enfermedad mediante la exploración y el interrogatorio. Los síntomas hay que buscarlos directamente, ya que la mujer misma suele hacer el diagnóstico al saber que algo anda mal. Es de suma importancia el escuchar a la paciente, ya que tiene mucho que contar y muchos problemas que la han estado acosando desde tiempo atrás.

Los estudios de gabinete (laboratorio) y de imagen tienen menor validez y utilidad para el diagnóstico de endometriosis ya que no aportan un valor significativamente aceptable para el diagnóstico. En ocasiones se ha utilizado un marcador tumoral llamado CA-125, que se encuentra elevado en algunos tipos de cánceres ováricos y otros tumores, pero también en la endometriosis. Este marcador pudiera ser utilizado en algunos casos que se le quiera dar seguimiento a la enfermedad, observando los niveles en varias tomas seriadas para ver la resolución o persistencia de la enfermedad, pero como mencioné antes, no es una prueba específica.

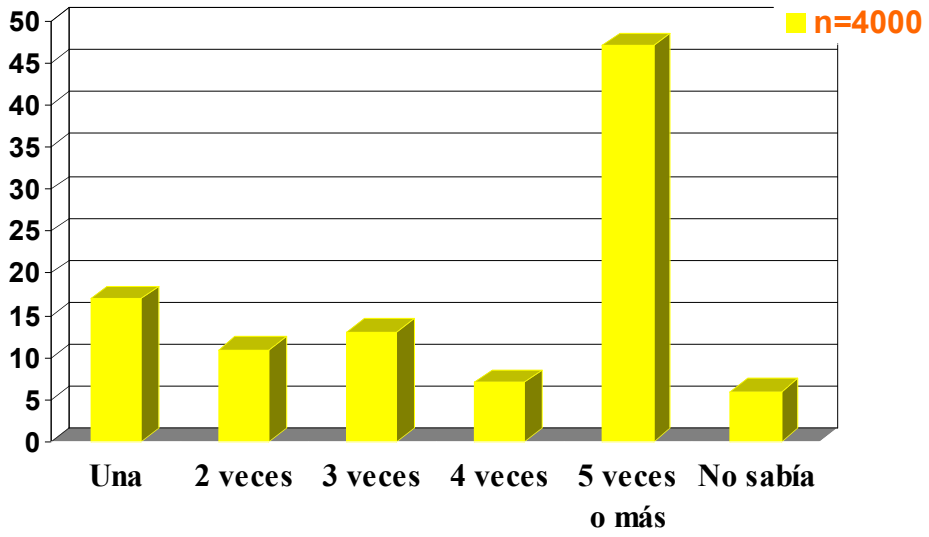
Los estudios de imagen como el ultrasonido sólo tienen cierta utilidad para casos de endometriosis en los ovarios que formen quistes (endometrioma), pero aún así en ocasiones es difícil distinguir un endometrioma de otros tipos de quistes. La utilización de estos métodos ya dependerá de la experiencia del médico en su uso. Cada quien buscará utilizar las herramientas más adecuadas para llegar al diagnóstico.

Lo más importante es poder diagnosticar la enfermedad con tiempo y sospecharla desde temprana edad. Se dice que la endometriosis comienza alrededor de la pubertad y florece con el transcurrir de los años. Existen unos datos estadísticos obtenidos por la Asociación Internacional de Endometriosis (Endometriosis Association) los cuáles se muestran en las siguientes tablas que nos revelan el problema mismo que existe para llegar al diagnóstico. Como lo sintomatología hasta que se llega al diagnóstico es de 9.28 años!!! Son datos alarmantes, pero parte de este retraso es debido a que la mujer no se fue a atender y otra parte es por falta del diagnóstico por parte del médico.

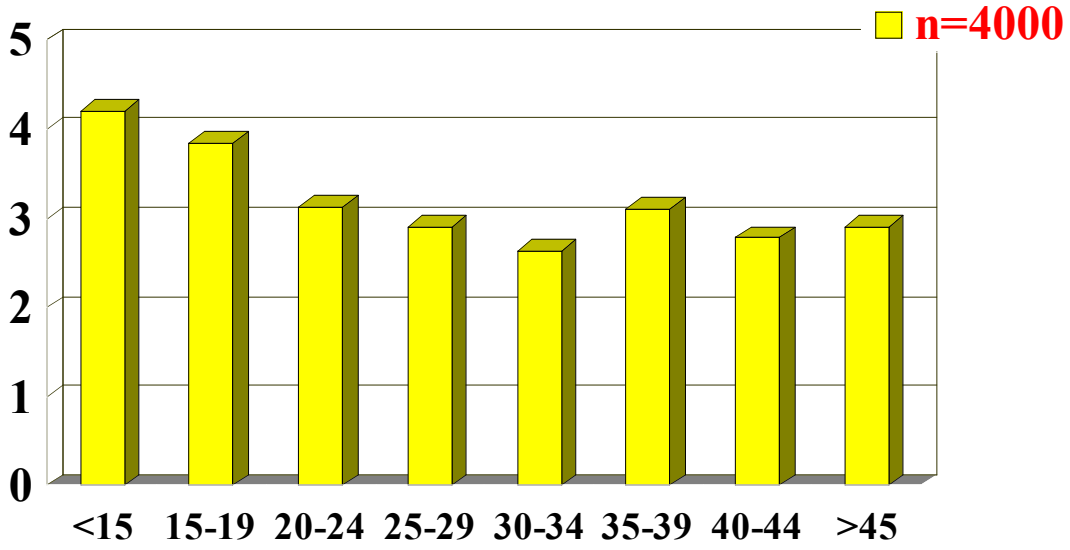




En la siguiente tabla se muestra el número de veces que la paciente fue vista por algún médico antes de llegar al diagnóstico o bien, dar una referencia con algún otro médico más especialista.



En la siguiente gráfica se muestra el número de doctores vistos en promedio antes de llegar al diagnóstico. Nótense el promedio de doctores vistos por las menores de 15 años. Una joven que acude repetitivamente con un médico por dolor pélvico o cólicos menstruales no podemos considerar que sea normal o que este todo en su cabeza. De entrada, es difícil que una joven se anime a acudir con un ginecólogo y si lo hace generalmente indica una causa de importancia o por lo menos para ella lo es.



Para el diagnóstico, es de suma importancia saber identificar los diferentes tipos de lesiones que se pueden presentar en la endometriosis. Se han identificado múltiples formas y apariencias de la endometriosis. Existen lesiones rojas, negras, blancas, claras, vesiculares, bolsas peritoneales, azules, amarillo-cafesosas, rosadas, etc. Asimismo, en casos de que se encuentren adherencias (tejido cicatrizal), aun y cuando no se visualize endometriosis, se puede encontrar endometriosis en ese tejido cicatrizal (reportado por el patólogo). De todo esto radica la importancia de conocer las diferentes presentaciones y variedades e inclusive pensar que si una mujer presenta sintomatología de endometriosis y no se encuentran o visualizan lesiones durante la laparoscopia, no significa que el dolor no sea causado por la endometriosis. Se han tomado muestras de peritoneo de apariencia sana (recubierta interna de los órganos), y se han mandado analizar y el reporte patológico en ocasiones ha reportado endometriosis. Para poder diagnosticar la enfermedad primero que nada hay que pensar en ella. A continuación se muestran algunos tipos de lesiones diferentes de endometriosis.

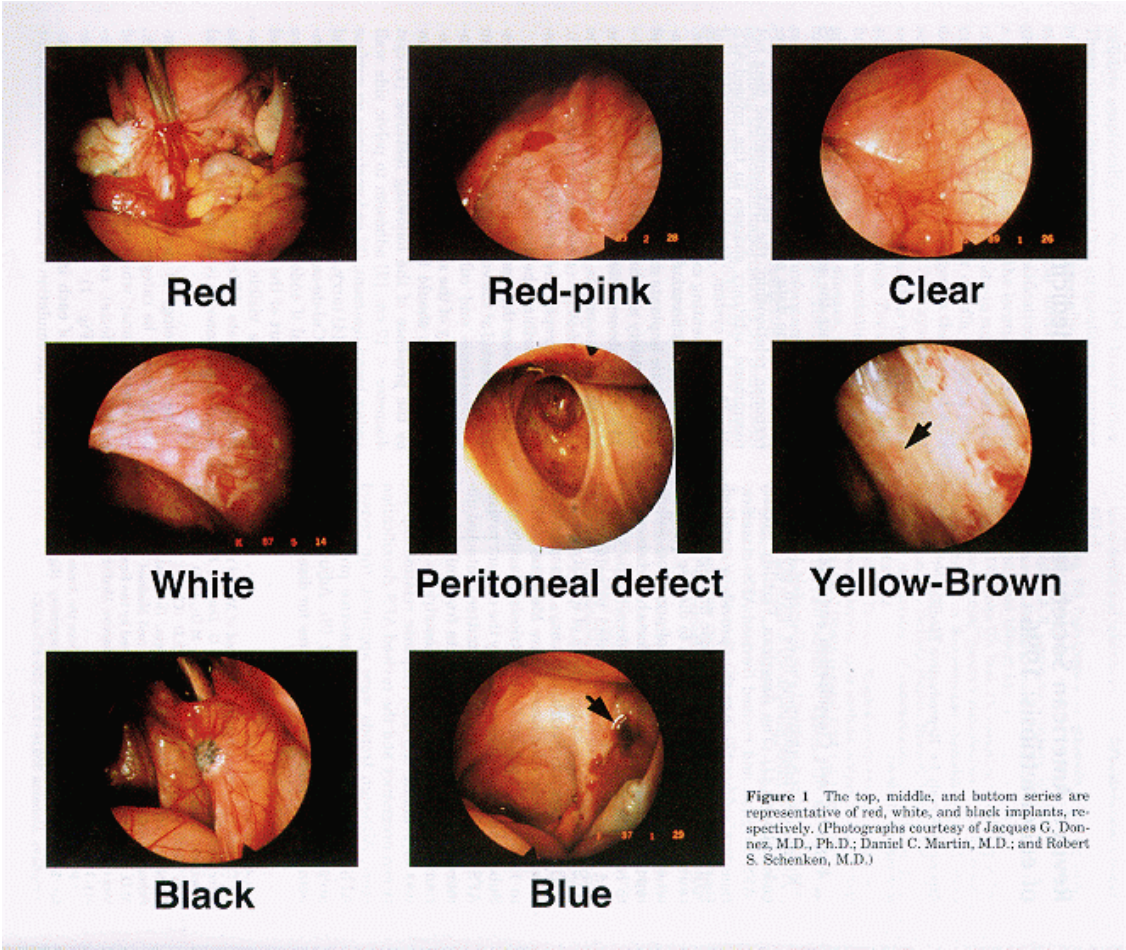
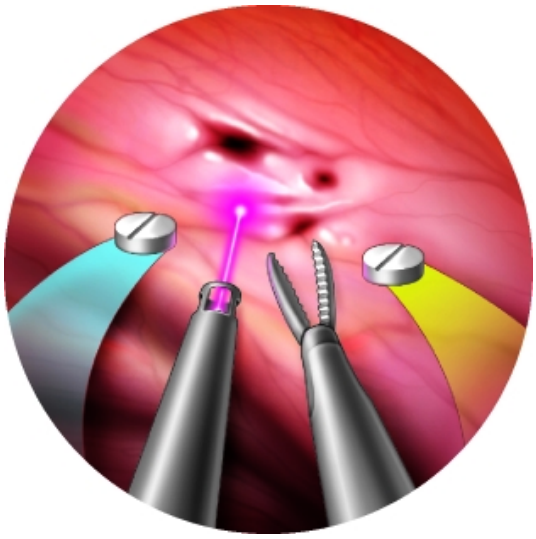


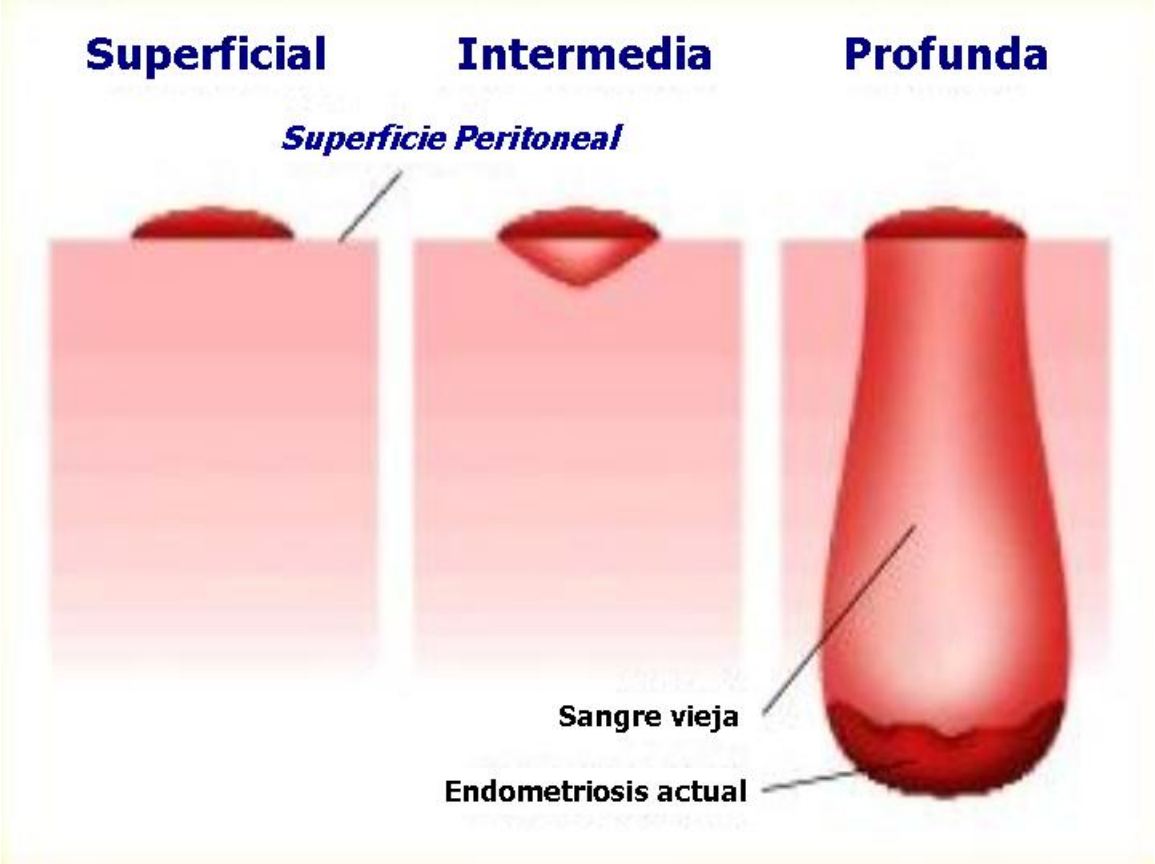
Figure 1 The top, middle, and buttom series are representative of red, white, and black implants, respectively. (Photographs courtesy of Jacques G. Donnez, M.D., Ph.D.; Daniel C. Martin, M.D.; and Robert S. Schenken, M.D.)

Tratamiento convencional



El tratamiento debe de partir de un diagnóstico preciso. Como no se puede (ni debe) hacer cirugía laparoscópica a todas las mujeres, el juicio clínico del médico es muy importante, porque de ahí parte el tipo de tratamiento. Este deberá ser individualizado, dependiendo de las características de los síntomas, de la edad, de los deseos de fertilidad, de la profesión, del grado de endometriosis, etc.

El tratamiento de primera elección son los analgésicos (advil[MR] naproxeno, syncol[MR], profenid[MR], etc). Estos medicamentos tienen buena respuesta al manejo del dolor pero existen limitados reportes en cuanto a la endometriosis. Generalmente tres meses de prueba son suficientes para tener una evaluación de su efectividad. Hay que recordar que estos medicamentos sólo curan o aminoran los síntomas, pero no la enfermedad.



En algunos casos, los anticonceptivos hormonales pudieran ser la primera elección, ya que se ha visto que disminuyen la progresión de le endometriosis y ayudan a controlar los síntomas. En general, los anticonceptivos orales alivian los síntomas relacionados con la endometriosis de igual manera que los analgésicos. Una de las ventajas adicionales de estas pastillas, es que se pueden dar en algunos casos de manera contínua, es decir, sin los 7 días de descanso, evitando con esto la menstruación. Con esto se busca eliminar el dolor que se presenta en algunas mujeres exclusivamente durante la menstruación. Con este régimen continuo, sólo se provocará la menstruación cada 3-4 meses en promedio. También se disminuirá la cantidad de sangrado y con esto una disminución teórica del flujo retrógrado. En general, se menciona en las publicaciones que no existe evidencia de que un anticonceptivo sea mejor que otro, pero se recomienda que tenga menor cantidad de estrógeno y que sea más androgénico (efectos masculinizantes que son efectivos contra el implante de endometriosis).

Si estos medicamentos no funcionan se considera adecuado realizar una laparoscopía para corroborar el diagnóstico y al mismo tiempo tratar la enfermedad de ser posible. Los fines del tratamiento son erradicar completamente la enfermedad visible. Muchas veces se necesita realizar una cirugía mayor (laparotomía) para poder lograr esto. También se busca evitar al máximo la formación de adherencias, conservar o reestablecer la anatomía y facilitar el vaciamiento de la cavidad uterina (para disminuir el flujo retrógrado).

En resumen, se busca utilizar cualquier recurso necesario para removerla por completo y mejorar los síntomas. Existen diferentes métodos para removerla, puede ser con láser, cauterio, tijeras, etc. La opción dependerá de la experiencia del cirujano. La clave del éxito y de una menor recurrencia de la enfermedad es no dejar enfermedad, por lo que se recomienda la extirpación completa de la lesión, no nada más lo superficial – resecarla desde lo más profundo. Si existe enfermedad en intestino, vejiga o algún otro órgano, es importante también removerla de estos lugares, con el apoyo pertinente del especialista de ese órgano. Para lograr esto, se requiere de una adecuada preparación preoperatoria y generalmente se lleva a cabo mediante una laparotomía, aunque ya existen médicos que lo han podido realizar mediante laparoscopia.

Existen tratamientos quirúrgicos coadyuvantes junto con la resección de los implantes de endometriosis y que generalmente mejoran los síntomas. Uno de estos es cortar un conjunto de nervios (llamado plexo) que van hacia el útero (procedimiento denominado neurectomía presacra). Esto se puede hacer mediante laparoscopia o laparotomía. Este se realiza cuando la paciente padece de dolor pélvico central (no lateral) severo. La utilidad de este procedimiento contra el dolor pélvico lateralizado no ha sido demostrada. En casos de dismenorrea leve o moderada (cólico menstrual), se deberán de valorar los riesgos contra los beneficios de este procedimiento.

Otra medida alternativa es realizar una suspensión uterina. Este procedimiento se realiza cuando el útero se encuentra recargado hacia atrás (normalmente se encuentra hacia delante), condición que se le llama útero en retroversoflexión o retroversión. Esto es una variante anatómica que generalmente no representa alguna patología en sí. Hasta un 15% de las mujeres pueden tener esta condición. Asimismo, este procedimiento ayuda a mantener el útero hacia delante en casos de que se haya resecado (extraído) lesiones de endometriosis en la parte posterior del útero y por debajo o en el cólon. Esto disminuirá la formación de adherencias en esa área. Algunos autores reportan mejoría del dolor pélvico en algunas pacientes que se les realizó puramente una suspensión uterina sin evidencia de endometriosis. Lo cierto es que es una medida alternativa que se puede realizar en conjunto con el resto de las técnicas quirúrgicas.

Otra alternativa para el tratamiento médico son los progestágenos (como el provera o depo-provera[MR]). Se pueden dar en pastillas o inyecciones. Lo más común es que se den en inyecciones mensuales, pero usualmente las pacientes lo toleran poco debido a sus efectos secundarios. Se sienten como si tuvieran Síndrome Premenstrual de una manera continua. Pueden ser tan efectivos como los análogos GnRH para el alivio del dolor. Una de las ventajas es que pueden darse por tiempo prolongado y son de costo relativamente barato. En pacientes que padecen el Trastorno Neuromuscular Intestinal (TNI), la progesterona suele empeorar el cuadro, por lo que no es uno de los medicamentos de elección.

El danazol (Ladogal[MR]) es un derivado de la testosterona (hormona masculina) y solía ser el medicamento más utilizado para el tratamiento de la endometriosis hasta que salieron nuevas alternativas. La función de este medicamento es causar atrofia de las lesiones endometriósicas y con esto disminuir los síntomas causados por la endometriosis. Una de las desventajas es el costo elevado, pero la principal son los efectos secundarios que provocan, como crecimiento del vello en áreas no usuales en la mujer, aumento de peso, cambio del tono de voz, acné, etc. En general son efectos secundarios de masculinización. Tienen buena respuesta para el manejo del dolor en endometriosis, pero no mejor que el resto y debido a sus efectos secundarios no es el método de primera elección en la mayoría de los casos.

Existen otros tratamientos más nuevos (*tabla 2*) que han sido utilizados con cierto grado de éxito llamados análogos GnRH (Lucrin[MR], Synarel[MR], Zoladex[MR]). Pueden ser dados por vía intramuscular, spray nasal o mediante implantes subcutáneos, los cuáles tienen buenos resultados para el control de los síntomas de la endometriosis, pero que sus efectos secundarios son una de sus principales desventajas. Los principales efectos adversos son que crean un estado de "pseudomenopausia", provocando síntomas como bochornos, dolor de cabeza, insomnio, cambios de estado de ánimo, etc. (síntomas comunes que presentaría una mujer en la menopausia). Uno de los efectos más temidos es la posible pérdida ósea que puede ocurrir sobretodo en las mujeres que reciben este

Nombre Genérico	***Nombre Comercial***	***Ruta***	***Dosis***
Goserelina	Zoladex ®	Implante subcutáneo	3.6 mg cada 28 días
Leuprolide	Lucrin Depot ®	Inyección IM	3.75 mg/mes 11.25 mg c/3 meses
Nafarelina	Synarel ®	Intranasal	200 µg (1 spray) 2/día

Tabla 2

tratamiento por más de 6 meses. Hay maneras de disminuir los efectos indeseados mediante una terapia de reemplazo hormonal, ya sea con anticonceptivos, progestágenos con o sin estrógenos. El objetivo de esto es disminuir los efectos secundarios sin quitarle el efecto benéfico en contra de la endometriosis. La opción de dar o no terapia de reemplazo dependerá del médico y de los efectos en la paciente, así como de la duración del tratamiento (más de 6 meses). Existe poca o ninguna diferencia en la efectividad de los análogos GnRH en comparación con otras terapias médicas para endometriosis en cuanto al dolor.

La opción entre anticonceptivos orales, progesterona, danazol y agonistas GnRH depende principalmente de sus efectos secundarios, ya que alivian adecuadamente el dolor asociado a la endometriosis de manera muy similar.

Hoy en día es común dar alguno de estos medicamentos mencionados posterior a la cirugía para resección de endometriosis y esto mejora la sintomatología de manera importante, ya que se dice que se encarga de "controlar" la endometriosis que no se pudo apreciarse por su profundidad o inaccesibilidad o por ser "invisible".

La opción de tratamiento dependerá de la experiencia del médico y de la respuesta al mismo. Se menciona en varios estudios que la tasa de recurrencia del dolor es similar cuando se compara cirugía y terapia medicamentosa. Claro está que el medicamento no depende de la habilidad del cirujano. La mejor opción es generalmente una combinación del tratamiento quirúrgico y el médico. Cuando se mezclan factores como un buen cirujano experimentado en endometriosis y medicamentos (como los análogos GnRH) se obtienen resultados generalmente muy favorables.

Para lograr una mejor interacción médico paciente es importante una buena comunicación, que incluye los siguientes puntos:

- **Escuchar**. Este es el principal punto de la consulta. La paciente al acudir a consultar esta tratando de informar que algo le sucede, que algo no esta bien y quiere ser escuchada. Muchas veces el diagnóstico lo hacen ellas mismas. Ellas se conocen más que nadie y saben que algo no marcha como debería. Si no sabemos escuchar no sabremos tratar la enfermedad.

- **Información**. La mujer necesita saber información de que es lo que le sucede. Por eso acude al médico. Una vez diagnosticada la enfermedad o sospechada, se tiene que dar información de que es lo que esta sucediendo. Muchas veces se piensa que la paciente ya conoce la enfermedad o se le sugiere que busque información en la red de internet u otras fuentes. Lo que se dice en internet no siempre es lo más confiable. Muchos sitios web no están hechos por gente profesional y de ahí recae la importancia de primero que nada dar una buena información al respecto, para que la mujer no se confunda si después desea investigar por su cuenta. Pero claro esta que para esto es importante que el médico conozca a la perfección la enfermedad. La falta de información hace que los síntomas se sigan viendo como tabú, que se sigan creyendo los mitos al respecto, que se tema a lo desconocido y que surga mayor preocupación.

- **Conocimiento**. Que la mujer conozca que es lo que le esta sucediendo en su cuerpo es vital para que comprenda y sobrelleve mejor tanto los medicamentos o tratamientos específicos como la enfermedad misma. Un factor de vital importancia es que el médico conozca todos los efectos secundarios de los medicamentos para poder entender más a la paciente y poder explicárselo a ellas. Uno de las razones más frecuentes de abandono del tratamiento es no conocer los posibles efectos secundarios o no mencionarlos con la paciente. Ningún efecto secundario debe de tomar por sorpresa ni al médico ni a la paciente.

- **Opciones**. Es importante que la paciente conozca sus opciones según su caso en particular. No es lo mismo una mujer que tiene endometriosis y eso le esta causando infertilidad, pero no tiene síntomas, a una mujer que no desea familia pero su principal problema es el dolor incapacitante. La edad también juega un papel primordial. No es lo mismo una joven que apenas empieza a menstruar, que una mujer ya con su número de familia cubierto y que tiene otras prioridades. El manejo siempre deberá de ser individualizado. No podemos poner un protocolo de tratamiento para todas las mujeres. Existes numerosas opciones de tratamiento que por lo menos deberán de ser conocidas por el médico. En un estudio hecho por la Endometriosis Association en base a que tanto ayudaron las diferentes opciones de tratamiento se encontró que lo siguiente:

Cirugía (total o parcial)	66%
Tratamiento de Candidiasis	65%
Cambio de dieta	62%
Acupunctura	56%
Suplementos de vitaminas/minerales	56%
Inmunoterapia	48%

Tratamiento médico	48%
Homeopatía	41%
Histerectomía	41%

Con estos resultados nos podemos dar una idea de lo multidisciplinario que debe de ser el tratamiento de la endometriosis. La persona que esté a cargo del manejo de la mujer con endometriosis deberá de por lo menos conocer las diferentes opciones para si bien no manejarlas todas, si poder canalizar a la paciente con el especialista indicado según cada caso en particular. Pero que no quepa la menor duda que el tratamiento debe ser multidisciplinario. Nótense la importancia que tienen tratamientos como la dieta, la terapia contra la *Candida* (hongo que habitualmente habita en el tracto intestinal y que puede dar infecciones sistémicas o vaginales de repetición, tan común en las mujeres con endometriosis), suplementos, etc. De hecho, en este estudio, lo antes mencionado tuvo mayor valor que el mismo tratamiento médico convencional practicado por la mayoría de los ginecólogos. Insisto, cada caso deberá de ser individualizado.

- **Crear expectativas reales**. No se pueden dar falsas expectativas en el manejo de la endometriosis. No existe el tratamiento ideal y no existe aún cura alguna contra la enfermedad. De ahí se deberá partir antes de comenzar a dar falsas expectativas. Por ejemplo, si el médico le menciona a la paciente que se le va a quitar el 100% de su dolor o síntomas y sólo se le quita el 80%, será un fracaso para los ojos de la paciente y del médico, aunque sea un buen porcentaje de efectividad (hablando específicamente de endometriosis). En cambio, si se dan expectativas reales, como un 80% (o menos) de mejoría o cura del dolor y se obtiene un 80%, será un éxito para las expectativas de la paciente y el médico. Es importante recalcar que la endometriosis tiende a recurrir con el tiempo, por lo que el hecho de que los síntomas hayan desaparecido después de algún tratamiento, no significa que la enfermedad ya este erradicada por completo. Si los síntomas vuelven con el tiempo, se deberá de tener una pronta atención para evitar que crezca nuevamente de manera importante.