

RESUMEN ENDOMETRIOSIS

Ciclo 5 · Tema 1



1. DEFINICIÓN Y CONCEPTOS CLAVE

Endometriosis: presencia de tejido endometrial funcional (glándulas + estroma) FUERA de la cavidad uterina. Enfermedad estrógeno-dependiente, crónica e inflamatoria.

Prevalencia
6-10% en edad reproductiva. Hasta 30-50% de las infértiles y 70-80% del dolor pélvico crónico.

Localización más frecuente
OVARIO (endometrioma / 'quiste de chocolate').

Regresión
Regresa después de la menopausia (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

Teoría	Concepto
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.

Resistencia a la progesterona

No se controla la proliferación.

Inflamación crónica

Prostaglandinas, 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 uterosacos 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) fija y dolorosa. PUEDE ser completamente normal.

4. DIAGNÓSTICO

Método	Utilidad
Ecografía transvaginal (EcoTV)	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.

Puntos clave:

Lesiones en laparoscopia

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

CA-125

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

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).

6. TRATAMIENTO – Médico

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

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).

6. TRATAMIENTO – Quirúrgico

Vía de elección

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

Quistectomía del endometrioma

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

Cirugía definitiva

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

Recurrencia tras cirugía conservadora

20-50% a los 5 años.

7. ENDOMETRIOSIS E INFERTILIDAD

Tratamiento médico hormonal

NO mejora la fertilidad (suprime la ovulación).

Estadio I-II

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

Estadio III-IV

Cirugía + reproducción asistida (FIV muy eficaz).

Quistectomía del endometrioma antes de FIV

Controvertida (puede reducir la reserva ovárica).

8. DATOS CLAVE PARA MEMORIZAR

Endometriosis = tejido endometrial FUERA del útero. Localización más frecuente: OVARIO.

Teoría más aceptada: menstruación retrógrada (Sampson).

El tejido ectópico expresa AROMATASA → produce su propio estrógeno.

Adenomiosis ≠ endometriosis (adenomiosis = tejido en el miometrio).

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.

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).