



Resumen de aspectos de interés científico de endometriosis dirigido a estudiantes de 4to año de medicina.

Summary of aspects of scientific interest in endometriosis aimed at 4th year medical students.

Irina Morales Rosales.

Especialista en 1er grado de MGI. Especialista de 1er grado en Histología.

Correspondencia: morales7@nauta.cu

RESUMEN

El presente trabajo se basa en la actualización resumida de los principales aspectos de esta enfermedad, dirigida a los estudiantes del cuarto año de medicina, ya que constituye un problema de salud y una causa de hospitalización en nuestro nivel de atención secundaria, exponiendo los factores de riesgo que conllevan a la aparición de dicha enfermedad así como los medios diagnóstico que son de gran importancia para confirmarla.

Palabras claves: Endometriosis. Problema de salud.

ABSTRACT

The present work is based on the summary update of the main aspects of this disease, aimed at the students of the fourth year of medicine, since it constitutes a health problem and a cause of hospitalization in our level of secondary attention, exposing the factors of risk that lead to the appearance of said disease as well as diagnostic means that are of great importance to confirm it.

Keywords: Endometriosis. Health problem.

INTRODUCCIÓN

El sistema reproductor femenino está formado por ovarios, trompas uterinas de Falopio, útero, vagina y genitales externos.

El útero es un órgano muscular hueco, ubicado en la pelvis femenina, tiene forma de pera, con una porción dilatada, el cuerpo, cuya parte superior es el fondo del útero y una parte inferior, cilíndrica, que se abre en la vagina, denominada cuello uterino.

Es un órgano estimulado constantemente por las hormonas estrógenos y progesteronas, desprovisto mensualmente de la mucosa endometrial funcional, sujeta a una serie de procesos fisiológicos los más frecuentes de los cuales se deben a desequilibrios endocrinos y a proliferaciones benignas o malignas. La presente investigación trata sobre un tipo proliferaciones benignas.

Es válido recordar que el endometrio es la capa que tapiza la cavidad uterina, desde el orificio cervical interno hacia arriba, todo hallazgo de endometrio funcional en un lugar que no sea este se denomina endometriosis, por ejemplo ovario, trompa e intestino y que el mismo realice la función de este tejido. Esta enfermedad constituye una preocupación del sistema de salud, ya que es difícil de diagnosticar y concierne a una serie de especialidades para su investigación, entre los que se encuentran ginecólogos, oncólogos e investigadores y para el conocimiento de nuestros estudiantes.

DESARROLLO

Se supone que algunos factores pueden constituir riesgo de padecimiento de endometriosis; entre ellos consideraremos la edad, la raza, el nivel socioeconómico, las anomalías congénitas, entre otras.

Edad

Se acepta que existe una relación evidente entre la endometriosis pélvica y la edad. El diagnóstico de endometriosis pélvica habitualmente se realiza en la etapa reproductiva o menstrual de la mujer. Antes de la menarquía y después de la menopausia, la endometriosis es rara. También se ha señalado un incremento de la prevalencia de endometriosis pélvica, desde los 15-19 años, cuando se encuentran cifras más bajas (0,07%), hasta los 40-44 años, en que se hallan las tasas de prevalencia más elevadas, y un descenso de la prevalencia a partir de los 45-49 años. Este descenso se interpreta como el comienzo de la menopausia.

Se ha encontrado una pobre relación inversa entre la endometriosis y el Índice de Masa Corporal (IMC). En mayor IMC es más frecuente la irregularidad en ciclos menstruales e incremento de infertilidad por anovulación. Mujeres con estatura elevada presentan mayores niveles de estradiol. Por otro lado la raza blanca parece ser un factor que disminuye el riesgo de endometriosis.

Tabaquismo

El tabaquismo se conoce que altera el ambiente hormonal. No se sabe con certeza el mecanismo por el cual disminuye el riesgo de endometriosis en mujeres con consumo de alcohol y cafeína.

El ejercicio físico regular ocasiona disminución de estrógenos, lo que se asocia a una reducción en el riesgo de endometriosis.

La dismenorrea está asociada fuertemente a la presencia de endometriosis; sin embargo, generalmente es interpretada como síntoma de la enfermedad, debido a que la contracción uterina intensa puede ocasionar aumento del reflujo menstrual.

La proimenorrea es factor de riesgo, ya que existe una exposición más frecuente a la presencia de menstruación, así también es el caso de la hipermenorrea, en la cual el incremento de volumen se relaciona con mayor riesgo de reflujo menstrual. No se reporta evidencia consistente de riesgo de endometriosis con presencia de ciclos menstruales irregulares. Tampoco existe relación con el uso de tampones. En el caso de la multiparidad, la exposición más reducida a ciclos menstruales debida al embarazo disminuye el riesgo de presentar endometriosis, comparado con las mujeres con priomenorrea. Por último la asociación de anticonceptivos orales no guarda relación, ya que estos se usan como parte del manejo de endometriosis.

Anomalías congénitas del tracto genital

Algunos estudios han puesto de manifiesto que las anomalías obstructivas congénitas del tracto genital favorecerían la producción de endometriosis por menstruación retrógrada. Sin embargo, no existen actualmente datos seguros que permitan afirmar que las anomalías congénitas obstructivas favorezcan la producción de la endometriosis pélvica.

Otras lesiones orgánicas del aparato genital

Se ha afirmado que el útero en retroversioflexión puede favorecer la menstruación retrógrada y, por consiguiente, el desarrollo de endometriosis. Sin embargo, no hay estudios que demuestren esta afirmación de forma segura.

También se ha postulado que la enfermedad inflamatoria pélvica podría favorecer la génesis de la endometriosis al estimular la producción de metaplasia peritoneal. Tampoco existen datos objetivos seguros que la confirmen.

En diversos experimentos con primates, la exposición a dioxina se ha visto relacionada con alteraciones en el sistema inmunológico, lo que favoreció la presencia de endometriosis. La dioxina es un derivado bencénico clorado, altamente tóxica, utilizado en los procesos de blanqueamiento con cloro en la industria de papel, así como cloración de aguas residuales y potables y en la fabricación de pesticidas.

La prevalencia del diagnóstico varía de acuerdo con el modo en el cual se realizó, teniendo los siguientes datos:

- La prevalencia de mujeres con endometriosis como hallazgo durante la esterilización quirúrgica tiene un rango entre 2% al 18%.
- La prevalencia en mujeres con infertilidad reportan rangos de entre 5% al 50%.

- La prevalencia en mujeres que ingresan al hospital por causa de dolor pélvico es del 5% al 21%.
- La prevalencia en adolescentes con dismenorrea severa es de aproximadamente 50%.

En nuestro país esta enfermedad tiene una incidencia anual estimada en un 0.3% (300 casos nuevos por 100 000 mujeres), mientras que la prevalencia en mujeres en edad reproductiva en un 10 a 15%, se encuentra alrededor de un 60% de mujeres con dismenorrea y en un 40 a 50% en mujeres con dispareuria profunda.

La endometriosis, descrita por primera vez por Rokitansky en 1860, fue definida por Sampson en 1927 como la presencia de células endometriales glandulares y estromales, con características funcionales del endometrio, situadas en zonas ectópicas, a distancia y sin conexión con él. En la endometriosis se observan, por tanto, glándulas y estroma que responden al estímulo de las hormonas ováricas, aunque, en ocasiones, no se visualicen con claridad ambas estructuras y/o no respondan al estímulo hormonal.

Se ha definido la endometriosis profunda como lesiones que infiltran más de 5 mm el tejido retroperitoneal que afecta a los órganos subyacentes: intestino, uréteres, vejiga y nódulos en el espacio rectovaginal.

Adopta dos variantes de importancia clínica totalmente distintas, endometriosis interna o directa también llamada adenomiosis, son los nidos anormales de endometrio dentro del miometrio; la endometriosis externa o indirecta son los focos anormales de endometrio en las trompas de Falopio ovarios o peritoneo, por ejemplo, en cualquier sitio del cuerpo fuera del útero.

Aunque no se conoce su causa exacta, se acepta que la predisposición genética desempeña un importante papel en la génesis de la endometriosis. Dos variantes genéticas aumentan el riesgo de desarrollo de la endometriosis, revela un reciente estudio con más de 5 000 mujeres publicado en la revista *Nature Genetics*.

Se trata del cromosoma 1 y 7, cruciales para que aparezca la enfermedad, precisan los autores del estudio de la Universidad de Oxford en Inglaterra, el Instituto Queensland de Investigación Médica en Australia y la Escuela Médica de Harvard en Boston.

Teoría metaplásica

Fue defendida por Meyer (1930), y posteriormente por Novaketal (1948). Supone esta teoría que los focos de endometriosis se originan por metaplasia a partir del epitelio peritoneal.

Teoría implantativa

Defendida por Sampson (1921), supone que las masas celulares endometriales desprendidas, fundamentalmente durante la menstruación, pasan a la trompa y de allí a la cavidad peritoneal, en donde anidan.

Propagación linfática

Se acepta la posibilidad del transporte de células endometriales por vía linfática y de su posible implantación en lugares alejados.

Propagación hemática

Se ha señalado también la posibilidad de que las células endometriales puedan ser transportadas por vía sanguínea e implantadas en lugares muy distantes del endometrio.

Teoría inmunitaria

En los últimos años, la teoría inmunitaria ha alcanzado especial interés. Se ha defendido que una alteración de la inmunidad celular mediada impediría la destrucción y la adecuada desaparición de las partículas de endometrio menstrual que llegan a la cavidad peritoneal.

Clasificación

Endometriosis externa

También se llama endometriosis pélvica pues suele ocurrir en los ovarios, ligamentos uterinos, tabique rectovaginal, peritoneo pélvico, ombligo, vagina, vulva y mucosa nasal.

Ocurre principalmente durante la vida sexual entre la tercera y la cuarta década de la vida y es más frecuente en las mujeres de clase pudiente que tienden a casarse en edad avanzada y tienen menos hijos acompañado de gran concentración de progesterona.

Endometriosis interna o adenomiosis

La adenomiosis en la actualidad se considera que corresponde a una actividad anormal del crecimiento del endometrio, las glándulas y el estroma penetran en los fascículos musculares y producen invasión difusa aparente del miometrio en un plano de sección, los nidos pueden aparecer completamente secuestrados sin estar en contacto con el endometrio supradyacente. Desde el punto de vista clínico las mujeres experimentan menorragia, dismenorrea de tipo cólico, disoareunia y dolor pélvico, estos síntomas se atribuyen al edema y la tensión premenstruales dentro del útero, pero no se aclara la hemorragia vaginal excesiva durante la menstruación.

La ecografía transvaginal (ETV) no solamente permite identificar claramente el endometrio, sino también el miometrio, y puede diagnosticar con gran precisión la enfermedad uterina benigna.

El tratamiento de la endometriosis está limitado por la dificultad y retraso asociado en el diagnóstico, con frecuencia no realizado hasta después de la histerectomía. Ya se ha señalado que la ETV, la RM y la biopsia uterina están mejorando la detección más temprana de la endometriosis, con la consiguiente mejoría en el tratamiento.

El tratamiento médico puede ser efectivo para controlar los síntomas, pero la frecuente coexistencia de endometriosis y la carencia de estudios controlados hacen que su eficacia no

esté cuantificada. En este sentido, el tratamiento médico dependerá fundamentalmente de la sintomatología y de la edad de la paciente: antiinflamatorios no esteroideos, anticonceptivos hormonales orales, danazol, análogos de hormona liberadora de gonadotropinas.

La endometriosis es la tercera causa de hospitalización ginecológica en el mundo, sin embargo, continúa siendo una enfermedad subdiagnosticada dado que culturalmente se aceptan como "normales" los fuertes dolores menstruales. De esta forma, su diagnóstico se demora entre 7 y 12 años. El interrogatorio con la paciente y el dolor menstrual intenso hacen sospechar la presencia de esta afección tan frecuente en las mujeres. El diagnóstico se confirma con una cirugía laparoscópica.

La endometriosis afecta a 176 millones de mujeres en el mundo. En Argentina, si bien no existen datos oficiales, se estima que un millón de mujeres la padecen y la mayoría de las mujeres afectadas tienen entre 15 y 50 años. Además, entre el 30% y el 50% de mujeres infértiles de nuestro país sufren endometriosis.

Cuba no queda exenta, sus cifras son similares al resto de los países cada año su número aumenta siendo más frecuente entre la tercera y cuarta década de la vida. Las provincias con mayor incidencia diagnóstica son La Habana, Santiago de Cuba y Camagüey; Holguín, a pesar de no ser una de las más afectadas, su incidencia y prevalencia no resta importancia pues los casos diagnosticados son cada vez mayores y de forma fortuita, pues por eso es llamada la enfermedad silenciosa de la mujer.

CONCLUSIONES

El presente trabajo sugiere motivar a los estudiantes sobre el estudio de esta enfermedad, teniendo en cuenta que constituye la tercera causa de hospitalización ginecológica.

La capacitación y actualización constante de los ginecólogos y médicos de la familia en la atención primaria y secundaria, en función de mejorar la calidad de vida de las pacientes diagnosticadas con endometriosis es un aspecto de vital importancia para la adecuada atención a estas pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Junqueira LC, Carneiro J. Aparato reproductor femenino. En: Histología Básica. 6 ed. Amsterdam: Elsevier Masson; 2005. p. 432-449.
2. Hedrick EL, Pirog EC. Aparato genital femenino. En: Robbins y Cotran. Patología Estructural y Funcional. 8va ed. Amsterdam: Elsevier; 2010. p. 1005.
3. Botella LI, Clavero NJ. Tratado de Ginecología, Tomo III. 12 ed. Universidad Complutense Madrid; 1990. p. 404-419

4. Rigol RO. Lesiones benignas del útero. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004. p. 297-317.
5. Obstetrics and Gynecology, West China Second University Hospital of Sichuan, University, Chengdu, Sichuan, China, Supplement September 2015; 104: 3.
6. Vargas HV. La endometriosis como factor de riesgo para cáncer de ovario. Cir Cirujanos [Internet]. 2013 [Citado 28 de Sept 2015] ; 81(2): [Aprox 5 p]. Disponible en:
7. <http://www.b.ebscohost.com/>
8. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2014; (181) 289–293, Disponible en:
9. <http://www.elsevier.com/locate/>
10. Moore KL, Persaud TV, Torchia MG. Embriología clínica. 9^{na} ed. Amsterdam: Elsevier; 2013. p. 245-286.
11. González MJ, González BE. Ginecología. 9^{na} ed. Amsterdam: Elsevier; 2014. p. 416–595.
12. Robbins SL. Tratado de Patología, 9^{na} ed. Boston 2015. p. 416-544.
13. Concepción OM. Morfometría de los núcleos de hepatocitos de hígados sometidos a un factor estimulante hormonal en ratones isogénicos, línea IOR. [Tesis de especialista]. Universidad de Holguín; 2011.