

AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE

Endometriosis

Guía para pacientes



SERIE DE INFORMACION PARA PACIENTES

Publicado por la American Society for Reproductive Medicine, bajo la dirección del Comité de Educación del Paciente y el Comité de Publicaciones. Ninguna parte en este documento puede ser reproducida en ninguna forma sin permiso por escrito. Este folleto no pretende de ninguna manera sustituir, dictar ni definir totalmente la evaluación y el tratamiento por parte de un médico calificado. Está pensado exclusivamente como una ayuda para los pacientes que buscan información general sobre temas relacionados con la medicina reproductiva.

Copyright 2013© por la American Society for Reproductive Medicine.

Endometriosis

Guía Para Pacientes Revisado en 2013

Un glosario de las palabras en cursiva se encuentra al final de este folleto.

INTRODUCCIÓN

Las mujeres con endometriosis pueden experimentar infertilidad, dolor pélvico o ambos. En este folleto se describen las opciones para el diagnóstico y el tratamiento del dolor o la infertilidad que pueden atribuirse a la endometriosis.

¿Qué es la endometriosis?

La endometriosis es una afección común que afecta a las mujeres durante los años reproductivos. Se produce cuando el tejido normal del revestimiento del útero, el *endometrio* (Figura 1), se adhiere a los órganos de la pelvis y comienza a crecer. Este tejido endometrial desplazado causa irritación en la pelvis que puede provocar dolor e infertilidad.

Figura 1

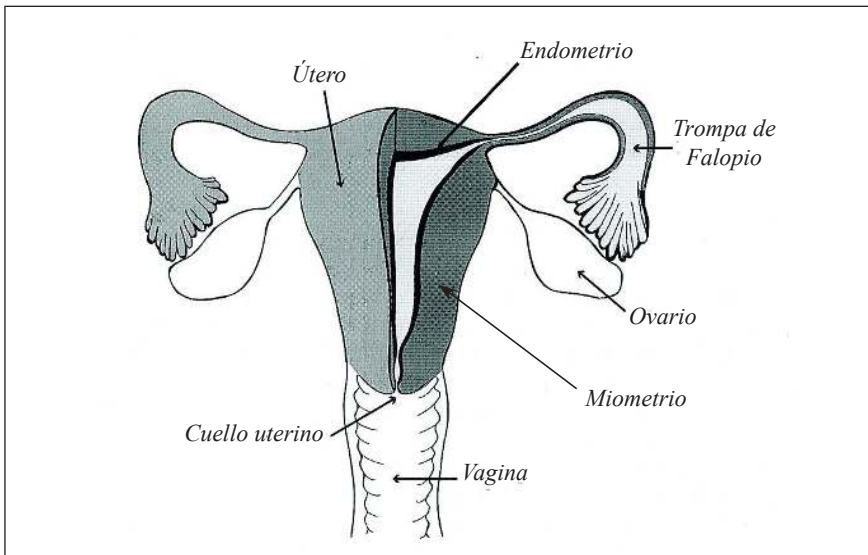


Figura 1. Órganos reproductivos femeninos. Es esencial un conocimiento básico de estos órganos y sus funciones para comprender la endometriosis.

Los expertos no saben por qué algunas mujeres desarrollan endometriosis. Durante cada período menstrual, la mayor parte del revestimiento del útero y la sangre se derrama a través del *cuello uterino* y se elimina a través de la vagina. Sin embargo, una porción de este tejido entra en la pelvis a través de las *trompas de Falopio*. Las mujeres que desarrollan endometriosis pueden ser sencillamente incapaces de eliminar estas células de la pelvis.

Los primeros implantes de endometriosis parecen manchas pequeñas, planas como ampollas o salpicaduras esparcidas sobre la superficie pélvica. Las manchas pueden ser transparentes, blancas, marrones, rojas, negras o azules. La gravedad y el curso de la endometriosis son altamente impredecibles. Algunas mujeres pueden tener unos pocos implantes de endometriosis en la superficie de la pelvis, el *peritoneo* o los órganos pélvicos o los implantes pueden invadir el peritoneo y crecer como nódulos. La endometriosis puede crecer en la superficie del *ovario* en forma de implantes o puede invadir el ovario y desarrollar un quiste lleno de sangre denominado *endometrioma*, o un “quiste de chocolate.” Los quistes de chocolate reciben ese nombre porque con el tiempo la sangre que contienen se oscurece a un profundo color marrón rojizo. Estos quistes pueden ser pequeños, como un guisante, o pueden crecer y ser más grandes que un pomelo. La endometriosis puede irritar el tejido circundante y producir tejido cicatricial interno, denominado adherencias. Estas adherencias pueden unir los órganos de la pelvis, cubrirlos por completo o afectar a los intestinos cercanos. Las adherencias pueden evitar que las trompas de Falopio recojan el óvulo desde el ovario durante la *ovulación*. La endometriosis también puede crecer en las paredes del intestino o en el tejido entre la vagina y el recto.

Hasta el 10% de todas las mujeres tienen endometriosis. Muchas mujeres que tienen endometriosis experimentan pocos síntomas o bien ningún síntoma. Algunas mujeres experimentan cólicos menstruales intensos, dolor pélvico crónico o relaciones sexuales dolorosas. En otros casos, la infertilidad puede ser el único síntoma de la endometriosis. A menudo, la endometriosis se diagnostica cuando una mujer se somete a una cirugía pélvica debido a un quiste de ovario persistente o por otros motivos. La endometriosis puede afectar a las mujeres que han tenido hijos y puede presentarse en adolescentes y mujeres jóvenes. Algunos especialistas sostienen que es más probable encontrar endometriosis en mujeres que nunca han estado embarazadas. La endometriosis se puede encontrar en un 24% a 50% de las mujeres que experimentan infertilidad y en más de un 20% de aquellas que tienen dolor pélvico crónico.

La endometriosis se clasifica en una de cuatro fases (I: mínima; II: leve; III: moderada; y IV: grave) en función de la ubicación, extensión y profundidad de los implantes de endometriosis; la presencia y gravedad de las adherencias; y la presencia y el tamaño del endometrioma ovárico (Figura 2). La mayoría de las mujeres tienen endometriosis mínima o leve, que se caracteriza por implantes superficiales y adherencias leves. La endometriosis moderada y grave se caracteriza por quistes de chocolate y adherencias más graves. La fase de la endometriosis no se correlaciona con la presencia o la gravedad de los síntomas; en la endometriosis de fase IV, la infertilidad es muy probable (Figura 2).

SÍNTOMAS DE LA ENDOMETRIOSIS

Cólicos menstruales

Muchas mujeres experimentan dolores menstruales leves, que se consideran normales. Cuando los dolores son más intensos, reciben el nombre de *dismenorrea*; este puede ser un síntoma de endometriosis o de otros tipos de patología pélvica, como fibromas uterinos o *adenomiosis*. Los cólicos intensos pueden provocar náuseas, vómitos o diarrea. La dismenorrea primaria se produce durante los primeros años de la menstruación, tiende a mejorar con la edad o después del parto y, por lo general, no está relacionada con la endometriosis. La dismenorrea secundaria se produce más tarde en la vida y puede aumentar con la edad. Esto puede ser una señal de advertencia de la endometriosis, aunque algunas mujeres con endometriosis no sienten cólicos en absoluto.

Relaciones sexuales dolorosas

La endometriosis puede causar dolor durante o después de las relaciones sexuales, una afección conocida como *dispareunia*. La penetración profunda puede producir dolor en un ovario vinculado por tejido cicatricial a la parte superior de la vagina. El dolor también puede ser causado por golpes contra un nódulo blando de endometriosis ubicado detrás del útero o en los *ligamentos uterosacros*, que conectan el cuello uterino con el *sacro*.

Infertilidad

Hay una gran cantidad de evidencia que demuestra una asociación entre la endometriosis y la infertilidad. La endometriosis se encuentra en hasta el 50% de las mujeres infértiles. Las pacientes infértiles con endometriosis leve no tratada conciben por su cuenta en una tasa del 2% al 4.5% mensual, en comparación con una tasa de fertilidad del 15% al 20% mensual en parejas normales. Las pacientes infértiles con endometriosis moderada y

grave tienen tasas de embarazo mensuales inferiores al 2%. A pesar de que la endometriosis se asocia fuertemente con la infertilidad, no todas las mujeres que tienen endometriosis son infértiles. Por ejemplo, se encontró endometriosis en muchas mujeres sometidas a procedimientos de esterilización tubaria.

Si bien se presume una relación de causa y efecto entre la endometriosis y la reducción de la fertilidad, esta relación no está comprobada. No se sabe cómo la endometriosis mínima y leve reduce la fertilidad cuando no existen adherencias. Se presume que la endometriosis altera el entorno pélvico de manera sutil pero importante. Las hipótesis incluyen la inflamación, la alteración del sistema inmune, los cambios hormonales, la función anormal de la trompa de Falopio o el deterioro de la fecundación y la implantación. Es más fácil entender cómo la endometriosis moderada o grave reduce la fertilidad ya que las adherencias pélvicas significativas, cuando están presentes, pueden impedir la liberación de los óvulos, bloquear la entrada de los espermatozoides a la trompa de Falopio y disminuir la capacidad de la trompa de Falopio de recoger los óvulos durante la ovulación.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA ENDOMETRIOSIS?

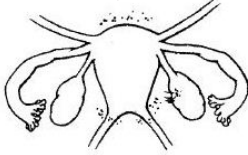
La endometriosis no se puede diagnosticar únicamente por los síntomas. Su médico puede sospechar que tiene endometriosis si usted tiene problemas de fertilidad, cólicos menstruales intensos, dolor durante las relaciones sexuales o dolor pélvico crónico. También se puede sospechar cuando hay un quiste ovárico persistente. Con frecuencia se encuentra endometriosis en miembros cercanos de la familia, como una madre o hermana. No obstante, recuerde que muchas mujeres con endometriosis no sienten ningún síntoma.

Exploración de la pelvis

Ciertos hallazgos de una exploración de la pelvis pueden llevar a su médico a sospechar que usted sufre endometriosis. El médico puede sentir un nódulo blando detrás del cuello uterino durante una combinación de un examen vaginal y rectal, o el *útero* puede estar inclinado hacia atrás o invertido. Uno o ambos ovarios pueden estar agrandados o fijos en una posición. Ocasionalmente, los implantes de endometriosis se pueden ver en la vagina o el cuello uterino. Aunque su médico puede sospechar que usted tiene endometriosis, en función de sus antecedentes y los resultados de una exploración de la pelvis, es necesaria una cirugía para confirmarla.

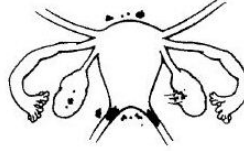
Figura 2

FASE I (MÍNIMA)



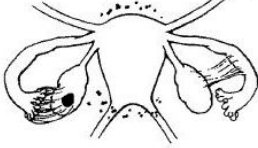
PERITONEO		
Endometriosis superficial	1-3 cm	2
OVARIO derecho		
Endometriosis superficial	< 1 cm	1
Adherencias membranosas	1/3	1
PUNTAJE TOTAL		4

FASE II (LEVE)



PERITONEO		
Endometriosis profunda	> 3cm	6
OVARIO derecho		
Endometriosis superficial	< 1 cm	1
Adherencias membranosas	< 1/3	1
OVARIO izquierdo		
Endometriosis superficial	< 1 cm	1
PUNTAJE TOTAL		9

FASE III (MODERADA)



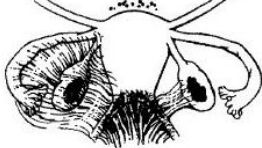
PERITONEO		
Endometriosis profunda	> 3 cm	6
CUL-DE-SAC		
Obliteración parcial		4
OVARIO izquierdo		
Endometriosis profunda	1-3 cm	16
PUNTAJE TOTAL		26

FASE III (MODERADA)



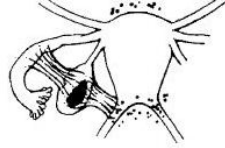
PERITONEO		
Endometriosis superficial	> 3 cm	4
TROMPA derecha		
Adherencias membranosas	< 1/3	1
OVARIO derecho		
Adherencias membranosas	< 1/3	1
TROMPA izquierda		
Adherencias densas	< 1/3	16*
OVARIO izquierdo		
Endometriosis profunda	1-3 cm	4
Adherencias densas	< 1/3	4
PUNTAJE TOTAL		30

FASE IV (GRAVE)



PERITONEO		
Endometriosis profunda	> 3 cm	6
CUL-DE-SAC		
Obliteración complete		40
OVARIO derecho		
Endometriosis profunda	1-3 cm	16
Adherencias densas	< 1/3	4
TROMPA izquierda		
Adherencias densas	> 2/3	16
OVARIO izquierdo		
Endometriosis		
Profunda	1-3 cm	16
Adherencias densas	> 2/3	16
PUNTAJE TOTAL		114

FASE IV (GRAVE)



PERITONEO		
Endometriosis superficial	> 3 cm	4
OVARIO izquierdo		
Endometriosis profunda	< 1 cm	32**
Adherencias densas	< 1/3	8**
TROMPA izquierda		
Adherencias densas	< 1/3	8**
PUNTAJE TOTAL		52

*Asignación de puntos cambiada a 16

**Asignación de puntos duplicada

Laparoscopia

La laparoscopia es un procedimiento quirúrgico ambulatorio que permite al médico ver los órganos pélvicos y detectar la endometriosis. Durante la laparoscopia, se introduce una cámara delgada denominada *laparoscopia* en el abdomen a través de una pequeña incisión cerca del ombligo. El laparoscopia permite al cirujano ver la superficie del útero, las trompas de Falopio, los ovarios y otros órganos pélvicos. Para obtener más información sobre la *laparoscopia*, consulte el folleto de la American Society for Reproductive Medicine (ASRM) titulado “Laparoscopia e histeroscopia.”

La extensión de la endometriosis se evalúa durante la laparoscopia. Se utiliza un sistema de estadificación clínica para describir la extensión de la endometriosis, las adherencias y los quistes endometriomas en el ovario. Una puntuación de 1 a 15 indica que la endometriosis es mínima o leve y una puntuación de 16 o más indica una enfermedad moderada o grave. No obstante, el sistema de clasificación no se correlaciona bien con la probabilidad de concebir de una mujer con tratamiento de fertilidad ni con el grado de dolor que experimenta.

Su médico puede decidir tratar su endometriosis durante la laparoscopia. Otras pequeñas incisiones permiten al médico insertar los instrumentos quirúrgicos. La endometriosis se puede coagular, vaporizar, quemar o extirpar, y el tejido cicatricial o los quistes ováricos se pueden eliminar. Durante la laparoscopia, el médico puede determinar si las trompas de Falopio están abiertas al inyectar un medio de contraste a través del cuello uterino hasta el útero. Si las trompas están abiertas, el líquido fluye por los extremos de las trompas de Falopio.

Otros procedimientos de diagnóstico

En casos especiales, el médico podría utilizar técnicas especiales de diagnóstico por imágenes como la *ecografía*, la *tomografía computarizada* (CT) o una *resonancia magnética* (MRI) para obtener más información sobre su pelvis. Estos procedimientos pueden identificar quistes y ayudar a caracterizar el fluido dentro de un quiste ovárico, aunque un quiste de endometriosis y un quiste del *corpo lúteo* normal pueden tener una apariencia similar. Estas pruebas son útiles en la evaluación de las mujeres que sufren infertilidad y/o dolor pélvico crónico.

TRATAMIENTO DEL DOLOR

El médico tendrá en cuenta sus síntomas, el examen físico, los resultados de los exámenes y sus objetivos y preocupaciones antes de aconsejar un

tratamiento. Las mujeres con síntomas leves pueden beneficiarse de los cambios en el estilo de vida o pueden no requerir ningún tratamiento en absoluto. Se puede sugerir terapia hormonal cuando el dolor interfiere con la familia, el trabajo o las actividades diarias, ya que estas terapias suelen reducir el dolor pélvico y la dispareunia en más del 80% de las mujeres a las que se les diagnostica endometriosis. Dado que hay varios tratamientos eficaces disponibles, la elección se realiza en función de los efectos secundarios y el costo. Los tratamientos hormonales no son eficaces para los endometriomas ováricos grandes y es necesario realizar una cirugía. También se puede indicar una cirugía cuando el tratamiento médico no es exitoso o cuando las condiciones médicas prohíben el uso de tratamientos hormonales.

Cambios de hábitos

Algunas mujeres han descubierto que el dolor mejora con ejercicio y técnicas de relajación. Aunque los suplementos naturales no han demostrado reducir el dolor relacionado con la endometriosis, los antiinflamatorios no esteroideos de venta libre, como el ibuprofeno y el naproxeno, reducen los dolores menstruales. Cuando las relaciones sexuales dolorosas son un problema, cambiar de posición previene el dolor causado por la penetración profunda. A pesar de estas medidas, con frecuencia es necesario el tratamiento médico.

Anticonceptivos hormonales

Las píldoras anticonceptivas a menudo reducen los cólicos menstruales y el dolor pélvico que puede estar asociado a la endometriosis. Ninguna píldora parece ser mejor que otra en el tratamiento de los síntomas de la endometriosis.

Las píldoras anticonceptivas se pueden prescribir de forma continua, es decir, sin pausa para los períodos menstruales, a las mujeres con endometriosis. Los efectos secundarios de este enfoque incluyen la retención de líquidos y el manchado o sangrado irregular. Los efectos secundarios graves de las píldoras anticonceptivas son muy poco comunes e incluyen accidentes cerebrovasculares, problemas vasculares y enfermedades cardíacas. También se debe tener en cuenta que la endometriosis se puede diagnosticar en las mujeres que toman píldoras anticonceptivas y que las píldoras anticonceptivas nunca han demostrado prevenir el desarrollo de la endometriosis. Actualmente, no hay información disponible acerca del efecto de los parches transdérmicos anticonceptivos ni de los anillos vaginales anticonceptivos sobre la endometriosis.

Progestinas

Las progestinas son medicamentos sintéticos que realizan una actividad similar a la *progesterona* sobre el endometrio, el revestimiento del útero. Muchas *progestinas* han demostrado reducir el dolor pélvico asociado a la endometriosis. Los efectos secundarios más comunes de la terapia con progestina son el sangrado uterino irregular, el aumento del peso, la retención de líquidos, la sensibilidad en los senos, el dolor de cabeza, las náuseas y los cambios de humor, especialmente la depresión. Las progestinas son considerablemente menos costosas que otros medicamentos y se pueden prescribir en forma de píldoras, inyecciones o dispositivos intrauterinos (DIU) anticonceptivos de levonorgestrel. Las desventajas de la forma inyectable conocida como acetato de medroxiprogesterona de depósito es que puede inhibir la fertilidad durante muchos meses después de haber suspendido el tratamiento y que su uso durante más de seis meses puede provocar una pérdida significativa de densidad mineral ósea, lo cual aumenta el riesgo de la mujer de padecer osteoporosis.

Análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH)

Los *análogos de GnRH*, en particular los agonistas de GnRH, causan una caída en los niveles *estrógeno* a niveles propios de la menopausia y, por lo tanto, no se produce la menstruación. Estos fármacos son muy eficaces para la endometriosis dolorosa. Los efectos secundarios incluyen los síntomas de la menopausia: sofocos, sequedad vaginal y pérdida de calcio en los huesos. Generalmente, los medicamentos se administran durante seis meses. La terapia de baja dosis de las hormonas *estrógeno* y progestina o solo progestina se puede añadir para prevenir la pérdida ósea cuando es necesario el tratamiento prolongado o si los síntomas de la menopausia son graves. Se recomienda tomar suplementos de calcio y hacer ejercicio para reducir la pérdida de densidad ósea que se produce con la terapia. La mayor parte de la pérdida de densidad ósea es temporal y se recupera después de suspender el tratamiento. En un estudio comparativo reciente, la terapia de agonistas de GnRH con acetato de leuprolide y la terapia de progestinas con acetato de medroxiprogesterona de depósito por inyección subcutánea (AMPD SC) fueron igualmente eficaces en la reducción del dolor asociado a la endometriosis; ambos medicamentos mantuvieron una mejoría clínica durante 12 meses a partir de finalizado el tratamiento. El AMPD-SC se asoció con una menor pérdida ósea y menos sofocos que el leuprolide de depósito.

Danazol

El *danazol*, un medicamento similar a las hormonas masculinas, también es altamente eficaz para tratar el dolor debido a la endometriosis. Los

efectos secundarios comunes pueden incluir la retención de líquidos, acné, el sangrado vaginal irregular, los calambres musculares y la reducción del tamaño de los senos. Los efectos secundarios poco frecuentes, pero irreversibles, incluyen que la voz se vuelva más grave y el crecimiento de vello facial o corporal. Actualmente, el danazol se utiliza con menor frecuencia para tratar la endometriosis que como se hacía hace 20 años atrás porque los medicamentos como los agonistas de GnRH son igualmente eficaces y tienen un perfil de efectos secundarios más favorable que el danazol.

Cirugía para el dolor

El tratamiento quirúrgico de la endometriosis a menudo se realiza cuando se diagnostica la endometriosis. Por lo general, la laparoscopia es el tratamiento de primera línea para la endometriosis. En la laparoscopia, se introduce un telescopio iluminado a través de una incisión realizada debajo del ombligo para ver la cavidad pélvica. Durante la laparoscopia, el médico puede extirpar adherencias, *nódulos* de endometriosis y quistes ováricos. La laparoscopia se utiliza a menudo para tratar la endometriosis recurrente cuando el objetivo es preservar la fertilidad futura. A veces, la gravedad de la endometriosis es tal que se recomienda realizar una cirugía más importante para extirpar la endometriosis y las adherencias. La eliminación del quiste ovárico entero con su pared es mejor que simplemente drenar el quiste de endometriosis para tratar el dolor y prevenir los quistes recurrentes.

En general, la cirugía de la endometriosis para preservar la fertilidad reduce el dolor en un 60% a 80% de las mujeres. Luego de la cirugía, puede ser necesario realizar terapia médica para controlar los síntomas de la endometriosis porque un 40% a 80% de las mujeres experimentan síntomas recurrentes de dolor dentro de los dos años de realizada la cirugía. Los síntomas recurrentes se producen dentro de 5 a 10 años en más del 50% de las mujeres después de completar un curso de tratamiento médico de 6 meses. Suele ser necesario el tratamiento a largo plazo del dolor relacionado con la endometriosis.

La histerectomía (extirpación del útero) con extirpación de los ovarios es un método eficaz para tratar la endometriosis definitivamente si la mujer ha decidido no tener más hijos. Esta cirugía proporciona alivio permanente del dolor relacionado con la endometriosis en más del 90% de las mujeres. Por el contrario, si se conserva(n) uno o ambos ovarios, existe una probabilidad mucho mayor de que los síntomas se repitan y que sea necesario realizar una cirugía adicional. Si es necesario, se puede

realizar una terapia hormonal (estrógenos o progestinas) con dosis bajas para reducir los sofocos y los síntomas de la menopausia que se producen después de la histerectomía con extirpación bilateral de los ovarios.

Embarazo

Aunque no se ha demostrado que el embarazo sea terapéutico, la endometriosis a menudo desaparece durante el embarazo. El entorno hormonal producido por el embarazo puede inhibir la afección. Sin embargo, la endometriosis a menudo se vuelve a producir algún tiempo después del embarazo. Una mujer debe considerar cuidadosamente sus objetivos inmediatos y a largo plazo antes de elegir el embarazo como tratamiento para la endometriosis.

Enfoque en equipo para el dolor

Algunas mujeres continúan experimentando dolor intenso a pesar de haber recibido tratamientos hormonales y quirúrgicos. Cuando el dolor persiste, un enfoque multidisciplinario en “equipo” puede ser útil. Este enfoque combina la experiencia de un grupo de médicos especialistas en un “centro del dolor” junto con especialistas en salud mental, asesores y terapeutas físicos. Los bloqueos nerviosos, la acupuntura y otros tratamientos pueden ser beneficiosos.

Tratamientos con fármacos en fase de investigación para tratar la endometriosis

Hay una cantidad de fármacos nuevos que se encuentran bajo investigación y desarrollo para tratar la endometriosis. Las antiprogestinas, como la mifepristona y la onapristona, han tenido éxito en estudios pequeños. Estos medicamentos actúan modulando los receptores de estrógeno y progesterona en los *implantes* de endometriosis y provocan la atrofia de la endometriosis. Los moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (SERM) pueden ser eficaces en virtud de su efecto antiestrógeno. El raloxifeno es un SERM prometedor. Por el contrario, el tamoxifeno, otro SERM, puede empeorar la endometriosis. Los inhibidores de la aromatasa, que son medicamentos que inhiben la aromatasa, una enzima necesaria para la síntesis de estrógenos, han tenido éxito en pequeños estudios e informes de casos. El anastrozole y letrozole son dos ejemplos de inhibidores de la aromatasa en fase de investigación. Los antagonistas de leucotrienos en teoría mejoran la *dismenorrea* mediante la modulación de la actividad de los leucotrienos, productos químicos inmunológicos que contribuyen a la inflamación y el dolor. Otros inmunomoduladores están en investigación en modelos animales como terapias potenciales para la endometriosis. Estos incluyen la loxoribina, el levamisol, la interleucina-12 y el interferón alfa-2b.

TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD

Se debe realizar una evaluación de infertilidad completa antes de considerar el tratamiento para la endometriosis. Las mujeres infértiles con sospecha de endometriosis mínima o leve deben tomar una decisión sobre si deben realizar una laparoscopia antes de iniciar los tratamientos para mejorar la fertilidad. Evidentemente, se deben considerar ciertos factores como la edad de la mujer, la duración de la infertilidad y el dolor pélvico. Otros factores de infertilidad pueden coexistir y afectar las tasas de éxito y los resultados del tratamiento. Si el dolor también es una preocupación, la laparoscopia y el tratamiento quirúrgico son una opción adecuada. Además, la laparoscopia y la posible *laparotomía* (incisión grande) se recomiendan cuando se sospecha de endometriosis moderada o grave y no se ha encontrado otra causa de infertilidad.

Cirugía para la infertilidad

El tratamiento laparoscópico de la endometriosis mínima y leve se ha asociado a una pequeña pero significativa mejoría en las tasas de embarazo. En el mayor estudio hasta la fecha, el 29% de las mujeres que trataron su endometriosis concibieron dentro de los nueve meses, a diferencia de solo el 17% de las mujeres a quienes se les diagnosticó endometriosis pero que no la trataron durante la laparoscopia. Aunque este es un beneficio de tratamiento moderado, sugiere que existe un período de fertilidad mejorada después del tratamiento laparoscópico de la endometriosis. El tratamiento de la endometriosis moderada y grave por laparoscopia y/o laparotomía aumenta las tasas de embarazo para las mujeres en las que no se han encontrado otras causas de infertilidad. No hay evidencia de que el resultado se mejore mediante un método específico utilizado para tratar la endometriosis, ya sea electrocirugía, láser, extirpación o ablación.

Terapia médica para la infertilidad

Si bien la terapia médica es eficaz para aliviar el dolor asociado a la endometriosis, no hay evidencia de que el tratamiento médico de la endometriosis con píldoras anticonceptivas, progestinas, análogos de GnRH o danazol mejoren la fertilidad. Además, la cirugía combinada con la terapia médica no ha demostrado aumentar la fertilidad. En cambio, el tratamiento médico antes o después de la cirugía puede retrasar innecesariamente la terapia de fertilidad. Sin embargo, estos tratamientos son eficaces en la reducción del dolor pélvico y las relaciones sexuales dolorosas asociados a la endometriosis. Por lo tanto, la supresión hormonal puede mejorar la actividad sexual y la comodidad en las mujeres infértiles con endometriosis y dolor pélvico, mejorando de este modo la fertilidad después de la finalización del tratamiento.

Terapia expectante

Un enfoque de “espera en observación,” también denominado *terapia expectante*, puede ser una opción después de la cirugía para la endometriosis para las mujeres más jóvenes. Hasta el 40% de las mujeres pueden concebir durante los primeros 8 a 9 meses después de tratamiento laparoscópico de endometriosis mínima o leve. Los tratamientos para mejorar la fertilidad se pueden ofrecer como una alternativa para la terapia expectante o si el embarazo no se produce dentro de un marco de tiempo razonable. La edad de una mujer es un factor importante en la decisión del tratamiento específico. Las mujeres de 35 años o más tienen un menor potencial de fertilidad y mayores probabilidades de sufrir un aborto espontáneo. La disminución de la fertilidad debido a la endometriosis y a la edad puede ser aditiva. Por lo tanto, los tratamientos de fertilidad más agresivos parecen razonables en las mujeres mayores con endometriosis. La espera en observación no es una buena opción para las mujeres con infertilidad asociada a la endometriosis grave.

TRATAMIENTOS PARA MEJORAR LA FERTILIDAD

Estimulación ovárica controlada e inseminación intrauterina

Varios estudios han demostrado que la fertilidad mejora en las mujeres con endometriosis mínima o leve gracias a la *estimulación ovárica controlada* (EOC) con *inseminación intrauterina* (IIU). Este tratamiento también se denomina *superovulación* con IIU. Sin recibir tratamiento, las mujeres con infertilidad relacionada con la endometriosis mínima o leve tienen tasas de embarazos espontáneos del 2% al 4.5% mensual. La tasa de embarazo mensual solo con inseminación intrauterina para la endometriosis es de aproximadamente el 5% y es aproximadamente del 4% al 7% por mes con citrato de *clomifeno*, *gonadotropina menopáusica humana* (HMG) o inyecciones de *hormona foliculoestimulante* (FSH) cuando se utilizan sin inseminación intrauterina. Sin embargo, el clomifeno con la IIU mejora las tasas mensuales de embarazo hasta llevarlas aproximadamente a un 9% a 10%, al menos en los primeros 4 ciclos de tratamiento. La hormona menopáusica humana (HMG) o la FSH más IIU mejoran la tasa de éxito hasta llevarla a un 9% a 15% por mes. La EOC con clomifeno más la IIU conlleva un riesgo del 5% a 15% de tener gemelos. El embarazo múltiple y la hiperestimulación ovárica son riesgos asociados a la terapia de HMG o FSH con IIU.

Tecnología de reproducción asistida

En general, las parejas a las que se les diagnostica endometriosis tienen tasas de éxito con los procedimientos de tecnología de reproducción asistida (TRA), como la *fertilización in vitro* y *transferencia embrionaria*

(FIV-TE), similares a las tasas de las parejas con otras causas de infertilidad. Las tasas de éxito con los procedimientos de TRA varían mucho en función de la edad de la mujer. A nivel nacional, las tasas de nacidos vivos para la FIV-TE son aproximadamente del 42% para las mujeres menores de 35 años, del 32% para las mujeres entre 35 y 37 años, del 22% para las mujeres entre 38 y 40 años y del 12% para las mujeres entre 41 y 42 años (información de 2010). La FIV-TE es el tratamiento más eficaz para la endometriosis moderada o grave, especialmente si la cirugía no puede restaurar la fertilidad. Algunos médicos recomiendan un tratamiento previo a largo plazo con análogos de GnRH antes de iniciar la FIV en mujeres con endometriosis grave, ya que ciertos estudios, aunque no todos, han demostrado que este enfoque puede mejorar los resultados de la FIV-TE.

CONCLUSIÓN

La endometriosis afecta a millones de mujeres en todo el mundo. Requiere atención profesional, sobre todo cuando se ve afectada la fertilidad o cuando el dolor afecta el estilo de vida. La endometriosis puede ser un problema para toda la vida, porque, con frecuencia, el dolor regresa después de la terapia y los endometriomas también pueden regresar. Por lo tanto, tiene el potencial de alterar la calidad de vida y causar angustia emocional significativa. La edad de la mujer, la duración de la infertilidad, el dolor pélvico y la fase de la endometriosis se deben tener en cuenta al formular un plan de tratamiento de la infertilidad. La mejor estrategia consiste en elegir a un especialista calificado, es decir, a uno que esté familiarizado con los últimos avances en el manejo de la endometriosis. El médico que elija le recomendará el curso de tratamiento más adecuado según su situación personal.

Para obtener más información sobre este tema u otros temas sobre salud reproductiva, visite www.ReproductiveFacts.org



¡Déganos su opinión
Envíe sus comentarios sobre este folleto por correo electrónico a
asrm@asrm.org. En la casilla de asunto, escriba
“Atención: Comité de Educación del Paciente”

GLOSARIO

Adenomiosis. Una invasión benigna (no cancerosa) del tejido endometrial en la pared uterina.

Adhesiones. Las bandas de tejidos fibrosos que unen los órganos abdominales o pélvicos.

Análogos de GnRH. Productos químicos sintéticos similares a la hormona liberadora de gonadotropina, la hormona natural que excita la glándula pituitaria para que a su vez estimule a los ovarios para producir estrógeno y progesterona. El uso prolongado de análogos de GnRH causa la caída en el estrógeno al nivel propio de la menopausia.

Biopsia. La extracción de una muestra de tejido para su examen microscópico. El término también hace referencia al tejido extirpado.

Clomifeno. Una píldora de fertilidad que se utiliza para estimular la ovulación, a menudo de más de un óvulo.

Cuello uterino. La parte inferior del útero que se abre en la vagina.

Cuerpo lúteo. Un cuerpo amarillo en el ovario que se forma a partir de un folículo luego de la ovulación; el folículo ha madurado, se ha roto y ha liberado su óvulo. El cuerpo lúteo produce progesterona y estrógenos durante la segunda mitad de un ciclo menstrual normal.

Danazol. Una hormona masculina sintética y débil que bloquea la ovulación y suprime los niveles de estrógeno; se utiliza para tratar la endometriosis.

Dismenorrea. Calambres menstruales dolorosos.

Dismenorrea primaria. El dolor asociado a los períodos menstruales que disminuye con la edad.

Dismenorrea secundaria. El dolor asociado a los períodos menstruales que comienza más tarde en la vida reproductiva de una mujer. Puede ser debido a una condición anormal, como la endometriosis o una infección.

Dispareunia. Relaciones sexuales dolorosas; a veces es un síntoma de la endometriosis.

Ecografía. Una tecnología que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para crear imágenes de los órganos internos.

Endometrio. El revestimiento del útero, que se desprende cada mes durante la menstruación.

Endometrioma. Un quiste de “chocolate” lleno de sangre que se puede producir cuando el tejido de la endometriosis se desarrolla en el ovario.

Estimulación ovárica controlada (EOC). Tratamiento con clomifeno, gonadotropina menopáusica humana o inyecciones de hormona foliculoestimulante que provoca el desarrollo y la liberación de más de un óvulo durante la ovulación.

Estrógeno. Una hormona producida principalmente por los ovarios. El estrógeno es en gran parte responsable de estimular el engrosamiento del endometrio y de prepararlo para el embarazo durante la primera mitad del ciclo menstrual.

Estudio por tomografía computarizada (CT). Una técnica de imágenes de rayos X que crea una imagen tridimensional.

Fertilización in vitro y transferencia embrionaria (FIV-TE). Un procedimiento en el que se fecundan los óvulos en un laboratorio y uno o más embriones se colocan en el útero.

Folículo. Un quiste pequeño y esférico ubicado debajo de la superficie del ovario. Contiene el óvulo, la capa circundante de células y líquido. El folículo crece durante la primera mitad del ciclo menstrual. En la ovulación, el folículo maduro libera el óvulo.

Gonadotropina menopáusica humana (HMG). Una inyección de fertilidad que se utiliza para estimular la ovulación, a menudo de más de un óvulo.

Hormona foliculoestimulante (FSH). Una hormona que estimula el crecimiento del folículo. Se puede utilizar como una inyección de fertilidad para estimular la ovulación, a menudo de más de un óvulo.

Implantes. Manchas pequeñas y planas de células parecidas a las del endometrio que crecen fuera de su lugar normal.

Inseminación intrauterina (IIU). Un procedimiento de consultorio en el que se colocan los espermatozoides preparados en el útero.

Laparoscopia. Un procedimiento en el que el cirujano introduce un laparoscopio a través de una pequeña incisión realizada en el ombligo o debajo de este. Esto permite que el médico inspeccione el útero, las trompas de Falopio, los ovarios y otros órganos de la pelvis y el abdomen. Pueden hacerse incisiones adicionales para la inserción de instrumentos quirúrgicos.

Laparoscopia. Una cámara delgada que se utiliza para inspeccionar los órganos de la pelvis y el abdomen.

Laparotomía. Un procedimiento en el que un cirujano realiza una incisión en el abdomen, por lo general de varias pulgadas de largo, para tratar afecciones como la endometriosis extensa.

Ligamentos uterosacros. Los ligamentos que unen la parte más baja del útero y el cuello uterino al sacro.

Menopausia reversible. Un estado hormonal en el que los niveles de estrógeno caen a los niveles propios de la menopausia; no se producen ni la ovulación ni la menstruación. La menopausia reversible se produce al tomar análogos de GnRH.

Nódulos. Colecciones de endometriosis penetrantes en forma de nudos.

Ovario. Una de las dos glándulas femeninas que contiene óvulos y produce estrógeno y progesterona. **Ovocito.** La célula sexual femenina; el óvulo.

Ovulación. Liberación del óvulo desde el ovario.

Peritoneo. Un tejido transparente que recubre la cavidad pélvica y abdominal.

Progesterona. Una hormona del ovario secretada por el cuerpo lúteo durante la segunda mitad del ciclo menstrual.

Progestina. Una hormona sintética similar a la progesterona.

Prostaglandinas. Sustancias químicas parecidas a las hormonas que producen las células del endometrio en grandes cantidades. Estimulan la contracción de los músculos del útero y son en gran parte responsables de los calambres menstruales.

Pseudomenopausia. Un estado hormonal creado al tomar medicamentos y caracterizado por niveles bajos de estrógeno similares a los encontrados en la menopausia.

Resonancia magnética (MRI). Un procedimiento de diagnóstico por imágenes que absorbe energía de las ondas de radio de alta frecuencia.

Sacro. La última vértebra de la columna vertebral; la base de la columna vertebral.

Superovulación. Tratamiento con clomifeno, gonadotropina menopáusica humana o inyecciones de hormona foliculoestimulante que provoca el desarrollo y la liberación de más de un óvulo durante la ovulación.

Tecnología de reproducción asistida (TRA). Un procedimiento para mejorar la fertilidad que en general hace referencia a la fertilización in vitro y a la transferencia de embriones. También incluye procedimientos en los que los óvulos no fecundados y los espermatozoides se colocan en las trompas de Falopio (transferencia de gametos en las trompas de Falopio, GIFT), o los óvulos fecundados se colocan en las trompas de Falopio (transferencia intratubárica de cigotos, ZIFT).

Terapia expectante. Período de “espera en observación” sin tratamiento activo.

Trompas de Falopio. Un par de órganos adheridos al útero. El óvulo se desplaza desde el ovario hasta el útero a través de un canal estrecho en el interior de las trompas y la fecundación natural se produce en las trompas de Falopio.

Útero. El órgano muscular donde se desarrolla el embarazo.

Útero invertido. Un útero inclinado hacia atrás. Esto se encuentra en aproximadamente el 10% de las mujeres normales.



AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE
1209 MONTGOMERY HIGHWAY
BIRMINGHAM, ALABAMA 35216-2809
(205) 978-5000 * ASRM@ASRM.ORG * WWW.ASRM.ORG