

ENDOMETRIOSIS

Patología benigna, **estrógeno dependiente**, asociado a **dolor pélvico (cíclico)**, crónico e **infertilidad**. Se caracteriza por presencia de **tejido endometrial fuera de su localización normal**, frecuentemente en el peritoneo pélvico, ovarios y el tabique rectovaginal.

Epidemiología

- La prevalencia de la endometriosis en mujeres en edad reproductiva es aproximadamente del 11%.
- Afeta en 6 a 10% de las mujeres en edad reproductiva y 50 a 60% de mujeres con dolor pélvico.
- La prevalencia de mujeres asintomáticas es de 2 a 50%, dependiendo de los criterios diagnósticos.
- 50% de las pacientes diagnosticadas con endometriosis muestran algún trastorno en la fertilidad.

La prevalencia real de la endometriosis es difícil de determinar debido a su dificultad diagnóstica.

Etiología

Se han propuesto varias hipótesis para explicar los orígenes de la endometriosis. En la actualidad, se cree que la endometriosis surge a:

Menstruación retrógrada:

La a sangre menstrual con células endometriales fluye a través de las trompas de Falopio hacia la cavidad.

Metaplasia celular:

Las células fuera del útero se transforman en células similares al endometrio y comienzan a crecer.

Células madre:

Células que dan lugar a la enfermedad luego se propaga por el cuerpo a través de los vasos sanguíneos y linfáticos.

F. de riesgo

- Factores de riesgo (estrógenos): Dismenorrea, alteraciones menstruales (hipermenorrea) y menarca a temprana edad.
- Factor protector (todo lo que disminuya estrógenos): Tabaco, ejercicio y disminución de grasa corporal.

o Clínica

- Principales manifestaciones: Dolor pélvico crónico, disuria, dispareunia, constipación, náuseas, disquecia e infertilidad.
- Masas pélvicas o anexiales en exploración física.
Tríada clásica: Dispareunia, infertilidad y dismenorrea.

Rc

En adolescentes se debe realizar una historia clínica cuidadosa y considerar como indicativo de endometriosis los siguientes síntomas: dolor pélvico crónico acompañado de náuseas, dismenorrea y dolor pélvico cíclico.

Localización más frecuente: 1. Ovarios 2. Fondo de saco de Douglas, 3. Ligamento ancho 4. ligamentos útero – sacros.

- La endometriosis se puede caracterizar ampliamente en 3 subtipos: Peritoneal, ovárica (endometrioma) y profunda o extrapélvica.
- La enfermedad se limita a la cavidad abdominal y en raras ocasiones, se han detectado en los pulmones, cerebro e incluso en el ojo.



DIAGNÓSTICO

Exploración física

- Inspección externa y endovaginal
- Exploración birmania
- Nódulos dolorosos: vagina, fondo de douglas o ligamentos (ancho o utero sacro)

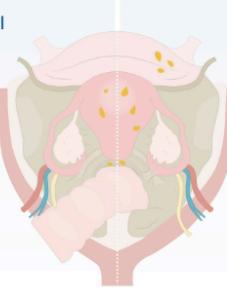
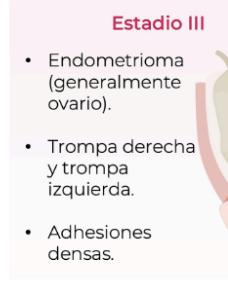
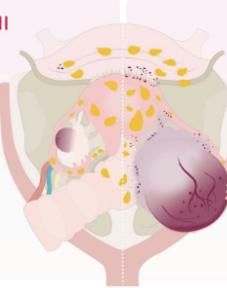
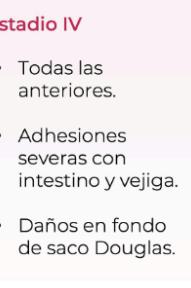
Diagnóstico

- Inicial: USG transvaginal, para identificar endometriomas.
- Resonancia magnética es de segunda elección, en hallazgos indeterminados por ultrasonido y endometriosis profunda.
- **Definitivo:** Quirúrgico-histológico (laparoscopía + biopsia).

Considerar que en algunas ocasiones será necesario solicitar biomarcadores séricos (CA-125) para realizar el diagnóstico diferencial de la endometriosis con otras patologías simuladoras como neoplasias (masa anexial) y metástasis.

Se recomienda no utilizar ninguno biomarcador sérico o endometrial de forma única o combinado, para el diagnóstico o seguimiento.

Clasificación de endometriosis

Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
<ul style="list-style-type: none"> Implantes superficiales en peritoneo. Ovario. Fondo de saco Douglas. Adherencias tenues. 	<ul style="list-style-type: none"> Implantes profundos en peritoneo. Ambos ovarios. Fondo de saco Douglas Adherencias tenues. 	<ul style="list-style-type: none"> Endometrioma (generalmente ovario). Trompa derecha y trompa izquierda. Adhesiones densas. 	<ul style="list-style-type: none"> Todas las anteriores. Adhesiones severas con intestino y vejiga. Daños en fondo de saco Douglas. 

Para considerar que sea profunda debe haber lesiones de peritoneo > 5 mm

TRATAMIENTO MEDICO

1. AINES
2. Elección >> Etil estradiol 150 mg + etonogestrel 120 mg día
3. Progestágeno >> Implante subdermico o DIU medicado

TX QX >> LAPAROSCOPIA

Tratamiento de endometriomas de ≥ 3 cm con cistectomía

Laparoscopia

- eliminar todas las lesiones endometriales visibles y reparar los daños a órganos

Miomatosis uterina

Tumores benignos del músculo liso del útero, que muy rara vez malignizan (≤1%). Su tamaño es variable, van desde milímetros hasta grandes tumores. Son dependientes de estrógenos y progesterona, tienen una regresión en la menopausia.

Se asocia a periodos menstruales abundantes, síntomas de compresión y dolor.

Otros nombres que se le dan a la miomatosis: Fibroleiomomatosis, Leiomiomatosis, Fibromomatosis o Fibromas uterinos.

EPIDEMIOLOGÍA

- 30-35 años
- Raza negra > hispanos
- Causa más frecuente de histerectomía por hiperpolimenorre y metrorragias



F. de riesgo

- Raza negra (las hispanas tienen un riesgo intermedio).
- Edad 35 - 45 años (el rango de edad es 20 a 70 años).
- Obesidad y sobrepeso: (por efecto estrogénico).
- Exposición a estrógenos :menarca temprana, menopausia tardía, tumores productores, ACOs) y nuliparidad.

CUADRO I. CLASIFICACIÓN ANÁTOmICA DE LA MIOMATOSIS

CLASIFICACIÓN	LOCALIZACIÓN ANATOMICA
• Submucoso	Por debajo de la capa mucosa.
• Intramurales	En el espesor de la capa muscular del útero.
• Subserosos	Por debajo de la capa serosa.
• Otros: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cervical ○ Cornual ○ Intraligamentoso corporal 	



Clínica

Hemorragia uterina anormal, síntomas de compresión (dependerán de ubicación y tamaño) y dolor pélvico / pesantez.

- Tacto bimanual es altamente sensible si el mioma > 5 cm.

Intramurales (55%):

Son los **miomas son los más frecuentes** y proliferan en la porción central del miometrio.

Subserosos (40%):

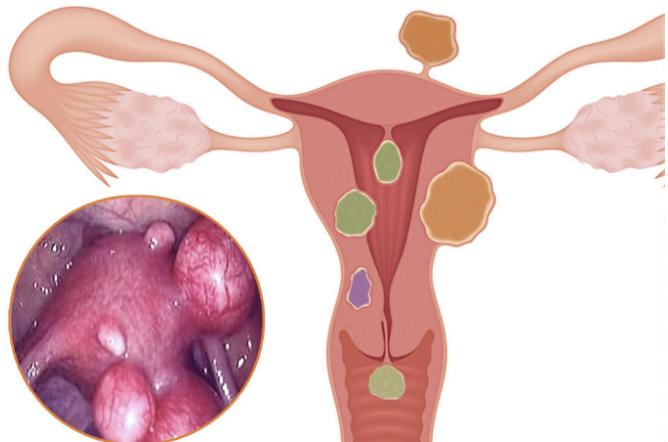
Protruyen fuera de miometrio, situados bajo el peritoneo visceral uterino. Pueden presentarse de forma pediculada.

Submucosos (5-10%):

Protruyen en la cavidad uterina, son los más sintomáticos. Pueden ser pediculados y prolapsar por orificio cervical.

E

El 50% de las miomatosis uterinas son asintomáticas



Tacto bimanual sensible en miomas > 5 cm



Diagnóstico

Eleción:

- Ultrasonido transvaginal.
- Detecta el 85% de los miomas de > 3cm (S: 85%).
- Alternativa: Ultrasonido abdominal.

CUADRO II. CLASIFICACIÓN RADÍOLÓGICA DE LOS MIOMAS

Mioma de pequeños elementos	Diámetro igual o menor de 2 cm.
Mioma de medianos elementos	Diámetro entre 2 y 6 cm.
Mioma de grandes elementos	Diámetro mayor a 6 cm hasta 20 cm.
Miomatosis gigante	Diámetro mayor de 20 cm.



Auxiliares

- Histeroscopía: Ideal para pólipos o miomas submucosos pequeños. Se recomienda si el USG no es concluyente.
- Resonancia magnética: Tiene mayor sensibilidad y especificidad todos los estudios, pero es costoso.
- Biopsia: Se sugiere a toda paciente > 35 años para descartar patología maligna.



El manejo de la miomatosis uterina dependerá de la sintomatología, deseo de paridad y tamaño del útero.

MANEJO ESPECTANTE >> se revisa periódicamente cada 6 meses

- En miomatosis durante el embarazo (por progestágenos)
- En miomas pequeños < 4 cm asintomáticos

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO >>

Se da en px que estén en **perimenopausia** o en espera de tx definitivo o en px con útero > 14 cm o de crecimiento rápido.

Análogos de GnRh >> Acetato de goserelina

- En px que serán sometidas a miomectomía
- Reduce el tamaño en 35-60%**
- Utilizarlos max 6 meses NO más

Medroxiprogesterona

- Perimenopáusicas solo para tratar la hemorragia

AINES

En espera de tx definitivo



T. quirúrgico

Miomectomía: Se realiza en pacientes que desean conservar el útero o con paridad no satisfecha. Depende del tipo de mioma es la vía:

- Laparotómica: Miomas medianos y grandes elementos.
- Laparoscópica: Miomas subserosos de pequeños o mioma gigante.
- Histeroscópica: Miomas submucosos o pediculados.

E

La miomectomía es un procedimiento que se realiza en las pacientes que desean conservar el útero o con paridad insatisfactoria.

E

La histerectomía es el tratamiento definitivo en mujeres con paridad **satisfactoria** y miomatosis uterina sintomática

DIU levonorgestrel

- En px con alto riesgo quirúrgico
- Con deseo de conservar su útero
- Efectividad hasta 85%

REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL

- Enviar con BH, perfil de coagulación y USG pelvico

Envío a 2º nivel de atención + USG pélvico:

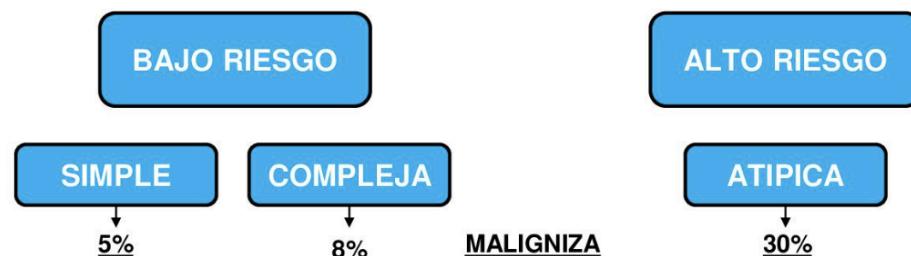
- ❖ Hemorragia uterina anormal.
- ❖ Dolor agudo por torsión de mioma pediculado.
- ❖ Prolapso de mioma submucoso.

- ❖ Anemia.
- ❖ Dolor pélvico crónico o compresión abdominal.
- ❖ Sintomatología urinaria (Hidronefrosis).

Hiperplasia endometrial

La hiperplasia endometrial es un crecimiento excesivo del endometrio que se da por un estímulo mantenido de estrógenos endógenos o exógenos que no son contrarrestados por la acción de la progesterona.

Pacientes que se **automedicaron anticonceptivos y no utilizan progestágenos** > tienen un mayor riesgo de presentar **hiperplasia endometrial y Ca de endometrio**.



Las condiciones pueden predisponer: Edad > 45 años, anovulación, obesidad, diabetes, síndrome de ovario poliquístico, historia de cáncer endometrial, tumores productores de estrógenos, hiperplasia adrenocortical o terapia estrogénica menopáusica errónea.



Buscar factores de riesgo para hiperplasia endometrial, como peso ≥90 kg, edad ≥45 años, infertilidad más nuliparidad, exposición a estrógenos endógenos o exógenos sin oposición, historia familiar de cáncer endometrial o de colon, menopausia, diabetes mellitus, uso de tamoxifeno.

Paciente una condición predisponente o factor de riesgo

Realizar tamizaje con USG abdominal o vaginal.



SI

Alta

Realizar biopsia de endometrio, si:

- Paciente en edad reproductiva con **endometrio > 12 mm**.
- Paciente postmenopáusica con **endometrio > 5 mm**.

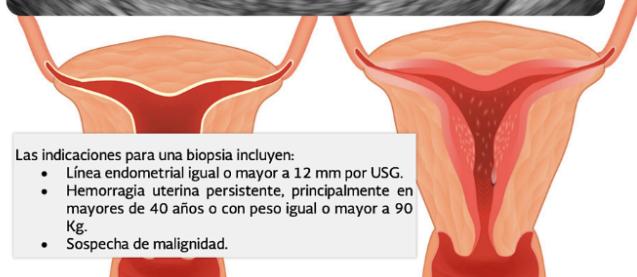


Indicaciones para la toma de biopsia del endometrio en mujeres con sangrado posmenopáusico con engrosamiento endometrial mayor de 4 a 5 mm no deben extrapolarse a mujeres asintomáticas.



Las indicaciones para una biopsia incluyen:

- Línea endometrial igual o mayor a 12 mm por USG.
- Hemorragia uterina persistente, principalmente en mayores de 40 años o con peso igual o mayor a 90 Kg.
- Sospecha de malignidad.



TRATAMIENTO >> con resultado de biopsia

Hiperplasia sin atipia

- Revisión periódica anual

Hiperplasia con atipia

- Histerectomía ya que el 30% maligniza

Carcinoma

- Envío a oncología