

Editorial: Hospital Metropolitano
ISSN (impreso) 1390-2989 - **ISSN (electrónico)** 2737-6303
Edición: Vol. 29 N° 3 (2021) Octubre - Diciembre
DOI: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/4/2021/113-118>
URL: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/212>
Pág: 113-118

Endometriosis. Revisión bibliográfica. Reporte de un caso

Endometriosis. Bibliographic review. Report of a case

José Humberto Cárdenas Sacoto^{ID 1}, Diego Francisco Cornejo Almeida^{ID 2},
Oswaldo Francisco Barahona Moncayo^{ID 3}, Ginger Alexandra Macias Corral^{ID 4},
Karen Sofía Paredes Lucero^{ID 5}

*Posgradista de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Internacional del Ecuador¹
Especialista en Ginecología y Obstetricia médico tratante Hospital Metropolitano Quito²
Especialista en Ginecología y Obstetricia médico tratante Hospital Metropolitano Quito³
Posgradista de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Internacional del Ecuador⁴
Posgradista de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Internacional del Ecuador⁵*

Recibido: 24/09/2021 Aceptado: 01/10/2021 Publicado: 30/11/2021

RESUMEN

La endometriosis es una patología frecuente, crónica, estrógeno-dependiente, que se caracteriza por la proliferación de glándulas endometriales funcionales y estroma fuera de la cavidad uterina. Si bien la prevalencia varía según la población de estudio, aproximadamente el 10% de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo tienen endometriosis. Esta patología se produce cuando las células endometriales ectópicas se implantan, crecen y provocan una respuesta inflamatoria. La endometriosis, afecta con mayor a mujeres en edades reproductivas, sin embargo, hay registros en adolescentes y mujeres menopáusicas; el tratamiento más aceptado incluye antiinflamatorios y anticonceptivos hormonales.

Keywords: Endometriosis, Metaplasia, Biomarcador.

ABSTRACT

Endometriosis is a frequent, chronic, estrogen-dependent disease characterized by the proliferation of functional endometrial glands and stroma outside the uterine cavity. While the prevalence varies by study population, approximately 10% of women of reproductive age worldwide have endometriosis. This pathology occurs when ectopic endometrial cells implant, grow and provoke an inflammatory response. Endometriosis affects women of reproductive age more, however, there are records in adolescents and menopausal women; the most accepted treatment includes anti-inflammatories and hormonal contraceptives.

Palabras claves: Endometriosis, Metaplasia, Biomarker.

Cárdenas Sacoto José:
Cornejo Almeida Diego:
Barahona Moncayo Oswaldo:
Macias Corral Ginger:
Paredes Lucero Karen:

IDs Orcid

<https://orcid.org/0000-0002-4796-4232>
<https://orcid.org/0000-0002-8784-3689>
<https://orcid.org/0000-0002-5261-1992>
<https://orcid.org/0000-0002-3395-1836>
<https://orcid.org/0000-0003-2581-5436>

Correspondencia: Cárdenas Sacoto José Humberto
Telefono: 0990386000

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una patología ginecológica frecuente, crónica, estrógeno-dependiente, que se caracteriza por la proliferación de glándulas endometriales funcionales y estroma fuera de la cavidad uterina. Las lesiones se localizan más frecuentemente en el peritoneo pélvico (endometriosis superficial) y el ovario con mayor frecuencia, pero pueden ocurrir en múltiples sitios, incluidos el intestino, el diafragma y la cavidad pleural (Kecskstein & Hudelist, 2021). (Ya-Min, Wang, & Chou, 2002).

Epidemiología

Si bien la prevalencia varía según la población que se está estudiando, aproximadamente el 10% de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo tienen endometriosis (Ju Lee, Mi Park, Chul Jee, Beom Kim, & Suk Suh, 2015). El pico de incidencia usualmente se presenta entre los 25 y 35 años, aunque también puede afectar a mujeres más jóvenes o hasta posmenopáusicas (ACOG Committee Opinion No. 760 Summary: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent, 2018).

Factores de riesgo

Los factores asociados con un mayor riesgo de endometriosis incluyen nuliparidad, exposición prolongada a estrógenos, sangrado menstrual abundante, obstrucción del flujo menstrual (anomalías de Muller), exposición a dietilestilbestrol, índice de masa corporal más bajo. (Ulett, 2019).

Patogénesis

La endometriosis se produce cuando las células endometriales ectópicas se implantan, crecen y provocan una respuesta inflamatoria. La patogénesis de la endometriosis parece ser multifactorial, que incluye tejido endometrial ectópico, inmunidad alterada, proliferación celular desequilibrada y apoptosis, señalización endocrina aberrante y factores genéticos (Ya-Min, Wang, & Chou, 2002).

Una vez que se establece la endometriosis, el proceso parece causar síntomas a través de cambios inflamatorios. El dolor pélvico relacionado con la endometriosis se asocia con una mayor producción de mediadores inflamatorios y del dolor, así como con una disfunción neurológica relacionada con los implantes. (Azoulay & Darai, 2006).

Manifestaciones clínicas

Las mujeres con endometriosis presentan durante sus años reproductivos, comúnmente dolor pélvico (incluidas dismenorrea y dispareunia), infertilidad o una masa ovárica (Ya-Min, Wang, & Chou, 2002). Los síntomas adicionales de la endometriosis in-

cluyen disfunción intestinal y de la vejiga, sangrado uterino anormal, dolor lumbar o fatiga crónica, aunque estos síntomas son menos frecuentes. (Ya-Min, Wang, & Chou, 2002).

Laboratorio: No hay hallazgos de laboratorio patognomónicos para la endometriosis. Imágenes: Los hallazgos de imágenes que sugieren endometriosis pélvica incluyen quistes ováricos (endometriomas), nódulos del tabique recto vaginal y nódulos vesicales. Estos hallazgos se observan típicamente con la ecografía transvaginal, pero también se pueden ver con la resonancia magnética (IRM).

Diagnóstico

Diagnóstico definitivo: La endometriosis se diagnostica definitivamente mediante la evaluación histológica de una lesión biopsiada durante la cirugía (típicamente laparoscopia). (L Mowers, y otros, 2016).

El diagnóstico definitivo de endometriosis a menudo se retrasa porque los síntomas de la endometriosis son vagos, los síntomas se superponen con una serie de procesos ginecológicos y gastrointestinales, y un diagnóstico quirúrgico conlleva un riesgo. Los estudios han informado de un retraso diagnóstico medio de 7 a 12 años en mujeres con endometriosis (Falcone & Flyckt, 2018).

Exploración quirúrgica

Indicaciones: Las indicaciones para la exploración quirúrgica incluyen el diagnóstico de dolor pélvico persistente que no responde al tratamiento médico, la evaluación de síntomas graves que limitan la función y el tratamiento de anomalías anatómicas, como las lesiones de la vejiga. La cirugía, casi siempre laparoscopia, permite tanto el diagnóstico como el tratamiento definitivo (Dunselman, y otros, 2014).

Estadificación quirúrgica de la enfermedad: La endometriosis se estadifica quirúrgicamente de acuerdo con el sistema de puntuación revisado de la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva:

- **Estadio I:** La enfermedad mínima se caracteriza por implantes aislados y sin adherencias significativas.
- **Etapa II:** La endometriosis leve consiste en implantes superficiales que miden menos de 5 cm en total y están dispersos en el peritoneo y los ovarios. No hay adherencias significativas.
- **Etapa III:** La enfermedad moderada presenta múltiples implantes, tanto superficiales como profundamente invasivos. Pueden ser eviden-

tes adherencias peritubales y periovarianas.

- **Etapa IV:** La enfermedad grave se caracteriza por múltiples implantes superficiales y profundos, incluidos endometriomas ováricos grandes. Suelen presentarse adherencias densas y vellosas (Brown, Crawford, Allen, Hopewell, & Prentice, 2017).

Tratamiento

Para las mujeres con dolor leve a moderado y sin evidencia ecográfica de un endometrioma, se prescriben medicamentos antiinflamatorios no esteroideos y anticonceptivos hormonales continuos como primera línea de tratamiento porque estas terapias son de bajo riesgo, tienen pocos efectos secundarios y alivian los síntomas de muchas mujeres (Falcone & Flyckt, 2018). Las mujeres cuyos síntomas no mejoran continúan el tratamiento con AINE y se les ofrece una combinación hormonal diferente. (Azoulay & Darai, 2006).

A las mujeres con síntomas graves, síntomas que no responden a las terapias anteriores o presentan síntomas recurrentes, se les ofrece análogos de GnRH con terapia hormonal complementaria o laparoscopia para diagnóstico y tratamiento. (Azoulay & Darai, 2006).

A las mujeres cuyo dolor no responde al tratamiento médico anterior se les ofrece laparoscopia para diagnóstico y tratamiento. La escisión de implantes endometriales, endometriomas y adherencias se realiza en el momento de la cirugía. (L Mowers, y otros, 2016).

REPORTE DE CASO

Paciente de 39 años, antecedentes quirúrgicos: apendicetomía hace 20 años, cesárea hace 5 años, embarazo anembrionado de 16 semanas hace 2 años tratado con legrado.

Antecedentes Gineco-obstétricos: menarquia: 13 años; ciclos menstruales regulares; flujo abundante; dismenorrea: si Eva 10/10, gestas 2, abortos 1, cesáreas 1, partos 0.

Paciente acude a emergencia por cuadro clínico de 12 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso, tipo punzante, en escala Eva 10/10, de predominio en hipogastrio, refiere que dicho dolor se presenta durante los dos primeros días de su menstruación desde hace 3 meses, manejado con analgésicos antiinflamatorios.

Examen físico: paciente con signos vitales dentro de parámetros normales, medidas antropométricas adecuadas.

Abdomen: simétrico, blando depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio.

Región genital: se evidencia sangrado escaso, se realiza exploración con espejo vaginal con evidencia fondo de saco posterior ligeramente abombado, al tacto bimanual se evidencia dolor a la palpación anexial.

Impresión Diagnóstica:

- Abdomen agudo
- Endometriosis

Exámenes de laboratorio:

HCGB cuantitativa: Menor 0.1

Biometría hemática normal.

PCR: 8.91 mg/l

Exámenes de imagen

Ecografía Endo vaginal

Útero ante verso, homogéneo y de diámetros normales; el miometrio sin lesiones nodulares y el endometrio con un grosor de 11mm. En cambio, en los ovarios, el derecho en su presenta dos formaciones quísticas de 11 y 12 mm, mientras que el izquierdo no posee alteraciones.

Procedimiento quirúrgico

Se realiza laparoscopia operatoria + salpinguectomía izquierda + fulguración de focos endometriósicos por: endometriosis severa (grado IV) + hidrosalpinx.

Histopatológico

Se realizó el diagnóstico definitivo mediante una evaluación histológica de la lesión biopsiada durante la cirugía:

- Segmento de trompa uterina izquierda, que muestra dilatación luminal leve compatible con Hidrosalpinx.
- Formaciones pediculadas en relación con focos endometriósicos.

Paciente con recuperación adecuada, es dada de alta luego de 48 horas del procedimiento en condiciones óptimas, con examen físico dentro de parámetros normales y es citada a control por consulta externa luego de 8 días.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de endometriosis se presenta con frecuencia en pacientes con dolor pélvico que no

puede ser atribuido a otra causa, como es el caso de la paciente; por tal razón se decidió realizar una exploración quirúrgica permitiendo dar un diagnóstico definitivo y con ello su tratamiento. El tratamiento inicial de la endometriosis puede ser farmacológico, sin embargo, debido al cuadro clínico agudo de la paciente no fue posible instaurar un tratamiento inicial por lo que decidió la exploración quirúrgica inmediata.

En cuanto a las teorías etiológicas, la más aceptada es la menstruación retrógrada. Sin embargo, es probable que en este caso sea causa de una interacción de las diferentes formas de desarrollo de la endometriosis, lo que sí está claro es que la afectación a la calidad de vida de la paciente era innegable, por lo que la forma en la que se actuó y el tratamiento establecido permitirán mejorar la calidad de vida de la paciente.

CONCLUSIÓN

La endometriosis es una patología ginecológica común en las mujeres en edad reproductiva, sin embargo, dado que la mayoría de las mujeres presentan síntomas que son confundidos con otras enfermedades, la endometriosis está ubicada al final de la lista de patologías por diagnosticar. Al no tener un origen claro o un diagnóstico rápido, la endometriosis puede llegar a detectarse hasta 12 años luego.

Para un diagnóstico definitivo es necesario una intervención quirúrgica y una evaluación histológica de una lesión biopsiada. En este caso citado tras realizar una laparoscopia exploratoria se determinó una endometriosis severa (grado IV) confirmado posteriormente por resultado histopatológico.

Anexos: hallazgos visualizados durante procedimiento

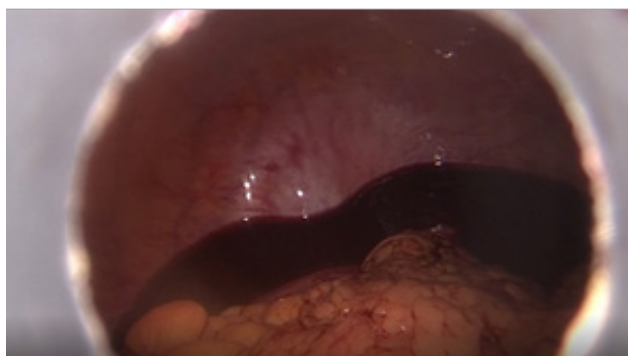


Figura 1. Hemoperitoneo.

Fuente: Foto tomada en el quirófano del Hospital Metropolitano Quito, 2021.

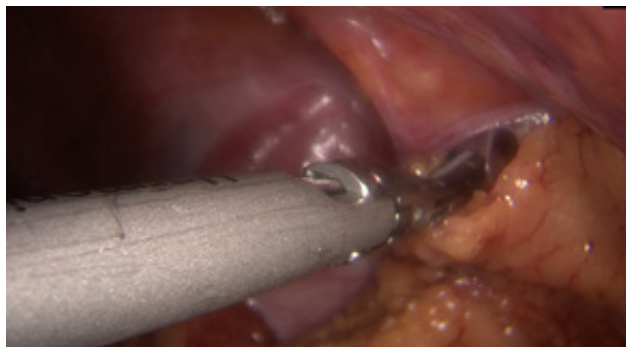


Figura 2. Hemoperitoneo.

Fuente: Foto tomada en el quirófano del Hospital Metropolitano Quito, 2021.

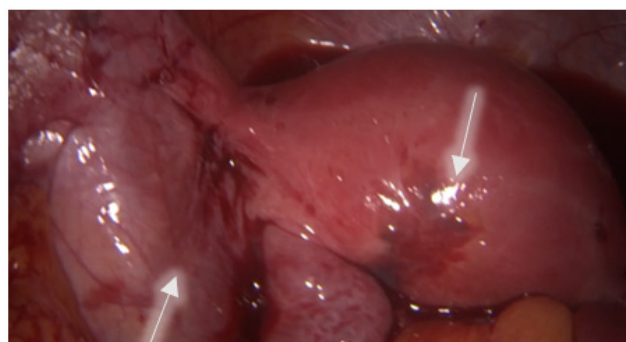


Figura 3. Adherencias de anexos izquierdos a pared lateral de pelvis. Focos endometriósicos en cara posterior de útero.

Fuente: Foto tomada en el quirófano del Hospital Metropolitano Quito, 2021.

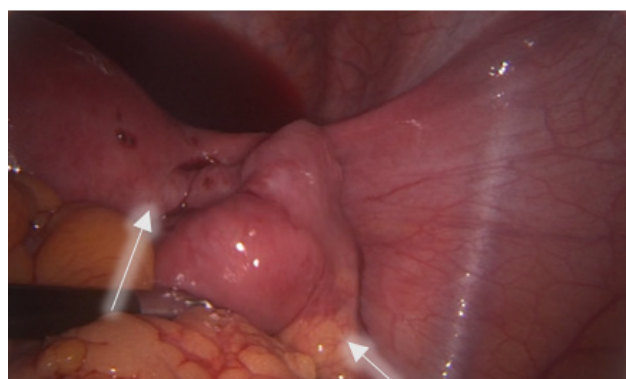


Figura 4. Hidrosalpinx derecho. Focos endometriósicos.

Fuente: Foto tomada en el quirófano del Hospital Metropolitano Quito, 2021.



Figura 5. Adherencias y focos endometriósicos superficiales en fondo de saco posterior.

Fuente: Foto tomada en el quirófano del Hospital Metropolitano Quito, 2021.

Contribución de los autores

- a) Concepción y diseño del trabajo: JC, KP, GM, DC
- b) Análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito y revisión crítica del manuscrito: JC, KP, GM, DC, OB
- c) Aprobación de su versión final: DC, OB
- d) Aporte de paciente o material: JC, KP, GM, DC, OB
- e) Asesoría técnica o administrativa: Todos los Autores

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de interés personal, financiero, intelectual, económico y de interés corporativo con el Hospital Metropolitano y los miembros de la revista Metro Ciencia.

Financiación

No fue necesario financiamiento económico.

Agradecimiento

Los autores agradecemos al Hospital Metropolitano por constituirse en el centro principal de aprendizaje del desarrollo del posgrado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Internacional del Ecuador, dicho centro es además un ente que fomenta la investigación y la revisión de casos para un aprendizaje teórico práctico que permita desarrollar las destrezas necesarias para el ejercicio profesional a futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vercellini P, Somigliana E, Vigan P, De Matteis S, Barbara G, Fedele L. Post-operative endometriosis recurrence: A plea for prevention based on pathogenetic, epidemiological and clinical evidence. *Reprod Biomed Online* [Internet]. 2010;21(2):259–65. Available from: [https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483\(10\)00230-0/fulltext](https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(10)00230-0/fulltext)
2. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: Pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol* [Internet]. 2014;10(5):261–75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrendo.2013.255>
3. De Cicco C, Corona R, Schonman R, Mailova K, Ussia A, Koninckx PR. Bowel resection for deep endometriosis: A systematic review. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2011;118(3):285–91.
4. ACOG Committee Opinion No. 760 Summary: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent, *Obstetrics & Gynecology*: December 2018 - Volume 132 - Issue 6 - p 1517-1518 doi: 10.1097/AOG.0000000000002981
5. Lee HJ, Park YM, Jee BC, Kim YB, Suh CS. Various anatomic locations of surgically proven endometriosis: A single-center experience. *Obstet Gynecol Sci*. 2015;58(1):53.
6. Keckstein J, Hudelist G. Classification of DIE including bowel endometriosis: From r-ASRM to #Enzian- classification. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2020; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.11.004>
7. Morales Martínez C, Tejuca Somoano S. Abdominal wall endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017;217(6):701–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.07.033>
8. Aznarez DR, Dionisi DH, Etchepareborda DJJ, Fusaro DL, Gonzalez DA, Jofré DM, et al. Actualización de Consenso de Endometriosis Octubre 2019 FASGO. 2019;25. Available from: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_de_Consenso_Endometriosis_2019.pdf
9. Langmár Z, Sziller P. Endometriosis = Endometriosis. *Orv Hetil*. 2011;152(25):1013–8. Available from: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v35n1/1409-0015-mlcr-35-01-23.pdf>
10. Ulett NM. Actualización en los puntos clave de la endometriosis. *Rev Médica Sinerg*. 2019;4(5):35–43. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms195d.pdf>
11. Lete, I. (2019). Endometriosis: diagnóstico y tratamiento. *Medicina Clínica*, 152(12), 508-512. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.01.005>
12. Falcone, Tommaso MD; Flyckt, Rebecca MD Clinical Management of Endometriosis, *Obstetrics & Gynecology*: March 2018 - Volume 131 - Issue 3 - p 557-571 doi: 10.1097/AOG.0000000000002469
13. Azoulay, C., & Daraï, E. (2006). Tratamiento médico de la endometriosis (excluyendo la adenomiosis). *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 42(1), 1-13. [https://doi.org/10.1016/s1283-081x\(06\)45066-9](https://doi.org/10.1016/s1283-081x(06)45066-9)
14. Shafir AL, Farland L V, Shah DK, Harris HR, Kvaskoff M, Zondervan K, et al. Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2018;51(July):1–15. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.06.001>
15. Mowers EL, Lim CS, Skinner B, Mahner N, Kamdar N, Morgan DM, et al. Prevalence of endometriosis during abdominal or laparoscopic hysterectomy for chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2016;127(6):1045–53.
16. Arnold J, Vercellino GF, Chiantera V, Schneider A, Mechsner S, Barceña De Arellano ML. Neuroimmunomodulatory alterations in non-lesional peritoneum close to peritoneal endometriosis. *Neuroimmunomodulation*. 2012;20(1):9–18. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23154237/>
17. Liang Y, Yao S. Potential role of estrogen in maintaining the imbalanced sympathetic and sensory innervation in endometriosis. *Mol Cell Endocrinol* [Internet]. 2016; 424:42–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mce.2016.01.012>
18. Cheng YM, Wang ST, Chou CY. Serum CA-125 in preoperative patients at high risk for endometriosis. *Obstet Gynecol*. 2002;99(3):375–80. Available from: 10.1016/s0029-7844(01)01731-8
19. Nisenblat V, Prentice L, Bossuyt PMM, Farquhar C, Hull ML, Johnson N. Combination of the non-invasive tests for the diagnosis of endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(7). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012281/full>
20. Glanc P, Benacerraf B, Bourne T, Brown D, Coleman BG, Crum C, et al. First International Consensus Report on Adnexal Masses: Management Recommendations. *J Ultrasound Med*. 2017;36(5):849–63. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jum.14197>

21. Practice T, Medicine R. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: A committee opinion. *Fertil Steril* [Internet]. 2014;101(4):927–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.02.012>
22. Dunselman GAJ, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: Management of women with endometriosis. *Hum Reprod*. 2014;29(3):400–12.
23. Brown J, Crawford TJ, Allen C, Hopewell S, Prentice A. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017(1).
24. Flyckt R, Kim S, Falcone T. Surgical Management of Endometriosis in Patients with Chronic Pelvic Pain. *Semin Reprod Med*. 2017;35(1):054–64.
25. Alkatout I, Mettler L, Beteta C, Hedderich J, Jonat W, Schollmeyer T, et al. Combined Surgical and Hormone Therapy for Endometriosis is the Most Effective Treatment: Prospective, Randomized, Controlled Trial. *J Minim Invasive Gynecol*. 2013;20(4):473–8

Cárdenas Sacoto J, Cornejo Almeida D, Barahona Moncayo O, Macías Corral G, Paredes Lucero K. Endometriosis. Revisión bibliográfica. Reporte de un caso. *Metro Ciencia* [Internet]. 29 de noviembre de 2021; 29(4):113-118. <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/4/2021/113-118>