



# ENDOMETRIOSIS

Alumno: Oscar Zebadua Lopez

Ginecología y Obstetricia

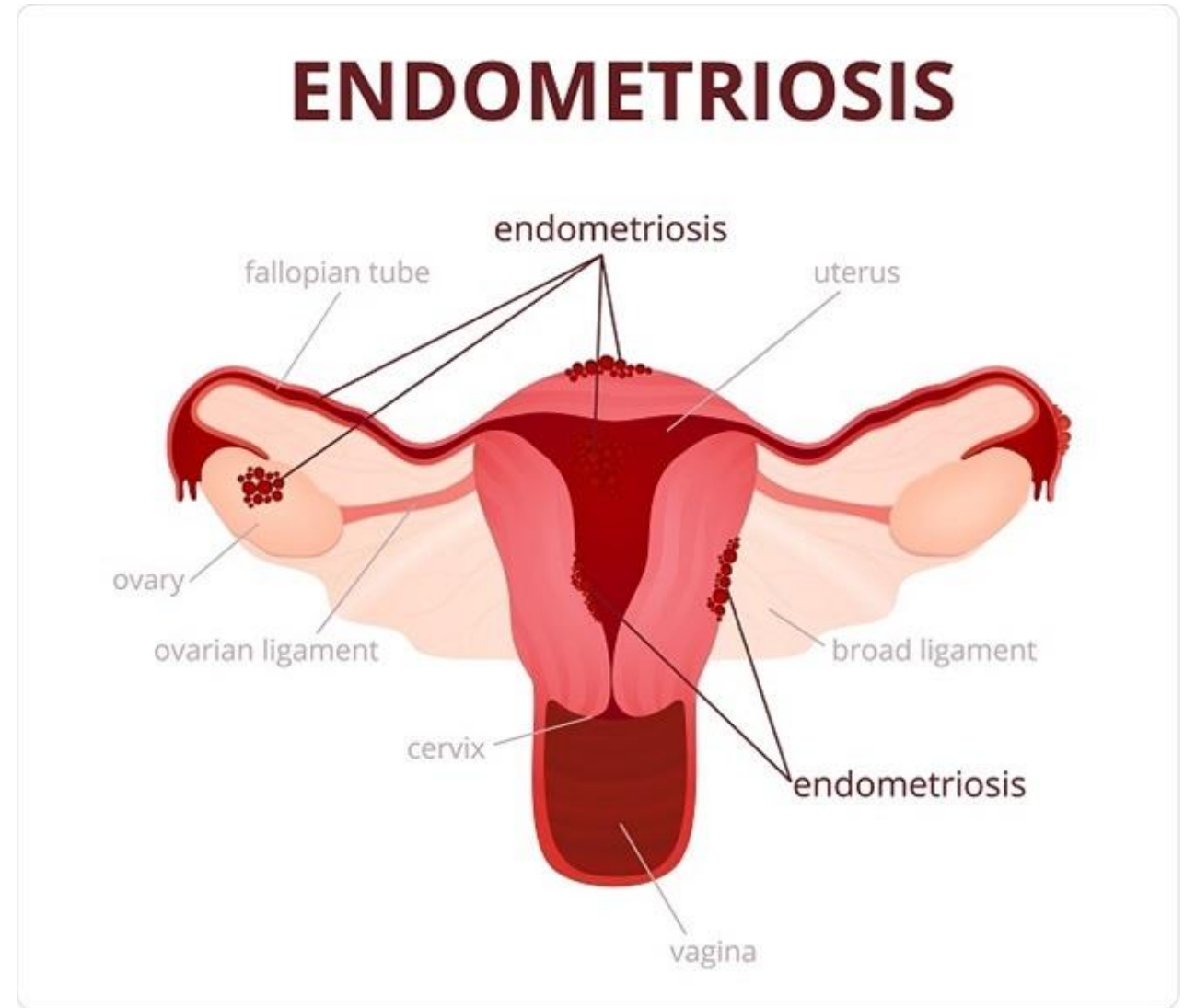
7mo Semestre

Universidad del Sureste

Dr. Luis Ignacio Gayoso

# ENDOMETRIOSIS

- Presencia de tejido endometrial (epitelio glandular y estroma), funcionalmente activo, fuera de la cavidad uterina.



# ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

**IMPLANTATIVA O DE LA MESTRUACIÓN RETRÓGADA**



Reflujo endometrial por vía canalicular retrógrada durante la menstruación, implantación y crecimiento en peritoneo

**METAPLÁSICA**



Ante estímulo inflamatorio estrogénico se produciría tejido endometrial a partir del epitelio celómico.

**LINFÁTICA O VASCULAR**

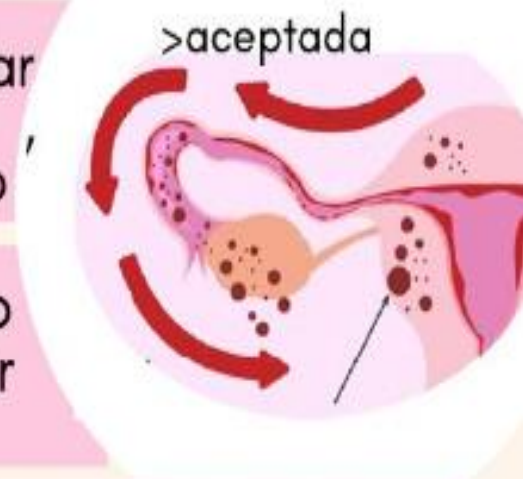


Presencia de tejido endometrial en el sistema venoso o linfático (localización pulmonar y umbilical).

**DE LA INDUCCIÓN**

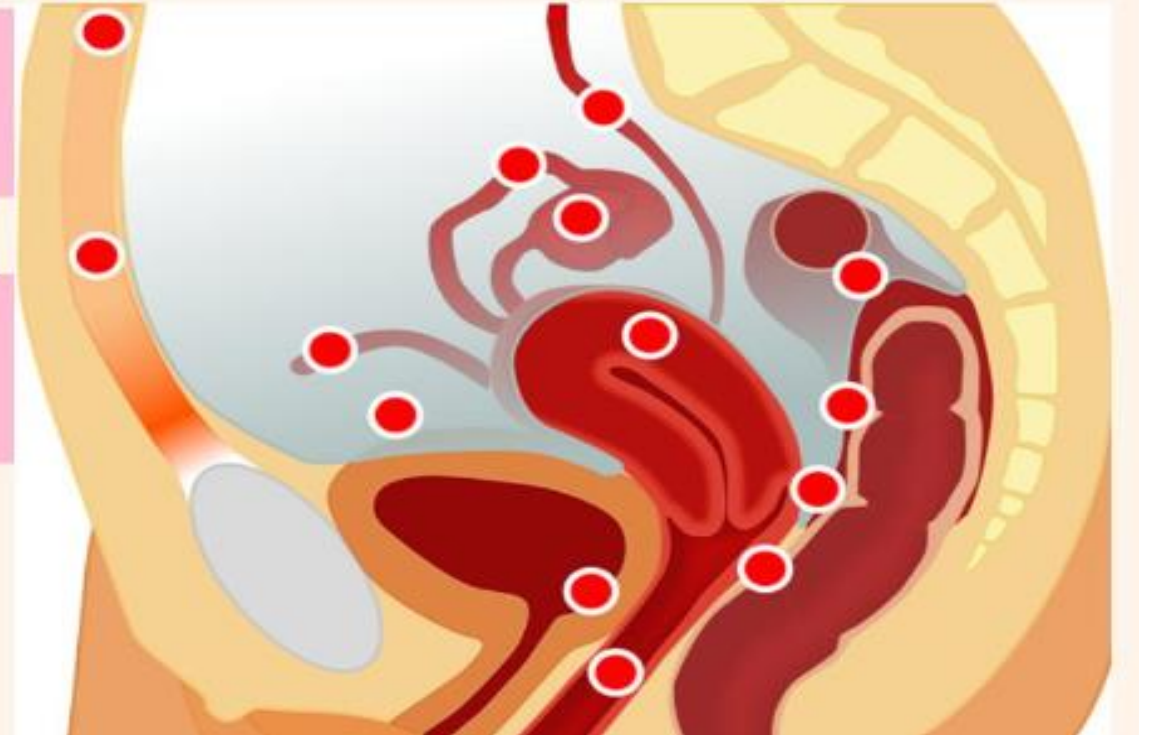
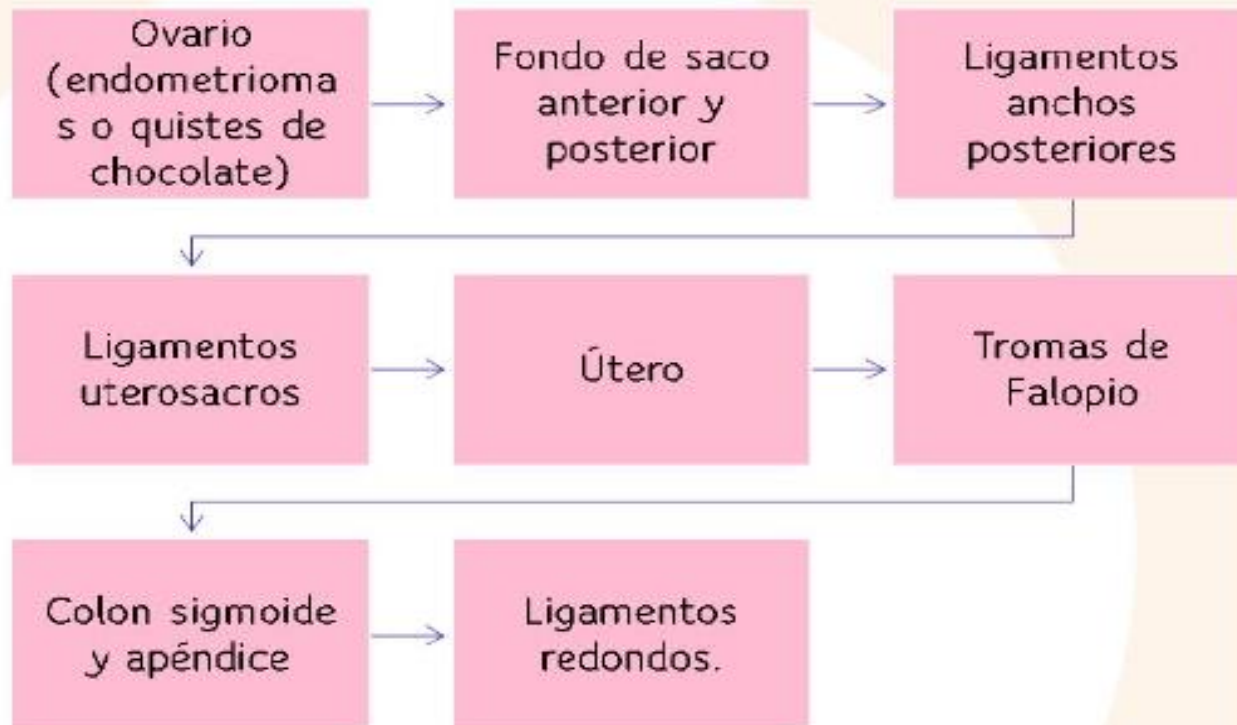


Un estímulo endógeno /exógeno inductor favorece la diferenciación de células peritoneales en células endometriales



# LOCALIZACIÓN

Sitios más comunes en orden decreciente de frecuente :



# EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que afecta entre 6-10% de las mujeres en edad reproductiva.

Entre 50-60% de las mujeres y adolescentes con antecedentes de dolor pélvico.



1 de cada 10 mujeres en edad reproductiva (15-49 años) sufre de endometriosis



# FACTORES DE RIESGO

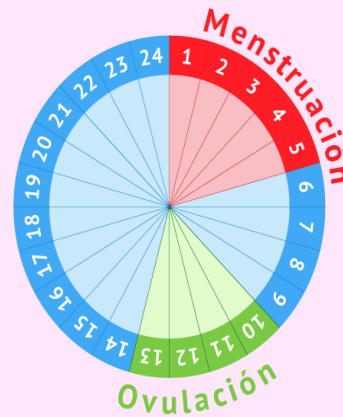
- Antecedentes familiares
- Factores de menor magnitud asociados son:
- nuliparidad, consumo de carnes rojas y grasas trans
- Lactancia prolongada y la multiparidad → Protectores



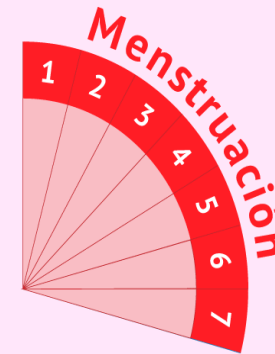
Menarquia temprana



Menopausia tardía



Ciclos menstruales cortos



Menstruación prolongada

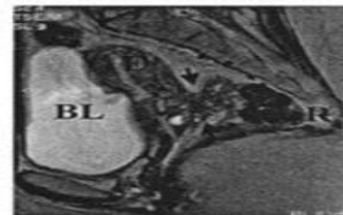
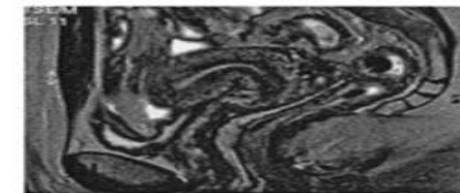
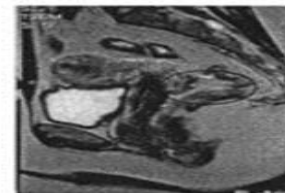
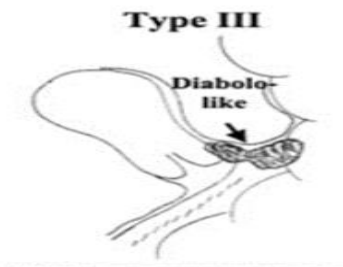
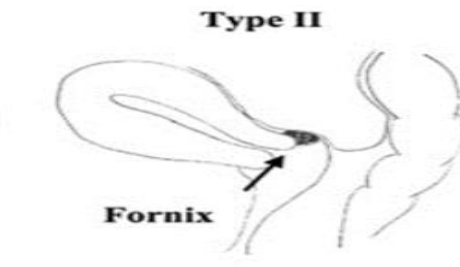
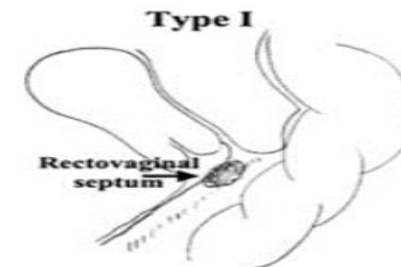
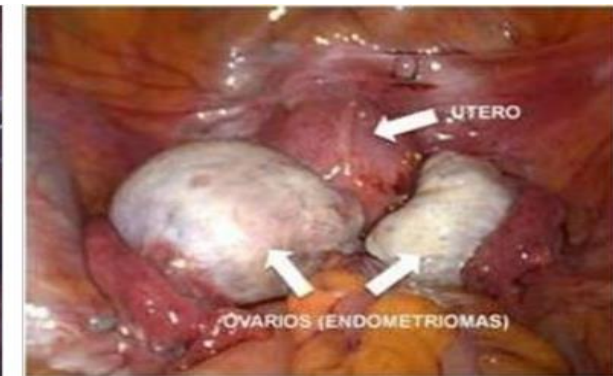
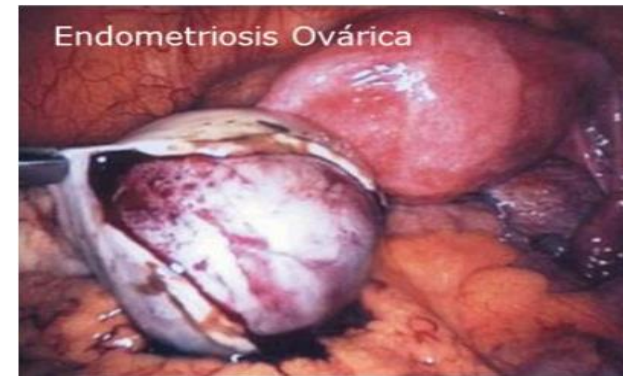
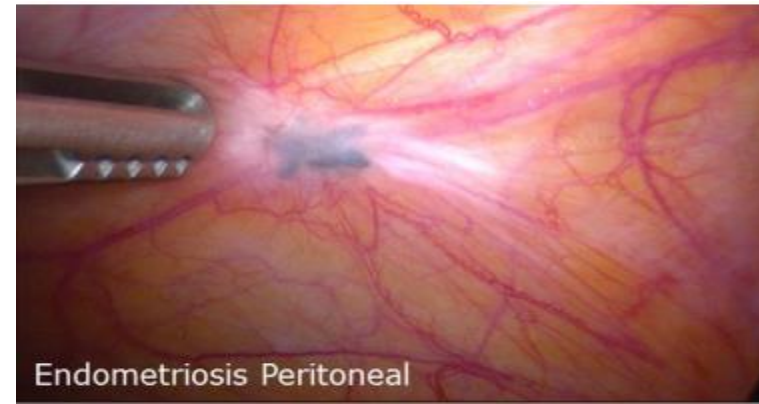
# TIPOS

Peritoneal

Ovárica  
(endometrioma)

Tabique recto-  
vaginal

Extrapélvica



# CLASIFICACIÓN

- **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 superficiales o invasivos.
- **Estadio IV Severa:** Implantes múltiples, superficiales y profundos que incluyen grandes endometriomas ováricos.

**Grado I:**  
endometriosis  
mínima



**Grado III:**  
endometriosis  
moderada



**Grado II:**  
endometriosis  
leve



**Grado IV:**  
endometriosis  
severa





# CUADRO CLINICO

## DOLOR

- Constante, cíclico, que empeora con la menstruación

## Relacionados

- Dismenorrea, dispareunia, disquicia y disuria

## Esterilidad

- Desde adherencias, las cuales limitan la captación y transporte normal del ovocito a nivel de las Trompas de Falopio, hasta alteración en la implantación y en las células de la granulosa, así como en la calidad ovocitaria.



Dolor abdominal



Dispareunia



Metrorragia



Dolor lumbar

### Presentaciones comunes de Endome

#### Síntoma

Dismenorrea

Dispareunia

Disuria

Disquicia catamenial

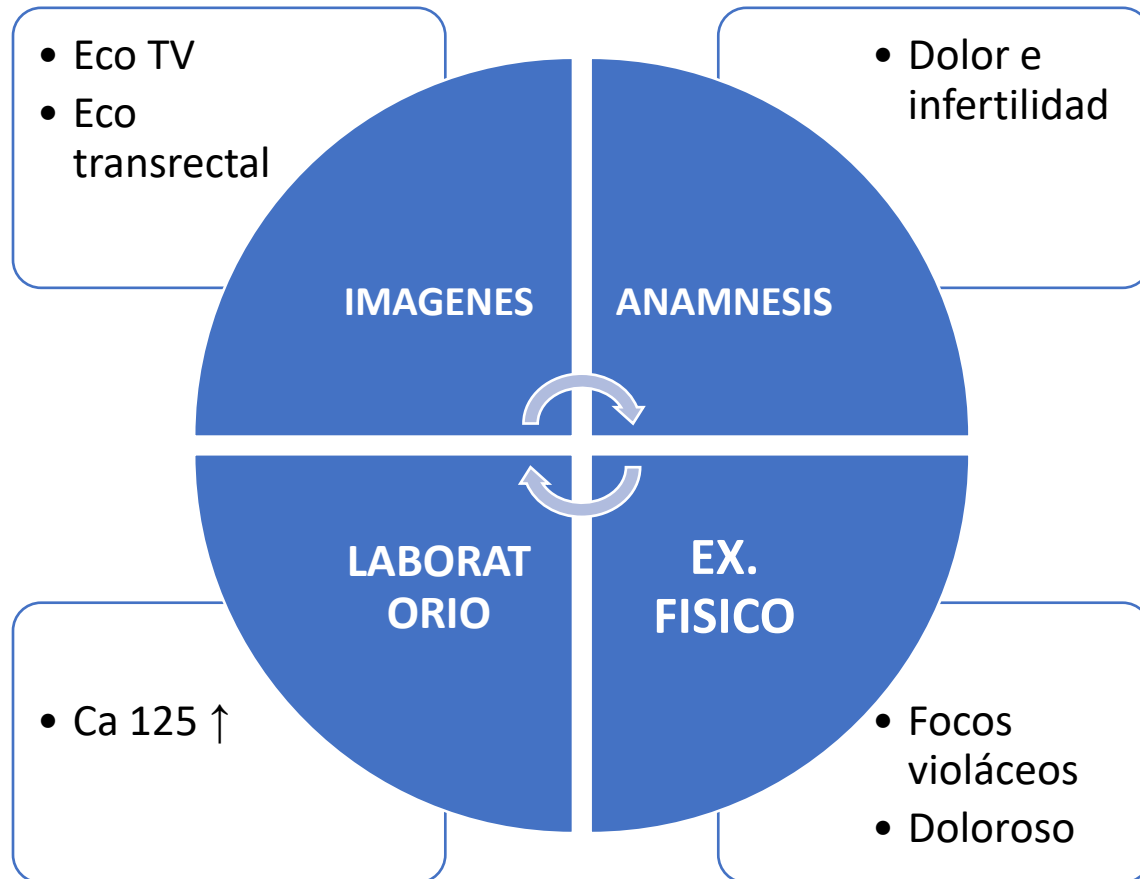
Dolor pélvico crónico

Lumbalgia crónica

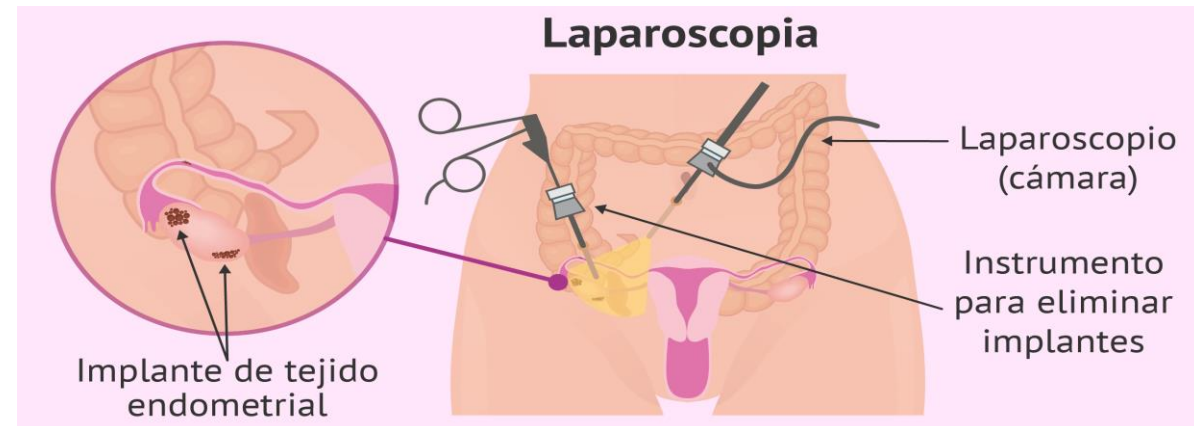
Tumor anexial (endometrioma)

Infertilidad

# DIAGNOSTICO



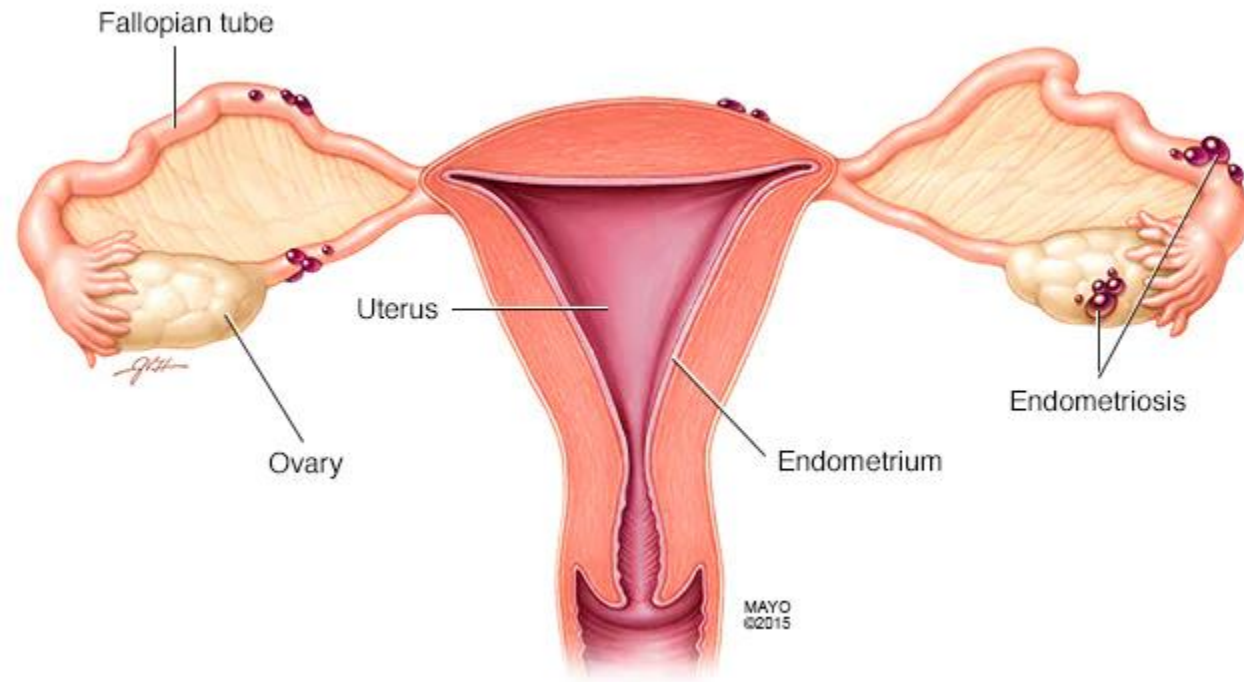
**Laparoscopia: Goldstandard.**



# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## EN LAS PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO

- Enfermedad inflamatoria pélvica crónica.
- Adherencias pélvicas.
- Disfunción intestinal
- Otras etiologías del dolor pélvico crónico.

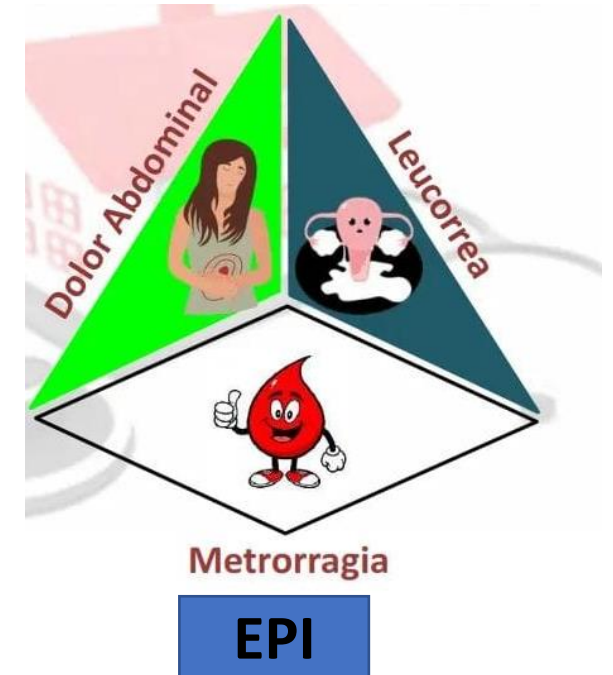
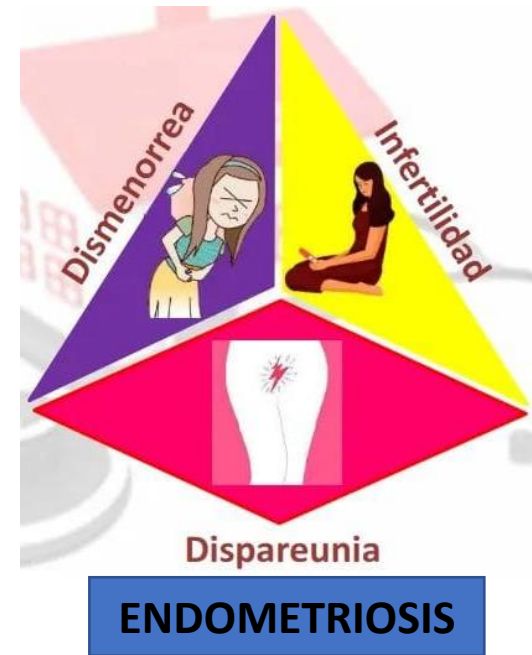


**EN LAS PACIENTES CON DISPAREUNIA,** los diagnósticos diferenciales comprenden

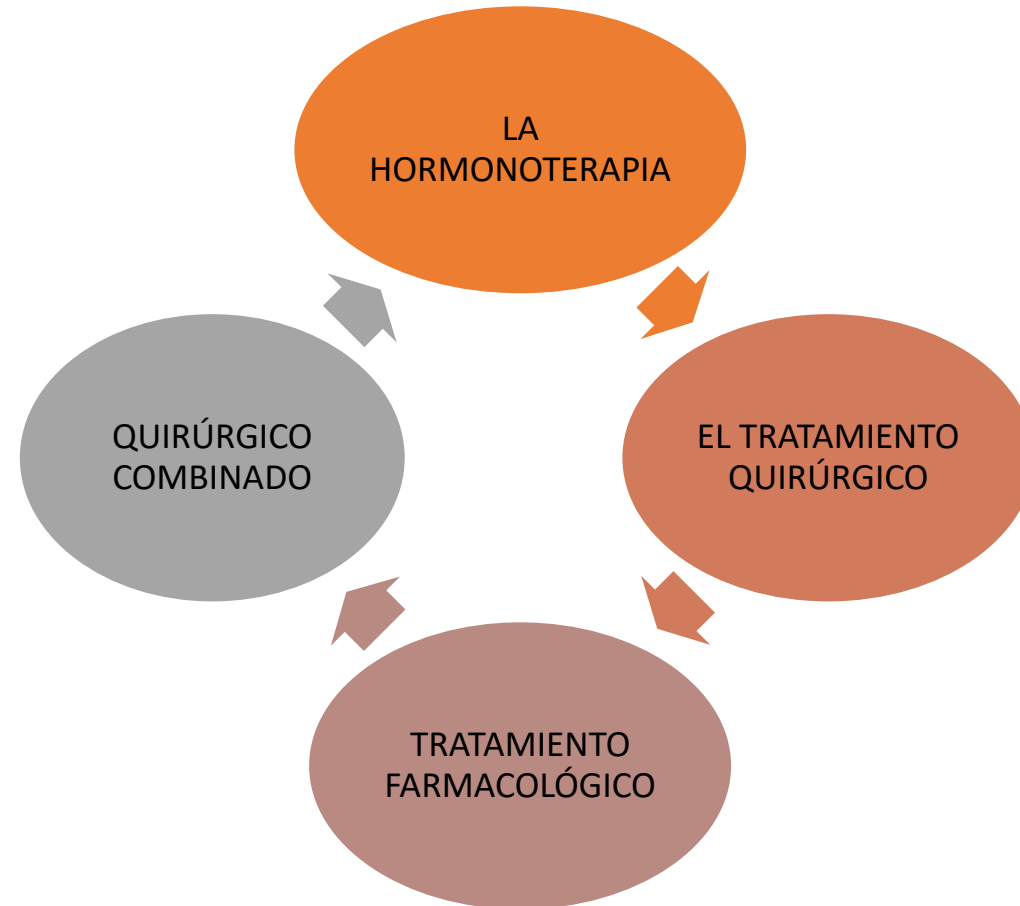
- La enfermedad inflamatoria pélvica crónica.
- Los quistes ováricos.
- La retroversión uterina sintomática.

### EL DOLOR ABDOMINAL SÚBITO:

- La rotura de un endometrioma.
- Embarazo ectópico.
- Enfermedad inflamatoria pélvica aguda.
- La torsión de los anejos uterinos.
- La rotura de un quiste del cuerpo lúteo.
- Neoplasia ovárica.



# TRATAMIENTO





## **CONDUCTA EXPECTANTE:**

Las pacientes mayores con síntomas leves pueden optar por esperar hasta que se produzca el descenso natural de las concentraciones de estas hormonas que tiene lugar con la menopausia.

## **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:**

Esta es la estrategia terapéutica óptima para las pacientes que tienen síntomas, que padecen una endometriosis de cierta consideración demostrada o que desean embarazarse en el futuro.



1. ACO: induce una reacción decidual en el tejido endometrial funcionante.
2. Anticonceptivos hormonales combinados: son eficaces ya que su mecanismo de acción es producir amenorrea, debido a la alteración del tejido endometrial y pueden ser tomados de manera segura durante un largo plazo.
3. Danazol y Gestrinona: suprimen la secreción de gonadotropinas, inhiben directamente la síntesis de esteroides e interactúan con los receptores endometriales de andrógenos y progesterona.
4. Dispositivo intrauterino de Levonorgestrel.
5. AINES: manejo del dolor.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Conservador o definitivo.

### CIRUGÍA CONSERVADORA

Comprende la resección, la cauterización o la ablación (con láser o electrocoagulación) de las lesiones endometriales visibles, la normalización de la anatomía y la conservación del útero y otros órganos genitales para permitir un posible embarazo en el futuro

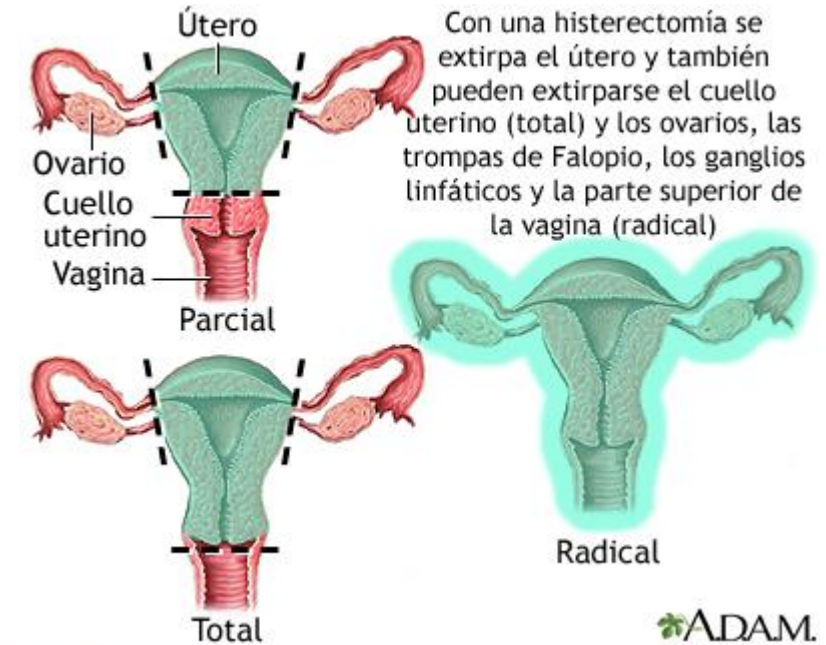
Si se descubre una enfermedad extensa, la cirugía conservadora implica la lisis de las adherencias, la eliminación de las lesiones endometriales activas y posiblemente la reparación de los órganos genitales.

1. Los índices de embarazo después de una intervención con energía eléctrica o láser de argón oscilan entre 34 a 75%.
2. Los índices de embarazo tras la vaporización con láser de dióxido de carbono oscilan entre 25 a 100% para la enfermedad en estadio 2.
  - entre 19 a 66% para la enfermedad en estadio 3.
  - entre 25 a 50% para la enfermedad en estadio 4

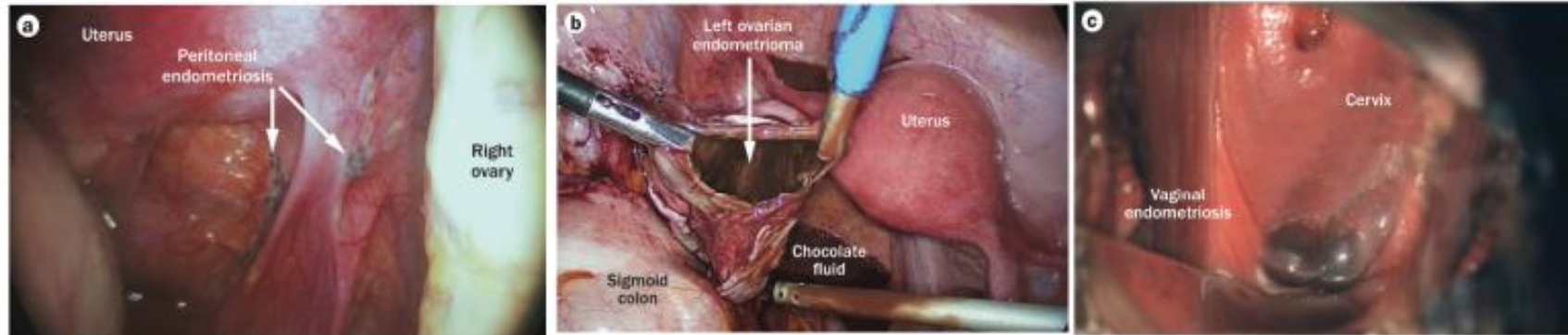
## CIRUGÍA DEFINITIVA:

- La histerectomía abdominal total.
- La salpingooforectomía bilateral.
- La lisis de las adherencias.
- La extirpación de los implantes endometriales.

Puede conservarse uno o ambos ovarios si no están afectados y la endometriosis puede researse completamente.



ADAM.

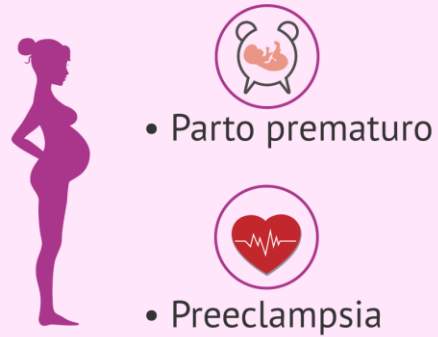


*Imagen 2: Ejemplos visuales de las formas más frecuentes de endometriosis. A: Implantes peritoneales endometrióticos azulados en ambos aspectos, lateral y medial del ligamento uterosacro derecho, en el saco de Douglas postero-uterino. B: Endometrioma ovárico izquierdo. El quiste ha sido abierto y sus márgenes son sujetos con dos microforceps atraumáticos. La pared de la pseudocavidad está cubierta con sangre antigua, espesa y alquitranada (fuido chocolate), que también llena la porción más profunda del saco de Douglas. C: Nódulos endometrioides en el área retrocervical. Lesiones endometrioides azuladas características infiltran la parte posterior del fornix vaginal. Tomado de Vercellini, P et al. (2014)*

# COMPLICACIONES



## Complicaciones tempranas del embarazo



## Complicaciones en embarazo avanzado

La endometriosis puede llevar a problemas para quedar embarazada.

Otras complicaciones de la endometriosis abarcan:

Quistes grandes en la pelvis que pueden abrirse (romperse).

Dolor pélvico prolongado que interfiere con las actividades sociales y laborales.

En muy raras ocasiones, se puede presentar cáncer en las áreas de crecimiento de tejido después de la menopausia.

En casos raros, el tejido de la endometriosis puede causar obstrucción de los intestinos o las vías urinarias.

