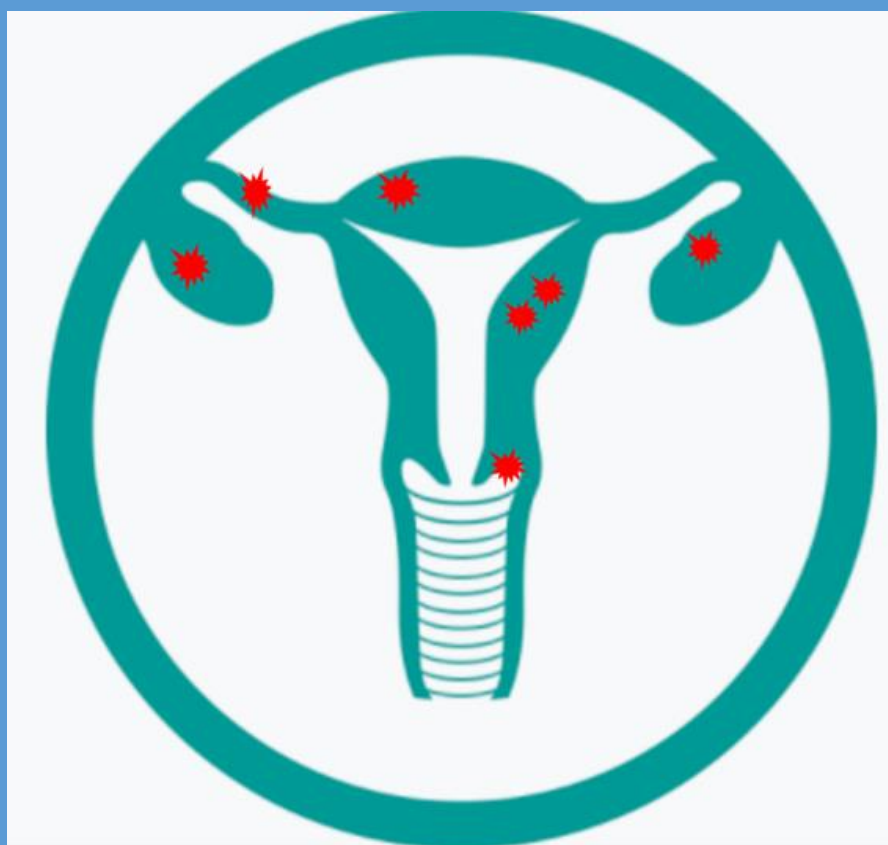


PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA ENDOMETRIOSIS EN ARAGÓN

GUÍA PARA PACIENTES



Autores:

Grupo de la Estrategia Endometriosis de Aragón (GEEA).

Con la colaboración de la Asociación de Afectadas de Endometriosis de Aragón (ADAENA).

Editado y maquetado por:

Dirección General de Asistencia Sanitaria y Planificación. Departamento de Sanidad

Gobierno de Aragón

Octubre 2023

Los ginecólogos de Aragón te informan sobre la endometriosis. Esperamos puedas completar aquí la información que te damos en la consulta. También incluimos los términos médicos que empleamos cuando hablamos de endometriosis.

Si tienes más dudas sobre la enfermedad también puedes consultar a tu matrona, enfermera especializada en la salud de la mujer.

Te animamos a consultar la página web de la Asociación de Afectadas de Endometriosis de Aragón (ADENA), a participar en las actividades que organizan y a formar parte de la misma.

Guión:

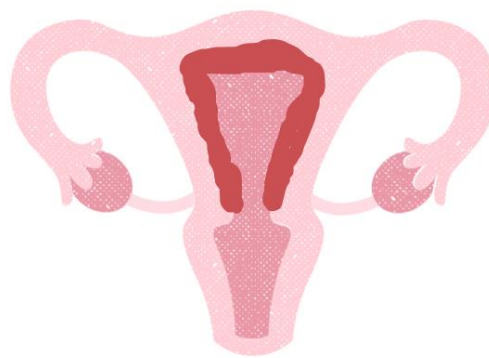
- 1- ¿Qué es la endometriosis?
- 2- ¿A qué órganos afecta la endometriosis?
- 3- ¿Por qué se produce la endometriosis?
- 4- ¿Cuáles son los síntomas de la endometriosis?
- 5- ¿Cuál es la evolución de la enfermedad?
- 6- ¿Cómo se diagnostica la enfermedad?
- 7- ¿Cual es el tratamiento de la enfermedad?
- 8- Fertilidad y Endometriosis
- 9- Un último consejo de los ginecólogos

1- ¿Qué es la endometriosis?

La ENDOMETRIOSIS es una enfermedad **benigna**.

Consiste en la aparición de tejido similar al endometrio fuera del útero.

El endometrio es la capa mucosa que recubre el interior del útero y se desprende mensualmente en forma de menstruación.



● **Endometrio**

El tejido endometriósico, al igual que el endometrio, responde a **estímulos hormonales** durante cada ciclo menstrual, ocasionando una situación de **inflamación crónica** en los lugares donde está implantado, lo que con frecuencia se traduce en dolor a nivel de los órganos afectados.

No estás sola: se desconoce el número exacto de mujeres afectadas, pero se estima que el 10% de las mujeres en edad fértil sufren esta enfermedad.



2- ¿A qué órganos afecta la endometriosis?

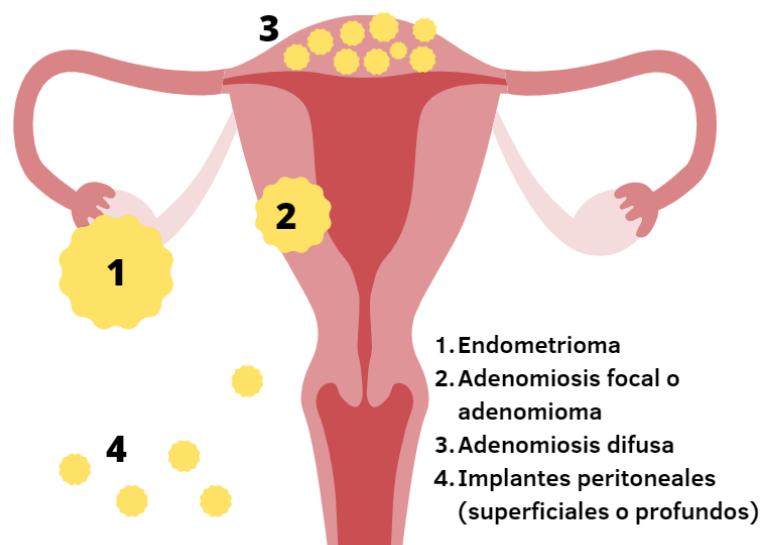
La endometriosis con frecuencia afecta a los órganos de la pelvis, sobre todo los ovarios. Pero también puede afectar otros órganos vecinos.

Existen diversas formas de presentación según la zona afectada, aunque a veces se combinan varias formas en una misma mujer:

- Quistes en los ovarios o endometriomas (popularmente conocidos como “quistes de chocolate”).
- Adenomiosis: implantes de endometriosis en la capa muscular de la pared uterina (miometrio), pudiendo ser nódulo único (adenomiosis focal o adenomioma) o afectación difusa (adenomiosis difusa).
- Implantes superficiales peritoneales (el peritoneo es la capa que recubre las vísceras abdominales).
- Nódulos infiltrativos profundos, por ejemplo, a nivel de los ligamentos úterosacros.

Como localización más excepcional, la endometriosis puede asentarse en la vejiga o el intestino, o formar adherencias entre órganos.

Otras localizaciones menos frecuentes son las cicatrices abdominales, el ombligo, el diafragma o pulmón.

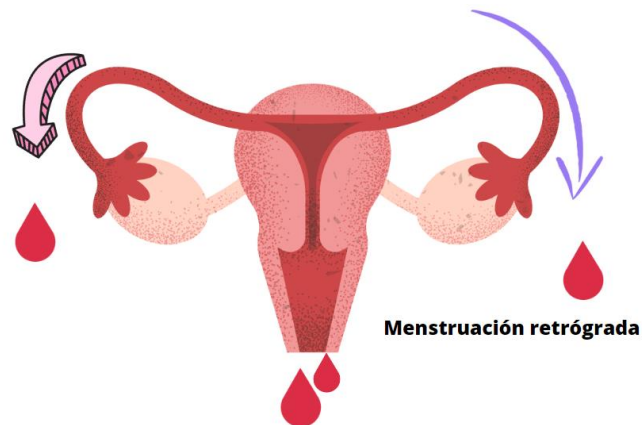


3- ¿Por qué se produce la endometriosis?

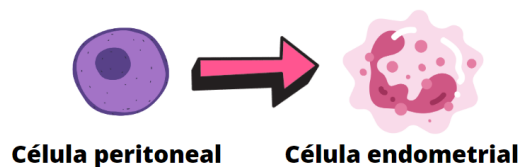
La causa de la endometriosis es todavía **desconocida**.

Diversas teorías tratan de explicar el desarrollo y la progresión de la enfermedad. Sin embargo, ninguna puede explicar el mecanismo de acción y la localización tan variada de las lesiones de endometriosis. Nombramos algunas de las teorías.

1. Teoría de la implantación: de acuerdo con esta teoría, la endometriosis se produce porque parte del tejido menstrual, en vez de fluir hacia el exterior como es habitual, puede migrar hacia atrás por las trompas de Falopio y llegar a la cavidad abdominal, donde podría depositarse sobre los órganos pélvicos produciendo adherencias e implantes de endometriosis. En la mayoría de las mujeres este fluido menstrual retrogrado se elimina sin producir la enfermedad. Esta teoría explica, además, la aparición de nódulos de endometriosis en cicatrices quirúrgicas, por ejemplo, después de una cesárea, donde las células endometriales pueden adherirse a la pared abdominal.



2. Teoría de la metaplasia celómica: consiste en una transformación de las células que recubren el peritoneo visceral-abdominal en tejido similar al endometrio, por estímulo hormono-ambiental.



3. Teoría de los restos embrionarios: propone que células residuales müllerianas (células que dan lugar a los órganos genitales en el embrión), ante el estímulo de los estrógenos en la pubertad, podrían ser el origen de la endometriosis.

También se han descritos **factores genéticos** por lo que familiares de primer grado afectadas de endometriosis tendrían más probabilidad de padecer la enfermedad. Hasta en un 10% de los casos puede existir un componente hereditario.

Otras investigaciones indican que el sistema inmunitario juega un papel importante en el inicio y progresión de la endometriosis por la falta de eliminación de las células endometriales liberadas a la cavidad pelviana, y por la situación de inflamación crónica que existe en las mujeres que sufren endometriosis.

Hoy en día se considera que la endometriosis es una enfermedad de origen multifactorial de modo que factores genéticos, hormonales, ambientales e inmunológicos pueden causar su desarrollo.

4- ¿Cuáles son los síntomas de la endometriosis?

El síntoma más frecuente en la endometriosis es el DOLOR PELVICO, durante la regla o fuera de la misma.

El dolor menstrual normal debe ser tolerable, con buena respuesta a los analgésicos habituales, como el paracetamol o el ibuprofeno. No debe hacer perder la asistencia al colegio, ni al trabajo, ni impedir la realización de las actividades rutinarias. Cuando esto sucede se debe consultar al médico.

Los síntomas clásicos de la endometriosis son:

- Dolor con la menstruación (*dismenorrea*).
- Dolor con las relaciones sexuales, sobre todo a la penetración profunda (*dispareunia*).
- Dolor con la defecación acompañado o no de estreñimiento (*disquecia*), a veces sangrado a través del recto (*rectorragia*).
- Dolor a la micción (*disuria*) con o sin sangrado al orinar (*hematuria*).
- Dolor pélvico crónico de más de 6 meses de duración (no coincidente con los días de la regla).
- Dificultad para conseguir embarazo (*infertilidad*).
- Otros síntomas: fatiga, inflamación abdominal, náuseas, vómitos sobre todo durante la regla.

Algunas aclaraciones:

- No todas las mujeres con endometriosis presentan dolor. Entre el 15 y 30 % de las pacientes con endometriosis permanecen **asintomáticas**.
- Tener dolor de regla no implica necesariamente tener endometriosis. Si el dolor desaparece con los analgésicos habituales o con tratamiento hormonal como anticonceptivos, no debemos alarmarnos.
- Todos los síntomas no están presentes en todas las pacientes.
- No todos los dolores abdominales son por endometriosis. La endometriosis no es la única enfermedad que puede ocasionar dolor. En ocasiones los síntomas pueden confundirse con otras entidades como en-

enfermedad inflamatoria pélvica (infección que afecta a los órganos genitales) o una enfermedad inflamatoria a nivel del intestino, por ejemplo.

Si tienes estos síntomas es buena idea que consultes con tu médico o tu matrona.

5- ¿Cuál es la evolución de la enfermedad?

La evolución de la endometriosis es **imprevisible**.

En algunas mujeres la enfermedad puede desaparecer de forma espontánea o estabilizarse, mientras que en otras las lesiones pueden progresar, aumentar de tamaño o extenderse a otras localizaciones.

Durante el embarazo la enfermedad suele disminuir o permanecer estable y en muy pocas ocasiones persiste tras la menopausia.

6- ¿Cómo se diagnostica la enfermedad?

El diagnóstico de la endometriosis no es sencillo ya que los síntomas pueden ser muy variables en función del órgano o los órganos afectados.

Además, es una patología que comparte síntomas con enfermedades digestivas y con otras enfermedades ginecológicas.

Todo ello puede condicionar un **retraso en el diagnóstico** de la enfermedad.

El diagnóstico de sospecha se basa fundamentalmente en la **sintomatología** y en la **exploración física**.

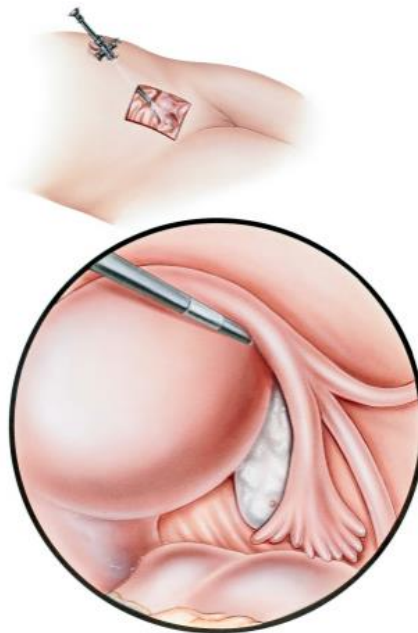
- Sintomatología: el primer paso para el diagnóstico es describir los síntomas y la localización del dolor.
- Exploración ginecológica: El ginecólogo realiza una exploración **visual** de la vagina con el objetivo de buscar lesiones de endometriosis a este nivel. Lo siguiente es realizar un examen (exploración pélvica) mediante el **tacto vaginal bimanual** acompañado o no de tacto rectal.

El diagnóstico se apoya en el uso de pruebas complementarias:

- Ecografía: es la técnica de imagen de **elección**. Se realizará por vía transvaginal siempre que sea posible. Es útil para detectar quistes ováricos, adenomiosis, evaluación del grado de movilidad del útero y los ovarios e incluso identificar, en manos expertas, nódulos de endometriosis profunda.
- Resonancia magnética: no es necesario realizarla en todos los casos. Se utiliza para detectar focos de endometriosis que no se detectan por ecografía, más alejados o pequeños, endometriosis profunda, o para ayudar a planificar una posible intervención quirúrgica.

- Laparoscopia: es una técnica diagnóstica y operatoria que permite observar el interior del abdomen introduciendo una cámara a través de una pequeña incisión en el ombligo. Se realiza en quirófano bajo anestesia general. En la actualidad, su realización con la única intención de confirmar el diagnóstico de la enfermedad **sólo está indicada en casos muy seleccionados**: pacientes con clínica compatible, pero con pruebas de imagen negativas, y en pacientes con mala respuesta al tratamiento.
- Otras pruebas: pueden ser necesarias en algunos casos determinados, en función de los síntomas y la localización de las lesiones: colonoscopia, cistoscopia, uro-TAC, etc.

En algunas mujeres, se llega al diagnóstico de la enfermedad de forma casual, cuando no existen síntomas o estos son leves, en el curso de una exploración ginecológica o ecografía o una cirugía realizada por otro motivo, o en el estudio realizado en mujeres que consultan por esterilidad.



7- ¿Cuál es el tratamiento de la enfermedad?

- Actualmente **no existe** ningún tratamiento definitivo que cure la endometriosis.
- Ningún fármaco es mejor que otro para controlar los síntomas.
- El tratamiento de la mujer con endometriosis debe ser personalizado y puede ir cambiando en función del momento de su vida.
- La elección depende de la **edad**, los **síntomas**, el **deseo reproductivo** y los **antecedentes quirúrgicos**.
- Lo más importante es tratar los síntomas. Para ello se utilizan calmantes del dolor (analgésicos) o tratamientos hormonales como las píldoras anticonceptivas.
- El tratamiento de elección deberá ser el menos agresivo, eficaz y con los mínimos efectos secundarios posibles.
- En algunas pacientes el tratamiento médico puede ser suficiente sin embargo otras se beneficiarán de un tratamiento mixto médico y quirúrgico.

Existen varias opciones terapéuticas:

- Tratamiento analgésico: útil para **aliviar el dolor**, pero no frena la evolución de la enfermedad. Existen diferentes tipos de analgésicos de diferente potencia, los más utilizados son los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) como el ibuprofeno y el naproxeno. Se utilizan de forma escalonada.

- Tratamiento hormonal: se basan en la disminución de la frecuencia de menstruación y/o disminución de la cantidad de flujo menstrual, por lo tanto, permiten mejorar los síntomas dolorosos que aparecen durante la regla. Unos tienen efecto anticonceptivo y otros no. Existen varias presentaciones y combinaciones de fármacos.
 - Anticonceptivos hormonales combinados (contienen estrógenos y progestágenos): pastillas, anillo vaginal o parche transdérmico (cutáneo) (1ª línea).
 - Progestágenos: pastillas, inyección intramuscular trimestral, implante subcutáneo y dispositivo intrauterino con hormonas (levonorgestrel: DIU-LNG) (1ª línea).
 - Agonistas de la Hormona liberadora de gonadotropina (GnRH): inyectable mensual o trimestral o por vía intranasal. (2ª línea).

Tratamiento quirúrgico: indicado cuando los síntomas son **incapacitantes o agudos** (torsión o rotura de endometrioma), cuando los síntomas no se resuelven **a pesar de tratamiento médico, síntomas obstructivos de la vía urinaria o del tránsito digestivo o contraindicación de administrar el tratamiento médico.**

Es preferible el abordaje por **laparoscopia**.

El objetivo es eliminar la mayor parte del tejido endometriósico.

La cirugía sobre los ovarios para la extirpación de quistes, puede disminuir la reserva de folículos ováricos y comprometer la fertilidad futura.

El tejido extirpado se remite para estudio anátomo-patológico, lo que permite confirmar la enfermedad.

En el caso de la cirugía por endometriosis profunda, en ocasiones pueden aparecer situaciones inesperadas que requieren cambios de estrategia operatoria o tratamientos más agresivos de los esperados. Por

ello es fundamental que la cirugía sea realizada por equipos multidisciplinares, que cuenten con ginecólogos expertos en laparoscópica avanzada, así como con cirujanos y urólogos.

- Otras terapias: como en otras patologías es importante potenciar los hábitos de vida saludables (alimentación, ejercicio físico, evitar tóxicos), fomentar el apoyo social y emocional de las pacientes. La valoración y fisioterapia de suelo pélvico también puede ser eficaz para el tratamiento de la dispareunia y el dolor pélvico.

8- Fertilidad y Endometriosis

La endometriosis además de dolor puede relacionarse con problemas de **fertilidad**.

No todas las pacientes con endometriosis tienen problemas para concebir.

Los datos publicados hablan de que entre el 30-50% de las pacientes diagnosticadas de endometriosis presentan esterilidad o tienen algún problema para conseguir embarazo espontáneo.

En pacientes diagnosticadas de endometriosis que desean embarazo y que no han probado su fertilidad, se recomienda la búsqueda de gestación natural durante 6-12 meses (considerando la edad de la paciente).

Si el embarazo no se produce, será recomendada la valoración individualizada de cada paciente y su pareja.

Según cada caso se valorará la realización de técnicas de reproducción asistida (inseminación artificial o fecundación in vitro).

9- Un último consejo de los ginecólogos

Vivir con endometriosis además de dolor puede suponer problemas de fertilidad, con efectos en tu calidad de vida, pero también consecuencias en tu entorno familiar, social y laboral. Todo esto puede producir una situación difícil y estresante.

Considera unirme a un grupo de apoyo como la Asociación de Afectadas de Endometriosis de Aragón (<https://adaena.es/>).

