

Endometriosis

AUTOR:

Silvia Mainero Mendoza (GgT Atención a la Mujer de la SoVaMFIC).

C.s. Oliva (Valencia).

Endometriosis, Primary Care.

El presente trabajo no presenta conflicto de intereses.

Persona para correspondencia

- Nombre: Silvia Mainero Mendoza
- Dirección electrónica: mainero_sil@gva.es

Fecha de remisión de la ficha: 25/10/2022

Consulta rápida: Endometriosis

Basado en la Guía de Atención a la Mujer con Endometriosis. Comunitat Valenciana. 2021

Definición

La **endometriosis** es una **enfermedad crónica** de causa desconocida y con un amplio abanico de manifestaciones clínicas.

Consiste en la **implantación y crecimiento de tejido endometrial fuera del útero**, siendo frecuentemente a nivel pélvico el lugar donde se implanta (ovarios, miometrio, peritoneo, ligamentos útero-sacros o fondo de saco de Douglas). Aunque también puede afectar a otras vísceras no pertenecientes al sistema genital femenino, como la vejiga, recto-sigma, intestino, uréteres, etc.

Se han descrito tres tipos de endometriosis:

- **Endometriosis peritoneal superficial:** puede presentarse de diferentes maneras, bien en forma de lesiones típicas negras o atípicas rojas, vesiculares o blancas.
- **Endometriosis ovárica:** aparecen quistes endometriósicos (endometriomas) de distinto tamaño (*el tamaño no marca la severidad de la clínica*).

- **Endometriosis infiltrante profunda:** es la forma más invalidante. Se trata de nódulos endometriósicos que infiltran más de 5 mm del peritoneo subyacente. La severidad de la enfermedad generalmente va a depender de la profundidad de la infiltración de las lesiones.

Diagnóstico

Se estima que entre un **15 - 30%** de las mujeres con endometriosis se encuentran **asintomáticas**. Actualmente el *Gold Standard* del diagnóstico de la endometriosis sigue siendo la **laparoscopia**, pero, no es la primera prueba a realizar, por ser demasiado invasiva.

Desde **atención primaria**, lo primero que haremos es realizar una buena anamnesis recogiendo los diferentes síntomas de alerta.

Síntomas de alta sospecha:	Antecedentes de alta sospecha diagnóstica:
• Dismenorrea persistente, progresiva y/o resistente a los AINEs. • Dolor pélvico crónico no cíclico. • Dispareunia profunda. • Disquecia o disuria que empeoran durante la menstruación. • Esterilidad. • Otros síntomas cataminales cíclicos dependiendo de la localización (rectorragia, hematuria...).	• Historia familiar de endometriosis. • Absentismo escolar o laboral por dismenorrea. • Cirugías pélvicas previas. • Historia de uso de anticonceptivos. • Sangrado uterino anormal (adenomiosis). • Menarquia temprana. • Ciclos menstruales y cortos (<27 días) y periodos largos (7 días o más).

Seguidamente, objetivaremos de forma fiable los síntomas de dolor y su repercusión en la **calidad de vida** de la paciente para valorar la evolución tras el tratamiento.

El cuestionario más empleado en la clínica actual es el **EHP-30** (*Anexo 1*), que es específico de la endometriosis donde se mide las repercusiones de la enfermedad en 5 dimensiones: dolor, autocontrol, bienestar emocional, soporte social y autoimagen.

A continuación, se realizará una exploración física:

- **Inspección:** lesiones en cérvix y vagina.
- **Tacto bimanual:** detección de nódulos fibrosos, indicaciones, puntos dolorosos en fondos de saco vaginales.
- **Tacto rectal:** valorar mucosa rectal, tabique recto-vaginal y parametrios.

En cuanto a las pruebas complementarias, se dispone de **técnicas de imagen** como la **ecografía transvaginal** con o sin preparación intestinal, la **RMN**, la colposcopia, ecoendoscopia, citoscopia, etc.

El marcador sérico Ca 125 **no** se debe utilizar para diagnosticar la endometriosis (*NICE Guidelines. 2017*), aunque tiene cierta utilidad en el diagnóstico diferencial y/o seguimiento.

Tratamiento

Actualmente, no existe un tratamiento estandarizado, por lo que debemos adaptar las diversas opciones terapéuticas a las demandas planteadas por la mujer en un momento determinado de su patología.

Tratamiento médico

Tratamiento analgésico:

Puede ser utilizado asociado a tratamiento hormonal o solo si la mujer desea gestar.

Según el mecanismo de acción, se utilizan:

- **Analgésicos/ Antiinflamatorios:** paracetamol, ibuprofeno, deketoprofeno, metamizol, naproxeno, celecoxib, etc.
- **Antihiperalgésicos:** gabapentina, pregabalina, amitriptilina, duloxetine, etc. Indicados especialmente en el dolor tipo neuropático.
- **Opioides:** codeína, tramadol, fentanilo, morfina, etc. Raramente están justificados.

Tratamiento hormonal:

- **Estrógenos - progestágenos:** Son la **primera línea** de tratamiento en las **formas leves y moderadas** [comprimidos vía oral, anillo por vía vaginal y en forma de parches transdérmicos].
- **Progestágenos:** se consideran de **primera línea** en el tratamiento de las **formas más severas** de endometriosis profunda que afectan al tabique recto-vaginal y a las formas extrapélvicas.
- **Agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRh) - triptorelina, goserelina, leuprolide, etc:** se pueden utilizar de entrada, pero lo más habituales utilizarlos en caso del fracaso de los tratamientos de primera línea.

No debe superar los 3 - 6 meses, y si se plantea un tratamiento prolongado debe añadirse estrógenos/progestorona (*terapia add back*) por los riesgos derivados de un estado hipoestrogénico prolongado.

- **Otras terapias:** los antiprogestágenos (gestrinona), antagonistas de la GnRh, inhibidos de la aromataasa, modeladores selectivos de los receptores de progesterona, los inhibidos de la angiogénesis y los inmunomoduladores.

Tratamiento quirúrgico: **Se prefiere vía laparoscópica.**

Abordaje psico-social: En el ámbito de la Atención Primaria se posee una gran experiencia en el seguimiento de personas con enfermedades crónicas, por tanto la medicina de familia aporta la ayuda necesaria en el abordaje multimodal de las mujeres con endometriosis.

Protocolo de derivación

Actualmente, no existe un tratamiento estandarizado. La *Guía de Atención a la mujer con Endometrisois, Comunidad Valenciana, 2021*; recoge que desde **atención primaria** debemos **derivar a ginecología en un plazo no superior a un mes** en cuanto se tenga un **diagnóstico de sospecha**.

La confirmación o no, de la sospecha diagnóstica se realizará por parte de especialistas de los servicios de ginecología. Si se **descarta** la patología se debe remitir de nuevo a atención primaria o a otra especialidad indicada, para continuar con el estudio de la clínica.

Ante la **confirmación** de endometriosis, si se trata de casos leves o moderados, sin sospecha de endometriosis profunda, se debe iniciar tratamiento médico con ACO o gestágenos para control de síntomas.

En los casos en que el control de síntomas sea adecuado, el seguimiento puede realizarse desde ginecología general ambulatoria.

Bibliografía

1. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Guía de atención a la mujer con endometriosis. 1ª Edición. Comunitat Valenciana: Edición online; 2021.