

Diagnóstico de la Endometriosis

MARCELINO HERNÁNDEZ-VALENCIA^a

RESUMEN

La endometriosis se considera una enfermedad exclusiva de la edad reproductiva. Cuando hay ausencia de signos concluyentes, se debe buscar la presencia de nódulos en la parte posterior de la vagina, presencia de dolor al movimiento uterino, útero en retroversión y fijo, así como dolor de masa anexial provocado por endometriomas. El método ideal para el diagnóstico de la endometriosis es la visualización directa de la lesión endometrial por laparoscopia, acompañado de confirmación histológica. Se ha demostrado la utilidad del antígeno CA-125 para identificar pacientes con infertilidad asociada a endometriosis severa, así como al CA 19-9 aunque se considera de menor sensibilidad. Se recomienda como estrategia diagnóstica excluir otras causas de dolor pélvico, como la enfermedad inflamatoria pélvica crónica, tumor fibroideo y quistes del ovario. Es evidente que no hay pruebas diagnósticas concluyentes no invasivas que demuestren la presencia de endometriosis.

PALABRAS GUÍA: Endometriosis, diagnóstico clínico, diagnóstico de laboratorio.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis se caracteriza por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Los sitios más frecuentes donde se ha descrito esta presencia son: el peritoneo pélvico, los ovarios, los ligamentos útero-sacros y el saco de Douglas. Se ha estimado una prevalencia de 10% en la población general y en las mujeres con antecedentes de dolor pélvico, se ha establecido una prevalencia de 28%, con una asociación del 21% en las mujeres que se estudian por problemas de infertilidad, por lo

que este trastorno se ubica en el tercer lugar de los problemas ginecológicos.^{1,2}

ETIOLOGÍA

Se han descrito muchas teorías para explicar la patogénesis de la endometriosis, entre las que se encuentran el reflujo retrógrado, la metaplasia celómica y la teoría de los restos embrionarios. La asociación que se ha establecido como riesgo para el aumento en las áreas afectadas por endometriosis, son los ciclos menstruales cortos, el aumento del sangrado, así como la menarca temprana, ya que al parecer

^a Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Endocrinas, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.

Correspondencia:
Dr. Hernández-Valencia,
Av. Cuauhtémoc No. 330, Col. Doctores, C.P. 06720, México,
D.F.
Tél. y Fax.: 5627-6913
Correo electrónico: mhernandezvalencia@prodigy.net.mx

Recibido: 12 de mayo de 2008.
Aceptado: 20 de mayo de 2008.

Tabla 1
Factores de riesgo para endometriosis

- Madre o hermana con endometriosis
- Menstruación con más de seis días
- Ciclo menstrual menor de 28 días
- Consumir más de una copa de vino al día
- Nunca haber usado anticonceptivos orales
- Uso de tampones vaginales



las mujeres con este tipo de ciclos, están expuestas a una mayor cantidad de material endometrial (Tabla 1). Por otro lado, dentro de los factores de bajo riesgo para el desarrollo de endometriosis, se han considerado el sobrepeso y el fumar.^{3,4}

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

La endometriosis se considera una enfermedad exclusiva de la edad reproductiva, por lo tanto, las manifestaciones clínicas se hacen aparentes en esta etapa de la vida, debido a que las lesiones son estimuladas por las hormonas producidas durante el ciclo menstrual. Los síntomas son intensos en el periodo premenstrual y durante la menstruación se convierte en dolor incapacitante, para, posteriormente, a medida que cesa la menstruación, el dolor comienza a disminuir, y se hace poco aparente después del término menstrual. Por lo tanto, el dolor pélvico es el síntoma más frecuente, pero, además, pueden estar incluidos: el dolor de espalda, la dispareunia, el dolor a la defecación, dolor al cambio de posición y, en casos extremos, dolor a la micción. En la mayoría de las mujeres en quienes se ha diagnosticado endometriosis, han tenido previamente el diagnóstico de síndrome de vejiga irritable.^{5,6}

Hay pocas maniobras exploratorias que nos ayudan a diagnosticar de forma certera la endometriosis. Sin embargo, ante la ausencia de signos concluyentes, se debe buscar la existencia de nódulos en la parte posterior de la vagina, presencia de dolor al movimiento uterino, útero en retroversión y fijo, así como dolor de masa anexial, provocado por endometriomas. Se ha determinado la utilidad de los signos clínicos y de los síntomas en el diagnóstico de la endometriosis en mujeres que presentan infertilidad, por lo tanto, los síntomas de dolor uterosacro tienen una elevada proporción de posibilidad diagnóstica-positiva.^{7,8}

La asociación de endometriosis con infertilidad es debida a las adherencias que se forman en la cavidad peritoneal, lo cual distorsiona la anatomía pélvica y causa bloqueo físico en la ovulación, por el mecanismo de barrera que las adherencias ejercen; sin embargo, los trastornos anatómicos no son la única causa

de la infertilidad, ya que se ha descrito que la endometriosis causa baja reserva ovárica y de la calidad del óvulo.^{9,10}

DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO

El método ideal para el diagnóstico de la endometriosis es la visualización directa de la lesión endometrial ectópica (vía laparoscopia), acompañado de confirmación histológica con la presencia de al menos dos características patognomónicas de este tipo de lesión (conocidas como macrófagos cargados de hemosiderina): epitelio endometrial y glándulas o estroma del endometrio. El diagnóstico basado únicamente en la inspección visual requiere de un cirujano con experiencia para identificar muchas de las lesiones con apariencia endometrial, ya que es relativamente baja la correlación entre el diagnóstico visual y la confirmación histológica, debido a que muchas veces se ha encontrado lesión endometrial microscópica en muestra de tejido peritoneal con apariencia normal. Además, se debe tener presente el diagnóstico diferencial para cada caso, antes de iniciar la

Tabla 2
Diagnóstico diferencial
sintomático de la endometriosis

-
- Adenomiosis
 - Miomatosis
 - Estenosis cervical
 - Infección pélvica crónica
 - Lubricación vaginal deficiente
 - Constipación intestinal
 - Síndrome de colon irritable
 - Relajación pélvica
 - Espasmo del músculo elevador del ano
 - Congestión vascular pélvica
 - Síndrome uretral
 - Cistitis recidivante
 - Neoplasia benigna o maligna
 - Quiste torcido de ovario
 - Adherencias pélvicas
 - Abuso sexual
 - Anovulación
 - Fase lútea deficiente
 - Salpingitis
-

fase intervencionista del diagnóstico (Tabla 2), ya que son muchos los padecimientos que pueden originar síntomas similares y, en consecuencia, la forma de tratarlos es diferente.^{11,12}

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Dos estudios han sido considerados para el diagnóstico de la endometriosis: el primero, es el antígeno-125 en suero (CA-125); y, el segundo, es la imagen por resonancia magnética (RM); aunque ninguno de ellos ha demostrado especificidad diagnóstica. El uso de la resonancia magnética tiene más agudeza diagnóstica para el quiste endometriósico; aunque existe un mayor interés en los marcadores séricos, ninguno de éstos se considera ideal para la práctica clínica. La elevación de la concentración del CA-125, por arriba de 35UI/mL, es el más comúnmente utilizada para el diagnóstico o monitorización de cáncer de ovario; sin embargo, debido a la alta especificidad, puede ser de utilidad como marcador para el seguimiento de la respuesta al tratamiento de la endometriosis. Además, hay estudios que demuestran la utilidad del CA-125 para identificar pacientes con infertilidad asociada a endometriosis severa, lo cual podría ser de utilidad para decidir el tratamiento quirúrgico temprano.^{13,14}

Otro marcador para el diagnóstico de endometriosis, es el antígeno 19-9 en suero (CA 19-9), aunque se considera de menor sensibilidad, pero es de utilidad para determinar la severidad de la enfermedad. Por otro lado, ha surgido un gran interés para identificar otros marcadores, entre los que se encuentran, la interleucina-6, con un punto de corte de 2 pg/mL, al cual se le atribuye mayor sensibilidad y especificidad que al CA-125; otro de estos marcadores, es el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) en el líquido peritoneal, con un valor diagnóstico importante, ya que se reporta sensibilidad y especificidad de 1 y 0.89, respectivamente; aunque desafortunadamente, esta prueba requiere de un procedimiento invasivo para obtener el líquido peritoneal. El ultrasonido transvaginal ha sido de mayor uso en el diagnóstico de lesiones retroperitoneales y uterosacras, pero no tiene la exactitud para identificar lesiones peritoneales o endometrio-

mas pequeños. La tomografía computarizada no ha sido estudiada en forma adecuada, por lo tanto, no se ha considerado como una modalidad imagenológica diagnóstica.^{15,16}

ESTRATEGIA CLÍNICA-DIAGNÓSTICA

No existe suficiente sensibilidad y especificidad en los signos y síntomas, así como en las pruebas diagnósticas para establecer la presencia de endometriosis y no existen estrategias diagnósticas para soportar la evidencia del padecimiento. Se ha recomendado como estrategia diagnóstica, excluir otra causa de dolor pélvico, como la enfermedad inflamatoria pélvica crónica, tumor fibroideo y quistes del ovario. También se deben excluir las causas de dolor no ginecológico, así como realizar examen rectal y pélvico dentro de la exploración física, aunque el proceso diagnóstico se torna lento. Los hallazgos de un útero en retroversión, movilidad uterina disminuida, dolor a la movilización del cérvix y nódulos uterosacros, son sugestivos de endometriosis, cuando están presentes, pero estos cambios muchas veces pueden estar ausentes. El diagnóstico práctico y el tratamiento de la endometriosis es válido, cuando se basa en la experiencia clínica, por lo que a las pacientes con síntomas persistentes se les debe practicar laparoscopia como método definitivo para el diagnóstico de endometriosis.^{17,18}

PRONÓSTICO

La historia natural de la endometriosis describe que la enfermedad puede estabilizarse o tener regresión por sí sola, ya que en un estudio de seguimiento de pacientes con endometriosis se utilizó progestina o placebo y por laparoscopia después de un año de estudio se observó que en aquellas que llevaron tratamiento: 47% de las pacientes tuvieron progresión de la endometriosis, 25% resolución de la enfermedad y en 25% no hubo cambios.¹⁹

Se ha observado que la endometriosis puede recurrir, después del tratamiento quirúrgico, en pacientes jóvenes que por alguna causa necesitan el uso de reemplazo estrogénico. Además, las mujeres en la etapa de posmenopausia, con antecedentes de endometrio-



sis, pueden presentar nuevamente este padecimiento durante el uso de la terapia hormonal, por lo tanto, se debe tener presente el cuidado en la administración de estrógenos cuando estén indicados.²⁰

En la actualidad se considera que no hay pruebas diagnósticas totalmente efectivas que proporcionen evidencia concluyente de la

presencia de endometriosis, sin que éstas sean invasivas.

AGRADECIMIENTOS

Se reconoce el apoyo otorgado por el Sistema Nacional de Investigadores al autor de este trabajo.

ABSTRACT

Endometriosis is considered an exclusive illness of reproductive age. When there are absence of conclusive signs, should be sought with presence of nodules in the fornix of vagina, presence of pain to the uterine movement, retroversion and fixed of uterus, as well as pain of anexial mass provoked by endometriomas. The ideal method for the diagnosis of the endometriosis is the direct viewing of the endometrial wound by laparoscopy, accompanied of histological confirmation. It has been shown the utility of antigen CA-125 to identify patient with infertility associated to severe endometriosis, as well as to the CA 19-9 although is considered of smaller sensibility. It is recommended like diagnostic strategy to exclude other causes of pelvic pain, as the chronic inflammatory pelvic illness, fibroid tumor and cystic of the ovary. It is evident that there is not conclusive diagnostic test not invasive that show the presence of endometriosis.

KEY WORDS: *Endometriosis, clinical diagnosis, diagnostic test.*

REFERENCIAS

1. Mahmodd TA, Templeton A. Prevalence and génesis of endometriosis. *Human reprod* 1991; 6: 544-9.
2. Cramer DW, Missmer SA. The epidemiology of endometriosis. *Ann N Y Acad Sci* 2002; 955: 11-22.
3. Hernández QT, Hernández-Valencia M, Zárate TA, Pérez FE. Endometriosis: ¿Es un problema de las señales inmunológicas? *Ginecol Obstet Mex* 2005; 73: 492-9.
4. Zárate A, Villalobos M, Hernández-Valencia M. El enigma de la endometriosis. *Rev Fac Med UNAM* 1995; 38: 31-4.
5. Darrow SL, Vena JE, Batt RE, Zielezny MA, Michalek AM. Menstrual cycle characteristics and the risk of endometriosis. *Epidemiology* 1993; 4: 135-42.
6. Kaufer MR, Goitein L, Bush M, Cramer DW, Emans SJ. Prevalence of endometriosis in adolescent girls with chronic pelvic pain not responding to conventional therapy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1997; 10: 199-202.
7. Kuohung W, Jones GL, Vitonis AF, Cramer DW, et al. Characteristics of patients with endometriosis in the United States and The United Kingdom. *Fertil Steril* 2002; 78: 767-72.
8. Zárate A, Villalobos M, Hernández-Valencia M. La endometriosis sigue siendo un enigma. *Rev Ecuat Ginec Obstet* 1995; 4: 11-13.
9. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK

- primary care. *Br J Pbstet Gynaecol* 1999; 106: 1156-61.
10. Hernández-Valencia M, Zárate A. Esterilidad inexplicable: evaluación médica-terapéutica. *Perinatol Reprod Hum* 2007; 21: 151-4.
 11. Hernández-Valencia M, Zárate A, Hernández QT, Landero MOME, Escamilla GG. Endometriosis en cicatriz tardía de episiorrafia postparto eutócico. Aspectos integrales y reporte de un caso. *Rev Med IMSS* 2005; 43: 237-42.
 12. Vercellini P, Frontino G, De Giorgio O, Aimi G, et al. Comparison of a levonorgestrel-releasing intrauterine device versus expectant management after conservative surgery for symptomatic endometriosis: a pilot study. *Fertil Steril* 2003; 80: 305-9.
 13. Mol BW, Bayram N, Lijmer JG, Wiegerinck MA, Bongers MY, van der Veen F. The performance of CA-125 measurement in the detection of endometriosis: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1998; 70: 1101-8.
 14. Bedaiwy MA, Falcone T. Laboratory testing for endometriosis. *Clin Chim Acta* 2004; 340: 41-56.
 15. Harada T, Kubota T, Aso T. Usefulness of CA 19-9 versus CA-125 for the diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril* 2002; 78: 733-9.
 16. Brosens I, Puttemans P, Campo R, Gordts S, Brosens J. Non-invasive methods of diagnosis of endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003; 15: 519-22.
 17. Cramer DW, Wilson E, Stillman RJ, Berger MJ, Belisie S, Schiff I. The relation of endometriosis to menstrual characteristics, smoking, and exercise. *JAMA* 1986; 255: 1904-8.
 18. Berreta P, Franchi M, Ghezzi F, Busacca M, Zupi E, Bolis P. Randomized clinical trial of two laparoscopic treatments of endometriomas: cystectomy versus drainage and coagulation. *Fertil Steril* 1998; 70: 1176-80.
 19. Namnoum AB, Hickman TN, Goodman SB, Gehibach DL, Rock JA. Incidence of symptom recurrence after hysterectomy for endometriosis. *Fertil Steril* 1995; 64: 898-902.
 20. Hernández-Valencia M, Basurto L, Saucedo R, Vargas C, Ruiz M, et al. Efecto clínico de las diferentes vías de la terapia de reemplazo hormonal. *Acta Med G A* 2005; 3: 149-53.

