

ENDOMETRIOSIS:

Es relativamente frecuente en personas jóvenes, 25–30 años. Se define como la localización de la mucosa endometrial en un lugar ectópico.

La localización normal de endometrio es el útero. La mucosa endometrial sufre una serie de cambios durante el ciclo. Cuando la mucosa endometrial penetra en el músculo uterino (miometrio) se denomina: *Adenomiosis*.

Patogenia:

No se conoce realmente por qué se produce y tampoco existe un tratamiento definitivo para ella.

Teorías: a) Teoría Metaplásica celómica (T. De Meyer): El celoma es un epitelio que recubre la cavidad abdominal (metaplasia).

b) Teoría Transplantativa (Sampson): La mucosa endometrial a través de las trompas, cuando se produce una menstruación si el orificio cervical está cerrado, la sangre refluye (por mecanismo retrógrado), y va a cavidad abdominal donde se producen implantes de células endometriales (en fondos de saco de Douglas, peritoneo...). También por intervenciones quirúrgicas. Esta teoría es la que parece más veraz.

c) Teoría embrionaria: Es poco importante. Dice que la endometriosis se produce por los restos embrionarios de Wolf o Müller.

d) Teoría inmunológica: Suele influir sobretodo en las personas estériles, con disminución de la respuesta inmunitaria por: – Disminución de la citotoxicidad de las células NK// – Aumento de resistencia de las células endometriales a la destrucción// – Aumento de la actividad de los Macrófagos.

Clínica:

- Disfunción menstrual: Aparición de dismenorrea progresiva, que no aparece desde el principio (es tardía), es intermenstrual y aumenta al final más intensa. Va aumentando con los años (al contrario que la Dismenorrea normal).
- Exploración: Retracción de los ligamentos uterosacros, nodulaciones, rugosidades y dolorosos al tacto. Dispareunia (dolor en las relaciones sexuales). Dolor en la defecación (porque la reacción inflamatoria produce adherencias y dolor en la movilización del útero). Dismenorrea.
- Disfunción ovárica: Se hace quistectomía, son más conservadores en el tratamiento quirúrgico. Insuficiencia lútea. Hiperprolactinemia. Amenorrea// No son muy frecuentes ni específicas puede que no se den las tres.
- Disfunción reproductiva: Es causa de esterilidad (estadios III y IV de la clasificación americana: Reacción inflamatoria que afecta a anejos, recto, sigma, apéndice, ureter...)// Se producen abortos de repetición e insuficiencia lútea.

Clasificación:

La que se suele utilizar es la de la *American fertility society* que se basa en las características de la endometriosis que existe en los ovarios y anejos:

Estadio I: De 1–5 puntos (mínimo). *Estadio III:* 16–40 puntos (moderado).

Estadio II: De 6–15 puntos (ligero). *Estadio IV:* Más de 40 puntos (grave).

En primer lugar se valorará la endometriosis Peritoneal, si es superficial o profunda, y según el caso la extensión (menos de 1cm, de 1–3 cm, más de 3 cm)

Valoraremos la endometriosis en ovario (derecho o izquierdo) con los mismos criterios, superficial, profunda y extensión. Miraremos si hay obliteración del fondo de saco posterior (parcial 4 ptos. Completa 40 ptos.).

Por últimos buscaremos adherencias en ovarios y trompas, mirando si son membranosas o densas, y la extensión de menos de 1/3 afectado; 1/3–2/3 afectado; Más de 2/3 afectados.

Diagnóstico:

1) Técnicas no invasoras: – Clínica: Dismenorrea progresiva// Dispareunia// Dolor en la defecación.

- Exploración: Cuando existe alteración de los ligamentos uterosacros nos los encontramos rígidos, dolorosos... Si además existe un endometrioma con palpación bimanual nos encontraremos el anejo engrosado (donde se localiza).
- Ecografía: Para confirmar la sospecha. Hace el diagnóstico cuando existen endometriomas (quistes de chocolate). Son redondeados con contenido líquido dentro, denso y homogéneo en el interior. Si no existen quistes la ECO va a servirnos de poco.
- Determinación de Ca- 135: Está aumentado en todos los tumores epiteliales malignos de ovario y también en la endometriosis (no suele hacerse).
- RMN. Poco uso.
- Inmunofluorescencia con Ac endometriales: No se hace en la práctica.

Cuando existen quistes: Clínica + Exploración + ECO

Cuando no hay quistes: Clínica + Exploración + ECO (no se ve nada) + Técnicas invasoras.

2) Técnicas invasoras: – Laparoscopia: No hace falta hacerla cuando hemos hecho el Dx con ECO si hay quistes de chocolate, se hace cuando hay dudas.

Podemos ver mediante un Laparoscopia: Punteados (marrones) y retracciones.

Nos informa de posibles endometriosis que no se aprecian con la ECO. Para confirmar el Dx se cogerá una muestra de biopsia con una pinza (Anatomo-patología).

Hay 4 signos de Endometriosis:

- Focos
- Punteados (marrones y sanguinolentos).
- Retracciones
- Reacción inflamatoria.

Tratamiento:

- Tratamiento médico: – Clásico: Ya no se hace.
- Estrógenos: producen la atrofia de la endometriosis pero a dosis altas. Grandes efectos secundarios. Pueden producir necrosis, coagulación, náuseas.
- Andrógenos: Tienen acción progestágena, con acción antagónica a los Estrógenos. Hace que el endometrio no prolifere.
- Pseudoembarazo: Se vio que la mujer que estaba embarazada mejoraba la clínica de la Endometriosis. Así el aumento de Estrógenos y progesterona (imitando el embarazo) consiguen disminuir la clínica intenta

atrofiar que no se produzca la menstruación. Se hace con anticonceptivos (Anovulatorio) para conseguir que los focos de endometriosis no sangren, hay que dar altas dosis, muchos efectos secundarios.

– Tratamiento actual:

- Danazol: Derivado de un andrógeno. Tiene muchas acciones: Progestacional; Antigonadotropa; Anovulatorio; Disminuye la respuesta inmunológica.

Se usan 400–800 mg/día durante 4–6 meses. Después se suspende el Tratamiento, si es un endometrioma habrá que operar.

- Gestrinona: Es un norderivado. Acción aproximada al Danazol, poco uso. Dosis 2,5mg/2 veces por semana.
- Medroxiprogesterona: Función de contrarrestar la acción de los estrógenos, inhibe la proliferación.
- Análogos de la GnRH: Inhiben los ciclos actuando a nivel Hipotálamo–Hipofisiario. Si se administran de forma continua, inhiben la liberación de LH y FSH, inhibiendo la menstruación y la formación de focos de endometriosis. Se usan 4–6 meses. Producen una menopausia medicamentosa con los mismo efectos 2º.
- Tratamiento Quirúrgico: Corrección de las lesiones producidas por la endometriosis.

Si existen quistes hacer Quistectomía.

No es necesario extirpar el ovario, hay que tener cuidado al extirpar el tejido endometriósico, sobretodo cuando se localiza cerca de uréteres. No siempre es abordable. Los focos de endometriosis se tratan con Electrocoagulación.

- Tratamiento de Adenomiosis: Producen Dismenorreas e hipermenorreas.

Se Diagnostican con Histerosalpingografía y ecografía, el Tratamiento es Quirúrgico.

PROLAPSOS:

Se definen como descensos del Útero, vagina o recto.

Prolapso Uterino: Descenso del útero desde su posición normal a una posición inferior. Tipos:

Grado I: Cuando el cuello (orificio cervical) llega a extremo inferior de la vagina.

Grado II: Cuando sale parte del útero al exterior.

Grado III: Cuando todo el útero sale al exterior.

Es relativamente frecuente a partir de los 35–40 años. Se da más en Multíparas.

Colpocele anterior o cistocele: Cuando el útero está en posición normal pero existe un descenso de la vagina, en su cara anterior impulsado por la vejiga. Se produce por una disminución del tono y cuando la vejiga se llena produce un prolapso de la vagina que sale por el introito vulvar.

Colpocele posterior o rectocistocele: Cuando el que impulsa es el Recto, se produce un prolapso de la cara posterior de la Vagina.

Douglascele o enterocele: El fondo de saco de Douglas sale al exterior. Puede acompañarse de asas intestinales (es parecido a una hernia).

Prolapso de cúpula vaginal: Sucede tras una histerectomía total, cuando hay relajación de las paredes vaginales o ligero prolapso de vagina.

Clínica:

- *Anamnesis:* La mujer consulta porque nota un bulto o pesos abajo. Produce: Dolor Lumbar// Pesadez// Trastornos urinarios: Anuria, polaquiuria// Puede acompañarse de incontinencia de esfuerzo.
- *Exploración física:* Diagnóstico de Visu, veremos el prolapso, y la estructura que tenga.

Causas:

- *Causas obstétricas:* Son las más frecuentes: Partos difíciles// Niños grandes// Fórceps// Desgarros del periné: Ya no son suficientes para contener las estructuras, esto es frecuente en multíparas.
- *Causas Hormonales:* En peri- y menopausia: Existe una falta de estrógenos, disminuye el tono muscular y la elasticidad del suelo pélvico...

Tratamiento:

Es siempre un tratamiento Quirúrgico encontramos varias técnicas:

- Colporrafia anterior: Cuando sólo está descendida la vagina.
- Colpoperineoplastia o Colporrafia posterior: Cuando existe un rectocistocele o colpocelo posterior.
- Operación de Manchester: Cuando existe un Prolapso Grado I o inicio de grado II. Se hace en tres tiempos: – Colporrafia anterior// – Colporrafia posterior// – Amputación del cuello.
- Histerectomía vaginal: Cuando existe un Prolapso Grado III, se hace una extirpación del útero que está fuera. Se mantiene la Vejiga, pueden quitarse también los ovarios: *Anexectomía bilateral*, esto se hace en pacientes mayores que ya no van a tener hijos (recomendado en > 50 años)
- Operación de Le Fort: predispone a la incontinencia urinaria.
- Intervención de Watkins.

6

•