



Resumen Endometriosis

CICLO 5 · TEMA 1

Guía completa sobre endometriosis: definición, patogenia, diagnóstico, clasificación y tratamiento.

1. Definición y Conceptos Clave

La **endometriosis** es la presencia de tejido endometrial funcional (glándulas + estroma) **FUERA de la cavidad uterina**. Es una enfermedad **estrógeno-dependiente, crónica e inflamatoria**.

6-10%

Prevalencia

En mujeres en edad reproductiva

30-50%

Infertilidad

De las pacientes infértiles tienen endometriosis

70-80%

Dolor pélvico

Del dolor pélvico crónico está asociado

 **Localización más frecuente:** OVARIO (endometrioma / 'quiste de chocolate'). Regresa después de la menopausia por ser estrógeno-dependiente.

Entidad	Definición
Endometrioma	Quiste ovárico de sangre antigua ('quiste de chocolate'). Forma ovárica.
Adenomiosis	Tejido endometrial DENTRO del miometrio. Entidad DISTINTA .
Endometriosis profunda infiltrante (EPI)	Lesiones > 5 mm bajo el peritoneo (tabique rectovaginal, intestino, vejiga).

2. Patogenia

Existen varias teorías que explican el origen de la endometriosis, siendo la menstruación retrógrada la más aceptada.



Menstruación Retrógrada (Sampson)

LA MÁS ACEPTADA. El flujo menstrual refluye por las trompas → implantación peritoneal.



Metaplasia Celómica (Meyer)

El epitelio peritoneal se transforma en endometrial. Explica sitios sin contacto menstrual.



Diseminación Linfática/Vascular

Explica la endometriosis a distancia (pulmón, ombligo).

Factores que perpetúan la enfermedad

Aromatasa Local

El tejido ectópico produce su propio estradiol → **autoperpetuación** independiente del ciclo.

Resistencia a la Progesterona

No se controla la proliferación del tejido ectópico.

Inflamación Crónica

Prostaglandinas y citoquinas → dolor + adherencias + infertilidad.

3. Las 'D' de la Endometriosis



Tríada clásica: Dismenorrea + Dolor pélvico crónico + Dispareunia profunda. La intensidad del dolor **NO se correlaciona** con la extensión de la enfermedad.

Síntoma	Característica
Dismenorrea	El más frecuente. Comienza 1-2 días ANTES de la menstruación. Progresiva.
Dolor pélvico crónico	No cíclico, > 6 meses.
Dispareunia profunda	Afectación de uterosacros y fondo de saco de Douglas.
Disquecia	Dolor al defecar (afectación rectovaginal/intestinal), cíclico.
Disuria / hematuria cíclica	Afectación vesical.
Infertilidad	30-50% de las pacientes.

Examen Físico

Nódulos Dolorosos

En uterosacros / fondo de saco de Douglas. Útero en **retroversión fija**.

Masa Anexial

Endometrioma fijo y doloroso.

Exploración Normal

PUEDE ser completamente normal en algunos casos.

4. Diagnóstico

Método	Utilidad
Ecografía transvaginal (ETV)	1.ª línea de imagen. Endometrioma = ' vidrio esmerilado ' (baja ecogenicidad homogénea).
Resonancia magnética (RMN)	Para endometriosis profunda infiltrante (tabique rectovaginal, intestino, vejiga).
Laparoscopia + biopsia	GOLD STANDARD diagnóstico. Visualiza, confirma y trata.

1

Lesiones Laparoscópicas

Rojas (activas), '**quemadura de pólvora**' (negras/azuladas), **blancas** (cicatriciales).

2

CA-125

NO es diagnóstico ni de cribado (baja sensibilidad/especificidad).

3

ESHRE 2022

Permite diagnóstico clínico/imagen sin confirmación quirúrgica obligatoria para iniciar tratamiento empírico.

5. Clasificación rASRM

Estadio	Puntaje	Descripción
I Mínima	1-5	Implantes superficiales aislados.
II Leve	6-15	Implantes superficiales + algunos profundos.
III Moderada	16-40	Múltiples implantes profundos, endometriomas pequeños, adherencias laxas.
IV Severa	> 40	Endometriomas grandes bilaterales, adherencias densas, obliteración del Douglas.

⊗ ⚠ El estadio rASRM **NO se correlaciona** con el dolor ni con la fertilidad. Para fertilidad se usa el **Índice de Fertilidad de la Endometriosis (EFI)**.

IV Severa (+40 pts):
Endometriomas grandes bilaterales, adherencias densas

III Moderada (16-40 pts):
Múltiples imp. profundos, endometriomas pequeños

II Leve (6-15 pts):
Implantes sup. y profundos

I Mínima (1-5 pts):
Implantes superficiales

6. Tratamiento



El tratamiento médico trata el **DOLOR** (no la infertilidad). Suprime la actividad hormonal cíclica.

Tratamiento Médico

Línea / Fármaco	Mecanismo y consideraciones
AINEs	1.ª línea para el dolor leve (inhiben prostaglandinas).
ACO combinados	1.ª línea hormonal. Uso continuo para suprimir la menstruación.
Progestágenos (dienogest, DIU-LNG)	1.ª línea hormonal. Dienogest muy eficaz. DIU-LNG útil para el dolor.
Agonistas de GnRH	2.ª línea. Hipoenstrogenismo profundo → requieren TERAPIA ADD-BACK (prevenir osteoporosis).
Inhibidores de aromatasa (letrozol)	Casos refractarios. Bloquean el estrógeno local del tejido ectópico.



Terapia ADD-BACK: Agregar dosis bajas de estrógeno + progestágeno a los agonistas de GnRH para mantener el estradiol en la 'ventana terapéutica' y prevenir la pérdida de masa ósea (teoría del umbral de Barbieri).

Tratamiento Quirúrgico

01

Vía de Elección: Laparoscopia

Indicada si falla el tratamiento médico, endometriomas grandes, infertilidad o diagnóstico incierto.

03

Cirugía Definitiva

Histerectomía + salpingooforectomía bilateral (solo si no desea fertilidad + síntomas refractarios).

02

Quistectomía del Endometrioma

Exéresis de la cápsula > coagulación/drenaje (menor recurrencia). **Atención:** puede reducir la reserva ovárica (↓ AMH).

04

Recurrencia

Tras cirugía conservadora: **20-50% a los 5 años.**

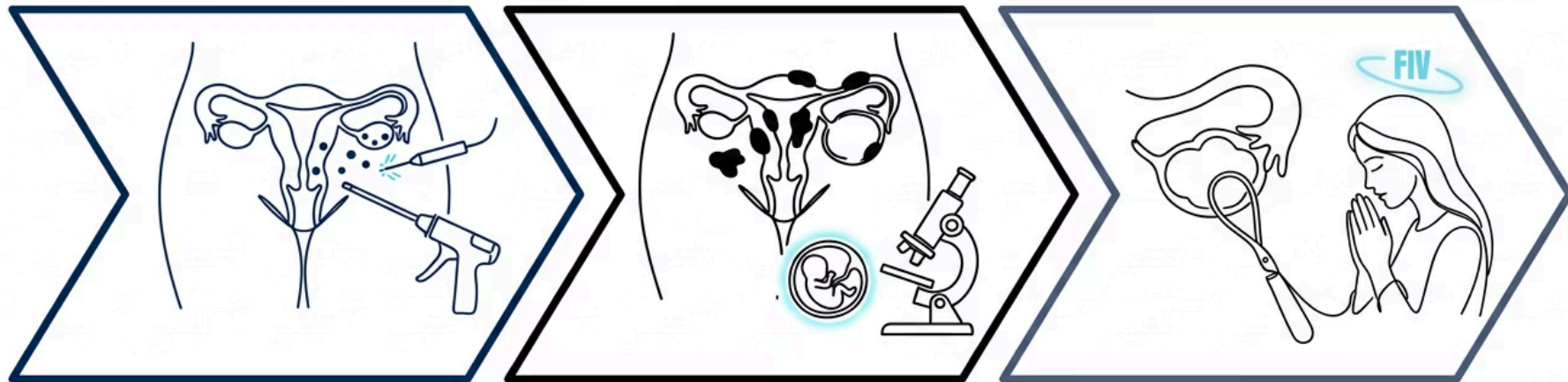
7. Endometriosis e Infertilidad

Principio Fundamental

El tratamiento médico hormonal **NO mejora la fertilidad** porque suprime la ovulación.

Estrategia según estadio

La aproximación terapéutica varía según la gravedad de la enfermedad.



Estadio I-II: Cirugía laparoscópica con ablación de implantes mejora el embarazo espontáneo.

Estadio III-IV: Cirugía más reproducción asistida, FIV muy eficaz.

Quistectomía del endometrioma antes de FIV (controvertida, puede reducir reserva ovárica).

Tratamiento Médico

NO mejora la fertilidad. Suprime la ovulación → no útil para conseguir embarazo.

Estadio I-II

Cirugía laparoscópica (ablación de implantes) → mejora el embarazo espontáneo.

Estadio III-IV

Cirugía + reproducción asistida. **FIV muy eficaz** en estos estadios avanzados.

Quistectomía + FIV

Controvertida: puede reducir la reserva ovárica antes de la FIV.

8. Datos Clave para Memorizar

Resumen de los puntos más importantes para el examen.

Definición y Localización

- Endometriosis = tejido endometrial **FUERA del útero**. Localización más frecuente: **OVARIO**.
- Adenomiosis ≠ endometriosis (adenomiosis = tejido en el miometrio).
- Teoría más aceptada: **menstruación retrógrada (Sampson)**.
- El tejido ectópico expresa **AROMATASA** → produce su propio estrógeno.

Clínica y Diagnóstico

- Tríada: **dismenorrea + dolor pélvico crónico + dispareunia profunda**.
- La intensidad del dolor **NO se correlaciona** con la extensión.
- ETV: endometrioma = '**vidrio esmerilado**'.
- **Laparoscopia + biopsia = gold standard**.
- CA-125: **NO** diagnóstico ni de cribado.

Tratamiento

- 1.ª línea hormonal: **ACO o progestágenos** (dienogest, DIU-LNG).
- Agonistas de GnRH: requieren **TERAPIA ADD-BACK** (prevenir osteoporosis).
- Quistectomía del endometrioma > coagulación/drenaje (menor recurrencia).
- Tratamiento médico **NO mejora la fertilidad**. Para infertilidad: cirugía (I-II) o FIV (III-IV).

✓ **Recuerda:** El estadio rASRM NO se correlaciona con el dolor ni con la fertilidad. Para fertilidad → usar el **Índice de Fertilidad de la Endometriosis (EFI)**.