

## EN EL MES DE LA ENDOMETRIOSIS

### Pensando en endometriosis

*Thinking about endometriosis*

*Dra. Rosa Inés Barañao*

*Instituto de Biología y Medicina Experimental, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Fundación Instituto de Biología y Medicina Experimental  
E-mail: inesbaranao@ibyme.conicet.gov.ar*

#### Resumen

Alrededor de 176 millones de mujeres en el mundo padecen endometriosis. Esta patología afecta al 10-20% de las mujeres en edad reproductiva de cualquier etnia-raza y grupo social. Sin embargo, existe una urgente necesidad de educar y apoyar a las pacientes que padecen endometriosis, a sus familias, y sensibilizar a la comunidad para vencer la indiferencia sobre esta problemática. Debido a esto, en 2004 la Alianza Europea de Endometriosis (AEE) propuso que desde las distintas sociedades médicas y agrupaciones de mujeres afectadas por esta enfermedad se difundieran las necesidades de las pacientes y los adelantos científicos y terapéuticos en la materia, con el anhelo de poder arribar al diagnóstico y tratamiento más temprano, evitar la diseminación de los implantes y adherencias, mejorar la calidad de vida de las pacientes y prevenir la posible infertilidad. Para reunir estas actividades de divulgación, la AAE estableció también que la segunda semana del mes de marzo fuera la **Semana de la endometriosis**, iniciativa que desde hace dos años fue extendida y actualmente se considera a marzo como el **mes de concientización de la endometriosis**. Es nuestro compromiso colaborar en la propagación de esta información para lograr que se reduzca el tiempo de diagnóstico y tratamiento, fomentar la investigación y conseguir beneficios sociales para las pacientes con endometriosis.

**Palabras clave:** endometriosis, divulgación, diagnóstico, tratamiento.

#### Abstract

*Around 176 million women worldwide suffer from endometriosis. This disease affects 10-20% of the women in reproductive age of any ethnicity-race and social group. However, there is an urgent need to educate and support patients with endometriosis, their families, and sensitizing the community to overcome the indifference on this issue. Because of this in 2004 the European Endometriosis Alliance (EEA) proposed that the medical societies and groups of women who are affected by this disease, propagate the needs of patients and the sci-*

*entific and therapeutic advances in this field, with the desire to be able to arrive at the diagnosis and treatment earlier, prevent the spread of the implants and adhesions, improve the quality of life of patients and prevent possible infertility. To concentrate these outreach activities, the EEA also established that the second week of the month of March was the Week of Endometriosis, and two years ago is considered March as Endometriosis Awareness Month. It is our commitment to collaborate in the propagation of this information to reduce the time of diagnosis and treatment, promote research and achieve social benefits for patients with endometriosis.*

**Key words:** endometriosis, disclosure, diagnosis, treatment.

**“No se diagnostica lo que no se piensa y no se piensa lo que no se conoce”.**

**Dr. Ludo Van Bogaert  
1897-1989**

La endometriosis es una enfermedad enigmática que muchas veces pasa inadvertida, asintomática en las mujeres jóvenes. En otros casos, los fuertes dolores (relacionados o no con la menstruación y/o con las relaciones sexuales, la micción, etc.), la dificultad para quedar embarazada y la presencia de quistes de ovario diagnosticados en ecografías de control nos permiten sospechar la enfermedad e ir en su búsqueda de diagnóstico de certeza a través de una laparoscopia.

La endometriosis se define como la implantación y el crecimiento benigno de tejido endometrial fuera del útero; las localizaciones más frecuentes son el peritoneo pelviano y los ovarios, si bien ocasionalmente, pueden encontrarse focos endometriósicos en otras muchas partes como el intestino, vejiga, estómago, pulmón, etc. (1).

Las hormonas sexuales estimulan este tejido ectópico (llamados implantes o lesiones) de igual forma que estimulan a este tejido eutópico. Sin embargo, la sangre y los tejidos no tienen manera de salir del cuerpo, lo que provoca un foco inflamatorio constante. Asimismo puede

formarse tejido cicatricial, quistes (que en ocasiones se abren) y adherencias.

Si bien ha sido descrita hace posiblemente 3500 años (2), su verdadero origen aún se desconoce. Una posible causa es un proceso llamado “menstruación retrógrada”. Se produce cuando la sangre menstrual fluye hacia atrás a través de las trompas de Falopio, hacia la pelvis en lugar de fuera del cuerpo. Luego este tejido uterino permanece en la pelvis y crece (3). Otra posible causa es heredar un gen que aumenta el riesgo de endometriosis (4). Las mujeres son más propensas a presentar endometriosis si tienen:

- Una madre, hermana o hija con ella.
- Una condición que impide un normal flujo menstrual.
- Los ciclos menstruales de menos de 27 días con el flujo que dura más de 8 días. Las mujeres que nunca han dado a luz también están en mayor riesgo.

Asimismo, al igual que las metástasis tumorales, las células endometriales pueden viajar por el torrente sanguíneo y depositarse en sitios menos frecuentes como los pulmones, la pleura, el apéndice, el recto, los intestinos, el cérvix y la vagina (5).

Se dice entonces que la endometriosis es una enfermedad benigna inflamatoria estrógeno-dependiente y multifactorial.

A pesar de la dificultad existente para conocer con exactitud la prevalencia de la enfermedad, se estima que la endometriosis afecta aproximadamente al 10-20% de mujeres en edad fértil de cualquier etnia-raza y grupo social (6). Puede afectar a cualquier mujer desde la menarquia hasta la menopausia, aunque algunas veces, la endometriosis puede durar hasta después de la menopausia. Por lo general, se presenta en la adolescencia y su intensidad aumenta progresivamente a lo largo de los años.

Alrededor de 176 millones de mujeres en el mundo padecen endometriosis (7). Si bien en la Argentina no contamos con datos estadísticos oficiales que nos permitan conocer o estimar la prevalencia de esta patología en la población femenina, se cree que 1 millón de mujeres la padecen y la mayoría de ellas tienen entre 15 y 50 años. Además, entre el 30% y el 50% de mujeres infértiles de nuestro país lo son a causa de la endometriosis.

Es importante resaltar que la prevalencia de esta enfermedad puede incrementarse hasta el 40% en las mujeres que presentan problemas de infertilidad (8) y hasta el 50% en las mujeres que además presentan una dismenorrea moderada a severa (9). También existen casos aislados de mujeres posmenopáusicas y niñas prepúberes con anomalías uterinas que padecen esta enfermedad.

Para muchas mujeres, la endometriosis constituye un proceso crónico y recurrente, de forma que puede catalogarse como una enfermedad crónica e invalidante que afecta la calidad de vida de la mujer, desde sus relaciones hasta sus actividades diarias. El dolor puede aparecer antes, durante o después del período menstrual, durante la ovulación y en las relaciones sexuales. Otros síntomas incluyen fatiga, defecaciones dolorosas durante los períodos menstruales, dolor en la parte baja abdominal y espalda, diarrea y/o estreñimiento.

La endometriosis es la tercera causa de hospitalización ginecológica en los EE.UU. (10), sin embargo, continúa siendo una enfermedad subdiagnosticada debido principalmente al desconocimiento de esta patología, a la dificultad para detectarla en el examen pelviano y al hecho de que socialmente son “aceptados como normales” los dolores menstruales intensos (11). De esta forma, su diagnóstico se demora entre 7 y 12 años.

El diagnóstico solo se confirma con una cirugía laparoscópica o resonancia magnética nuclear, extrayendo el tejido ectópico y realizando la evaluación histopatológica. Un hecho que dificulta su diagnóstico y consecuente tratamiento es que en muchas pacientes es una enfermedad asintomática. Sin embargo, los síntomas más frecuentes por los cuales las mujeres llegan a la consulta son:

- Dolor pelviano severo durante la menstruación, tan fuerte que muchas veces no se puede asistir al trabajo, a la escuela o realizar las actividades diarias.
- Infertilidad.

Asimismo pueden presentarse:

- Sangrados anormales y entre períodos.
- Dispareunia.
- Sensibilidad a la insulina.
- Cansancio diario.
- Problemas gastrointestinales como diarrea, estreñimiento, náuseas.
- Infecciones recurrentes.
- Depresión.
- Puede ocasionar fibromialgia y fatiga crónica.

Los síntomas están relacionados con el sitio de implantación y la severidad de la enfermedad. De acuerdo con la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (12), de forma resumida, se clasifica la enfermedad en cuatro estadios:

- **Estadio I Mínima:** implantes aislados y sin adherencias.
- **Estadio II Leve:** implantes superficiales menores de 5 cm. Adheridos o diseminados sobre la superficie del peritoneo y ovarios.
- **Estadio III Moderada:** implantes múltiples super-

ficiales o invasivos. Adherencias alrededor de las trompas o periováricas, que pueden ser evidentes.

- **Estadio IV Severa:** implantes múltiples, superficiales y profundos que incluyen grandes endometriomas ováricos. Usualmente se observan adherencias membranosas extensas.

A su vez puede decirse que de acuerdo con cómo se presenta la enfermedad existen tres formas básicas:

- Endometriosis peritoneal superficial (tipo I).
- Endometriosis ovárica (tipo II).
- Endometriosis profunda (tipo III).

En la actualidad no se dispone de un tratamiento curativo, sin embargo, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno permiten controlar la afección en un número elevado de pacientes.

El objetivo del tratamiento actual es aliviar el dolor y reducir las lesiones, buscando mejorar la calidad de vida de las pacientes. El fundamento del tratamiento médico es que el endometrio ectópico responde a los esteroides ováricos de igual manera que el endometrio eutópico (13). Por lo tanto, siendo una enfermedad estrógeno-dependiente, el objetivo es disminuir los niveles de estrógeno, ya sea mediante el uso de anticonceptivos orales combinados, progestágenos, análogos de GnRH, o inhibidores de la aromatasa.

La terapia médica es efectiva para el tratamiento del dolor, pero no hay fármacos efectivos para la eliminación definitiva de las lesiones. Lo único que pueden conseguir los tratamientos medicamentosos es frenar de manera transitoria la progresión de la enfermedad; y en este sentido no existe ningún fármaco que sea superior a otro en cuanto a reducción de la extensión de las lesiones o al índice de recidivas tras el cese del tratamiento.

Otro factor epidemiológico importante para considerar es la elevada tasa de recurrencia que presenta esta patología, que puede llegar al 25% en los primeros 2 años e incrementarse al 40-50% a los 5 años luego de finalizados los tratamientos (14).

En general, se acepta que el tratamiento médico de elección debe ser el enfoque menos invasivo y que siendo eficaz a largo plazo, presente los mínimos riesgos posibles.

Por otra parte, es importante destacar que en un alto porcentaje de las pacientes, el tratamiento quirúrgico por sí mismo mejora las tasas de embarazos, sin necesidad de recurrir a técnicas de fertilización asistida (15,16).

Durante el 11º Congreso Mundial de Endometriosis realizado en Montpellier (Francia) en 2011, se llevó a cabo un Consenso sobre el manejo actual de la endometriosis (17) en el cual se sentaron las bases de los

protocolos a seguir de acuerdo con la edad, estilo de vida, equipamiento disponible, presencia o no de síntomas y demás características que pudieran presentar las pacientes. Asimismo se hace énfasis en la importancia de las asociaciones de pacientes en la contención mutua, en la mejora de la calidad de vida, el apoyo a las familias y en el aporte que hacen a los profesionales médicos en cuanto a la efectividad o no de los tratamientos que reciben.

En octubre de 2004 se fundó la Alianza Europea de Endometriosis (*European Endometriosis Alliance*, EEA), donde 19 representantes de once países europeos se reunieron durante dos días para elaborar un plan de acción a favor de las pacientes con endometriosis. Disponible en: (<http://endometriosis.org/news/support-awareness/european-endometriosis-alliance/>).

Los objetivos de las organizaciones son:

- Aumentar el conocimiento sobre la endometriosis, síntomas, efectos y tratamientos.
- Garantizar que todos los profesionales de la salud entiendan la enfermedad y, por tanto, den el tratamiento adecuado para sus pacientes.
- Garantizar que las pacientes tengan un diagnóstico oportuno, el cuidado apropiado y el apoyo necesario.
- Financiamiento para la investigación.

La EEA decretó también que la *Semana de la endometriosis* fuera la segunda semana del mes de marzo. Esta iniciativa tiempo después fue ampliada y desde hace dos años se considera al mes de **marzo: Mes de concientización de la endometriosis**, y ha comenzado a realizarse la *Marcha de un millón de mujeres por la endometriosis* que en esta oportunidad se llevará a cabo en distintas ciudades de nuestro país y del mundo el día 28.

El objetivo es tratar de concientizar a la población sobre esta patología y de este modo arribar al diagnóstico y tratamiento más temprano para evitar la diseminación de los implantes y adherencias y prevenir la posible infertilidad.

Algunos países de Europa llevan la delantera en cuanto a la toma de conciencia de la prevalencia de la endometriosis. En Dinamarca se han establecido directrices a nivel nacional desde 2002 para que las mujeres con esta enfermedad sean derivadas a uno de los dos centros nacionales, donde la necesaria experiencia quirúrgica esté disponible. Por otra parte, en el Senado italiano, el primer miembro europeo en reconocer la endometriosis como una “*enfermedad social*”, se fijó un plan nacional para dirigir los siguientes aspectos en relación con la endometriosis: tratamiento por especialistas dentro de las redes multidisciplinarias de excelencia; campañas de información para reducir el tiempo en los diagnósticos; desembolsos; registros nacionales para supervisar la epidemiología

y la eficacia de los tratamientos; apoyo; pensiones de invalidez y, por último, inversión en investigación (6).

Los fuertes dolores pelvianos que padecen muchas de las mujeres con endometriosis, además de afectar su vida social y familiar, han sido considerados también como los principales conductores de la pérdida de la productividad del trabajo (18). Aunque resulta difícil evaluar la eficiencia laboral, en algunos estudios mundiales se cuantificó el ausentismo y los resultados mostraron que cada mujer afectada perdió un promedio de 10,8 horas de trabajo semanal. Esto implicó casi el 60% de disminución en la productividad total y una pérdida en los costos anuales (por cada mujer empleada con endometriosis) que variaron entre de 208 U\$ en Nigeria a 23.712 U\$ en Italia (7).

De lo expuesto se desprende entonces que existe una urgente necesidad en todo el mundo de educar y apoyar a las pacientes con endometriosis y a sus familias y de sensibilizar a la comunidad para vencer la indiferencia sobre esta problemática.

Hoy en día existen cada vez más asociaciones en las capitales de casi todos los países del mundo, a la vez que existen asociaciones de pacientes en ciudades capitales de provincias o regiones. La Sociedad Argentina de Endometriosis (así como organizaciones de pacientes como las de Mendoza, Rosario y CABA) está comprometida a divulgar la enfermedad, realizando charlas abiertas a la comunidad, artículos, notas y reportajes en distintos medios de difusión.

Como profesionales miembros de SAEGRE, es nuestro compromiso colaborar en la propagación de esta información para lograr que se reduzca el tiempo de diagnóstico y tratamiento, fomentar la investigación y conseguir beneficios sociales para las pacientes con endometriosis.

## Referencias

1. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet*. 2004;364:1789-1799.
2. Acien P, Velasco I. Endometriosis: a disease that remains enigmatic. *ISRN Obstet Gynecol*. 2013;2013:242149.
3. Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol*. 1927;14:422-469.
4. Augoulea A, Alexandrou A, Creatsa M, Vrachnis N, Lambrinouadaki I. Pathogenesis of endometriosis: the role of genetics, inflammation and oxidative stress. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;286:99-103.
5. Hilaris GE, Payne CK, Osias J, Cannon W, Nezhat CR. Synchronous rectovaginal, urinary bladder, and pulmonary endometriosis. *JSLs*. 2005;9:78-82.

6. Bianconi L, Hummelshoj L, Coccia ME, Viganò P, Vittori G, Veit J, Music R, Tomassini A, d'Hooghe T. Recognizing endometriosis as a social disease: the European Union-encouraged Italian Senate approach. *Fertil Steril*. 2007;88:1285-1287.
7. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, de Cicco NF, de Cicco NC, Jenkinson C, Kennedy SH, Zondervan KT. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril*. 2011;96:366-373.
8. Ozkan S, Murk W, Arici A. Endometriosis and infertility: epidemiology and evidence-based treatments. *Ann NY Acad Sci*. 2008;1127:92-100.
9. D'Hooghe TM, Debrock S, Hill JA, Meuleman C. Endometriosis and subfertility: is the relationship resolved? *Semin Reprod Med*. 2003;21:243-254.
10. Missmer SA, Cramer DW. The epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2003;30:1-19.
11. Shah DK, Moravek MB, Vahratian A, Dalton VK, Lebovic DI. Public perceptions of endometriosis: perspectives from both genders. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89:646-650.
12. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril*. 1997;67:817-821.
13. Streuli I, de Ziegler D, Borghese B, Santulli P, Batteux F, Chapron C. New treatment strategies and emerging drugs in endometriosis. *Expert Opin Emerg Drugs*. 2012.
14. Guo SW. Recurrence of endometriosis and its control. *Hum Reprod Update*. 2009;15:441-461.
15. Jacobson TZ, Duffy JM, Barlow D, Farquhar C, Koninckx PR, Olive D. Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;CD001398.
16. Duffy JM, Arambage K, Correa FJ, Olive D, Farquhar C, Garry R, Barlow DH, Jacobson TZ. Laparoscopic surgery for endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;4:CD011031.
17. Johnson NP, Hummelshoj L. Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod*. 2013;28:1552-1568.
18. De Graaff AA, D'Hooghe TM, Dunselman GA, Dirksen CD, Hummelshoj L, Simoons S. The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Hum Reprod*. 2013;28:2677-2685.