

PATIENT EDUCATION



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

Endometriosis

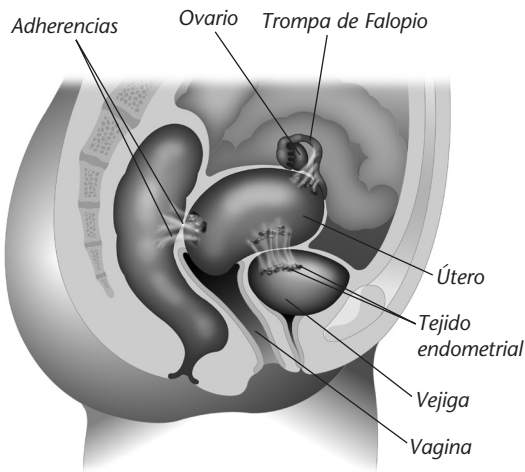
La **endometriosis** es una enfermedad donde el tipo de tejido que forma el revestimiento del **útero** (el **endometrio**) se encuentra fuera del útero. Esta enfermedad ocurre en aproximadamente 1 de cada 10 mujeres en edad reproductora. Muchas mujeres con endometriosis no presentan síntomas o solo tienen molestias leves. En otras, el dolor es tan intenso que les impide hacer las actividades normales. La endometriosis también es una de las causas principales de **infertilidad**.

Este folleto explica

- dónde ocurre la endometriosis en el cuerpo
- quién puede padecer de esta enfermedad
- los síntomas de endometriosis
- el diagnóstico
- el tratamiento

En 2018, La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, Food and Drug Administration) aprobó un medicamento para tratar el dolor asociado con la endometriosis. El medicamento se llama antagonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). Los expertos del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) han estado discutiendo cómo y para quién este tratamiento podría ser apropiado en mujeres con endometriosis. Este folleto puede actualizarse después de que ACOG haya completado su evaluación

Endometriosis



La endometriosis puede ocurrir en la superficie de los órganos o dentro de los mismos. Las adherencias se forman del tejido cicatrizante.

Dónde ocurre la endometriosis

En la endometriosis, las áreas de tejido endometrial (que a menudo se llaman implantes) se encuentran fuera del útero, generalmente dentro de la pelvis y la cavidad abdominal. Los implantes de endometriosis aparecen con mayor frecuencia en los siguientes lugares:

- El **peritoneo**
- Los **ovarios**
- Las **trompas de Falopio**
- Las superficies externas del útero, la **vejiga**, los **uréteres**, los intestinos y el **recto**
- El fondo de saco (el espacio detrás del útero)

Los implantes se pueden desarrollar en las superficies de afuera de los órganos o penetrar más adentro de las paredes de algunos órganos como la vejiga o los intestinos. Los implantes pueden ser muy pequeños o crecer hasta llegar al tamaño de una naranja o incluso ser más grandes. En casos raros, el tejido endometrial se puede hallar en otras partes del cuerpo fuera de la pelvis, como los pulmones.

La endometriosis responde a cambios en el **estrógeno**, una **hormona** de la mujer. Los implantes pueden crecer y sangrar como lo hace el revestimiento uterino durante el **periodo menstrual**. El tejido circundante también se puede irritar, inflamar e hinchar. Además, el desprendimiento y sangrado de este tejido cada mes puede

producir tejido cicatrizante, denominado **adherencias**. A veces, las adherencias pueden hacer que los órganos se adhieran entre sí. El sangrado, la **inflamación** y el tejido cicatrizante pueden causar dolor, especialmente antes y durante la menstruación.

Quién puede padecer de endometriosis

La endometriosis se diagnostica con mayor frecuencia en las mujeres que están en la tercera y cuarta década de vida, aunque puede ocurrir en cualquier mujer que tiene la menstruación. Las mujeres cuya madre, hermana o hija ha tenido endometriosis tienen una mayor probabilidad de padecer esta enfermedad. Esto indica que la endometriosis podría ser parcialmente heredada, es decir, que se transmite de los padres a los hijos por medio de los **genes**. Las mujeres que han tenido hijos tienen una menor probabilidad de tener endometriosis.

La endometriosis es comúnmente asociada con la infertilidad. Casi 4 de cada 10 mujeres con infertilidad tienen endometriosis. En casos graves de endometriosis, las trompas de Falopio podrían estar bloqueadas con adherencias o tejido cicatrizante lo cual impide que el **óvulo** se desplace por la trompa. En casos menos graves, se cree que la inflamación puede perjudicar al espermatozoide o al óvulo. La inflamación también puede interferir en el desplazamiento del espermatozoide y el óvulo por las trompas de Falopio hasta el útero.

Los síntomas de endometriosis generalmente desaparecen o se alivian después de la **menopausia**. Esto se debe a que después de la menopausia, los ovarios dejan de producir estrógeno. Sin estrógeno, por lo general cesa el desarrollo de la endometriosis y el tamaño de los implantes generalmente disminuye.

Síntomas

El síntoma más común de endometriosis es dolor pélvico crónico (a largo plazo), en particular inmediatamente antes y durante el periodo menstrual. El dolor que ocurre con la menstruación se llama **dismenorrea**. En las mujeres con endometriosis, la dismenorrea a menudo empeora con el tiempo. También el **coito** puede ser doloroso. Si la endometriosis está presente en los intestinos, las evacuaciones intestinales pueden ser dolorosas. Si implica la vejiga, puede ser doloroso orinar. Otro síntoma de endometriosis son los sangrados menstruales intensos.

La intensidad del dolor no siempre coincide con la gravedad de la enfermedad. Por ejemplo, algunas mujeres con dolor leve pueden tener una gran cantidad de implantes y muchas adherencias. Otras con dolor intenso pueden tener una cantidad pequeña de implantes y pocas adherencias. Muchas mujeres con endometriosis no presentan síntomas. De hecho, es posible que se enteren de que tienen endometriosis si no pueden quedar embarazadas o al someterse a una cirugía por otro motivo.

Diagnóstico

Si tiene dolor y otros síntomas de endometriosis, su **ginecólogo obstetra (ginecoobstetra)** primero puede realizar una exploración física, incluida una **exploración pélvica**. Muchos de los síntomas de endometriosis son semejantes a los que ocurren con otros problemas, como con el síndrome del colon irritable, problemas con las vías urinarias y con infecciones. Su ginecoobstetra deberá descartar estas otras causas.

La única manera de determinar con certeza si tiene endometriosis es mediante una cirugía. Generalmente se practica una cirugía si el tratamiento con medicamentos no da resultado o si tiene infertilidad. La cirugía se realiza con mayor frecuencia por **laparoscopia**. La laparoscopia implica hacer una pequeña incisión cerca del ombligo. Entonces, un tubo que se llama laparoscopio se introduce por el ombligo hasta el abdomen. El laparoscopio le permite al cirujano ver los órganos pélvicos. A veces, se extrae una pequeña cantidad de tejido durante este procedimiento. Esto se denomina **biopsia**. Le darán **anestesia** para este procedimiento.

Tratamiento

El tratamiento de la endometriosis depende de la gravedad de la enfermedad, sus síntomas y si desea o no tener hijos. El tratamiento puede consistir en medicamentos, cirugía, o ambos. Cuando el dolor es el problema principal, generalmente se prueban los medicamentos primero.

Medicamentos

Los medicamentos que se usan para tratar la endometriosis incluyen analgésicos y medicamentos hormonales, que incluyen

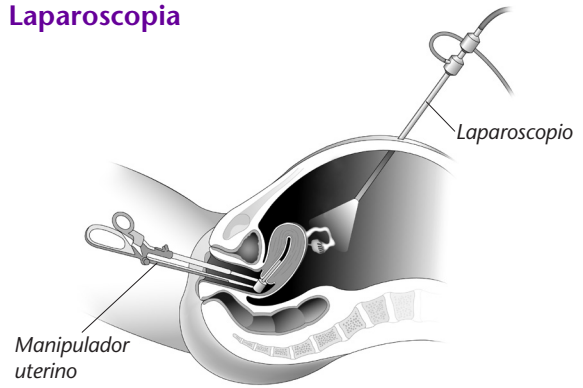
- **medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE)**
- **anticonceptivos** orales
- **progestina**
- **agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH)**

Los medicamentos que se usan para tratar la endometriosis consisten en analgésicos y medicamentos hormonales. Las hormonas pueden retardar el desarrollo del tejido endometrial y evitar la formación de nuevas adherencias. Estos medicamentos generalmente no eliminan el tejido endometrial que ya está presente.

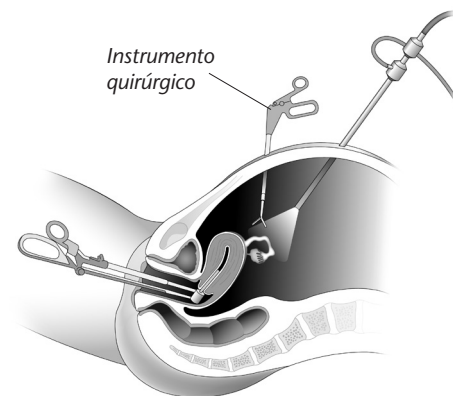
Al igual que ocurre con la mayoría de los medicamentos, muchos de ellos causan efectos secundarios. Estos medicamentos tampoco alivian el dolor en todas las mujeres. En muchas mujeres, el dolor regresa cuando se suspenden los medicamentos.

AINE. En las mujeres con dolor asociado con endometriosis que desean tener hijos, a veces se prueban primero los medicamentos antiinflamatorios sin esteroides. Estos medicamentos pueden aliviar el dolor pero no tratan ninguno de los otros síntomas de endometriosis.

Laparoscopia



El laparoscopio se introduce a través de un pequeño corte (o incisión) que se hace debajo o dentro del ombligo. El manipulador uterino desplaza los órganos para poder verlos. El laparoscopio proyecta imágenes de los órganos pélvicos en una pantalla.



Si fuera necesario, se podrían hacer otras incisiones pequeñas en el abdomen para introducir instrumentos quirúrgicos.

Anticonceptivos orales. Los anticonceptivos orales que contienen las hormonas estrógeno y progestina a menudo se recetan para tratar los síntomas de endometriosis. Estos medicamentos controlan el **ciclo menstrual** y reducen las áreas de endometriosis. Los anticonceptivos orales ayudan a mantener los períodos regulares y pueden aliviar el dolor. Las píldoras de dosis continua (que también se llaman de ciclo extendido) son un tipo de anticonceptivos orales. Estos fármacos reducen la cantidad de períodos que tiene o los detienen por completo. Los efectos secundarios de las anticonceptivos orales son dolor de cabeza, sensibilidad en los senos al tacto, náuseas y sangrado irregular. Si estos efectos secundarios ocurren, hable con su profesional de atención médica. Si una marca de píldora produce efectos secundarios, se puede probar otra marca.

Progestinas. Los métodos anticonceptivos que solo contienen la hormona progestina se pueden usar para reducir las áreas de endometriosis. La progestina se

puede administrar como una píldora, una inyección o un implante que se introduce debajo de la piel del brazo. El **dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés)** hormonal también se ha usado para tratar el dolor asociado con la endometriosis. Algunos posibles efectos secundarios de la progestina son sangrado menstrual irregular, aumento de peso y dolores de cabeza. La inyección puede disminuir la densidad ósea durante los primeros años de uso. Cuando se suspenden las inyecciones, la densidad ósea en la columna vertebral se normaliza para la edad de la mujer al cabo de 2 años, aunque a un ritmo más lento en la cadera. En una pequeña cantidad de mujeres, pueden ocurrir demoras temporales en la fertilidad después de suspender las inyecciones. Si le preocupan estos efectos secundarios, hable con su ginecoobstetra.

Agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina. Estas hormonas reducen los niveles de estrógeno suspendiendo la función de los ovarios. Al hacerlo, se produce un estado a corto plazo parecido a la menopausia. No tendrá períodos y no podrá quedar embarazada mientras esté tomando agonistas de la GnRH.

Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina pueden administrarse por inyección, implantes o rociador nasal. En la mayoría de los casos, se reducen las áreas de endometriosis y se alivia el dolor. Los efectos secundarios de este medicamento podrían incluir los siguientes:

- Sofocos (calores)
- Dolores de cabeza
- Resequedad vaginal
- Reducción en la densidad ósea

El tratamiento con agonistas de la GnRH suele durar de 3 a 6 meses. Algunas mujeres pueden necesitar un tratamiento más prolongado. Después de suspender los agonistas de GnRH, los períodos generalmente se reanudan en 6 a 10 semanas.

Cirugía

Se puede usar una cirugía para aliviar el dolor y mejorar la fertilidad. Durante la cirugía, los implantes de endometriosis se podrían extraer ya sea cortándolos o por medio de láser.

Después de la cirugía, el dolor se alivia en la mayoría de las mujeres. No obstante, el dolor podría volver. Hasta 8 de cada 10 mujeres tienen dolor nuevamente dentro de los 2 años posteriores a la cirugía. Esto se debe a áreas de endometriosis no visibles o que no se pudieron extraer durante la cirugía.

Mientras más grave sea la enfermedad, más probable será que vuelva a ocurrir. Es posible que se extienda el período sin dolor tomando píldoras anticonceptivas u otros medicamentos después de la cirugía.

Si el dolor es agudo y no se alivia después del tratamiento, se podría considerar una **histerectomía** como

última instancia. Es menos probable que la endometriosis cause dolor en el futuro si se extraen los ovarios en el momento que se hace la histerectomía. En cualquier caso, el objetivo del tratamiento quirúrgico es extraer en todo lo posible la endometriosis que se encuentre fuera del útero.

Después de una histerectomía, ya no tendrá períodos ni podrá quedar embarazada. Si se extraen los ovarios, y todavía no ha tenido la natural menopausia, presentará algunos efectos por la falta de estrógeno. Estos efectos son, entre otros, sofocos o calores, resequedad vaginal y problemas para dormir. Sin embargo, estos síntomas pueden ser más intensos que los que tendría si estuviera pasando por la menopausia durante varios años, como es normal. También corre el riesgo de sufrir una fractura debido a **osteoporosis** a una edad más temprana que las mujeres que pasan por el periodo natural de la menopausia. Se puede recetar la **terapia hormonal** para controlar estos síntomas e inquietudes.

Cómo afrontar la enfermedad

La endometriosis es una enfermedad crónica. Los síntomas de muchas mujeres van y vienen hasta que llegan a la menopausia. Tenga en cuenta que hay distintas opciones de tratamiento. Una mujer puede trabajar con su ginecoobstetra para tomar la decisión correcta para ella.

También puede ser útil hablar con otras mujeres que enfrentan esta enfermedad. Pida a su ginecoobstetra que le sugiera un grupo de apoyo en su área. También podría encontrar recursos en el Internet.

A algunas mujeres les ayuda hacer ejercicio o practicar técnicas de relajación regularmente para lidiar con el dolor y las molestias. Estas estrategias pueden ser útiles además de usar medicamentos para aliviar el dolor.

Por último...

La endometriosis puede causar dolor e infertilidad. Sin embargo, a menudo se puede tratar. Es posible que necesite varios tipos de tratamiento. Si tiene algún síntoma de endometriosis, consulte a su ginecoobstetra.

Glosario

Adherencias: Tejido cicatrizante que puede hacer que las superficies de los tejidos se adhieran entre sí.

Agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH): Tratamiento médico utilizado para bloquear los efectos de ciertas hormonas.

Anestesia: Alivio del dolor mediante la pérdida de la sensación.

Anticonceptivos: Dispositivos o medicamentos utilizados para prevenir el embarazo.

Biopsia: Procedimiento quirúrgico menor para extraer un pequeño pedazo de tejido. Este tejido se examina bajo un microscopio en un laboratorio.

Ciclo menstrual: Proceso mensual de cambios que se producen para preparar el cuerpo de la mujer para un posible embarazo. El ciclo menstrual se define como el primer día de sangrado menstrual de un ciclo hasta el primer día del sangrado menstrual del ciclo siguiente.

Coito: Acto de penetración del pene en la vagina de la mujer. También se conoce como “tener relaciones sexuales” o “hacer el amor”.

Dismenorrea: Molestias y dolor durante el período menstrual.

Dispositivo intrauterino (IUD, por sus siglas en inglés): Dispositivo pequeño que se introduce y permanece dentro del útero para evitar embarazos.

Endometrio: El revestimiento del útero.

Endometriosis: Problema médico en el que el tejido que recubre el útero se encuentra fuera del mismo, por lo general en los ovarios, las trompas de Falopio y otras estructuras pélvicas.

Estrógeno: Hormona femenina que se produce en los ovarios.

Examen pélvico: Examen físico de los órganos pélvicos de la mujer.

Genes: Segmentos del ADN que contienen las instrucciones para el desarrollo de los rasgos físicos de una persona y para controlar los procesos del cuerpo. Los genes son las unidades básicas de la herencia y se pueden transmitir de los padres a sus hijos.

Ginecólogo obstetra (ginecoobstetra): Médico especialista en la salud femenina.

Histerectomía: Cirugía para extraer el útero.

Hormona: Sustancia que se hace en el cuerpo y que regula las funciones de las células o los órganos.

Infertilidad: Incapacidad para quedar embarazada después de 1 año de tener coito sin el uso de anticonceptivos.

Inflamación: Dolor, hinchazón, enrojecimiento e irritación en los tejidos del cuerpo.

Laparoscopia: Procedimiento quirúrgico mediante el cual se introduce un instrumento delgado e iluminado, que se llama laparoscopio, a través de una incisión (un corte) en el abdomen. El laparoscopio se usa para ver los órganos pélvicos. Se podrían usar otros instrumentos para realizar cirugías.

Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE): Fármacos que alivian el dolor al reducir la inflamación. Muchos tipos están disponibles sin receta, incluyendo el ibuprofeno y el naproxeno.

Menopausia: Momento en que cesan permanentemente los períodos menstruales de una mujer. La menopausia se confirma después de 1 año sin períodos.

Osteoporosis: Problema médico en que los huesos se adelgazan y se pueden fracturar con mayor facilidad.

Ovarios: Órganos en la mujer que contienen los óvulos necesarios para quedar embarazada y hacen hormonas importantes, como el estrógeno, la progesterona y la testosterona.

Óvulo: La célula reproductiva femenina producida y liberada por los ovarios. También se conoce como ovocito.

Peritoneo: Membrana que cubre la cavidad abdominal y rodea los órganos internos.

Período menstrual: Desprendimiento mensual de sangre y tejido uterino.

Progestina: Forma sintética de la progesterona semejante a la hormona que el cuerpo hace naturalmente.

Recto: La última parte del aparato digestivo.

Terapia hormonal: Tratamiento en el que se administra estrógeno, y a menudo progestina, para aliviar algunos de los síntomas que pueden ocurrir durante la menopausia.

Trompas de Falopio: Conductos a través de los cuales se desplaza un óvulo desde el ovario hasta el útero.

Uréteres: Dos conductos, cada uno de ellos conecta a los riñones con la vejiga.

Útero: Órgano muscular en la pelvis de la mujer. Durante el embarazo este órgano contiene y nutre al feto.

Vejiga: Órgano hueco y muscular donde se almacena la orina.

Esta información está diseñada como una ayuda educativa para los pacientes y presenta información actual y opiniones sobre la salud de las mujeres. No tiene como finalidad constituir una declaración del estándar de atención, ni incluye todos los tratamientos o métodos de atención adecuados. Tampoco sustituye el juicio profesional independiente de un médico tratante. Para ver la exención de responsabilidad completa de ACOG, visite www.acog.org/WomensHealth-Disclaimer.

Derechos de autor junio del 2021 por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists). Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación podrá reproducirse, almacenarse en un sistema de extracción, publicarse en internet, ni transmitirse de ninguna forma ni por ningún método, sea electrónico, mecánico, de fotocopiado, grabación o de cualquier otro modo, sin obtener previamente un permiso por escrito del editor.

Este es el ESP013 en la Serie de materiales educativos para pacientes del ACOG.

ISSN 1074-8601

American College of Obstetricians and Gynecologists
409 12th Street SW
Washington, DC 20024-2188