MANUAL PARA PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS

Dr. Otto Rodríguez Armas
Dra. Esmely Salazar

ASENVEN

2016
MANUAL PARA PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS

Dr. Otto Rodríguez Armas
Dra. Esmely Salazar

2016
MANUAL PARA PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS
MANUAL PARA PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS

Con el aval de:
Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela

ASENVEN
Asociación de Endometriosis de Venezuela
Rif.: J-40555661-7

Hecho el Depósito de Ley
If25220166001460

Diseño, Diagramación y Portada:
Lic. Ana K. Benites B.


Impreso en Venezuela - Printed in Venezuela

AUTORES
Dra. Esmely Salazar R. 	Dr. Otto Rodríguez Armas

COLABORADORES
Lic. Virginia Y. Benitez
Dr. Carlos Escalona 	Dr. Iván Rodríguez C.
Dr. Ricardo Molina 	Dr. Juan Carlos Álvarez
Dr. Abdala Karame 	Dr. Domingo Casañas
Dr. Alfredo Levy 	Dra. Rita Pizzi
Dr. Otto Rodríguez Armas
Médico Cirujano - UCV (1958)
Postgrado Ginecología y Obstetricia - Universidad de Pennsylvania (Filadelfia) 1959-1960
Residencia Ginecoobstétrica (Hospitales de Abington y Burlington - EUA 1960-1962
Doctor Ciencias Médicas. UCV (1971)

Coordinador de Clínicas de Endometriosis Centro Médico Docente La Trinidad y Centro Médico de Caracas

Profesor y Jefe de la Cátedra de Ginecología UCV (1968-2005)


Presidente de la SOGV (1978-1982)
Presidente de la FLASOG (1984-1987)
Presidente de la FLASEF (1990-1993)
Vicepresidente de la FIGO (1994-1997)
Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina. Período (2016-2018)

Dra. Esmely Salazar R.
Médico Cirujano - Universidad de Oriente. Bolívar (1994)
Postgrado Ginecología y Obstetricia - Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá” Cumaná- Sucre. (1999)
Diplomado en Endocrinología Reproductiva. Universidad de Alcalá, España (2013-2014)

Coordinadora de la Clínica de Endometriosis de Oriente

Profesora y Miembro de la Comisión Coordinadora del Post-Grado de Obstetricia y Ginecología. HUAPA – Universidad de Oriente, Núcleo de Sucre. Cumaná.

Miembro Titular de la FIGO y de la FLASOG (2006)
Miembro de la IUGA y la ALEG (2012)
Miembro de la Sección de Patología de Cuello Uterino de la SOGV (2015)
Miembro de la Cruz Roja Venezolana - Seccional Sucre
• Prólogo........................................................................................................ 6
  Lic. Virginia Benítez

• Introducción .......................................................................................... 11
  Dra. Esmely Salazar R.

• Definición y clasificación de la Endometriosis .................................... 14
  Dr. Ricardo Molina

• Incidencia, Prevalencia y Factores de riesgo de la Endometriosis ........ 22
  Dra. Esmely Salazar R.

• Patogenia de la Endometriosis ............................................................. 33
  Dr. Carlos Escalona

• Manifestaciones clínicas.
  Sintomatología, Evolución de la enfermedad......................................... 42
  Dr. Abdala Karame

• Diagnóstico de la Endometriosis......................................................... 49
  Dr. Iván Rodríguez Capriles
• Localizaciones Extrapélvicas de la Endometriosis ........................................... 55
  Dra. Rita Pizzi

• Tratamiento de la Endometriosis:
  - Tratamiento médico para evitar recurrencias—Dr. Otto Rodríguez Armas .......... 64
  - Tratamiento quirúrgico—Dr. Alfredo Levy .. 72

• Endometriosis e Infertilidad ......................... 79
  Dr. Juan Carlos Álvarez

• Impacto Psicológico: Impacto sobre la vida Sexual, Familiar, Social y Laboral .......... 85
  Dr. Domingo Casañas

• Calidad de vida en las pacientes con Endometriosis ........................................... 99
  Dr. Abdala Karame

• Clínicas de Endometriosis de Venezuela. Recuento histórico. Objetivos ................. 106
PRÓLOGO Un camino “endometriósico”

Para una paciente con enfermedad crónica, en este caso endometriosis, el camino a recorrer nunca ha sido nada fácil. Visitas a varios doctores que opinan, lanzan ideas al aire e incluso algunos se arriesgan a experimentar con nosotras como conejillos de indias o ratones de laboratorio. ¿A ver qué tal resulta esta cirugía, este tratamiento, estas medicinas? Y mientras tanto nuestro cuerpo va sufriendo cambios hormonales, físicos, sexuales y emocionales, en su mayoría irreparables.

Tengo endometriosis severa estadio IV y no soy tan especial como pensaba, ya que 1 de cada 10 mujeres en el mundo padece esta enfermedad. Nadie sabe por qué ocurre esta anomalía en donde el endometrio se implanta fuera del útero, no se conocen bien las causas, los tratamientos dependen de cada médico y de cada paciente y aún no existe cura. El síntoma común de la endometriosis es el dolor de vientre y, al ser un problema de nuestros órganos reproductivos, causa infertilidad.

Al parecer, tengo endometriosis desde que me desarrollé prematuramente a los 10 años de edad y, aunque aún no se sabe si esto influye en la formación de la enfermedad, parece ser un factor común en la mayoría de los casos. Siempre tuve mucho dolor de vientre y
poco a poco mi familia se fue acostumbrando a que una vez al mes me tiraba en la cama del dolor, mi mamá me daba analgésicos, té caliente y usaba su truco de madre al colocarme papel periódico en el vientre para darme calor.

Mi madre me llevó con la ginecóloga de la familia y ella vio que tenía unos quistes en los ovarios. Me mandó a tomar anticonceptivas y, desde que recuerdo, así controlaba un poco los sangrados y dolores. Era difícil explicarle a la gente que tenía problemas con mi menstruación, ya que siempre éste ha sido un tema tabú y causa un poco de vergüenza. Además, ésta es una enfermedad que no se ve, solo se siente.

A medida que pasaban los años, los quistes más bien crecían, así que a los 18 años de edad me hicieron la primera cirugía. La idea era hacer una laparoscopia sencilla para eliminar esos quistes, pero cuando vieron que eran quistes “achocolatados”, que es el color de la endometriosis, decidieron abrirme y hacer una laparotomía o una especie de cesárea. Tardaron 8 años en diagnosticarme, que es el tiempo promedio, y la forma de hacerlo es a través de la laparoscopia, ya que la ecografía no diagnostica lesiones pequeñas de endometriosis, sino quistes mayores de 2 y 3 cms.

Allí vieron en vivo y en directo que había acumulado muchísima sangre en el vientre durante todos esos
años y que este “cáncer benigno” me estaba dañando los ovarios. Por lo tanto, esa vez perdí la mitad de un ovario y me quedó la cuarta parte del otro. Con el pasar de los años me operaron 3 veces más y me colocaron un tratamiento análogo GnRH (Zoladex) durante 6 meses.

Es difícil, pero en este duro camino como paciente también he conseguido profesionales de la medicina que realmente se interesan por aprender un poco más sobre esta enfermedad y buscan más información, investigan, analizan y estudian para tener las herramientas necesarias y atendernos como debe ser.

Así llegué hasta el doctor Ricardo Molina, uno de los colaboradores de este libro. Residenciado en Valencia como yo, fue mi luz de esperanza después de 15 años de estar luchando con esta enfermedad. Comencé a compartir con el doctor mis ideas de difundir información y ayudar a la mayor cantidad de pacientes en el país. Me habló de su consulta gratuita llamada Clínica de Endometriosis en el hospital de mi ciudad donde atendía a cientos de pacientes con esta enfermedad desde hacía más de 10 años.

Me encantó su energía y sus ganas de ayudar a tantas mujeres que sufren como yo y decidí que ésa era mi meta de vida y quizá la razón de que yo tuviera esta enfermedad. Así nació la primera Asociación de Endometriosis de Venezuela (ASENVEN), una organización
sin fines de lucro fundada en abril de 2014 en Valencia. Supuse que mi profesión como Comunicadora Social, y mi experiencia laboral tanto en Venezuela, como Estados Unidos y España en Publicidad, Relaciones Públicas, Organización de Eventos, Marketing, Radio y Redes Sociales, me serviría para lograr nuestros objetivos y difundir información sobre la endometriosis. El apoyo viene de la propia familia, amigos y pacientes que poco a poco han ido conociendo de esta noble causa y han querido involucrarse en el proyecto.

Al empezar con la organización, y gracias al internet, pude conocer y estar en contacto con las asociaciones de otros países, como: Colombia, Panamá, México, Argentina, Puerto Rico, Chile y España.

En ASENVEN hemos tomado algunas ideas de esas otras asociaciones y nos hemos unido para lograr que las pacientes tengan una atención integral que incluya también las áreas de: Nutrición, Psicología, Sexología, Endocrinología, Gastroenterología, etc.

Es así que a través del doctor Molina conocí al doctor Otto Rodríguez y a la doctora Esmely Salazar, autores de este manual que reúne a un grupo de especialistas en endometriosis a nivel nacional y explica paso a paso de qué trata la enfermedad, síntomas, formas de diagnóstico, tratamientos médicos y psicológicos, consecuencias y cómo las pacientes podemos lograr vivir con una buena calidad de vida.
La idea de este manual es servir de guía para otros médicos que reciban en sus consultas a pacientes con síntomas similares, sepan cómo determinar si se trata de endometriosis y finalmente cómo atacar la enfermedad. Así mismo, para nosotras las pacientes es una especie de “Biblia” que no debe faltar en nuestras casas para que tanto nosotras como nuestros familiares y amigos entiendan por lo que atravesamos y así nos apoyen de la mejor manera posible.

Cada uno de los médicos que han colaborado con la creación de este manual son profesionales que, por iniciativa propia, se han involucrado con la endometriosis, ya sea porque han recibido en sus consultas a pacientes con esta patología y esto los ha hecho investigar cada vez más sobre el tema o simplemente porque son esos seres humanos que quieren dejar su huella, en este caso dentro del área de la medicina, y sentar un precedente para futuras generaciones.

Lic. Virginia Y. Benítez Bravo  
(Valencia – Venezuela)  
Fundadora de ASENVEN  
asenven.org@gmail.com
La endometriosis es una entidad clínica caracterizada por la presencia de tejido endometrial (glándulas y estroma) fuera de la cavidad uterina. Estos focos ectópicos de endometrio poseen receptores para estrógenos, progesterona y andrógenos, suelen estar en la pelvis, pero pueden implantarse en cualquier parte del cuerpo, respondiendo a estímulos hormonales en forma similar, aunque no idéntica al tejido endometrial original.

Ha sido descrita en la literatura médica desde hace más de un siglo. En los papiros egipcios y en escrituras científicas de la Grecia antigua, se encuentran referidos síntomas sugestivos de endometriosis. La primera referencia a esta enfermedad aparece en 1690, cuando el médico alemán Daniel Shroen describió la presencia de unas “úlceras” diseminadas por el abdomen, especialmente en la pelvis inferior, que aparecían sólo en mujeres en edad reproductiva". La primera mención del término endometriosis la hizo en 1885 el patólogo alemán Friedrich Daniel Von Recklinghausen. La primera descripción patológica se le debe al anatómopatólogo Karl Freiherr Von Rokitansky en 1842. (Rokitansky, K. Handbuch der pathologischen Anatomie. 3 vols. Wien,Braumüller u. Seidel, 1842). Y en 1921, John Albertson Sampson (1873-1943), médico norteameri


La etiología de esta entidad nosológica es compleja y aún no se conoce con detalle. Muchas han sido las teorías propuestas (menstruación retrograda, diseminación linfática o vascular, metaplasia celómica, trastornos inmunológicos), pero independientemente de cuál sea el origen real, se requiere de un determinado ambiente hormonal, principalmente estrógenos, para su desarrollo y mantenimiento. El objetivo de profundizar en la etiopatogenia se debe a la necesidad de desarrollar estrategias terapéuticas que permitan tratar las causas de la aparición y el desarrollo de la enfermedad. Hasta la fecha, los tratamientos van encaminados al manejo del
dolor, masa pélvica, la infertilidad asociada y a evitar la recurrencia.

La Endometriosis es una enfermedad propia de pacientes en edad reproductiva, es progresiva, pero su grado de progresión y agresividad puede variar de una paciente a otra. Además de los efectos físicos de esta entidad, la esfera psicológica de la paciente también se ve afectada, igual que su entorno sexual, social y laboral.

Después del tratamiento, su perfil bio-psico-socio-sexual-laboral vuelve a una situación prácticamente normal porque el dolor pélvico mejora al controlar la enfermedad.

La Endometriosis, aunque se conoce desde hace más de un siglo, sigue siendo un reto para los ginecólogos. Por ello es de vital importancia instruir tanto a los profesionales en salud como a las pacientes, con información actualizada a fin de que esta entidad clínica sea diagnosticada y tratada oportunamente.

Sir William Osler dijo una vez "Quien conoce la Endometriosis, sabe de Ginecología".

Dra. Esmely Salazar R.
Endometriosis Definición y Clasificación.

Dr. Ricardo Molina
Valencia - Edo. Carabobo

Definición:

Las mujeres realmente han pagado un precio sorprendente por esta indiferencia atroz de por lo menos 4000 años. Es en parte debido a este legado vergonzoso que aún hoy en día la endometriosis es en su mayor parte y sigue siendo un enigma, y los tratamientos a la paciente se han mantenido esencialmente igual desde hace siglos, con sólo pequeñas variaciones. Como podemos ver el dolor pélvico no se refiere a un síntoma actual, pudiésemos citar a la época de hace 2.500 años donde las mujeres que presentaban este mal eran catalogadas como locas, inmorales, marionetas o que lo imaginaban todo, incluso en ocasiones eran ridiculizadas. Como podemos observar no es una enfermedad de los tiempos actuales, por ejemplo, la primera referencia a esta enfermedad aparece en 1690 con el médico alemán Daniel Shroen, y así comienza a realizarse la presentación de diferentes casos y estudios que nos ha dado, hasta los momentos, solo hipótesis de su origen y por lo tanto no tenemos una cura para esta enfermedad.
Endometriosis. Definición y Clasificación.

Para poder definir la endometriosis debemos entender su origen el cual es el endometrio, esta es la mucosa que tapiza la cavidad interna del útero, que es su localización normal. Es rico en tejido conjuntivo (glándulas y estroma) y muy vascularizado. Su función primordial es reproductiva, donde será alojado el cigoto (producto de la unión del ovulo y el espermatozoide) después de ocurrida la fecundación y el desarrollo del embarazo. Este es un órgano regulado hormonalmente, el cual va a sufrir cambios producto de las hormonas que se secretan en forma cíclica desde los ovarios, presentando así los diferentes cambios que se pueden observar durante todo el ciclo menstrual, como lo es el crecimiento y desarrollo del estroma, las glándulas y vasos endometriales, preparándose para albergar la gestación, que en caso de no darse, este se descama (sangrado menstrual) y comienza un nuevo ciclo.

La endometriosis la podemos definir como aquella enfermedad enigmática, enfermedad de las mil caras, que afecta a las mujeres en la edad reproductiva. Es una enfermedad crónica que se manifiesta por la aparición de tejido endometrial (glándulas y estroma) fuera de su lugar anatómico normal: el interior uterino. El tejido endometrial se implanta fuera del útero, con más frecuencia en la cavidad pélvica, Trompas de
Endometriosis. Definición y Clasificación.

Falopio, ovarios, cicatrices abdominales, cuello uterino, vagina, vulva, también puede presentarse en lugares más lejanos de la pelvis como es cerebro, pulmón, mediastino etc. y al responder al estímulo menstrual normal (sangrado) genera una lesión inflamatoria que conduce a la aparición de dolor local, adherencias e infertilidad por lesión de los órganos pélvicos, especialmente las trompas de Falopio y los ovarios.

Clasificación:

La endometriosis se clasifica atendiendo a distintos criterios. La más usada es la de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, (ASRM), revisada en 1997 que establece 4 estadios: mínimo, leve, moderado y severo, según tamaño y localización de las lesiones y la presencia y características de las adherencias.

La American Fertility Society (AFS) en 1985 publica un sistema de clasificación de la endometriosis basado en la valoración intraoperatoria de la extensión peritoneal y ovárica, las adherencias ováricas y tubáricas y el grado de obliteración del Douglas, se diferencian las lesiones superficiales y profundas, así como la laxitud de las mismas, a cada tipo de lesión se le asigna un puntaje
Endometriosis. Definición y Clasificación.

y con la suma de estos podemos clasificar la endometriosis en diferentes estadios.

**American Fertility Society (AFS)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>ESTADIO I (MÍNIMO)</th>
<th>ESTADIO II (LEVE)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Peritoneo</td>
<td>Peritoneo</td>
</tr>
<tr>
<td>Superficial endo (1-3 cm)</td>
<td>Profundo endo (1-3 cm)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ovario derecho</td>
<td>Ovario derecho</td>
</tr>
<tr>
<td>Superficial endo &lt; 1 cm</td>
<td>Superficial endo &lt; 1 cm</td>
</tr>
<tr>
<td>Adhisiones delgadas &lt; 0.33 cm</td>
<td>Adhisiones delgadas &lt; 0.33 cm</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ESTADIO III (MODOERADO)</td>
<td>ESTADIO III (MODOERADO)</td>
</tr>
<tr>
<td>Peritoneo</td>
<td>Peritoneo</td>
</tr>
<tr>
<td>Profundo endo (≈ 3 cm)</td>
<td>Superficial Endo &gt; 3 cm</td>
</tr>
<tr>
<td>Cul de sac</td>
<td>Tubo derecho</td>
</tr>
<tr>
<td>Obturación parcial</td>
<td>Adhisiones firmes &lt; 0.33 cm</td>
</tr>
<tr>
<td>Ovario izquierdo</td>
<td>Ovario derecho</td>
</tr>
<tr>
<td>Superficial endo &lt; 1-3 cm</td>
<td>Superficial endo &lt; 1 cm</td>
</tr>
<tr>
<td>Adhisiones delgadas &lt; 0.33 cm</td>
<td>Adhisiones delgadas &lt; 0.33 cm</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ESTADIO IV (GRAVE)</td>
<td>ESTADIO IV (GRAVE)</td>
</tr>
<tr>
<td>Peritoneo</td>
<td>Peritoneo</td>
</tr>
<tr>
<td>Superficial endo &gt; 3 cm</td>
<td>Profundo endo &gt; 3 cm</td>
</tr>
<tr>
<td>Ovario izquierdo</td>
<td>Cul de sac</td>
</tr>
<tr>
<td>Profundo endo 1-3 cm</td>
<td>Ovárico derecho</td>
</tr>
<tr>
<td>Adhisiones densas &lt; 0.33 cm</td>
<td>Tubo izquierdo</td>
</tr>
<tr>
<td>Adhisiones densas &lt; 0.33 cm</td>
<td>Adhisiones densas &lt; 0.33 cm</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

17
Endometriosis. Definición y Clasificación.

En el año 1995 la American Fertility Society (AFS) realiza una modificación en esta gran clasificación, en las que se incluyen las características morfológicas. (rojo, blanco y negro) de las lesiones ováricas o peritoneales y su respectiva proporción.

Endometriosis en el Ligamento Útero-Sacro

Esta clasificación de la ASRM ha sido cuestionada pero sigue siendo utilizada.

Existen ciertas controversias como sería:
1.- Arbitrariedad del sistema de puntuación, ya que esta asignación no refleja el peso de cada una. Por ejemplo un endometrioma de 4 cms tiene una puntua-
Endometriosis. Definición y Clasificación.

ción de 20, mientras que una lesión peritoneal profunda de 3 cms es puntuada como 4. También son arbitrarios los límites de los estadios.

Endometrioma Ovárico

2.- La observación del cirujano contribuye a la dificultad del diagnóstico. Podemos saber que resulta difícil la localización de algunas lesiones endometriósicas, pudiendo no ser visibles a los ojos del endoscopista o cirujano.

3.- Es poco reproducible. La variabilidad interobservador es tan grande que puede clasificar correctamente al 22% de las mujeres con endometriosis mínima
y sólo al 13% de las endometriosis moderadas.

Entonces, las limitaciones estarían sobre todo relacionadas con la falta de utilidad clínica. No hay una correlación entre el estadio y la intensidad del dolor, entre otras cosas porque hay muchos factores que pueden condicionar el dolor pélvico crónico y porque no se conoce con exactitud el mecanismo del dolor en la endometriosis.

**Endometriosis Profunda**

La definición de endometriosis profunda es poco precisa, ya que si bien incluye a las lesiones retroperitoneales (sitios infrecuentes), incluimos las lesiones que afectan al intestino, a los uréteres, a la vejiga y al tabique rectovaginal. La endometriosis profunda está relacionada con dolor intenso que afecta a la calidad de vida y que presenta dificultad en el abordaje quirúrgico.

Podemos distinguir entre estas:
1.- Endometriosis del fondo de saco anterior. La endometriosis del detrusor de la vejiga
2.- Endometriosis recto-vaginal. - Exploración física: nódulos en los ligamentos útero-sacros.
Incidencia, Prevalencia y Factores de Riesgo de la Endometriosis

Dra. Esmely Salazar R.
Cumaná - Edo. Sucre

A fin de determinar la incidencia, prevalencia y factores de riesgo actuales de la endometriosis, se hizo una búsqueda en PubMed, Hinari y Cochrane, seleccionando las investigaciones originales, artículos de revisión y meta-análisis publicados entre 2000 y 2015.

Dado que algunas pacientes podrían tener endometriosis sin presentar síntomas, es difícil saber exactamente la incidencia de esta enfermedad. Las estimaciones actuales sugieren que el 7 a 15 % de las mujeres en edad reproductiva la padece. La incidencia mundial se estima entre 0,1 y 0,3 %, o aproximadamente 150 a 200 millones de mujeres.

La División de Investigación Intramuros de la Salud de la Población (DIPHR por sus siglas en inglés)
Incidencia, Prevalencia y Factores de Riesgo de la Endometriosis
evidenció en mujeres que buscan atención clínica para la endometriosis y en una cohorte poblacional pareada, una incidencia de endometriosis de 0,6% por histología, 7,5% a través de RMN (Resonancia Magnética Nuclear) y 47% diagnosticada por laparoscopy o laparotomía. La incidencia de endometriosis diagnosticada por RMN fue del 11% en la cohorte poblacional. Por ende, haciendo un cálculo conservador, podría decirse que el 11% de las mujeres tiene endometriosis no diagnosticada (1,2).

En 2011, el estudio del NICHD Endometriosis: historia natural, diagnóstico y resultados, determinó que el 11% de un grupo de mujeres sin síntomas de endometriosis tenía la enfermedad. Si se trasladara este hallazgo a todas las mujeres de los Estados Unidos, la cantidad de estadounidenses con endometriosis podría superar ampliamente las estimaciones previas de 5 millones (3).

En el estudio ENDO (Endometriosis: Natural History, Diagnosis, and Outcomes), realizado en centros quirúrgicos en la Ciudad de Salt Lake, Utah, y en San Francisco, California, la cohorte estuvo compuesta por 495 mujeres las cuales fueron sometidas a laparoscopy / laparotomía entre 2007 y 2009, y la cohorte de la población compuesta por 131 mujeres de las zonas de captación de los centros quirúrgicos. Se
Incidencia, Prevalencia y Factores de Riesgo de la Endometriosis
evidenció 0,7% de pacientes con endometriosis por histología, 7% por RMN y 41% por laparoscopía/laparotomía (4).

De acuerdo con un estudio del Servicio de Biología de la Reproducción Humana del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Seguro Social Mexicano, en el 34.5% de las mujeres con diagnóstico de infertilidad primaria y secundaria se evidenció endometriosis, presentándose con mayor frecuencia en mujeres entre 25 y 40 años. En esta cohorte el diagnóstico se realizó 10 años posterior al comienzo del desarrollo de la enfermedad. Las conclusiones del estudio sobre la incidencia de la endometriosis en pacientes infértiles y la edad de manifestación coincidieron con lo reportado en la bibliografía, encontrándose endometriosis leve en el 50% de los casos y siendo el sitio más afectado el fondo de saco de Douglas.(5)

En Venezuela no se conoce con exactitud su incidencia y prevalencia. Existen varios trabajos que presentan los resultados de laparoscopias y de laparotomías en donde se destaca su elevada incidencia. Potenza, citado por Pinzón y col. habla, en 1940, de endometriosis en 21 casos del Hospital Vargas de Caracas y, en el mismo año, Calatrava, citado por el mismo autor describe un caso de un quiste ovárico endometriósico. En 1955, Malaret publica el primer caso de endometriosis del sigmoides, siendo ésta la segunda
Iincidencia, Prevalencia y Factores de Riesgo de la Endometriosis

publicación nacional. Hernández D'Empaire, en 1957, menciona endometriosis en cicatriz obtenida después de una cesárea; en 1975, Moreno y col. publican un estudio sobre 75 casos de endometriosis externa y señalan el primer caso de localización en cicatriz de episiotomía. Zighelboim y col. en 1981, describen un caso de la Maternidad “Concepción Palacios” y, por primera vez, comentan sobre esta patología de manera amplia; Pinzón y col., en 1986 reportan un caso en cicatriz poscesárea. Duque, F y col. publicaron en la Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela un caso de endometriosis en pared abdominal, en una paciente de la Maternidad Concepción Palacios, en Caracas. Los cortes histológicos mostraron tejido fibro-muscular con presencia de glándulas y estroma endometrial. (1,6,7).

En el año 2004, como iniciativa del Dr. Otto Rodríguez Armas, se inicia la creación de las Clínicas de Endometriosis de Venezuela, tanto públicas como privadas. La primera clínica se instauró en Centro Médico Docente La Trinidad, la cual cuenta hoy con más de 400 casos, de los cuales 250 ha recibido análogos de GnRH, posteriormente se agregaron otras clínicas de Caracas y de algunas ciudades del interior del país. La clínica de Valencia ubicada en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” es dirigida por el Dr. Ricardo Molina con más de 360 casos bien seguidos y con buenos resultados. (8)
Iincidencia, Prevalencia y Factores de Riesgo de la Endometriosis

Pizzi, Rita y col. en el período 2005-2010 determinaron las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes con endometriosis de la consulta de endometriosis del Hospital Universitario de Caracas. Evidenciaron los siguientes hallazgos: La edad promedio de las pacientes fue 31-61 años. El motivo de consulta inicial fue dolor pélvico con 34,69%, infertilidad 16,32%, tumoralción pélvica 32,65%, tumoralción extrapelvica 16,32%. El diagnóstico de endometriosis se realizó en 46,93% por laparotomía, 36,73% por laparoscopía y 16,32% por extirpación de lesión extrapelvica. Y el estadio de la enfermedad correspondió en su mayoría al estadio III con 40,81%.

En Maracaibo, Estado Zulia, se inicia la Clinica de Endometriosis dirigida por el Dr. Abdala Karame en el Hospital Coromoto de Maracaibo, quien realizó un estudio en donde se analizó los expedientes clínicos de 100 pacientes a quienes se les hizo el diagnóstico de endometriosis por laparoscopía, 50% de ellas confirmadas por estudio histopatológico. (9) Actualmente la Clínica de Endometriosis del Dr. Karame funciona en el Instituto Venezolano de Fertilidad (IVF) Maracaibo.

En la Clínica de Endometriosis de Oriente, iniciada en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá (HUAPA), y en la Consulta privada de la Dra Esmely Salazar, en asociación con la Universidad de
Incidencia, Prevalencia y Factores de Riesgo de la Endometriosis

Oriente (UDO), Núcleo de Sucre, de Cumaná, se realizó una investigación en el año 2007, referente a Dolor pélvico crónico e infertilidad en pacientes con Endometriosis asistentes a la consulta de ginecología de dicho Centro Asistencial, evidenciándose una incidencia de esta patología de 8 a 12% en pacientes de 15 a 45 años de edad.(10) Actualmente sólo se encuentra activa la Clínica del ejercicio privado de la Dra. Esmely Salazar, con 80 casos diagnosticados por Laparoscopía en el período 2006 - 2015 y en control con análogos de GnRH.

La casuística de pacientes con endometriosis en el Servicio de Ginecología del Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruiz y de la Consulta privada del Dr. Domingo Casañas, quien dirige la Clínica de Endometriosis de Táchira, es de 50 casos. En la consulta privada, 10 pacientes diagnosticadas y tratadas: 60% de casos son intrapélvicos y 40% son extrapélvicos. De éstos, un caso de endometriosis cerebral y una paciente con sospecha clínica de endometriosis pulmonar, por confirmar histológicamente, quien presenta hemoptisis durante las menstruaciones.

La Clínica de Endometriosis del Hospital Universitario de Caracas (HUC) coordinada por la Dra. Rita Pizzi, tiene una casuística correspondiente a 57 casos. De ellos, 84,21% de endometriosis pélvica y
Incidencia, Prevalencia y Factores de Riesgo de la Endometriosis

19,30% de endometriosis extrapélvica. De acuerdo a la clasificación de la Asociación Americana de Medicina Reproductiva (ASRM), un 7% de los casos corresponde a estadío I, 6% estadío II, 34% estadío III y 53% estadío IV.

La prevalencia de la endometriosis en las mujeres varía ampliamente: 0,7 a 11% en la población general, 7-22% cuando se someten a la esterilización quirúrgica, 11-47% de las mujeres infértiles, 14-74% en mujeres con dolor pélvico crónico. (3,4). Se puede concluir que la Incidencia de la endometriosis es dependiente del método de diagnóstico y de la elección de marco de muestreo.

Factores de Riesgo

Identificar los factores de riesgo de la endometriosis es tan difícil como encontrar sus causas. Existen diferentes teorías y discrepancias al respecto entre la comunidad médica. Los factores de riesgo que se han estudiado son:

1.- Raza: La incidencia de endometriosis parece ser mayor en mujeres de raza japonesa que en las de raza blanca. Algunos estudios indican que las mujeres de raza blanca, y de éstas las pelirrojas con pecas tienen mayor probabilidad de desarrollar Endometriosis que
las de raza negra, aunque la diferencia no fue significativa.

2.- Genética: Los factores genéticos parecen ser los más sólidos a la hora de relacionarlos con la endometriosis. Se ha determinado, en series de estudios sobre tendencias hereditarias de la enfermedad, un riesgo de 5-7% en familiares de primer grado. El 5,9% de las hermanas, 8,1% de las madres de pacientes con endometriosis y 15% entre hermanas gemelas univitelinas, demostrando una considerable predisposición familiar a heredar la enfermedad. Se han establecido loci de susceptibilidad de padecer la enfermedad en las regiones cromosómicas 10q26 y 7p15. En la endometriosis han sido involucrados genes y medio ambiente, lo cual dificulta la identificación de los genes alterados. De ahí que recientemente se hable de que la endometriosis es una enfermedad epigenética. (11)

3.- Historia menstrual y reproductora: Existe una asociación entre la endometriosis y algunos patrones menstruales. La polimenorrea (ciclos menstruales cortos) es factor de riesgo, ya que existe una exposición más frecuente a la presencia de menstruación, así también es el caso de la hipermenorrea, porque un mayor volumen se relaciona con un riesgo elevado de reflujo menstrual. No se reporta evidencia consistente de riesgo de endometriosis con presencia de ciclos menstruales irregulares. Tampoco existe relación con el
I incidencia, Prevalencia y Factores de Riesgo de la Endometriosis

uso de tampones. En el caso de la multiparidad, la exposición reducida a ciclos menstruales debida al embarazo disminuye el riesgo de presentar endometriosis. Por último la asociación de anticonceptivos orales no guarda relación ya que estos se usan como parte del manejo de endometriosis.

4.- Hormonal: Existen datos que evidencian que la endometriosis depende de las hormonas esteroideas. Publicaciones recientes señalan la presencia de endometriosis en jóvenes premenárquicas y en mujeres postmenopáusicas, aunque no es frecuente.

5.- Edad: La edad más frecuente para el diagnóstico es de 25-44 años. Sin embargo, es posible que la edad de inicio de la enfermedad sea en la adolescencia y que se retrasa su detección. Se ha determinado una relación positiva entre endometriosis y edad, con una prevalencia máxima en los 40 años. El riesgo de tener endometriosis aumenta en mujeres entre los 30-34 años en relación con las mujeres de 25-29 años.

6.- Fenotipo de la Mujer: Se ha documentado que las pacientes con mas grasa corporal periférica se relacionan con mayor cantidad de estrógenos y mayor riesgo de endometriosis, que en mujeres con distribución de grasa central.

7.- Estilo de vida. El consumo de tabaco, cafeína y
Incidencia, Prevalencia y Factores de Riesgo de la Endometriosis

alcohol parecen ser factores favorables a la incidencia de endometriosis. El tabaquismo puede explicar cierta proporción de exposición a dioxinas. Se ha estimado que una fumadora de una caja de cigarrillos/día recibe aproximadamente 4,3 pg de dibenzodioxinas/Kg de peso/día. El ejercicio físico moderado parece asociarse positivamente al disminuir el riesgo de endometriosis.

8.- Medio Ambiente: Se ha demostrado una relación entre las dioxinas y endometriosis. El contacto con las dioxinas puede ser ocupacional o accidental. Las fuentes de las dioxinas son los pesticidas y herbicidas que pueden contaminar alimentos, incineración de residuos, producción de metales de varios tipos, combustible fósil y refinado del petróleo y lejías con cloro. (12)

REFERENCIAS


Etiopatogenia de la Endometriosis

Dr. Carlos Escalona
Barquisimeto - Edo. Lara

Las diferentes observaciones respecto a la patogenea
nia se pueden resumir en 6 teorías, y a su vez se pueden
subdividir en dos grupos según el origen de los implan-
tes proceda de endometrio uterino o extrauterino.

1) Origen de la endometriosis de endometrio uterino

1. 1. Teoría de la menstruación retrógrada (1,2,3)
Es la teoría más ampliamente aceptada sobre la
etipatogenia de la endometriosis. Fue propuesta en
1920 por Sampson. La menstruación asciende a través
de la trompas y desemboca en la cavidad peritoneal,
favoreciendo la adhesión, invasión y el crecimiento de
los fragmentos de endometrio depositados en la cavidad
peritoneal (2,3). Representan un autotrasplante, en la
que el tejido endometrial normal se trasplanta a una
localización ectópica en el organismo. Esta teoría explica
la mayor frecuencia de endometriosis y la distribu-
ción anatómica de las lesiones. Sin embargo, no es capaz
de demostrar la presencia de endometriosis fuera de la
cavidad peritoneal, la aparición en la pubertad tempra-
na, recién nacidos, mujeres afectadas por el síndrome de
Mayer Rokitansky-Küster-Hauser o en el varón (4).
Etiopatogenia de la Endometriosis

Además observaciones posteriores sugieren diferencias anatomopatológicas entre endometrio eutópico y ectópico, en contra de la posibilidad de considerar a los implantes como focos de autotrasplante (2).

1.2. Teoría de la diseminación hematógena o linfática del tejido endometrial (Teoría de Halban).
La demostración de circulación linfática del cuerpo del útero al ovario, así como la demostración de tejido endometriósico en ganglios linfáticos de babuinos en los que se induce la endometriosis apoyan dicha teoría. Pero la evidencia más fuerte se deriva de la demostración de tejido endometrial ectópico en localizaciones distantes al útero como cerebro, pulmón, región inguinal etc. Sin embargo por sí sola no es capaz de resolver la capacidad de adhesión y progresión del mismo (1,2).

2) Origen de la endometriosis de endometrio extrauterino

2.1. La teoría metaplasia celómica (Teoría de Meyer)
Propone que ambos tejidos, el peritoneo y el endometrio parecen tener un precursor embriológico común que es el epitelio celómico. La demostración experimental de esta teoría ha sido difícil. Los agentes causales de esta metaplasia son poco conocidos, se
Etiopatogenia de la Endometriosis

proponen a las dioxinas como posible (1,2,3) agente químico externo que actúa como disruptor endocrino. Esta teoría podría explicar por qué aunque la mayoría de las mujeres tienen algún grado de la menstruación retrógrada sólo un pequeño porcentaje tiene endometriosis, así como la presencia de la enfermedad en ausencia de la menstruación(1).

2.2. Teoría de las células madre endometriales.
La teoría de las células madre endometriales o células progenitoras de amplificación transitoria, afirma que las células madre en la circulación procedentes de la médula ósea o de la capa basal del endometrio podrían diferenciarse en tejido endometrial en distintas localizaciones incluso a distancia (2,4,5). Esta teoría explicaría por qué pueden tener endometriosis mujeres sin útero, hombres con cáncer de próstata y otras con tratamientos con dosis altas de estrógenos.

2.3. Teoría de los restos Müllerianos.
La teoría de la migración de los conductos de Müller propone que las células residuales en el recorrido durante el desarrollo embrionario mantienen la capacidad de desarrollar lesiones endometriósicas influenciadas por estímulo estrogénico (6). Hallazgos recientes han demostrado la presencia de endometrio ectópico en fetos femeninos a nivel del tabique rectovaginal, fondo de saco de Douglas, pared posterior o interior de la pared del útero, y a nivel de la muscularis del recto(2).
Etiopatogenia de la Endometriosis

Establecimiento de la Enfermedad

Aunque la menstruación retrógrada explica el desplazamiento de endometrio a la cavidad peritoneal son necesarios pasos adicionales para el desarrollo de los implantes. Evitar el aclaramiento inmune, adherirse al epitelio peritoneal, invadir el epitelio, desarrollar neurovascularización local, así como continuar el crecimiento y sobrevivir. En este procedimiento intervienen mecanismos genéticos, biológicos e inmunológicos (1).

Predisposición genética

La endometriosis posee un componente hereditario. Se han establecido locus de susceptibilidad de padecer la enfermedad en las regiones cromosómicas 10q26 y 7p15 (4). Las células endometriales necesitan adherirse entre sí y al peritoneo, en este proceso participan integrinas y caderinas. Así mismo, existe una sobrerregulación del gen antiapoptosis BCL-2. Estas características heredadas favorecen la supervivencia de la célula endometriósica (4). Sin embargo la endometriosis es una enfermedad compleja en la que están involucrados genes y medio ambiente, lo cual dificulta la identificación de los genes alterados (4). De ahí que recientemente se hable de que la endometriosis es una enfermedad epigenética en la que el factor de esteroidogénesis (1), los receptores de estrógenos y
Etiopatogenia de la Endometriosis

progesterona son hipometilados en el endometrio ectópico ocasionando un mayor efecto estrogénico a nivel local (7).

**Dependencia hormonal**

Los estrógenos parecen tener relación causal con la endometriosis. Los implantes endometriósicos expresan aromatasa y deshidrogenasa de 17B-hidroxiesteroido tipo 1, que son las enzimas encargadas en convertir la androstenediona en estrona y la estrona en estradiol. Al mismo tiempo, existe un déficit de 17B-hidroxiesteroido tipo 2, enzima encargada de desactivar a los estrógenos (pasa el estradiol a estrona) y se expresan de forma diferente los receptores estrogénicos α y β, con un marcado aumento de los receptores β, favoreciendo todo ello un mayor ambiente estrogénico.

**Resistencia a progesterona**

El tejido endometrial normal no expresa aromatasa y produce abundante deshidrogenasa y 17B-hidroxiesteroido tipo 2 en respuesta a la progesterona, asegurando la atenuación de los efectos estrogénicos a nivel endometrial durante la fase lútea. En la endometriosis hay una resistencia relativa a la progesterona que impide la atenuación del estímulo estrogénico. La prostaglandina E2 es el inductor más potente de la actividad de la
Etiopatogenia de la Endometriosis

aromatasa en las células del estroma endometrial y actúa a través del receptor de PGE2. El estradiol producido por la mayor actividad de la aromatasa aumenta la producción de PGE2 al estímulo de la ciclooxigenasa 2 en las células endometriales del útero. Originando una retroalimentación positiva que acentúa los efectos estrogénicos sobre la producción de endometriosis. (5)

**Factores inmunológicos**

Partiendo de la base de que en la mayoría de las mujeres se produce menstruación retrógrada, ese tejido va a ser eliminado de la cavidad por células del sistema inmune: macrófagos, células natural killer y linfocitos. Diferentes estudios han mostrado la posibilidad de que alteraciones en el sistema inmune sean los responsables de la persistencia del endometrio ectópico.

En mujeres con endometriosis se ha evidenciado mayor número de macrófagos con una función alterada y alteraciones en la función de las células natural killer, con una menor actividad citotóxica. También se ha demostrado una alteración en la inmunidad humoral al observar un aumento en la concentración de anticuerpos endometriales IgG así como anticuerpos IgG e IgA contra tejido endometrial y ovárico. Mujeres con endometriosis presentan una mayor concentración de citoquinas, IL-1β, IL-6, FNT-α y IL-8 que estimulan la
Etiopatogenia de la Endometriosis

proliferación de células endometriales. Otras citoquinas como la proteína quimiotáctica 1 de monocitos (MCP-1) y los RANTES (citoquinas expresadas y secretadas por los linfocitos T que regulan su activación) atraen a los monocitos, la concentración de estas citoquinas se ha visto aumentada en mujeres con endometriosis y es directamente proporcional a la gravedad de la enfermedad (8).

Patogenia del Dolor

Es el principal síntoma de la endometriosis. Su fisiopatología es poco conocida. Se proponen tres teorías:

1. La inflamación local mediada por citoquinas proinflamatorias.

2. Mayor desarrollo del sistema nervioso sensorial y simpático. Menor mielinización que conlleva mayor percepción del dolor. Así como la liberación de mediadores que modulan la entrada nociceptiva aumentando la intensidad de señal que llega a corteza cerebral (9,10).

3. Dependencia hormonal. Los estrógenos aumentan los niveles de prostaglandinas favoreciendo la inflamación y el dolor. Aumentan los niveles del factor de crecimiento neural (NGF) que ocasiona un aumento del número de nociceptores1.(6)
Dolor pélvico por más de 6 meses, con o sin la menstruación? Dolor pélvico que parece insoportable y amerita uso de analgésicos para calmarlos? Relaciones sexuales dolorosas? Cambios en el patrón evacuatorio o molestias asociadas al colon (estreñimiento, distensión abdominal, flatulencia y diarreas) Dolor a la defecación? Cambios de humor sin razón aparente?

Si te identificas con estos síntomas, probablemente tienes Endometriosis. Se dice que alrededor de un 5 a un 10% de todas las mujeres tienen endometriosis; si bien muchas experimentan pocos síntomas o bien ninguno, la mayoría presentan muchos de los antes nombrados, siendo afectada considerablemente su calidad de vida, su desempeño y productividad laboral.

El diagnóstico se realiza de forma presuntiva a través de un exhaustivo interrogatorio, en el cual el
médico experto brinda a la paciente la posibilidad de expresar su sintomatología, de así presentarla. Cólicos menstruales intensos, dolor pélvico crónico o relaciones sexuales dolorosas y la incapacidad de lograr embarazo, forman parte de las principales manifestaciones que refiere o hace que acuda en busca de ayuda la paciente con Endometriosis. Sin embargo, resulta realmente un reto sospechar su presencia cuando los síntomas de la enfermedad son tan variados y pueden cambiar de una paciente a otra, hecho al que se debe la demora en ser diagnosticadas oportunamente.

**Sintomatología**

La variedad en la localización y el tipo de lesiones explica la diversidad de síntomas que puede dar la Endometriosis. En el 20-30% de los casos son asintomáticas, y en contra de lo que pudiera pensarse, no hay una estrecha relación entre la extensión de la lesión y la clínica.

Están descritos síntomas que se consideran clásicos o guías por su frecuencia: La Dismenorrea, Dolor pélvico crónico, Dispareunia y Disquecia. Aunque no es un síntoma como tal, la Infertilidad se considera igualmente como elemento común e incluso único, en mujeres en edad fértil que padecen de esta enfermedad.
Manifestaciones Clínicas. Sintomatología. Evolución de la Endometriosis

El diagnóstico de sospecha de la Endometriosis puede realizarse ante la presencia de síntomas y signos sugestivos, pero con frecuencia no están presentes, y surge como hallazgo casual durante una intervención abdominal por cualquier otra causa. Otro elemento que nos permite orientar el diagnóstico es la presencia de factores de riesgo como:

- Antecedentes familiares, en las que su madre o hermana han padecido Endometriosis, ya que estas mujeres corren un riesgo 6 veces mayor de desarrollar esta afección que la población general.²

- La Menarquia temprana, los ciclos menstruales regulares y cortos (< 27 días) y los periodos largos que duran 7 días o más.

No existen síntomas únicos y específicos de Endometriosis e incluso las pacientes pueden referir con frecuencia otros síntomas no ginecológicos. La dismenorrea o dolor con la menstruación, por ejemplo, puede estar presente en mujeres con y sin endometriosis. Debido a que es una enfermedad hormono dependiente y específicamente estrógeno dependiente, los síntomas son más intensos durante el periodo menstrual y mejoran tras la menopausia y durante la gestación. Algunas pacientes con casos severos de endometriosis no sienten absolutamente ningún dolor, mientras que otras, con apenas unos pequeños implantes, sufren dolor intenso.
Las pacientes con Endometriosis frecuentemente ven afectada su calidad de vida, ya que además de padecer algunos o todos los síntomas nombrados, la endometriosis puede provocar: Estados depresivos por incomprensión, fatiga crónica, poco deseo sexual y, por ende, problemas de pareja, dificultad para lograr sueños reparatorios por los dolores constantes, alteraciones en su vida profesional con faltas frecuentes por síntomas incapacitantes.

En cuanto al estudio del Dolor, algunos autores consideran se debe solicitar que describan un mapa de dolor, donde se señalen diversas áreas, siendo en algunos casos difícil diferenciar si el dolor abdomino-pélvico es de origen ginecológico, intestinal o urológico. Así mismo, para cuantificar el Dolor se usa más frecuentemente la escala analógica visual o verbal, donde la paciente señala la intensidad de su dolor en una regla que va desde 0 (nada de dolor) a 10 (el dolor más intenso que se puedan imaginar).

**Exploración Física**

Además de un adecuado interrogatorio se pueden realizar estudios complementarios de imagen como la ecosonografía y la resonancia magnética.
Sin embargo, el examen físico ginecológico tiene un valor superior, y aunque no aporta más que solo signos sugerentes de endometriosis, que solo un ginecólogo especializado y entrenado puede identificar, entre ellos: un útero en retroversión fija, doloroso a la movilización, palpación de ligamentos útero-sacro tensos, dolorosos o nodulares, palpación de nódulos retro cervicales o masas anexiales y la visualización de lesiones en vagina o cérvix; es un procedimiento no invasivo.

El único método, mínimamente invasivo, que permite el diagnóstico definitivo, es la Laparoscopia, con la cual se puede visualizar, estadiar y tomar biopsia de las lesiones de la enfermedad; estas se pueden evidenciar en la superficie peritoneal luciendo como lesiones rojas, azules o violetas, negras o blancas, correspondiéndose a los distintos estadíos de evolución de la endometriosis, así mismos se pueden presentar lesiones de infiltración profunda peritoneal, quistes en el ovario cuyo contenido es de aspecto achatado (Endometriomas) y nódulos en el tabique recto vaginal. Además de lo anterior, hay también lesiones atípicas, tales como: ojales peritoneales, adherencias y lesiones estrelladas. La correlación entre los hallazgos macroscópicos de la Laparoscopia con los hallazgos anatomo-patológicos de endometriosis es relativamente pobre.
En conclusión, los criterios en los cuales se basará el diagnóstico son:

✓ Historia Clínica completa, en la cual se recojan datos que permitan hacer diagnósticos diferenciales desde los antecedentes; no resulta extraño que la paciente refiera haber consultado a varios especialistas y realizado múltiples pruebas diagnósticas con la persistencia de su cuadro.

✓ El examen físico exhaustivo tanto general como ginecológico.

“La perseverancia, una excelente relación médico paciente basada en la fe y confianza, así como, la aplicación de conductas individualizadas, basadas en conocimientos profundos sobre la patología, es lo que garantizará el Éxito en el tratamiento y por ende la mejoría de la Calidad de Vida de nuestras pacientes”

Dr. Abdala Karame
REFERENCIAS


Diagnóstico de la Endometriosis

Dr. Iván Rodríguez Capriles
Caracas - Distrito Capital

Una vez sospechada la endometriosis por la clínica, es decir por el interrogatorio y el examen físico, el próximo paso en el diagnóstico de la enfermedad debe ser su confirmación a través de exámenes complementarios. Entre estos tenemos pruebas de sangre y estudios por imágenes, de los cuales se realizan el CA 125 y ecosonograma pélvico (preferiblemente transvaginal). Existen otros estudios por imágenes como la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) que se pueden realizar pero su uso se recomienda para casos especiales.

El diagnóstico definitivo o de certeza se hace a través de la laparoscopía que es una técnica donde se visualiza la cavidad abdomino-pélvica por medio de una óptica y representa el estándar dorado en el diagnóstico de la endometriosis. Aunque también se puede diagnosticar por laparotomía, es decir cirugía abierta, se prefiere la laparoscopia por ser un método menos invasivo.
Diagnóstico de la Endometriosis

Marcadores séricos.

Los marcadores séricos son pruebas que se hacen a través de la sangre. Existe un marcador que puede elevarse en la endometriosis y es el CA-125, este es un antígeno de superficie que se produce en algunas condiciones como por ejemplo los implantes endometriósicos y por esta razón puede encontrarse elevado en esta patología. El inconveniente con este marcador (CA-125) es que no es específico para la enfermedad y puede elevarse en otras entidades como el cáncer ovárico. Por eso es importante correlacionarlo con la clínica y los hallazgos de las imágenes. Este es un marcador que también se usa para el seguimiento, una vez realizado el tratamiento, y nos refleja la evolución de la enfermedad.

Estudios por imágenes

Ecosonograma Pélvico:

En este examen empleando un transductor el cual se coloca en la piel encima de la pelvis (transdérmico) o a través de la vagina (transvaginal) se puede visualizar dentro de la pelvis observándose principalmente útero y ovarios. Este estudio no permite ver los implantes endometriósicos debido a su tamaño y sus características, pero es un método excelente para el diagnóstico de los quistes endometriósicos o endometriomas, ya que
Diagnóstico de la Endometriosis

como son quistes compuestos por sangre menstrual que no coagula se visualizan claramente por el ecosonograma.

El Ecosonograma pélvico preferiblemente por vía vaginal nos permite orientarnos en el diagnóstico de la endometriosis, sobretodo por sospechas de adherencias y quistes endometriósicos y correlacionarlo con la clínica para reforzar el diagnóstico de la enfermedad.

Endometrioma Ovárico

Otros estudios por imágenes:

Existen otros estudios que se pueden usar cuando hay sospechas de endometriosis como son la Tomografía Axial Computarizada (TAC) y la Resonancia Magnética Nuclear

La RMN se usa principalmente ante la sospecha de endometriosis extrapélvica, es decir cuando los implantes se encuentran en sitios distantes de la pelvis como la vejiga, tabique recto vaginal, riñones, pulmones etc.
Diagnóstico de la Endometriosis

**Laparoscopia:**

Es un método que emplea una óptica a través de la cual se puede observar y explorar la cavidad abdomino-pélvica y representa el estándar de oro en el diagnóstico de la endometriosis, porque evidencia los implantes endometriósicos, adherencias así como la presencia de endometriomas.

Es un procedimiento en donde se insufla un gas (CO2) que distiende la cavidad abdominal y nos permite ver con detalles la anatomía pélvica y la toma de muestras (biopsias) para su estudio por parte del patólogo, realizar el estadíaje de la enfermedad según el tamaño, localización y color de los implantes y la presencia de adherencias.

Y según los hallazgos clasificarla en mínima, leve, moderada o severa. Así una vez realizado el diagnóstico visual de la endometriosis y su extensión por medio de esta técnica podemos tomar la conducta a seguir, es decir el tratamiento quirúrgico.
Diagnóstico de la Endometriosis

En conclusión, el diagnóstico de la endometriosis pélvica se sospecha por las manifestaciones clínicas y el examen físico. Posteriormente podemos realizar estudios como los marcadores séricos (CA-125) y el ecosonograma pélvico para ayudarnos en la sospecha y se confirma con la laparoscopia y la toma de muestras para su estudio anatomopatológico.
REFERENCIAS

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial (glándulas y estroma) por fuera de la cavidad uterina.

La endometriosis pélvica incluye los implantes en la serosa uterina, las trompas, los ovarios y el peritoneo de la pelvis. La endometriosis extrapélvica puede ubicarse en cualquier sitio del cuerpo (1).

No se conoce la verdadera prevalencia de la endometriosis extrapélvica, ya que por la baja frecuencia de la enfermedad, la mayoría de artículos se limitan a describir casos aislados.

La endometriosis extrapélvica (2) ocupa entre un 4% a 12% de todos los casos de endometriosis. El estudio de Douglas y colaboradores (3), se reportaron 379 casos de endometriosis, correspondientes a la variedad extrapélvica, lo cual representa un 8.9% de todos los casos de endometriosis. En Venezuela se han publicado casos de endometriosis intestinal, perineal, sacos herniarios, cicatriz postcesárea (1,4). Una revisión de casos del Servicio de Ginecología del Hospital
Localizaciones extrapelvicas de la Endometriosis

Universitario de Caracas (5), reportó la localización extrapelvica en 16,32% de los casos, en pacientes con endometriosis.

La clasificación de la endometriosis extrapelvica, propuesta por Markham y colaboradores (6), que con mayor frecuencia se utiliza, dependiendo del sitio de ubicación de las lesiones endometriósicas, las divide en cuatro grupos:

1. Endometriosis del tracto gastrointestinal (Clase I)
2. Endometriosis del tracto urinario (Clase U)
3. Endometriosis torácica y pulmonar (Clase L)
4. Endometriosis extra-pélvica de otras localizaciones (Clase O)

La endometriosis del tracto gastrointestinal, dependiendo del artículo revisado, ocupará el primer o segundo lugar en orden de frecuencia. El estudio de Masson y col (7) reportó en 2.686 casos operados, el 13,4% tenía endometriosis en rectosigmoide, 2,5% en el septo recto vaginal, 1,9% en el intestino delgado y 0,6% en el apéndice.

Endometriosis Umbilical  
Endometriosis Vulvar
Localizaciones extrapelvicas de la Endometriosis

Los síntomas de la endometriosis gastrointestinal pueden ser muy variados e inespecíficos; como por ejemplo, dolor abdominal, tenesmo, distensión abdominal, vómito, diarrea, constipación, rectorragia. Otra manifestación afortunadamente poco usual es la obstrucción intestinal, la cual puede ser parcial o completa.(8) En esta circunstancia, las manifestaciones serán dolor abdominal intenso, fiebre, leucocitosis y hallazgos al examen físico de abdomen agudo. Aún menos frecuente es la presentación de una perforación intestinal como consecuencia de endometriosis. (9) Más del 50% de las pacientes con endometriosis gastrointestinal pueden cursar asintomáticas, de manera que en un alto porcentaje de casos será un hallazgo incidental de procedimientos quirúrgicos abdominales.

El diagnóstico por lo general es difícil, ya que la variedad de síntomas y la falta de sospecha de la enfermedad, conllevan a un sinnúmero de diagnósticos diferenciales.

Los exámenes convencionales para el estudio de enfermedades gastrointestinal como la colonoscopia, la radiografía del colon por enema, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear, no han demostrado una adecuada precisión diagnóstica para los casos de endometriosis que comprometen este sistema. El estándar de oro para el diagnóstico de la endometriosis sigue siendo la laparoscopia, pero en endometriosis gastrointestinal la laparotomía ha sido
Localizaciones extrapelvicas de la Endometriosis

más efectiva como método de diagnóstico y tratamiento. La resección quirúrgica se menciona como manejo adecuado, especialmente en aquellos casos en los cuales existe obstrucción intestinal o hay sospecha de malignidad. (2)

La endometriosis del tracto urinario se ubica en la vejiga, el uréter, la pelvis y el parénquima renal. Se ha reportado (1) en el 16% de las mujeres que presentan endometriosis pélvica. La vejiga es el sitio más común de presentación de endometriosis urogenital, con 80 a 90% de los casos, en el uréter un 10 a 15%.

Los síntomas de la endometriosis vesical (1,2) son disuria, frecuencia urinaria, sensación de peso a nivel suprapúbico, nicturia, dolor dorso lumbar, la hematuria macroscópica y la infección urinaria a repetición también ha sido registrada. Los síntomas pueden ser cíclicos, pero en procesos crónicos las manifestaciones clínicas se hacen permanentes. Cuando la enfermedad compromete el uréter, los síntomas más frecuentes son dolor en el flanco, disuria y urgencia.

La tomografía y la resonancia magnética no tienen mucha utilidad en el diagnóstico definitivo, pero permiten la ubicación de las lesiones, el tamaño, su extensión y lo más importante descartar obstrucción, aunque focos muy pequeños pueden pasar desapercibidos.
Localizaciones extrapelvicas de la Endometriosis
dos. La ultrasonografía también es efectiva en la detec-
ción de masas. La cistoscopia puede ser una herramien-
ta importante en el diagnóstico de endometriosis
vesical, particularmente si se realiza durante la mens-
truación, cuando las lesiones tienden a aumentar de
tamaño.

El tratamiento médico hormonal empleado para
la endometriosis pélvica es aplicable a la endometriosis
del tracto urinario. El tratamiento quirúrgico es manda-
torio debido a la presencia de importante fibrosis refrac-
taria al manejo médico, puede realizarse por cirugía
abierta o por laparoscopia.

La endometriosis torácica, se ha reportado en más
de 100 casos en la literatura mundial (10,11), de loca-
lización en el parénquima pulmonar y la pleura, 90% de
las lesiones se encuentran en el pulmón derecho; el 80%
de endometriosis torácica se encuentra de manera
concomitante con endometriosis pélvica.

El dolor torácico, disnea, hemoptisis y tos son
algunos de los síntomas que se pueden presentar y que
no son específicos para sospechar esta enfermedad, salvo
porque en la mayoría de las ocasiones pueden presen-
tarse únicamente durante la menstruación y eso hace
sospechar este diagnóstico.

Los rayos X pueden mostrar derrame pleural,
neumotórax o hemotórax y con menor frecuencia
Localizaciones extrapelvicas de la Endometriosis

pequeñas lesiones quísticas que aumentan o disminuyen de tamaño según la fase menstrual. La tomografía computarizada es más sensible, particularmente cuando se realiza durante la menstruación.

El tratamiento debe encaminarse inicialmente a resolver la complicación que surja de la enfermedad, como por ejemplo la presencia de un neumotórax y/o hemotórax, que obliguen inmediatamente a realizar toracotomía. La terapia hormonal (12) incluyendo los anticonceptivos orales, análogos GnRH, danazol, ha sido el manejo más utilizado aunque se reportan tasas de recurrencia que alcanzan hasta el 50%.

La endometriosis extrapelvica de otras localizaciones, se presenta con mayor frecuencia en la cicatriz de una cirugía ginecológica u obstétrica, generalmente una cesárea. Se estima una incidencia general de endometriosis en cicatrices de cesáreas que oscila entre el 0.03 hasta el 1.7% de las cirugías realizadas. (13,14,15)

Con menor frecuencia que en los sitios mencionados anteriormente, puede encontrarse endometriosis en la cicatriz de la episiorrafia y en vagina, la región inguinal, sistema nervioso central y periférico, hueso, músculo esquelético. No se ha reportado en corazón, ni en grandes vasos. (10)
Localizaciones extrapelvicas de la Endometriosis

Los principales sintomas son dolor asociado al período menstrual y masa palpable al examen fisico hasta en el 60% de los casos, los cuales se presentan entre seis meses y pocos anos despues del procedimiento quirurgico. (1)

La escision quirurgica es el tratamiento de eleccion y para prevenir la recurrencia, se recomienda la extirpacion con margenes amplios de tejido sano, programada unos dias despues de la menstruacion. La terapia hormonal ha sido utilizada como tratamiento complementario de la endometriosis cutanea (2). Fármacos como acetato de leuprolide y danazol han sido mencionados como manejo prequirurgico, encontrándose un alivio significativo de los sintomas pero sin que se logre la disminucion en el tamaño de la lesión.

En conclusion, la endometriosis extrapelvica es una enfermedad que puede ocurrir de manera independiente de la endometriosis pelvica y localizarse en cualquier organo de la economia, la sospecha clinica y el estudio histopatologico permiten llegar a su confirmacion.
9. Goodman P, Raval B, Zimmerman G. Perforation of
Localizaciones extrapelvicas de la Endometriosis

La endometriosis debe ser vista como una enfermedad crónica que requiere un tratamiento prolongado a lo largo de la vida reproductiva de la mujer, maximizando el uso de la terapia farmacológica evitando de esa forma repetir intervenciones quirúrgicas innecesarias.

La cura radical de la Endometriosis se logra con la eliminación de la acción de los estrógenos ováricos sobre los implantes y “quistes chocolate”. De esto se deduce que la eliminación de los ovarios, fuente natural de los estrógenos en la mujer (ooforectomía total o bilateral) o la menopausia, constituyen el tratamiento definitivo en la cura de la enfermedad.

La ooforectomía bilateral con o sin hysterectomía (resección del útero o matriz) practicada en una mujer con Endometriosis, joven y sin hijos, no resulta en una opción válida y apropiada. Por lo que tendremos que usar métodos conservadores de tratamiento que permitan la reducción de los implantes y quistes visibles o a detener el crecimiento de los mismos a través de la
Tratamiento Médico de la Endometriosis
cirugía conservadora (preferentemente la mínimamente invasiva) así como el uso del productos farmacológicos por algún tiempo con el fin de evitar las recurrencias o recidivas. De esta forma preservaremos, hasta donde sea posible, el futuro de la fertilidad de esa paciente.

Al principio, la terapéutica médica se hizo para aliviar los síntomas, tales como la dismenorrea, el dolor pélvico, la dispareunia, la disuria y la disquecia, muchas veces sin saber, aunque se sospechaba, de la presencia de Endometriosis. Ellos son los analgésicos, antinflamatorios, antiprostaglandínicos no esteroideos o AINES, los cuales se usan con algún éxito transitorio.

Una vez efectuado el diagnóstico de la enfermedad (endoscópico, quirúrgico e/o histopatológico) así como el conocimiento de su extensión (4 Estadios o Etapas, localización pélvica o extra pélvica, etc.) haremos cirugía conservadora y continuaremos con el tratamiento médico o farmacológico en el caso que la paciente posponga, por cualquier motivo, sus deseos de embarazo.

Iremos mencionando, en sentido cronológico, los medicamentos utilizados para el control o ralentización de la enfermedad.

Entre 1940 y 1950 se usaron andrógenos para contrarrestar la acción estrogénica. Este efecto se ejercía a través del hipotálamo, pero resultó en reacciones adversas virilizantes, lo cual dio
Tratamiento Médico de la Endometriosis

paso a otros medicamentos menos iatrogénicos.

Se sabía que la Progesterona, hormona natural del embarazo, producida por el cuerpo amarillo y por la placenta, inhibía la ovulación, siendo así beneficiosa para disminuir el desarrollo de los focos e implantes endometriósicos pero que suministrada por vía oral era destruida por el ácido clorhídrico del jugo gástrico durante el proceso de la digestión.

Había que lograr entonces obtener una substancia parecida a la Progesterona pero que administrada por vía oral, parenteral u otras vías, actuara ejerciendo sus efectos anovulatorios.

Ello constituyó la base del razonamiento en la investigación de un esteroide natural encontrado en las raíces de un arbusto (El Barbasco) en el llamado “Experimento de Puerto Rico” finalizado en 1958 por los Dres. Gregory Pincus, John Rock y Celso Ramón García de los Estados Unidos de Norte América (1).

Surge así, el primer anovulatorio anticonceptivo progestacional, económico, que ingresa al mercado mundial el 9 de mayo de 1960 aprobado por la “Food and Drug Administration” norte americana.

Robert Kistner, nativo de Ohio pero ejerciendo en Boston, había observado y descrito que la mayoría de las
lesiones endometriósicas mejoraban durante el embarazo por lo que intuyó que un progestágeno oral podría inducir un falso o pseudo embarazo (amenorrea farmacológica de 9 a 12 meses), lográndose la detención de la proliferación de la enfermedad. Se logró así un éxito transitorio mientras duraba el tratamiento, sin embargo, aparecían efectos secundarios indeseables tales como cefalea, melasma facial y aumento de peso corporal con promedio de 2 kgs por año, lo cual condujo a una disminución de la dosis del progestágeno acompañado de dosis mínimas de estrógenos sintéticos para evitar el sangrado (manchado o “spotting”) durante el tratamiento así como a investigar otros medicamentos.

La infertilidad no mejoró las tasas de fertilidad al concluir el tratamiento.

En busca de un estado hormonal ideal para controlar la Endometriosis, hipoestrogénico e hiperandrogénico, se probaron otros medicamentos surgiendo así la Gestrinona (investigado por Elsimar Countinho en Brasil) y el Danazol (isosaxol de la etisterona en Estados Unidos por Robert Greenblatt). Este último medicamento tenía una importante acción androgénica. Ellos dominaron la escena de la terapéutica médica de la Endometriosis entre los años 70 a 90 del siglo XX.
Tratamiento Médico de la Endometriosis

A partir de 1984, investigadores de California, EE.UU, reportaron el uso del decapéptido, GNRH, en su forma de análogos agonistas en el control de la Endometriosis. David Meldrum, Jeffrey Chang y Howard Judd (3), usaron con éxito ese producto, descubierto y sintetizado en 1971 y que le valieron a Andrew V. Schally y Roger Guillemin, de EE.UU y Canadá respectivamente, el Premio Nobel de Medicina en 1977.

El GNRH, en forma de análogos agonistas, comienza produciendo un aumento fugaz de la acción ovárica pero la agota rápidamente bajando los niveles de estrógenos séricos a 15 picogramos por ml y produciendo una amenorrea farmacológica con disminución del desarrollo de los focos endometriósicos.

La otra forma, la antagonista, actúa rápidamente pero es más costoso y produce efectos secundarios mayores que los análogos agonistas.

Ambos han contribuido también al tratamiento médico del Cáncer de la Próstata, Endometriosis, Adenomiosis y Miomatisis uterina, así como en la pubertad precoz en niñas menores de 8 años.

Los productos registrados de los Análogos Agonistas de GNRH que se han comercializado en Venezuela son Lupron Depot (acetato de Leuprolide, Abbott) en dosis de 3,75 mgs mensual o 11,25mg trimestral (Depot), Zoladex (acetato de Goserelina, Astra Zeneca) 3,60 mgs mensual o 10,8 mgs trimestral y el Decapeptil,
Tratamiento Médico de la Endometriosis

(pamoato de Triptorelina, Nolver) en dosis de 3,75 mg y 11,25 mg, mensual o trimestral respectivamente.

En casi todos los países se recomienda un máximo de tratamiento con GNRH por 6 meses seguidos o por 1 año cuando se acompaña de un estrógeno-progestágeno o de la Tibolona (terapia add-back) que alivia los efectos hipostrogénicos del GNRH, los cuales son similares a un síndrome climatérico.

La limitación en el tratamiento con GNRH tiene varias causas. La primera es lo mencionado en relación a síntomas vasomotores (calorones y sudoración), resequedad de la piel y mucosas, insomnio, disminución de la libido, etc. La segunda, la posibilidad de pérdida de la masa ósea (osteopenia y osteoporosis) y la tercera es el alto coste de cada inyección que ronda entre los 500 y 700 dólares cada 3 meses. (Traducidos a bolívares).

El uso de la terapia “add-back” la recomendó Robert Barbieri en 1992 (4), con estrógenos-progestágenos (o Tibolona para otros) sirve para contrarrestar los síntomas adversos, del GNRH y contribuyó a elevar los estrógenos séricos de 15 pg a 30 pg por ml, mejorando los síntomas hipostrogénicos pero manteniendo la amenorrea farmacológica en forma temporal.

Se intentará embarazo cuando lo desee la paciente al terminar el tratamiento.

Por ello y porque el medicamento lo obsequia el IVSS, hasta los momentos, es por lo que tenemos más
Tratamiento Médico de la Endometriosis

de cuatrocientas mujeres tratadas hace más de 11 años de creada la primera “Clínica de Endometriosis” del país, experiencia a nivel mundial quizás única y difícil de repetir.

Gráfico de Barbieri

El embarazo al final de este tratamiento médico se intenta dependiendo el estado de la pelvis así como del factor masculino, a través de las relaciones sexuales dirigidas en los días fértiles o de inseminaciones artificiales (Reproducción Asistida de baja complejidad) o con la fertilización in vitro en alguna de sus variantes (R.A de alta complejidad). Es más probable tener que recurrir a estas técnicas de RA.

El control estricto de estas pacientes sometidas a GNRH, análogos agonistas, durante 1 año o más, amerita un examen ginecológico y un Ecosonograma vaginal o pélvico semestral y Densimetría Osea anual a fin de detectar, cualquiera efecto iatrogénico del GNRH.
Tratamiento Médico de la Endometriosis

El “desideratum” de estos tratamientos es controlar la enfermedad y evitar el sin número de intervenciones quirúrgicas innecesarias que van mutilando a estas mujeres a través del tiempo. Ejemplo, la famosa actriz Marilyn Monroe con siete operaciones por esta causa.

Otros medicamentos utilizados en el tratamiento médico de la Endometriosis son:

Los inhibidores de la aromatasa, utilizados en algunos casos de cáncer de mama, tales como el exemestano, el letrazol y el amastrozol; y otros como el desogestrel (“Cerazette”) y el dienogest (“Gianda, Visanne o Desire”) y otros progestágenos presentes en implantes subdérmicos o en dispositivos intrauterinos.

En relación a estos últimos, no tenemos mayor experiencia, pero existen trabajos que reportan éxitos importantes en el control de la enfermedad.

REFERENCIAS

La cirugía endoscópica o a cielo abierto, ha sido el arma inicial para el tratamiento de la Endometriosis con la que cuenta el ginecólogo.

Los avances en la tecnología han mejorado las técnicas de cirugía llevando desde amplias y extensas incisiones en la antigüedad hasta diminutas aperturas a nivel de la cicatriz umbilical y la pared abdominal para introducir instrumentos de visualización iluminados llamados laparoscopios, que adaptados a una cámara de televisión permiten evidenciar de manera más amplia y profunda la pelvis femenina.

La anestesia ideal para practicar una Laparoscopia debe ser la General con intubación endotraqueal y respiración controlada. No deben hacerse anestesias conductivas, raquideas o peridurales, pues la posición de la mesa operatoria debe tener una inclinación de 15 a 30 grados en posición supina con la cabeza más baja y la
Tratamiento quirúrgico de la Endometriosis

pelvis más elevada. Este tipo de anestesia regional puede elevar el nivel de parálisis muscular por encima del ombligo y acarrear problemas neurológicos y respiratorios de importancia.

El objetivo de la cirugía aparte del diagnóstico confirmatorio de la enfermedad, será eliminar todo tejido endometriósico activo, visible, procurando no resecar tejido sano.

El procedimiento endoscópico consiste en insuflar gas, oxido nitroso o dióxido de carbono, dentro del abdomen. De esta forma se separa la pared abdominal de los órganos pélvicos y se podrán visualizar mas claramente, así mismo se introducen otros instrumentos para separar, cortar, cauterizar y extraer tejidos. Resultando muy útiles en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. El tejido extraído será remitido al especialista en patología para su diagnóstico definitivo.

La estancia hospitalaria suele ser de corta duración, de uno o dos días aproximadamente, para recuperar la actividad normal en una o dos semanas. Si las condiciones no son favorables es probable que el cirujano decida realizar una laparotomía o cirugía abierta con una estancia hospitalaria mayor y recuperación más lenta.
Tratamiento quirúrgico de la Endometriosis

Es importante considerar que las diferentes localizaciones de la enfermedad dentro de la pelvis requieren diferentes formas de tratamiento y que el objetivo principal de la técnica implica el tratamiento del dolor, la infertilidad y toda aquella sintomatología que altere la actividad cotidiana de la mujer, por ser ésta una enfermedad incapacitante, crónica y progresiva.

La laparoscopia permite además del diagnóstico, una escisión completa de las lesiones. Mejores resultados a más largo tiempo y mejora la fertilidad posterior. Disminuye el dolor post operatorio, así como el riesgo de adherencias, mejorando el funcionamiento de las trompas y los ovarios, facilita la más rápida recuperación post operatoria y acorta su estadía hospitalaria.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, debemos aclarar que el tratamiento de la forma peritoneal es el más común y frecuente y puede variar de acuerdo a las características de presentación, ubicación y profundidad de las lesiones. Ya sea por escisión, coagulación o vaporización con láser entre ellos CO2, Argón u otros; Aún no se logra definir cual técnica es superior, sin embargo debe considerarse que no es adecuado para las lesiones mayores de 5 mm.

La ablación simple de los nervios presacros o uterosacros o (LUNA) sin acompañarlo de otros
Tratamiento quirúrgico de la Endometriosis

procedimientos, no ha resultado muy útil en el trata-
mento de la dismenorrea o dolor menstrual.

Respecto a la endometriosis ovárica “endometrio-
mas” “Quistes de Chocolate”, se hace imprescindible
descartar la malignidad, ya que en un bajo porcentaje de
pacientes hay algún tipo de relación. La intención debe
ser eliminar por completo el tejido endometrial fuera de
lugar y reducir al máximo el riesgo de aparición o repro-
ducción de adherencias post-operatorias.

La cistectomía lapa-
roscópica de aquellos
quistes mayores de 4 cm
de diámetro mejoran la
tasa de fertilidad si se
compara con el drenaje y la
coagulación, así como la
vaporización con láser o la electro-fulguración sin la
resección de la pseudo-cápsula, lo cual se asocia a recu-
rrencia de la enfermedad.

La cistectomía aumenta las tasas de fecundidad y
embarazo espontáneo en los primeros seis meses del
postoperatorio. El tratamiento quirúrgico de la endo-
metriosis profunda es de sumo cuidado, por lo tanto se
deben tratar sólo pacientes con lesiones sintomáticas.
La escisión quirúrgica debe ser completa y en un solo
procedimiento. Después del procedimiento el cirujano
cerrará las incisiones abdominales con puntos de sutura
o grapas y la cicatrización será mínima.
Tratamiento quirúrgico de la Endometriosis

El tratamiento antes de la Cirugía será solo sintomático.

La experticia del cirujano que trata la endometriosis es en ocasiones comparable en complejidad a la que realiza el oncólogo y debe ser ejecutada por equipos multidisciplinarios, que conozcan la cirugía laparoscópica avanzada y que reconozcan la endometriosis profunda.

En los casos de recurrencia de la enfermedad, no está claro el papel de la segunda cirugía cuando la intención es la fertilidad. Si la causa es el dolor y la fertilidad está resuelta, la indicación formal para el tratamiento sería la hysterectomía total con oofososalpingectomía bilateral como resolución definitiva.

Efectividad de la cirugía:

Alivio del dolor en la mayoría de las pacientes, sin embargo es imposible garantizar resultados duraderos, la mayoría entre 60 y 80 % refieren alivio del dolor en los primeros meses después de la cirugía.

Mas del 50% tienen síntomas que regresan dentro de los dos primeros años posteriores a la cirugía que aumenta con el tiempo.
Tratamiento quirúrgico de la Endometriosis

No se ha logrado demostrar que la cirugía en endometriosis mínima o leve mejore la fecundidad. En la endometriosis moderada a severa la cirugía mejora el pronóstico de embarazo.

En algunas clínicas de fertilidad y en casos graves recomiendan evitar la extirpación quirúrgica e indicar las técnicas de reproducción asistida.

Complicaciones:

- Infecciones pélvicas.
- Sangrados activos incontrolables que ameriten una cirugía abierta
- Formación de adherencias después de la cirugía
- Lesiones a intestinos, vejiga o uréteres.

REFERENCIAS


Endometriosis e Infertilidad

Juan Carlos Álvarez
Pto. La Cruz - Edo. Anzoátegui

Existe una íntima relación entre sufrir de endometriosis e infertilidad (1). Aunque no todas las mujeres con endometriosis van a tener dificultad en embarazarse, si está demostrado que hasta un 50% de las mujeres con infertilidad pueden llegar a presentar endometriosis (2). Y la razón principal de esto es por los obstáculos que ocasiona dentro de los conductos y vías que posee el aparato ginecológico femenino. La endometriosis forma barreras que impiden el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide, lo que dificulta que la mujer se embarace.

La distorsión anatómica que ocasiona puede llegar a ser tan severa que le confiere rigidez a las trompas de Falopio, útero y ovarios, afectando también su funcionalismo.

La endometriosis no es más que el tejido interno uterino que se localiza en áreas anormales a su lugar natural de asentamiento. Los sitios en las que el tejido endometrial se puede sembrar y proliferar de forma atípica son diversos. Los más comunes que se asocian
con infertilidad son los ovarios, las trompas de Falopio y la cavidad pélvica (3), donde forman un tejido pastoso de aspecto achocolatado, constituido por glándulas endometriales, componentes sanguíneos, e incluso células madre (4). Cuando este tejido invade el interior de algún órgano como el ovario forma un quiste llamado endometrioma.

El hecho de que la lesión contenga glándulas la hace un tejido que responde a los estímulos hormonales que acontecen durante el ciclo femenino, lo que ocasiona terribles cuadros de dolor justo cuando coincide con la menstruación.

Uno de los mecanismos que explica su diseminación fuera del útero se debe a la salida retrógrada del flujo menstrual a través de las trompas de Falopio, lo que baña durante cada regla a los órganos pélvicos femeninos, ocasionando una reacción inflamatoria con la posterior expansión de este nuevo tejido endometrial que actuará obstruyendo o endureciendo a las trompas de Falopio, o invadiendo los ovarios y así da origen a una barrera mecánica que impide la unión entre el espermatozoide y el óvulo. Este constante cuadro de inflamación crónica es el caldo de cultivo ideal que facilita su proliferación.
Endometriosis e Infertilidad

No se tiene claro por qué se implanta el endometrio fuera del útero en algunas mujeres y en otras no. Recientes evidencias apuntan a que existe relación con el estado inmunológico de las pacientes que la padecen.

Ahora bien, ¿cómo sospechar que usted pueda tener endometriosis y sufrir de infertilidad?

Los síntomas más frecuentes son:

-Dolor intenso que se presenta durante la menstruación (dismenorrea), durante la relación sexual (dispareunia), o que afecta la región lumbar (lumbalgia).

-Sangrado vaginal anormal fuera del período menstrual.

-Dificultad para lograr el embarazo tras mantener relaciones sexuales durante un año sin protección anticonceptiva.

El abordaje terapéutico de la endometriosis es diverso. Y aunque la prioridad de éste sea la abolición o mejoramiento de sus síntomas, uno de los principales propósitos que persigue la pareja es lograr un embarazo.

El tratamiento dependerá del grado de extensión de la endometriosis o del nivel obstructivo que ésta haya ocasionado. Podrá ser de tipo ser médico conservador,
Endometriosis e Infertilidad

can el empleo de medicamentos hormonales que reduzcan el dolor y tamaño de la lesión y mejoren la fertilidad de forma espontánea. También existe el manejo quirúrgico, el cual dependerá del lugar afectado, la intensidad del dolor y el tamaño de la lesión, como sucede con los endometriomas ováricos.

Finalmente está el tratamiento mediante la reproducción asistida que ofrecen las clínicas de fertilidad. En dichos centros se aplican diversos procedimientos como la inseminación artificial, que consiste en la preparación y colocación del semen del hombre dentro del útero de la mujer en el justo momento antes de la ovulación, o la Fertilización in vitro, que consiste en la extracción de los óvulos de la mujer fuera de su cuerpo para permitir que sean fecundados por los espermatozoides de su pareja en un laboratorio con condiciones especiales controladas. El embrión resultante luego es transferido al interior del útero para lograr el embarazo.

Es importante destacar que la paciente que sufre de endometriosis puede aportar una valiosa colaboración para facilitar su embarazo mediante el desarrollo de un estilo de vida saludable. Su alimentación es crucial en esto. Debe incrementar el consumo de verduras de color
Endometriosis e Infertilidad

verde, frutas frescas y alimentos que contengan aceite de pescado. Además, debe disminuir la ingesta de carnes rojas y jamón, y cualquier otra dieta rica en grasas o alimentos que contengan esteroides. Muchos especialistas estamos convencidos que debe existir “algo” que estamos haciendo mal en nuestro estilo de vida que provoque un estado de constante inflamación crónica en la mujer y la predisponga a sufrir de esta cruel enfermedad, por lo que creo que vivir una vida lo más saludable posible podría evitar su aparición o controlar su expansión.

Si aceptamos que existe este vínculo íntimo entre endometriosis e infertilidad, entonces la ayuda que ofrezca la paciente en este sentido es crucial. Es por ello que deseo finalizar este segmento sugiriendo unas muy sencillas recomendaciones:

Debe consumir:

- Tres porciones de vegetales verdes y coles por día.

- Dos porciones de frutas frescas diarias; una a mitad de la mañana y otra a mitad de la tarde.

- Una porción de cereales integrales en el desayuno.

- Sus comidas principales deben contener elementos que aporten proteínas, carbohidratos y aminoácidos esenciales. Carnes blancas y pescado de procedencia oceánica como atún o sardina.
Endometriosis e Infertilidad

-Finalmente, no olvide su requerimiento de líquido diario: 2 a 3 litros y mantener una rutina de 150 minutos de ejercicios por semana.

REFERENCIAS


Impacto Psicológico, sexual, social y laboral de la Endometriosis

Dr. Domingo Casañas Bastardo
San Cristóbal - Edo. Táchira

Para comprender la vivencia de la mujer con endometriosis lo primero que debemos entender es que cualquier enfermedad crónica conlleva una dimensión física y unas implicaciones y consecuencias a nivel psicológico y emocional. Según como sean las peculiaridades concretas de la enfermedad y sus circunstancias, en este caso de la endometriosis, se despertarán un tipo concreto de experiencias emocionales características de esta realidad.

Susan Sarandon.

"Sufrí de dolor e infertilidad durante muchos años, he consultado a muchos médicos y no diagnosticaron mi enfermedad hasta los 40. Nunca me educaron sobre endometriosis y como resultado acabé con otra enfermedad terrible consecuencia de ello. [...] Me enfado tanto pensando en que si mi..."
médico me hubiese hecho caso hace algunos años, seguramente pudo haberlo evitado y conservado mis ovarios [...]. Creo firmemente que la endometriosis es algo que debe mencionarse cuando se habla sobre la sexualidad femenina. Si todo lo que conoces es el dolor, sabes que no es normal. Hasta mujeres médicos me han dicho que me estaba inventando mi problema."

Hilary Mantel, escritora y novelista inglesa conocida por novelas como En la corte del lobo y Una reina en el estrado, premiados con el prestigioso premio Booker. Según ella, la endometriosis le estaba causando dolores insoportables desde su primera menstruación.

"mientras yo sangraba, sudaba y temblaba, algo estaba raspando y cincelando, con urgencia, dentro de mi cuerpo. Yo sentía – y tenía razón – que dejaba mi vida normal atrás."
"Lo que parece ser crucial es que la paciente se vuelva informada y activa en su propio tratamiento. Nadie me va a querer por decir esto, pero a menudo me he dado cuenta que no parece importar si una mujer practica yoga o Reiki o baila sobre las brisas bajo la luna llena – empieza a mejorar cuando ella toma la iniciativa."
Impacto Psicológico, sexual, social y laboral de la Endometriosis

El abordaje de la endometriosis no puede eludir las implicaciones psicológicas de una patología tan discapacitante como ésta. Se ha asegurado que “la endometriosis con dolor crónico produce una serie de daños entre los que destaca la disminución de la calidad de vida laboral, social (provocando en la persona una sensación de aislamiento e incomprensión) y familiar (impidiendo cumplir con las expectativas de las mínimas obligaciones familiares y con dificultades en la relación de pareja)”.

La vida sexual y reproductiva de las mujeres tiene una serie de fases y cambios significativos y representativos a nivel biológico, psicológico y social, los cuales inician con la menarca o la primera menstruación, el cual es un sangrado vaginal que ocurre cada 20 a 36 días, siendo en promedio aproximado de 28 a 30 días al que se denomina regular. A la menstruación se pueden asociar otras complicaciones presentes en el 10% de la población femenina que se caracterizan por:

- Dolor durante la menstruación (Dismenorrea)
- Dolor durante el coito. (Dispareunia)
- Flujo menstrual anormal, o excesivo.
- Infertilidad.
- Fatiga y cansancio
- Orinar con dolor en los periodos menstruales. (Disuria)
- Defecaciones dolorosas en los periodos menstruales.
Impacto Psicológico, sexual, social y laboral de la Endometriosis

(Disquecia)
- Otros problemas gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, y/o náusea).
- Enfermedad de las cuatro (4) D.

Con dicha sintomatología sin duda es impensable y poco probable que alguna mujer por mucho deseo sexual, esté en óptimas condiciones para un encuentro sexual. El miedo, la inseguridad, el temor o la incertidumbre en nuevos encuentros sexuales o no poder cumplir con las expectativas de la pareja sexual.

Una mujer con la preocupación de dicho padecimiento puede causarle un deterioro social, laboral y sobre todo sexual, y esto es por no poder cumplir con las expectativas familiares, sociales y de pareja, lo cual sin duda, es perceptible si se presenta, dos o más de los siguientes síntomas:

- Pérdida o aumento de apetito.
- Dificultad para dormir (insomnio) o excesivo sueño (hipersomnia).
- Falta de energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones incluso cotidianas.
- Sentimientos de desesperanza.
Impacto Psicológico, sexual, social y laboral de la Endometriosis

Estos síntomas deben estar presentes durante dos meses a dos años y no ser consecuencia de un efecto fisiológico directo como del consumo de una sustancia, droga o medicamento o de una enfermedad.

Por ello es importante aclarar que la sexualidad se construye no solo por los aspectos biológicos, sino también los psicológicos y sociales, como son los sentimientos, las caricias, el amor, el respeto de la pareja y el compromiso aunado al proyecto de vida. Lo cual debe seguir estando presente en la relación de pareja y en la sexualidad, y no solo basarse en las penetraciones.

Y como enfermedad crónica que es, se debe aprender a convivir con ella. Aceptar y asumir las limitaciones es importante, y aún más importante es involucrar a la pareja sexual, que también está afectada. El sentimiento
Impacto Psicológico, sexual, social y laboral de la Endometriosis

de culpa, el miedo a perder a la pareja, las dudas y la vergüenza, suelen ser sensaciones comunes, por lo que la comprensión de la enfermedad por parte de la pareja es un factor indispensable para lograr una sexualidad plena dentro del nuevo escenario.

Adaptarse y no renunciar a tu sexualidad, es el camino para disfrutar de relaciones sexuales incluso padeciendo endometriosis.

Desde el punto de vista psicológico todo puede traducirse en un cuadro de depresión, baja autoestima, disminución del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades, insomnio o hipersomnia o de ansiedad, en la que aparecen irritación, rabia y nerviosismo. Otros problemas psicológicos asociados a la endometriosis son la inestabilidad emocional o ciertos episodios depresivos intercalados con maníacos. Las personas deprimidas se sienten confundidas por sus sentimientos. No pueden entenderse así mismas y no esperan que otras personas las puedan entender.

Los efectos más comunes que se describen son:

La Depresión, una enfermedad que no sólo afecta a la mujer con endometriosis, sino también su vida familiar, laboral, el sueño, los hábitos alimenticios y la
Impacto Psicológico, sexual, social y laboral de la Endometriosis

salud general. Es causada por la disminución de los niveles de estrógenos y altos niveles de progesterona, y los síntomas empeoran antes y durante la menstruación. La incomprensión de sus compañeros de trabajo, familiares y amigos pueden desencadenar la sensación de inutilidad y pérdida de interés en la actividad diaria, como pasatiempos y el sexo.

La apatía y el cansancio en la endometriosis, es causada por la presión de hacer frente a cualquier tipo de dolor que vuelve sin cesar todos los meses, afectando a su estado físico y emocional.

Muchas mujeres también sufren de anemia causada por el flujo abundante de sangre que lleva a deficiencia de hierro, ácido fólico y vitamina B12 los cuales son necesarios para la reproducción de las células rojas de la sangre y aumentar el transporte de oxígeno a las células del cerebro, ocasionando la pérdida de concentración y la memoria.

Irritación, causada por un desequilibrio hormonal en las mujeres con endometriosis durante el ciclo menstrual. El estrés y la confusión de la mujer con endometriosis es comprensible. Es mejor lidiar con el
Impacto Psicológico, sexual, social y laboral de la Endometriosis

estrés y tratar de entender la enfermedad y cómo tratarla. La negación de estos síntomas no sólo hace que exista más presión emocional, sino también que le irrite recibir cualquier sugerencia y ayuda.

Es difícil para la mujer con endometriosis realizar las actividades diarias con los dolores menstruales. No sólo afecta a su trabajo, sino también incrementa las ausencias por enfermedad, cada mes, en el lugar de trabajo. Al no ser comprendidas por su jefe y la familia, las mujeres con endometriosis pueden perder la confianza en sí mismas, en su trabajo, así como en su casa.

El Insomnio es común entre las mujeres con endometriosis, ya que es causada por el dolor de mantenerlos despiertos durante la noche.

Un estudio de la Universidad de Oxford identificó una fuerte relación entre la pérdida de productividad laboral femenina con síntomas de endometriosis. Para la investigadora Kelechi Noaham, la falta de rendimiento "se debe mayormente al dolor que experimentan estas mujeres mientras están en el trabajo, más que a un incremento en la tasa de ausentismo".

El ensayo incluyó a 1.418 mujeres con síntomas de dolor pélvico, pacientes de 16 centros de diferentes lugares del mundo. Las voluntarias respondieron a un cuestionario sobre incapacidad en el trabajo y la actividad profesional, con el objetivo de calcular el impacto de los síntomas en la vida laboral.
Impacto Psicológico, sexual, social y laboral de la Endometriosis

Los resultados fueron contundentes: mostraron una disminución de un 38% en la productividad laboral entre las mujeres con un diagnóstico confirmado de endometriosis comparado con aquellas que no padecen esta enfermedad: 10 horas por semana versus 7 horas por semana respectivamente.

En una revisión de las causas de incapacidad en el servicio de ginecología se halló que un 20% de los reposos médicos son por causa del dolor pélvico crónico asociados a endometriosis pélvica.

Para el especialista, la calidad de vida de las pacientes con endometriosis se ve afectada en relación con la severidad de los síntomas, lo cual no va siempre de la mano de la severidad de la enfermedad.

Con lo antes expuesto se ha recomendado la creación de grupos de apoyo a estas mujeres donde puedan aprender estrategias para afrontar el dolor y donde sus quejas sean entendidas, así como fomentar terapias de pareja.

Un buen apoyo psicológico y una buena inteligencia emocional ayudarán a expresar y gestionar de una manera saludable todos estos sentimientos dolorosos.

El apoyo mutuo, el diálogo, la comunicación y la inteligencia emocional van a ser recursos necesarios para poder hacer frente a esta situación, entendiendo que habrá momentos mejores y peores, que es normal que
Impacto Psicológico, sexual, social y laboral de la Endometriosis

pueda haber crisis, momentos de desgaste y estrés importantes pero que también el superar estos momentos puede unir y fortalecer la relación.

Como sufrir esta enfermedad muchas veces es como una carrera de fondo, es muy importante en los dos miembros de la pareja que no se queden en un aislamiento sin buscar otros apoyos y otros disfrutes que impliquen riesgos de agotamiento y de caer en depresión. Las fases de descanso o calma de la enfermedad serán un buen momento para aprovechar y hacer las cosas que normalmente no son posibles e ir compensando esos momentos difíciles.

Disponer de una información completa sobre la enfermedad para poder comprenderla ayudará a la pareja a sentirse más orientada y poder buscar un especialista en endometriosis y una estrategia de tratamiento a largo plazo, evitando la situación tan común de sentirse perdidos y asustados. El acudir a las asociaciones de endometriosis será un factor importante para sentirse acompañados y salir de la sensación de soledad respecto a la enfermedad. La terapia psicológica cumplirá funciones importantes cuando la mujer o la pareja sientan que necesitan ayuda y apoyo para abordar todos los
sentimientos que se despiertan y gestionar los diferentes problemas.

**Recomendaciones**

Los daños psicológicos de la endometriosis “pueden compensarse, pero no corregirse. En todo caso, hay una serie de técnicas válidas, entre las que se encuentran la relajación, la respiración, la hipnosis o la visualización de los problemas”

Por tal motivo es conveniente que si te sientes de esta manera, hables con tu pareja de tus sensaciones, tus sentimientos, miedos o temores y sobre todo de tus necesidades y/o acudas con un especialista. Se recomienda en primera instancia acudir con tu médico general y de ser posible con tu psiquiatra y con un terapeuta para una terapia personal o de grupo donde puedas compartir y aprender de otras mujeres que están viviendo con endometriosis.

Por el momento organízate bien en tiempos y rutinas, la mayoría de las veces la persona deprimida desea estar en cama, durmiendo sin hacer nada; está bien, siempre y cuando sea por un tiempo determinado y en un horario específico, es decir, dedícale un tiempo al medio día, o cuando lo requieras; unos 15 minutos o una hora para no hacer nada y para recuperarte, posteriormente continuar con una rutina cotidiana o de actividad física. No descuidar la higiene personal, el
Impacto Psicológico, sexual, social y laboral de la Endometriosis

maquillarte o estar presentable para ti. Las comidas deben tomarse en intervalos regulares incluso si no hay apetito, tomar mucha agua, comer frutas y verduras frescas, cereales y ayudar con vitaminas B. Evitar el alcohol, cigarro y otras substancias.

En el ámbito social es recomendable no dejar de asistir a eventos sociales o con quien puedas relacionarte, por ejemplo una reunión de amigas, tomar un té, caminar, la iglesia, el club, etc. También hacer 30 minutos de ejercicio diario o simplemente caminar de una forma lenta que permita hablar, si gustas, pero que a la vez alteres tu sistema respiratorio, y te esfuerces por respirar profundamente y lentamente, ya que el oxígeno energetiza tus pulmones, corazón y todo tu cuerpo. Por ejemplo el yoga es recomendable.
Impacto Psicológico, sexual, social y laboral de la Endometriosis

La herramienta principal, como siempre es la comunicación, expresar aquello que sí podemos hacer y lo que no, establecer los límites que nos marca la disfunción y así poder marcar las pautas. Desde un punto de vista positivo, podemos observar la nueva situación, como una oportunidad para explorar nuevas prácticas y conductas sexuales. En general, quizá es un momento estupendo para descubrir una sexualidad más integral, potenciar y descubrir los placeres, juegos y actividades en común. Sin embargo, si te apetece mantener relaciones con penetración, piensa que el dolor no es continuo en el tiempo y que se pueden planificar los encuentros sexuales, aprovechando los momentos en los cuales la endometriosis no está clínicamente presente.

Buscar las posiciones sexuales que te resulten más cómodas. Eso sí, siempre con mucha lubricación, puesto que algunos tratamientos hormonales generan sequedad vaginal.

**REFERENCIAS**

1. Dr. Francisco Carmona Herrera. Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Clinic de Barcelona.
2. The World Endometriosis Society
3. Asociación Colombiana de Endometriosis.
5. Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS)
6. G.M.Buck Louis1,5, J.M.Weiner2, B.W.Whitcomb1, R.Sperrazza3, E.F.Schisterman1, D.T.Lobdell4, K.Crickard3, H.Greizerstein3 and P.J.Kostyniak3 1 Epidemiology Branch, Division of Epidemiology, Statistics & Prevention Research, National Institute of Child Health & Human Development, 6100 Executive Boulevard, Room 7B03, Rockville, MD 20852, 2 24th Century Press, 3 University at Buffalo and 4 US Environmental Protection Agency, USA.
7. César Pérez García. Sexólogo educativo y clínico del Instituto Mexicano de Sexología, A.C. cpendf@yahoo.com
Calidad de Vida en las pacientes con Endometriosis

Dr. Abdala Karame
Maracaibo - Edo.Zulia

La enfermedad oculta de la mujer

La Endometriosis se considera la enfermedad oculta, ya que la mujer con la enfermedad no luce a simple vista enferma. Su padecimiento pasa desapercibido, ignorado e incluso subestimado. Al presentarse dolor pélvico durante la menstruación es considerado casi como algo normal por la sociedad, y las mujeres afectadas creen que su dolor es normal, porque incluso sus madres y abuelas padecieron lo mismo por muchos años (debido a su componente hereditario), haciéndolo ver como algo común y que deben soportar, es por ello la demora de aproximadamente 7 años desde la aparición de las síntomas hasta el diagnóstico, y por tanto también 7 años perdidos hasta iniciar el tratamiento.

El 51% de las mujeres con Endometriosis tienen problemas laborales, debidos a los síntomas más típicos de la enfermedad como: Dismenorrea presente en el 59% de las mujeres, la dispareunia en el 56% y el dolor pélvico crónico en el 60%. La calidad de vida de las
Calidad de Vida en las pacientes con Endometriosis

mujeres con endometriosis, la de su pareja, así como, la de su entorno inmediato está disminuida debido a las condiciones de co-morbilidad asociadas. Frente a su pareja que sufre de dolores y que se encierra dentro de su enfermedad, el cónyuge puede sentirse aislado, debilitado e impotente.

Las pacientes reciben lamentablemente en la mayoría de los casos una orientación inadecuada, siendo cuestión de suerte encontrar a un ginecólogo con el entrenamiento y conocimientos necesarios para tomar seriamente a la paciente y considerar los síntomas como sugestivos de endometriosis. El hecho de que para diagnosticar e incluso tratar la endometriosis se necesita someterse a una intervención quirúrgica bajo anestesia general, tampoco representa una situación sencilla para la paciente y sus familiares.

Por tratarse de una enfermedad crónica, amerita un plan de tratamiento y cambios en el estilo de vida, que incluye el uso de tratamiento médico adecuado, para así, evitar la necesidad de nuevos tratamientos quirúrgicos.

Gracias a la tecnología y a los avances médicos, en especial en los países desarrollados, las pacientes tienen acceso directo a los miles de testimonios y clubs de apoyo en donde otras que al igual que ellas padecen y
Calidad de Vida en las pacientes con Endometriosis

sienten la enfermedad. Esto ha permitido una consulta precoz y por tanto un tratamiento oportuno para cada caso, con lo que se busca mejorar la calidad de vida de estas pacientes que consideraban que lo que sentían era algo normal, y simplemente estaban resignadas a una vida miserable, condenadas a modificar y adaptar su vida a los síntomas que la aquejaban.

Para optimizar el estado de bienestar, hay que revisar los hábitos actuales y determinar en dónde se pueden hacer mejoras. Se pueden adquirir y aplicar técnicas para el manejo del dolor y el estrés.

Vida Saludable

En cuanto a la Nutrición:

Las mujeres con endometriosis a menudo tienen un intestino sensibilizado y muchos de los alimentos en su dieta tienden a ser los irritantes, experimentando algunos de los siguientes síntomas intestinales:

- Diarrea durante la menstruación
- Distensión abdominal.
- Cólicos intestinales.
- Dolor y / o sangrado rectal.
- Dolor de espalda y piernas.

Se pueden reducir y mejorar los síntomas intestinales realizando cambios en la alimentación, para lo cual es
Calidad de Vida en las pacientes con Endometriosis

sienten la enfermedad. Esto ha permitido una consulta precoz y por tanto un tratamiento oportuno para cada caso, con lo que se busca mejorar la calidad de vida de estas pacientes que consideraban que lo que sentían era algo normal, y simplemente estaban resignadas a una vida miserable, condenadas a modificar y adaptar su vida a los síntomas que la aquejaban.

Para optimizar el estado de bienestar, hay que revisar los hábitos actuales y determinar en dónde se pueden hacer mejoras. Se pueden adquirir y aplicar técnicas para el manejo del dolor y el estrés.

Vida Saludable

En cuanto a la Nutrición:

Las mujeres con endometriosis a menudo tienen un intestino sensibilizado y muchos de los alimentos en su dieta tienden a ser los irritantes, experimentando algunos de los siguientes síntomas intestinales:

- Diarrea durante la menstruación
- Distensión abdominal.
- Cólicos intestinales.
- Dolor y / o sangrado rectal.
- Dolor de espalda y piernas.

Se pueden reducir y mejorar los síntomas intestinales realizando cambios en la alimentación, para lo cual es
Calidad de Vida en las pacientes con Endometriosis

útil saber cuáles son los que al ser ingeridos con frecuencia son los responsables de los síntomas intestinales. Se recomienda por tanto, tomar nota de lo que come y mantener un registro, con qué alimentos se siente bien y cuáles no son bien tolerados.

Los alimentos a tener en cuenta son los que pertenecen a las siglas FODMAP: Fermentable, Oligosacáridos, Disacáridos, Monosacáridos y Polioles. Estos incluyen un grupo de carbohidratos difíciles de digerir, que se encuentran en el trigo, la leche, frijoles, soya, ciertas frutas, verduras, frutos secos y edulcorantes.

En cuanto al Ejercicio:

El ejercicio es una actividad física imprescindible para gozar de buena salud. No es para nadie un secreto que además de tonificar, mejora las funciones del cuerpo, eleva los niveles de endorfinas en el torrente sanguíneo, sustancias químicas del cerebro a las cuales se les adjudica el beneficio de ser analgésicos naturales para mejorar el estado de ánimo.

El llevar a cabo una rutina regular de ejercicios, como caminar, se considera una de las mejores opciones.
Calidad de Vida en las pacientes con Endometriosis

Terapias Complementarias:

Estas terapias son diversas desde tratamientos a base de hierbas, meditación, masajes, acupuntura, homeopatía, entre otros, que buscan la curación y alivio del dolor.

La Medicina complementaria y alternativa no se consideran como parte de la medicina convencional y no se tiene certeza de si los tratamientos son seguros o eficaces. Sin embargo, muchas mujeres mantienen este tipo de terapias para mejorar o aliviar sus síntomas.

Dormir bien:

Así como una dieta adecuada y el ejercicio diario, es necesario dormir bien, esto lo sugieren estudios cuyo resultado ante la falta de sueño, es la producción de cambios hormonales y metabólicos, que contribuyen a la inflamación y elevan los niveles de dolor.

A continuación sugerencias para lograr un sueño reparador:
- Crear y propiciar una rutina relajante antes de acostarse, desde un baño tibio y después leer un libro o escuchar música suave, hasta crear de igual manera un ambiente oscuro, tranquilo, cómodo y fresco.
- Evitar tener alrededor materiales de trabajo, computadoras y televisores que puedan distraer la atención de lograr el sueño.
- Ingiera alimentos al menos dos o tres horas antes de irse a la cama.
- Evite la nicotina, la cafeína y el alcohol antes de dormir.

“A pesar de que la confusión y la desinformación continúan rodeando la enfermedad, el dolor profundo y agónico causado por la endometriosis se puede tratar y, en muchos casos, con bastante éxito. Desafortunadamente, debido a la falta de concientización en la sociedad y en la comunidad médica, a muchas mujeres se les indica que deben soportar su malestar durante años con analgésicos potentes y hormonas, lo que solamente enmascara los síntomas de la enfermedad”.

Endometriosis Foundation of America
REFERENCIAS

Las Clínicas de Endometriosis en Venezuela

Dres. Otto Rodríguez Armas (ORA)
Iván Rodríguez Capriles (IRC)

Muchos ginecólogos y cirujanos en el mundo han venido atendiendo mujeres con Endometriosis a través de todos los tiempos con éxito bastante relativo por conseguirse logros insuficientes.

Uno de nosotros (ORA) lo ha venido haciendo desde 1957 cuando siendo Bachiller, estudiante del 5to año de Medicina e Interno por concurso del Hospital Carlos J. Bello de la Cruz Roja Venezolana ingresa al recién reabierto Servicio de Ginecología bajo la jefatura del Dr. Víctor Benaim Pinto y los adjuntos Dres. Alfredo Díaz Bruzual, Armando Ortega Borjas, María Teresa Hernández de Peña y Pedro Guzmán Llovet, entre otros. Ellos logran conducir a la especialidad ginecológica hacia la modernidad, empleando los últimos métodos radiológicos y endoscópicos en el diagnóstico de la Patología Genital Femenina.

Llegaron a tener el mejor Servicio de Ginecología del país entre esa época y los años 80 del siglo XX. Allí se formaron muchos ginecólogos (algunos llamados Regionales por el Ministerio de Sanidad) quienes cumplieron una excelente labor particularmente en la pesquisa del cáncer del Cuello Uterino en Venezuela.
Las Clínicas de Endometriosis en Venezuela

Los cursos de postgrado universitarios no existían en el país hasta los años 60 y eran los Servicios hospitalarios los que formaban a los especialistas. En nuestro caso, obteníamos la credencial emitida por los Colegios Médicos, al presentar con respaldo, un número determinado de partos, cesáreas e intervenciones quirúrgicas ginecológicas.

Tuvimos la suerte (ORA) entre 1959 y 1962 de realizar estudios y entrenamiento de postgrado en Ginecología y Obstetricia en las ciudades de Filadelfia, Abington y Burlington (Pennsylvania y Nueva Jersey, EE.UU), al disfrutar el primer año de tres, de una beca del Rotary International con sede en Illinois, obtenida por concurso entre 33 países de todo el mundo. Luego trabajar como Residente en los hospitales conexos a dicha universidad.

Fuimos afortunados al conocer y aprender de profesores notables de la época, tales como Joe Meigs, Howard Ulfelder, Robert Kistner de Harvard, John Rock, Herbert Kupperman, S. León Israel, Abraham Rakoff, Robert Greenblatt, Joe L. Simpson, Howard y Georgeanna Seegar Jones, entre muchos otros que escapan a mi memoria.

Al regresar en 1962, hemos trabajado hasta el presente en los siguientes hospitales públicos y privados de la ciudad de Caracas: Carlos J. Bello (ya menciona-
do), Hospital Universitario, Hospital Vargas, Instituto Diagnóstico, Centro Médico de Caracas y Centro Médico Docente la Trinidad. En este último creamos en una sesión especial la primera “Clínica de Endometriosis” de Venezuela, el sábado 17 de mayo de 2004.

Otro de nosotros (IRC), también ucevista, realizó su curso de postgrado en ciudad de México, en la Universidad Nacional Autónoma (UNAM) durante 4 años. Ello incluyó 4 meses en la ciudad de Houston como parte de su formación. Se incorporó luego al Servicio de Ginecología de Hospital Universitario de Caracas, sede de la Cátedra de la Escuela Razzetti, de la Facultad de Medicina de la UCV y contribuyó a crear la segunda “Clínica de Endometriosis” de Venezuela bajo la dirección de la Dra. Rita Pizzi

A ellos le siguieron, la “Clínica de Endometriosis” de Valencia (ubicada en el centro de la República), en el Hospital Universitario Ángel Larralde del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales bajo la jefatura del Dr. Ricardo Molina; la primera “Clínica de Endometriosis” del Oriente de la República en la ciudad de Cumaná en el Hospital “Antonio Patricio de Alcala” bajo la conducción de la Dra. Esmely Salazar, autora de este Manual; en Maracaibo, la primera “Clínica de Endometriosis” del Occidente de la República en el “Hospital Coromoto” de la ciudad de Maracaibo bajo la guía del Dr. Abdala Karame; la de Barquisimeto, en el
Las Clínicas de Endometriosis en Venezuela

“Hospital Antonio María Pineda”, conducida por el Dr. Carlos Escalona; la de San Cristóbal, Estado Táchira, en el Hospital “Patrocínio Peñuela Ruiz” (IVSS) bajo la jefatura del Dr. Domingo Casañas; la de Puerto la Cruz, Estado Anzoátegui, en “Profertil” conducida por el Dr. Juan Carlos Álvarez y la de la Maternidad Santa Ana, en Caracas, liderada por el Dr. José León.

El objetivo central de estas Clínicas radicó en agrupar a los distintos especialistas interesados en esta patología con cierta experiencia en el manejo de pacientes con Endometriosis, que trabajando en los hospitales públicos o privados, y que reunidos periódicamente, lograrán discutir los detalles de casos interesantes, unificar una Historia Clínica común, conducir protocolos de diagnóstico y tratamiento, tener un registro nacional con los éxitos y fracasos de los tratamientos, sus índices de fertilidad y publicar, solos o en grupo, dichos resultados.

Los cuatro aspectos más relevantes que nos han permitido lograr el éxito de esas “Clínicas”, han sido, a nuestra manera de ver, los siguientes:

1-. La disposición para reunirnos periódicamente la mayor parte de los integrantes de todas las “Clínicas” así como aquellos especialistas interesados, lo cual hemos venido haciendo durante la última década, una o dos veces al año, en el marco de las Jornadas y Congresos de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (SOGV), cuyos directivos y sus Comités Organiza
Las Clínicas de Endometriosis en Venezuela
dor y Científico, nos han proporcionado espacio y logística para efectuar estos encuentros. Es oportuno el momento, así como de elemental justicia, reconocerles nuestro agradecimiento por tal contribución. También ello va para aquellas empresas farmacéuticas que han colaborado económicamente con la realización de estos eventos.

2-. El acceso al empleo de métodos quirúrgicos terapéuticos, particularmente “la cirugía mínimamente invasiva” tal como la laparoscopía, la cual se practica hoy día a nivel de muchos hospitales privados y públicos. A través de estos procedimientos podemos ser conservadores y lograr la mejoría de los síntomas, clasificar o estudiar la enfermedad y lograr embarazos en las mujeres infértiles por esta causa. A través de la laparoscopía operatoria hemos resuelto muchos casos Estadios I y II y así como algunos pocos Estadio III de la enfermedad.

3-. La apertura del IVSS al público general y no solo a sus asociados para suministrar gratuitamente los medicamentos apropiados para el control de la enfermedad disminuyendo el crecimiento y recidivas de los implantes Endometriósicos y quistes “chocolate”. Ellos han sido los análogos agonistas de la GNRH, tales como, el acetato de Leuprolide, al acetato de Goserelina y el pamoato de Triptorelina, los cuales han hecho posible tratamientos farmacológicos prolongados con algunos efectos adversos secundarios contrarrestados
Las Clínicas de Endometriosis en Venezuela


4.- La recién creada Asociación de Endometriosis de Venezuela (ASENVEN), presidida por la Licenciada Virginia Benitez, comunicadora social, quien junto al Dr. Ricardo Molina y otras personas, están contribuyendo de manera tangible a la divulgación en el público general del conocimiento de una patología que afecta hasta el 10% de las mujeres en su vida reproductiva, en su época joven y de gran actividad laboral e intelectual.

Todo lo mencionado antes conducirá a resistir y enfrentar el impacto de esta patología, permitiendo su control adecuado para lograr una mejor calidad de vida a las mujeres que la padecen, en todos aquellos importantes aspectos, sociales, laborales, familiares y reproductivos que la rodean.
2) Nombres Comerciales: Lupron Depot-Abbott-(Acetato de Leuprolide 3,75 y 11,25mg) - Zoladex Astra-Zeneca-(Acetado de Groselina 3,6 y 10,8mg) y Decapeptil-Nolver ( Pamoato de Triptorelina 3,75 y 11,25 mg)
OTRAS PUBLICACIONES

Dr. Otto Rodríguez Armas

- Autor y coautor de 53 trabajos científicos en Revistas Nacionales e Internacionales.
- Editor del libro Fertility and Sterility Progress in Research and Practice Dattemon Publisher.
- Libro texto de FLASOG Editorial Ateproca 1996.

Dra. Esmely Salazar R.