

ENFOQUE TERAPEUTICO DE LA ENDOMETRIOSIS

**20 CONGRESO DE MEDICINA CONTEMPORANEA
ASOMEB
BARRANQUILLA, AGOSTO19 – 20 DE 2023**

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO

- ▣ COMBINACION DE TERAPIAS MEDICAS Y/O QUIRURGICAS
- ▣ APOYO PSICOSOCIAL
- ▣ ACTIVIDAD FISICA
- ▣ TERAPIAS ALTERNATIVAS
- ▣ FISIOTERAPIA
- ▣ OTRAS

DECISION TERAPEUTICA

- EDAD DE LA PACIENTE
- EXTENSION DE LA ENFERMEDAD
- SEVERIDAD DE LOS SINTOMAS
- COMPROMISO DE LA FUNCION URINARIA O DIGESTIVA

TRATAMIENTO MEDICO

INDICACIONES:

- **Tratamiento empírico (ante la sospecha de la enfermedad pero sin un diagnóstico de certeza)**
- **En espera de cirugía**
- **Para prolongar el tiempo libre de dolor**
- **Para prevenir la recurrencia**
- **Ante la contraindicación del tratamiento quirúrgico**
 - Progresó en el 29 al 45% de las pacientes
 - Permaneció sin cambios en el 33 al 42%
 - Retrocedió en el 22 al 29%

Esta información cambio la creencia de que la endometriosis siempre es progresiva

Diagnostico diferencial

Dismenorrea (71-76%)	Dolor pélvico generalizado (70-71%)
<ul style="list-style-type: none">• Adenomiosis• Miomas• Infección• Estenosis Cervical	<ul style="list-style-type: none">• Endometritis• Neoplasia• Torsión ovarica• Adherencias pélvicas• EPI• Abuso sexual o físico
Dispareunia (44%)	Infertilidad (15-20%)
<ul style="list-style-type: none">• Causa GI (constipación, SII)• Causas musculoesqueléticas (relajación pélvica, espasmo del elevador)• Congestión pélvica• Causas urinarias (Sind. Uretral, cistitis intersticial)	<ul style="list-style-type: none">• Anovulación• Factores cervicales• Deficiencia de la fase lútea• Infertilidad masculina• Enfermedad o infección tubárica

CUAL DE LOS SIGUIENTES SE CONSIDERA DE PRIMERA ELECCION EN EL TRATAMIENTO DE LA ENDOMETRIOSIS:

A) AGONISTAS DE LA GNRH

B) ANTAGONISTAS DE LA GNRH

C) PROGESTAGENOS

D) AINES

PROGESTINAS

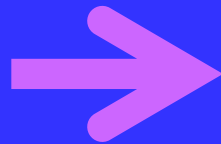
ACCION SOBRE LOS RP:

DISMINUYE SECRECION DE FSH – LH
ANOVULACION
ESTADO HIPOESTROGENICO RELATIVO
AMENORREA



SUPRIMEN ENDOMETRIOSIS (PROGRESION)
PREVIENEN DISMENORREA

EFECTO ANTIESTROGENICO



- › CAUSA PSEUDODECIDUALIZACION ENDOMETRIAL
- › INHIBEN RESPUESTA INFLAMATORIA
- › APOPTOSIS DE CELULAS ENDOMETRIOSICAS
- › REDUCEN STRESS OXIDATIVO
- › INHIBEN LA ANGIOGENESIS
- › SUPRIMEN EXPRESION DE METALOPROTEINASAS

TRATAMIENTO MEDICO

Terapias de tratamiento de Endometriosis

Beneficios	Visanne®	GnRH	Depoprovera	ACO	Progesterona convencional	AINE	ladogal
Indicado para endometriosis	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI
Reducción de dolor pélvico	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI
Reducción significativa de lesiones	SI	SI	SI	NO	NO	NO	+/-
Uso a largo plazo	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO

LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES SUPERAN A LAS PROGESTINAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENDOMETRIOSIS PORQUE ADEMÁS DE ELIMINAR LOS FOCOS ENDOMETRIOSICOS Y REDUCIR LOS ENDOMETRIOMAS, DISMINUYEN EL DOLOR

A) VERDADERO

B) FALSO

EL LNG – IUS (MIRENA) TIENE UN GRAN PAPEL EN LA PREVENCIÓN DE LAS RECURRENCIAS DE LOS ENDOMETRIOMAS

A) VERDADERO

B) FALSO

EL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA DE DEPOSITO (DEPOPROVERA) PUEDE DISMINUIR LA DENSIDAD MINERAL OSEA Y AUMENTAR EL RIEGO DE FRACTURAS CUANDO SE USA A LARGO PLAZO

A) VERDADERO

B) FALSO

EFECTOS ADVERSOS

Efectos adversos	Visanne®	GnRH	Depoprovera	ACO	Progesterona convencional	AINE	Ladogal
Pérdida de masa ósea	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
bochornos	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI
Disminución de los niveles de estradiol	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI
Efectos androgénicos	NO	NO	SI	+/-	+/-	NO	SI
Aumento de peso	NO	NO	SI	+/-	+/-	NO	SI
Disminución de la líbido	NO	SI	+/-	+/-	+/-	NO	SI

MEDICAMENTOS EN DESARROLLO PARA LA ENDOMETRIOSIS

➤ MODULADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE PROGESTERONA (SPRM):

ACTUAN COMO AGONISTAS, ANTAGONISTAS O AGONISTAS/ANTAGONISTAS PARCIALES EN TEJIDOS DIANA DE LA PROGESTERONA SIN SUPRIMIR LOS NIVELES DE ESTROGENOS

➤ SERM:

➤ RALOXIFENO: EFECTO ESTROGENICO EN EL HUESO Y ANTIESTROGENICO EN EL ENDOMETRIO

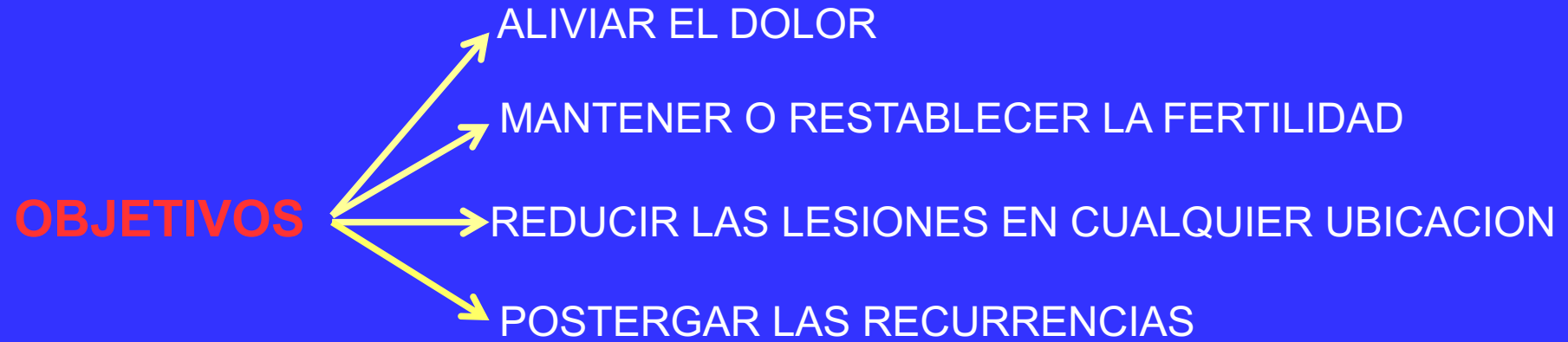
➤ INHIBIDORES DE LA AROMATASA

➤ BLOQUEAN LA SINTESIS DE ESTROGENOS TANTO EN LA PERIFERIA COMO EN LOS OVARIOS

➤ SE DEBEN ASOCIAR CON ACOS – PROGESTAGENOS O GNRHa EN PACIENTES CON DOLOR

➤ RESISTENTE A LOS MEDICAMENTOS Y ENDOMETRIOSIS RECTO-VAGINAL RESISTENTE A CIRUGIA

TRATAMIENTO QUIRURGICO



MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA

MANEJO QUIRURGICO

INDICACIONES:

1.- PACIENTES CON DOLOR PELVICO

- .QUE NO RESPONDEN O CON CONTRAINDICACION PARA TTO MEDICO
- .CON UN EVENTO AGUDO ANEXIAL(TORSION O RUPTURA DE QUISTE)
- .CON ENFERMEDAD INVASIVA SEVERA QUE INVOLUCRA INTESTINO, VEJIGA URETERES O NERVIOS PELVICOS

2.- PACIENTES CON SOSPECHA DE ENDOMETRIOMA OVARICO

3.- PACIENTES CON INFERTILIDAD Y FACTORES ASOCIADOS (DOLOR O MASA PELVICA)

MANEJO QUIRURGICO

> CONSERVADOR:

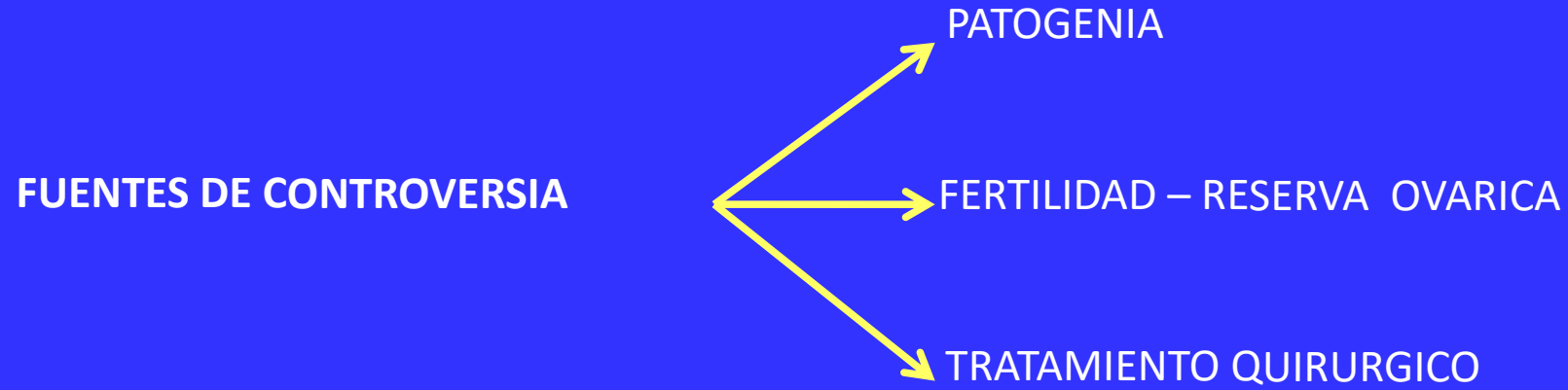
- RESTAURAR LA ANATOMIA NORMAL Y ALIVIAR EL DOLOR
- MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON DESEO DE EMBARAZO
- EVITAR INDUCCION DE LA MENOPAUSIA

> DEFINITIVO:

- DOLOR IMPORTANTE A PESAR DEL MANEJO CONSERVADOR
- ENFERMEDAD SEVERA SIN DESEOS DE CONCEPCION
- ANTECEDENTES DE HISTERECTOMIA POR OTRAS CONDICIONES

LA LAPAROSCOPIA ES LA VIA DE ELECCION

ENDOMETRIOMAS

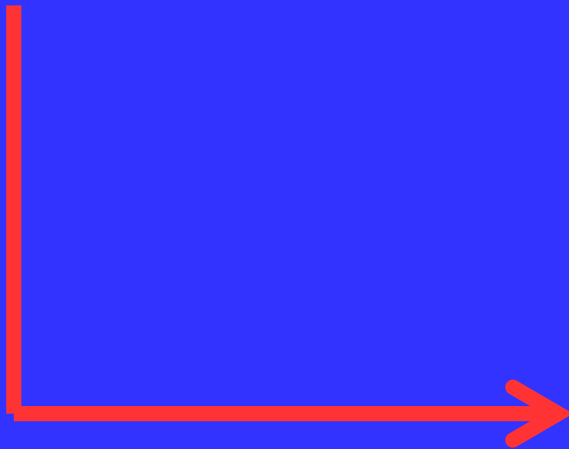


La sola presencia del endometrioma en el ovario ha sido asociada con una reserva ovárica disminuida

La presencia de endometriomas puede estar asociada hasta en un 40% con endometriosis profunda y adenomiosis en un 50%

Causas de subfertilidad en los casos de endometrioma:

- a) afectación de la reserva ovárica debido a la presión ejercida por el quiste y atrofia del tejido ovárico adyacente
- b) efecto adverso en la vascularización del tejido ovárico normal por el endometrioma en expansión
- c) reacción inflamatoria generada por la presencia del endometrioma



ENDOMETRIOMA

La reserva ovárica puede ser medida :

por el recuento de folículos antrales

por marcadores bioquímicos como la FSH y la hormona antimülleriana (AMH)

por marcadores histológicos como la densidad folicular

de más importancia considerar la respuesta a la hiperestimulación ovárica controlada (HOC) y las tasas de embarazo.

EL DRENAJE Y LA FULGURACION INTERNA DE LA CAPSULA ES EL MANEJO QUIRURGICO IDEAL DE LOS ENDOMETRIOMAS

A) VERDADERO

B) FALSO

LOS MECANISMOS ASOCIADOS AL DAÑO QUIRÚRGICO SOBRE EL OVARIO SON:

- LA REMOCIÓN ACCIDENTAL DE TEJIDO SANO DURANTE LA CISTECTOMÍA
- ACCIÓN DIRECTA SOBRE EL TEJIDO OVÁRICO PROVOCADO POR LA COAGULACIÓN Y LA FORMACIÓN DE TEJIDO CICATRICAL.

Este impacto se mide a través de varios marcadores:

X Disminución sostenida de los niveles de AMH -hasta un 40%- después de la cirugía

X La declinación es mayor cuando se asocia a:

- severidad de la endometriosis
- bilateralidad
- tamaño de los quistes endometriósicos.

X Algunos estudios han mostrado reducción sostenida de la AMH hasta por un periodo de seis meses después de la cirugía

Recuperación parcial de los niveles de AMH hasta casi en 65% de los niveles preoperatorios tres meses después de la cirugía

Esta recuperación estaría asociada a:

- revascularización después de la cirugía
- efecto compensatorio de los folículos remanentes o del ovario no afectado
- reorganización de la cohorte de folículos

LA PRINCIPAL INDICACION DE LA INTERVENCION LAPAROSCOPICA EN PRESENCIA DE UN ENDOMETRIOMA EN PACIENTE CON DESEOS DE FERTILIDAD ES:

A) FULGURACION DE LOS FOCOS ENDOMETRIOSICOS

B) RESECCION DE LIGAMENTOS UTEROSACROS PARA ALIVIO DEL DOLOR

C) DOLOR A PESAR DEL TRATAMIENTO HORMONAL

D) NINGUNA DE LAS ANTERIORES

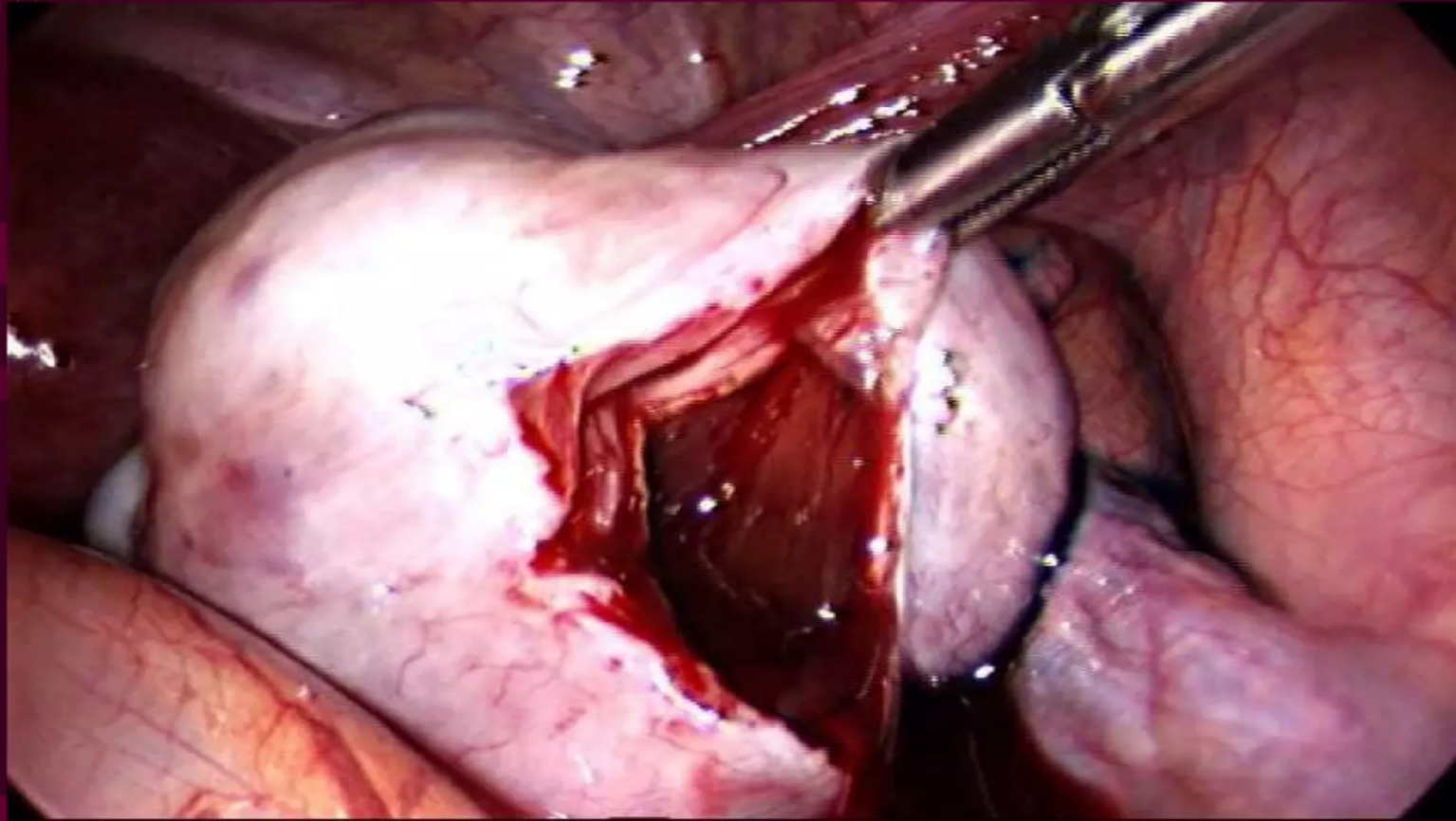
ENFOQUE QUIRURGICO DEL ENDOMETRIOMA

La cirugía sigue vigente y continúa teniendo un rol muy importante en el manejo del endometrioma.

➤ INDICACION:

- severidad de los síntomas,
- edad de la paciente
- si tiene o no diagnóstico de infertilidad
- su deseo de concebir pronto,
- el antecedente de cirugías previas
- presencia de otros factores de infertilidad que hagan necesaria una TRA
- tamaño del endometrioma.
- reserva ovárica

Endometrioma



GRACIAS

