

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

Primera versión

INDICE

1. Concepto
2. Clasificación
3. Clínica
4. Diagnóstico
5. Tratamiento
6. Seguimiento
7. Situaciones especiales
8. Criterios de derivación
9. Anexo
10. Bibliografía

1. CONCEPTO

La endometriosis es una patología ginecológica crónica de causa desconocida caracterizada por la presencia de epitelio similar al endometrio y/o estroma fuera de la cavidad uterina, que generalmente cursa con un proceso inflamatorio asociado. Se desconoce la prevalencia exacta de la endometriosis, pero las estimaciones oscilan entre el 2% y el 10% dentro de la población femenina general y hasta un 50% en mujeres infértiles.

2. CLASIFICACIÓN

No existe ninguna clasificación clínica que refleje con fidelidad la sintomatología, posible evolución o posibilidad de gestación futura.

La clasificación de la endometriosis más utilizada en la actualidad y la que utilizaremos en este documento continúa siendo la de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (American Society for Reproductive Medicine, 1996) que se realiza en función de la localización de lesiones, su diámetro, profundidad y densidad de las adherencias determinadas por laparoscopia.

De forma resumida, se clasifica la enfermedad en:

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.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Manejo de endometriosis

Estadio III Moderada	Implantes múltiples superficiales 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.

Debido a las limitaciones de esta clasificación se han propuesto otras clasificaciones, especialmente focalizadas en las diferentes localizaciones de endometriosis profunda que tampoco cumplen los criterios ideales de un sistema de clasificación.

La **endometriosis profunda** se define como lesiones que alcanzan más de 5 mm de profundidad en peritoneo o aquellas que afecten a intestino, vejiga, uréter, vagina o ligamentos uterosacros.

Para poder evaluar el grado de endometriosis profunda de cara a planificar la cirugía se ha propuesto la clasificación **ENZIAN** a través de ecografía transvaginal, resonancia y métodos quirúrgicos:

Clasificación de los compartimentos	Clasificación de la severidad
<p>Estructuras retroperitoneales divididas en tres compartimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -A: Tabique rectovaginal y vagina -B: Ligamento uterosacro y pared pélvica -C: Recto y unión rectosigmoidea. <p>Localizaciones no retroperitoneales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FA: adenomiosis - FB: vejiga - FU: compresión intrínseca del uréter - FI: afectación intestinal craneal a la unión rectosigmoidea - FO: otras localizaciones, como pared abdominal 	<p>Clasificada de la misma manera para los tres compartimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grado 1: invasión <1 cm - Grado 2: invasión 1–3 cm - Grado 3: invasión >3 cm

*Se adjunta imagen como anexo 1

3. CLINICA

- Asintomática (entre el 15-30% de las mujeres con endometriosis).
- Disfunción reproductiva.
- Dolor pélvico cíclico, es el síntoma principal y más frecuente: dismenorrea severa (75%), que suele ser progresiva y bilateral, dispareunia intensa (44%), dolor limitado a la ovulación y/o disquecia.
- Dolor pélvico crónico. Se define el dolor pélvico crónico como la presencia de un dolor no cíclico, de 6 o más meses de duración, localizado en la pelvis, que requiere tratamiento médico o quirúrgico

Estos síntomas alrededor de la menstruación pueden asociarse a sangrado anormal o a síntomas intestinales y vesicales, a infertilidad y/o a fatiga crónica. La combinación de alguno de ellos con dismenorrea severa o bien la presencia de síntomas no ginecológicos con claro empeoramiento o debut catamenial (rectorragia, hematuria, disquecia, dificultad de vaciado vesical o síndrome miccional, dolor pleural catamenial con o sin neumotórax asociado, etc.), deben considerarse síntomas guía que nos deben hacer sospechar la presencia de endometriosis profunda y derivar a la paciente a consulta de endometriosis.

Por estas características, esta patología debe enfocarse desde el punto de vista terapéutico como una patología sistémica y no únicamente ginecológica. Por lo que requerirá un abordaje multidisciplinar con la implicación de distintas especialidades, en función de la clínica que presente la paciente.

4. DIAGNÓSTICO

En ocasiones el diagnóstico será de sospecha y, actualmente, no se requiere estudio histopatológico y/o visión directa de los implantes para iniciar tratamiento médico o realizar técnicas de reproducción asistida.

- **Anamnesis:** historia clínica detallada y dirigida. Es importante diferenciar entre dismenorrea (dolor que aparece justo con o antes de la menstruación y dura 48-72 horas) y dolor pélvico (no tiene relación con el ciclo, es un dolor recurrente y sordo en la parte baja del abdomen, con posible propagación a la región dorsal o incluso a extremidades inferiores y que puede ser secundario a múltiples causas).

Una herramienta útil para medir de forma objetiva el dolor es mediante el uso de la escala numérica del dolor (0 sin dolor y 10, el peor dolor posible)

- **Clínico:** comentado en apartado anterior.
- **Exploración física:** especuloscopia y tacto vaginal.

Son signos de sospecha:

- o visualización directa de lesiones características en vagina
- o palpación uterina y/o anexial dolorosa o útero fijo en retroversión
- o ligamentos útero-sacos dolorosos o aumento del tamaño de los ovarios
- o palpación de nódulos en ligamentos útero-sacos o fondo de saco de Douglas

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Manejo de endometriosis

- **Ecografía transvaginal:**

Según las recomendaciones del grupo IDEA debemos realizar cuatro pasos para una correcta valoración de la endometriosis por ecografía.

<p>ÚTERO Y ANEJOS</p>	<p>ÚTERO:</p> <p>Signos directos de adenomiosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quistes intramiometriales. • Líneas hiperecogénicas. • Isletas hiperecogénicas. <p>Signos indirectos de adenomiosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asimetría pared miometrial (ratio >1.5). No tienen valor el grosor del miometrio u endometrio por sí mismos. • Útero globuloso (forma de pera). • Sombras en abanico. • Alteración zona de transición endometrio-miometrio. • Zonas irregulares o interrumpidas. • Vascularización translesional. <p>ANEJOS (endometrioma):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número • Tamaño • Apariencia: un endometrioma típico es una lesión quística en “vidrio esmerilado”, habitualmente unilocular, bien delimitada con el estroma circundante y con ausencia de vascularización Doppler en su interior
<p>MARCADORES ECOGRÁFICOS MENORES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ovarios adheridos a útero o entre sí (kissing ovaries). • Útero retraído (en coma). • Áreas hipersensibles. Dolor selectivo a la exploración con la sonda vaginal. • Líquido libre tabicado en Douglas. • Pseudoquistes adherenciales: presentan tabiques completos (diagnóstico diferencial con hidrosálpinx, que presenta tabiques incompletos).

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Manejo de endometriosis

<p>FONDO DE SACO DE DOUGLAS:</p>	<p>Signo del deslizamiento: se realiza con exploración bimanual; Se considera negativo cuando las estructuras no deslizan y están obliteradas.</p>
<p>NÓDULOS ENDOMETRIOSIS PROFUNDA</p>	<p>Se recomienda utilizar gel extra entre la sonda y la funda para aumentar la ventana acústica.</p> <p>A) Compartimento anterior (transductor en el fórnix anterior de la vagina): Se precisa de un llenado vesical parcial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Vejiga</u>: lesiones hipoecoicas lineales o esféricas, con o sin contornos regulares que afectan a la capa muscular o la (sub)mucosa. • <u>Región útero-vesical</u>: deslizamiento de la pared vesical posterior respecto a pared uterina anterior. • <u>Uréteres</u>: primero hay que identificar la uretra en un plano sagital y mover la sonda hacia las paredes de la pelvis. Son estructuras tubulares hipoecoicas. Hay que seguir su recorrido una vez visualizados hasta el nivel de la bifurcación de los vasos ilíacos comunes, valorando posibles dilataciones. <p>B) Compartimento posterior (transductor en fórnix posterior de la vagina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Tabique recto-vaginal</u>: presencia de un nódulo hipoecoico en la capa hiperecoica entre la vagina y el recto. Hay que medir el tamaño y la distancia entre el margen inferior de la lesión y el borde anal. • <u>Pared vaginal</u>: fórnix vaginal posterior engrosado o hallazgo de un nódulo en la capa hipoecoica de la pared vaginal. • <u>Nódulos recto-vaginales</u> (lesión en diábolo): desde el fórnix posterior de la vagina a la pared anterior del recto, por debajo del peritoneo del fondo de saco de Douglas. • <u>Ligamentos uterosacros</u> (transductor en el plano sagital del fórnix vaginal posterior y se insona inferolateralmente hacia el cérvix). Los nódulos se visualizan como un engrosamiento hipoecoico en la grasa peritoneal que rodea los uterosacros (no visibles en situación de normalidad). • <u>Recto, recto-sigma y sigma</u>: localizar en que tramo se encuentran los nódulos y su distancia al borde anal. Son lesiones hipoecogénicas que engruesan la muscular propia de la pared intestinal.

- **Laparoscopia diagnóstica.** Actualmente su utilidad en pacientes con endometriosis es muy limitada desde un punto de vista de coste-eficacia y no se recomienda realizar sólo con fines diagnósticos.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Manejo de endometriosis

- **RMN** pélvica, es de especial interés en la valoración de los implantes de endometriosis retroperitoneal, y la extensión y grado de infiltración de los mismos.
La RMN pélvica y la ecografía transvaginal se consideran pruebas diagnósticas y de estadificación de la enfermedad complementarias entre ellas.
- En función de la sospecha clínica ,se debe individualizar la realización de otras pruebas complementarias como: **colonoscopia** si se sospecha afectación de la mucosa de intestino grueso en cualquiera de sus tramos, la **cistoscopia** si se sospecha afectación de la mucosa vesical, la **urografía endovenosa** si se sospecha afectación ureteral y/o vesical con posible afectación del parénquima renal, la **entero-RMN** en sospecha de afectaciones de intestino delgado y/o apéndice, la **RMN abdominal** si se sospecha lesiones abdominal no pélvicas, la **RMN torácica** (implantes pleurales) o **craneal** (implantes meníngeos), etc.
- **Ca-125** . Actualmente no se considera que su determinación tenga valor diagnóstico. El marcador tumoral **HE-4**, podría ser de utilidad para descartar malignidad en las pacientes con endometriomas ováricos atípicos.

5. TRATAMIENTO

El abordaje terapéutico de la endometriosis se realiza de forma individualizada en función de varios factores, fundamentalmente la sintomatología, la edad de la paciente, el deseo genésico, la extensión y localización de la enfermedad y de los tratamientos previos. Como norma, la terapéutica de elección debe ser el enfoque menos invasivo y que, siendo eficaz a largo plazo, presente los mínimos riesgos posibles.

El objetivo debería ser eliminar las lesiones endometriósicas, tratar los síntomas (dolor y subfertilidad) y prevenir su recurrencia.

1. TRATAMIENTO MÉDICO:

Analgésicos	AINEs solos o en combinación con otros analgésicos, tratamientos hormonales o cirugía. En el caso de las mujeres que intentan concebir, evitamos los inhibidores selectivos de la COX-2 (celecoxib , rofecoxib y valdecoxib).
Fármacos con indicación aprobada para endometriosis	<p>-<u>Dienogest</u>: gestágeno que parece más efectivo a la hora de conseguir anovulación y control del ciclo. Dosis habitual 2 mg/día.</p> <p>-<u>Antagonistas GNRH</u> (Relugolix). A diferencia de los agonistas de GnRH, se dosifican por vía oral y tienen menor impacto en la densidad mineral ósea y, en el caso del Relugolix, la terapia complementaria se incluye en la misma píldora (Relugolix-estradiol-noretindrona [acetato de noretisterona; 40 mg/1 mg/0,5 mg]).</p> <p>En nuestro hospital para su visado es necesario incluir en la prescripción lo siguiente: “Paciente con diagnóstico de endometriosis que no responde a otros tratamientos médicos y con dolor en la escala NSR>4 para dismenorrea y para dolor pélvico no menstrual”.</p>

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Manejo de endometriosis

	<p>Contraindicado en pacientes con mayor riesgo o antecedentes de trastornos tromboembólicos.</p>
<p>Otros fármacos utilizados en endometriosis</p>	<p><u>Tratamientos hormonales:</u></p> <p>Primera línea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Anticonceptivos hormonales combinados (oral, anillo o transdérmico)</u>: el uso continuo y el logro asociado de amenorrea, en lugar del tratamiento cíclico estándar, parece ser más eficaz en cuanto a la recurrencia de la dismenorrea. • <u>Otros progestágenos</u>: <ul style="list-style-type: none"> ○ Desogestrel: 75mcg/ día oral. ○ Acetato de Noretisterona. Administrado a la menor dosis posible que produzca amenorrea. La dosis habitual suele ser 5 mgr /día . ○ Implante de etonorgestrel. Mayor frecuencia de alteraciones en el patrón de sangrado que los anteriores. Evitar si desean gestación a corto plazo. Tiene una duración de 3 años ○ Dispositivo intrauterino con Levonorgestrel (DIU-LNG): especialmente eficaz en casos de implantes en los ligamentos uterosacros o tabique rectovaginal. Pueden dejarse "in situ" durante cinco años y, además, especialmente útiles en casos de recurrencia/persistencia del dolor postoperatorio. <p>Segunda línea (cuando fracasan los anteriores):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Agonistas GNRH</u>: (nafarelina , leuprolida , buserelina , goserelina y triptorelina). En caso de que fueran efectivos para la paciente, se podría considerar el tratamiento a largo plazo (más de 6 meses) pero con terapia add-back (Tibolona preferiblemente o bien terapia combinada estrógeno-progestágeno). Esta estrategia limita la pérdida ósea y los síntomas asociados al hipoestrogenismo. • <u>Inhibidores de la aromataasa</u>: Anastrozol 1 mgr/día o Letrozol 2,5 mgrs / día. Se prescriben en combinación con anticonceptivos hormonales combinados o con sólo progestágenos o bien con análogos de la GnRH. Se reservan para mujeres con endometriosis profunda infiltrante con sintomatología severa, refractaria a otros tratamientos y que no son candidatas a cirugía.

Recomendaciones de tratamiento en casos concretos:

- Endometriosis con sintomatología grave o endometriomas de gran tamaño: Dienogest, si no hay mejoría Relugolix+THS.
- Cirugía incompleta de la endometriosis: Dienogest. Relugolix + THS como segunda opción.

- Endometriosis y deseo anticonceptivo: anticonceptivos hormonales combinados, desogestrel oral, DIU levonorgestrel, implante etonorgestrel, Relugolix+THS...)
- Si desea anticoncepción y presenta sangrado menstrual abundante: considerar la administración de tratamiento en pauta continua para mantener a la paciente en amenorrea.

5.2 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Salvo excepciones, la laparoscopia es de elección.

El tratamiento quirúrgico debería plantearse en aquellas pacientes que:

- Tengan síntomas relacionados con el dolor persistente a pesar del tratamiento médico.
- Rechacen o tengan contraindicado el uso de tratamiento médico.
- En aquellas en que sea necesario el diagnóstico histológico de endometriosis, por dudas en el diagnóstico de benignidad.
- Presenten síntomas obstructivos a nivel intestinal o del tracto urinario

Endometriosis ovárica: quistectomía laparoscópica.

Podría indicarse en endometriomas sintomáticos tras fracaso de tratamiento médico o que dificulten la accesibilidad ovárica en técnicas de reproducción. Se debe tener en cuenta que la cirugía retrasa el inicio del tratamiento y además, podría también empeorar la reserva ovárica especialmente en mujeres mayores de 35 años.

Otra opción disponible en nuestro centro sería la punción evacuadora y escleroterapia con etanol de los endometriomas (ver protocolo específico).

En caso de crecimiento o aparición de signos ecográficos sospechosos habría que realizar una laparoscopia con precauciones oncológicas.

Endometriosis peritoneal

El tratamiento laparoscópico de la endometriosis visible da lugar a una mejoría en el dolor. Deben eliminarse las lesiones que se observen en una laparoscopia diagnóstica. El tratamiento ideal es la vaporización de las lesiones para dañar lo menos posible el tejido sano adyacente.

Endometriosis profunda

La decisión de realizar una cirugía debe considerarse solo cuando el tratamiento médico ha fallado previamente o no es tolerado, o cuando hay una obstrucción ureteral o intestinal. En el caso de esterilidad, se recomienda probar primero con las técnicas de reproducción asistida (TRA) antes de optar por la cirugía, a menos que el dolor intenso sea el síntoma principal.

El tipo de cirugía a realizar varía en función de las características de la paciente y de la localización de la enfermedad:

- En pacientes con deseos genésicos cumplidos, puede ser razonable realizar una histerectomía, aunque algunos estudios sugieren que esta intervención no siempre mejora

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Manejo de endometriosis

los resultados después de la cirugía. También puede considerarse la ooforectomía en mujeres mayores de 40 años cuando el dolor no responde a diversos tratamientos médicos y la paciente ha sido sometida a varias cirugías previas.

- En pacientes con afectación del sistema urinario; si la vejiga está involucrada, se debe evaluar si es posible extirpar el nódulo o si por el contrario es necesaria una cistectomía parcial. Si la afectación es ureteral, en casos de afectación extrínseca es la ureterolisis y resección del nódulo periureteral. Si por el contrario la enfermedad produce infiltración del uréter y produce estenosis ureteral intrínseca, resulta necesario realizar la sección y reimplante ureteral.
- En pacientes con afectación intestinal; la necesidad de realizar una resección debe evaluarse según varios factores, como la ubicación y número de las lesiones, la extensión y profundidad del daño en la pared intestinal, y la presencia y grado de adherencias. Cuanto mayor sea el área resecada, mayor es el riesgo de complicaciones derivadas de la técnica: dehiscencias anastomóticas, fístulas recto-vaginales o la necesidad de crear un estoma. Por lo tanto, es crucial evaluar bien los riesgos y beneficios de estas intervenciones.
 - *Adhesiolisis*: liberación de adherencias, que pueden ser más o menos laxas dependiendo del grado de fibrosis, entre los órganos del aparato genital interno e intestino. Las adherencias son comunes en la zona recto-sigmoidea.
 - *“Shaving” o escisión del nódulo*: consiste en extirpar el nódulo sin apertura de la cavidad intestinal, conservando la mucosa y una porción de la capa muscular del mismo. Es el enfoque más conservador para tratar la endometriosis intestinal, y se utiliza cuando los nódulos son superficiales.
 - *Resección discoide*: consiste en realizar una resección del segmento afectado del intestino que tiene forma discoide (es decir, en forma de un círculo o un área redonda u ovalada). El objetivo es eliminar el tejido endometrial que ha invadido la mucosa o la capa muscular del intestino y realizar un cierre directo del defecto. Se recomienda para lesiones pequeñas y únicas (<3 cm) que afectan menos del 50-60% de la circunferencia del intestino.
 - *Resección segmentaria*: indicada para lesiones grandes (>3 cm), cuando más del 50% de la circunferencia del intestino está afectada, en casos de enfermedad multifocal, o cuando no es posible una resección más conservadora debido a escasa vascularización del área susceptible de anastomosar.

Tras tratamiento quirúrgico remitir de nuevo a consulta de endometriosis.

6. SEGUIMIENTO

Hay que tener en cuenta la alta tasa de recidivas de la enfermedad y sus síntomas y que el tratamiento médico concomitante se debe contemplar a largo plazo en el contexto de una enfermedad crónica. El seguimiento debe ser clínico (anamnesis y exploración física) y mediante pruebas complementarias en función de la severidad y el órgano afectado.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Manejo de endometriosis

- Paciente con deseos genésicos y sintomática:

Pautar tratamiento y revisar en 6 meses.

Derivar a Unidad de Reproducción (ver criterios más adelante)

Valorar derivación a consulta de salud sexual

A los 6 meses de tratamiento si la enfermedad se encuentra estable y los síntomas están controlados se puede plantear control anual por la alta tasa de recurrencia.

- Paciente con deseos genésicos cumplidos y sintomática:

Pautar tratamiento y revisar a los 6 meses para evaluar eficacia del tratamiento, posibles efectos secundarios, adherencia al mismo y satisfacción de la paciente.

En caso de mejoría, planteamos revisión anual /bianual

Se planteará el **alta** en caso de:

- Cirugía completa de endometriosis y asintomática

- Actualmente, no hay pruebas del beneficio del seguimiento regular a largo plazo para la detección temprana de la recurrencia, complicaciones o malignidad. La frecuencia y el tipo apropiado de seguimiento o monitoreo son desconocidos y deben individualizarse en función de los tratamientos previos y actuales, así como de la gravedad de la enfermedad y los síntomas.

En nuestro centro planteamos el alta tras diez años en menopausia sin cambios en las lesiones endometriósicas.

7. SITUACIONES ESPECIALES EN ENDOMETRIOSIS

-Endometriosis y adolescencia:

Es poco frecuente encontrar endometriomas en adolescentes, ya que generalmente presentan etapas tempranas de la enfermedad, con lesiones que no son visibles en la ecografía. Una adolescente con dolor pélvico y/o dismenorrea que no mejora con los tratamientos médicos habituales hay que considerar que pueda existir una endometriosis en la etiología del dolor aunque no se evidencien lesiones por pruebas de imagen.

El tratamiento para la dismenorrea en este grupo de pacientes se inicia de forma empírica con antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Si no se obtiene respuesta, se añaden anticonceptivos orales combinados (ACO) o gestágenos.

Si después de 6 meses de tratamiento médico no hay mejoría, se debe reevaluar a la paciente y considerar la realización de una laparoscopia diagnóstica, durante la cual se tratarán las lesiones que se encuentren.

Tras la cirugía, se recomienda un tratamiento de supresión ovárica a largo plazo con ACO, hasta que la paciente manifieste deseos genésicos. Es importante informar a la paciente sobre la repercusión de la endometriosis en la reserva ovárica.

-Endometriosis y menopausia:

Debido a la naturaleza estrógeno-dependiente de la enfermedad, la mayoría de las mujeres con endometriosis experimenta una mejoría de la enfermedad después de la menopausia.

El tratamiento inicial para una endometriosis diagnosticada por primera vez en la menopausia debe ser quirúrgico ya que en estos casos el riesgo de malignidad es alto.

En pacientes con síntomas climatéricos muy intensos en los que la terapia hormonal sustitutiva estaría indicada, la evidencia respecto al uso de la misma en mujeres con endometriosis es limitada.

Si se decide usarla, no se puede descartar que la terapia hormonal pueda reactivar los síntomas, provocar una recaída de la enfermedad o incluso favorecer un proceso maligno. De acuerdo con la literatura disponible, se puede prescribir esta terapia, pero siempre informando a la paciente sobre el riesgo de mayor recurrencia de los síntomas y de la enfermedad.

El tratamiento de primera línea incluye el uso de *Tibolona* y *preparaciones de estrógenos/progestágenos* en una pauta continua, aunque la paciente no tenga útero, ya que el principal riesgo de recurrencia de la enfermedad se ha asociado al uso de estrógenos sin oposición, independientemente de si se ha realizado una histerectomía.

En mujeres con antecedentes de endometriosis y menopausia quirúrgica se recomienda usar la THM al menos hasta la edad de la menopausia natural.

-Endometriosis y fertilidad

Las pacientes con endometriosis pueden ver disminuida su reserva ovárica de forma más prematura y rápida que otras mujeres sin endometriosis sobre todo si precisan cirugía, por lo que se les debe informar de este hecho y recomendar la búsqueda de gestación temprana (idealmente no demorar más allá de los 35 años). En determinadas situaciones específicas está indicada la preservación de la fertilidad mediante vitrificación de ovocitos (ver protocolo específico).

A las pacientes con endometriosis y deseo inmediato de gestación no se les debe ofrecer tratamiento médico para control de la enfermedad, ya que no mejora la fertilidad y, al suprimir la ovulación, puede conducir a un retraso del embarazo.

En las pacientes con endometriosis y disfunción reproductiva se recomienda valorar en la Unidad de Reproducción.

Tratamiento quirúrgico:

La resección quirúrgica de los endometriomas previo a técnicas de reproducción asistida no aumenta la tasa de gestación y disminuye la reserva ovárica, por lo que el tratamiento quirúrgico en estas pacientes no está indicado de entrada sólo por la disfunción reproductiva, sino que queda limitado a otros motivos (dolor pélvico severo, hidrosalpinx asociado, dudas sobre la benignidad o crecimiento rápido de los quistes ováricos).

Si se realiza cirugía se recomienda buscar gestación tras la misma, pues la tasa mayor de gestación se da en los 6 primeros meses tras la cirugía. Por tanto, no se aconseja tratamiento médico después de realizar la cirugía.

Una alternativa en estas pacientes es la punción y esclerosis con etanol de los endometriomas, con tasas de recurrencia similar a la resección quirúrgica (ver protocolo específico).

8. CRITERIOS DE DERIVACIÓN:

Criterios de derivación a consulta de endometriosis:

- Persistencia o empeoramiento de la clínica que haga sospechar la progresión de la enfermedad.
- Necesidad de tratamiento quirúrgico.

Criterios de derivación a Unidad de reproducción:

- Mujer con endometriosis y búsqueda de gestación sin éxito durante 6 meses debiendo cumplir con los criterios del Servicio Andaluz de Salud: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/ws-as-media-pdf_publicacion/2024/guia_rha_sas_mayo_2024.pdf
- Aquellas mujeres candidatas a vitrificación de ovocitos de menos de 36 años y suficiente reserva ovárica (Hormona antimülleriana-AHM- > 1mg/ml; Recuento de Folículos Antrales - RFA >5-7) que no tienen deseo reproductivo inmediato y que presenten:
 - Recurrencia postquirúrgica
 - Endometriomas bilaterales de >4 cm (o unilateral en paciente con ooforectomía previa)

Criterios de derivación a consulta de salud sexual:

Afectadas de endometriosis con alteraciones de la esfera sexual: trastorno del deseo sexual hipoactivo secundario, trastornos de excitación, alteraciones en la consecución del orgasmo, dispareunia.

Criterios de derivación a consulta del dolor:

- Pacientes con persistencia de sintomatología dolorosa a pesar de la cirugía radical de lesiones endometriósicas.
- Dolor de tipo neuropático asociado.

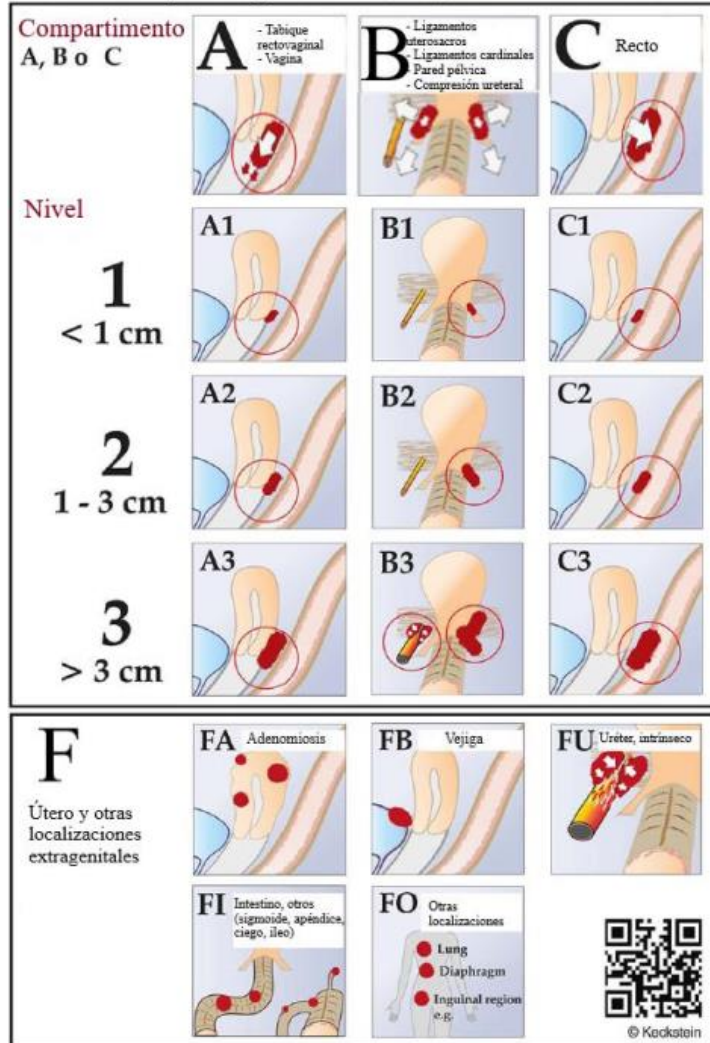
PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Manejo de endometriosis

9. ANEXO 1: CLASIFICACIÓN DE ENZIAN

ENZIAN 2012

Classification of Deep Infiltrating Endometriosis (according to the Endometriosis Research Foundation, SEF)



10. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
-----------	---------	--------	----------

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Manejo de endometriosis

Identificación adecuada de los casos	% Casos correctamente identificados según el protocolo	Diraya	>90%
Adecuación del tratamiento pautado	% Casos correctamente tratados según el protocolo	Diraya	>90%

11. BIBLIOGRAFÍA

- Grupo de Trabajo de Endometriosis de la Sociedad Española de Fertilidad, Guías clínicas SEF: Endometriosis y reproducción. Sociedad Española de Fertilidad; diciembre de 2021.
- ESHRE Endometriosis Guideline Development Group. Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology. 2022.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolo SEGO: Endometriosis. Febrero 2013.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Guía de atención a mujeres con endometriosis del Sistema Nacional de Salud. Informes, estudios e investigación 2013. Recomendaciones para pacientes con endometriosis de sociedad española de endocrinología y nutrición.
- L.C. Gemmell, K.E. Webster, et al. The management of menopause in women with a history of endometriosis: a systematic review. Human Reproduction Update, Vol.23, No.4 pp. 481–500, 2017 doi:10.1093/humupd/dmx011

Autores	Dra. García Castellanos / Dra. Lara Ramos / Dr. Fernández Parra		
Fecha elaboración	Febrero 2025	Vigencia	Febrero 2028