



# Manejo de la Endometriosis

**Elaborado por:**

**Grupo de especialistas del Hospital Gineco-Obstetricia-IGSS**





Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social

**Lic. Oscar Armando García Muñoz**  
Gerente

**Dr. Byron Humberto Arana González**  
Subgerente de Prestaciones en Salud

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)  
Subgerencia de Prestaciones en Salud  
Comisión de Elaboración de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia (GPC-BE)  
**GPC-BE 57 “Manejo de la Endometriosis”**  
Edición 2014; págs. 84  
IGSS, Guatemala.

**Elaboración revisada por:**

Subgerencia de Prestaciones en Salud-IGSS  
Oficio No. 12430 del 07 de noviembre de 2014

**Revisión, diseño y diagramación:**

Comisión Central de Elaboración de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia; Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS-Guatemala 2014

Derechos reservados-IGSS-2014

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro, a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.

---

## **AGRADECIMIENTOS:**

### **Grupo de Desarrollo 2014:**

#### **Dr. Luis Humberto Araujo Rodas**

Ginecólogo y Obstetra

Jefe de Departamento

Servicios Médicos Centrales

Subgerencia de Prestaciones en Salud

#### **Dr. Ludwig Armando Funes López**

Residente II, año 2014

Maestría de Ginecología y Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

#### **Dra. Elvia Karla Violeta Bustamante Campaneros**

Residente II, año 2014

Maestría de Ginecología y Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social



## **Revisores:**

### **Dr. José Ángel López Salvador**

Ginecólogo y Obstetra

Especialista B

Hospital de Gineco-obstetricia

### **Dra. Brenda Nineth Matías Siney**

Ginecóloga y Obstetra

Especialista B

Hospital de Gineco-obstetricia

### **Dr. Jayrom Gianni Barrera Illescas**

Ginecólogo y Obstetra

Especialista A

Departamento de Ginecoobstetricia

Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo-IGSS

---

**COMISIÓN ELABORADORA DE GUÍAS DE PRÁCTICA  
CLÍNICA FUNDAMENTADAS EN MEDICINA BASADA EN  
LA EVIDENCIA:**

**Msc. Dr. Edwin Leslie Cambranes Morales**

Jefe del Departamento de Medicina Preventiva  
Subgerencia de Medicina Preventiva

**Msc. Dr. Jorge David Alvarado Andrade**

Coordinador  
Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE  
Subgerencia de Prestaciones en Salud

**Dr. Edgar Campos Reyes**

Médico Supervisor  
Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE  
Subgerencia de Prestaciones en Salud

**Msc. Leiser Marco Tulio Mazariegos Contreras**

Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE  
Subgerencia de Prestaciones en Salud





---

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:**

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta Guía, tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.



## PRÓLOGO

### GUIAS DE PRACTICA CLINICA DEL IGSS

#### ¿En qué consiste la Medicina Basada en Evidencia?

Podría resumirse, como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible **-la evidencia-**, para aplicarla a la práctica clínica.

**El nivel de Evidencia clínica** es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación.

(Tabla No. 1)

**Tabla No. 1\* Niveles de evidencia:**

| Grado de Recomendación | Nivel de Evidencia | Fuente  |
|------------------------|--------------------|---|
| A                      | 1a                 | Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.  |
|                        | 1b                 | Ensayo clínico aleatorio individual.  |
|                        | 1c                 | Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**) |
| B                      | 2a                 | Revisión sistemática de estudios de cohortes.   |
|                        | 2b                 | Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.                          |
|                        | 2c                 | Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.  |
|                        | 3a                 | Revisión sistemática de estudios caso-control, con homogeneidad.                                      |
|                        | 3b                 | Estudios de caso control individuales.  |
| C                      | 4                  | Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja Calidad.                                 |
| D                      | 5                  | Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.   |

\* **Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.**

\*\***All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

**Los grados de recomendación** son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el nivel de evidencia; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales.

(Tabla No. 2)

## Tabla No.2

Significado de los grados de recomendación

| Grado de Recomendación | Significado   |
|------------------------|---|
| A                      | Extremadamente recomendable.  |
| B                      | Recomendable favorable.   |
| C                      | Recomendación favorable, pero no concluyente.   |
| D                      | Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.              |
| √                      | Indica un consejo de Buena Práctica clínica sobre el cual el Grupo de Desarrollo acuerda. |

Las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA**, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.).

1a

En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **Nivel de Evidencia**<sup>1a</sup> (en números y letras minúsculas, sobre la base de la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan el **grado de recomendación de buena práctica clínica**, que se anota en el lado derecho del texto <sup>A</sup> (siempre en letras mayúsculas sobre la base de la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

A

Las Guías, desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras.

La **GUÍA DE BOLSILLO** es una parte de la guía, que resume lo más relevante de la entidad con relación a 4 aspectos: 1. La definición de la entidad, 2. Como se hace el diagnóstico, 3. Terapéutica y 4. Recomendaciones de buenas prácticas clínicas fundamentales, originadas de la mejor evidencia.

En el formato de Guías de Bolsillo desarrolladas en el IGSS, los diversos temas se editan, imprimen y socializan en un ejemplar de pequeño tamaño, con la idea de tenerlo a mano y revisar los temas incluidos en poco tiempo de lectura, para ayudar en la resolución rápida de los problemas que se presentan durante la práctica diaria.

Las Guías de Práctica Clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer

una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como **“los elementos esenciales de las buenas guías”**, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

**En el IGSS, el Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica es creado con el propósito de ser una herramienta de ayuda a la hora de tomar decisiones clínicas.** En una Guía de Práctica Clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el que poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales -especialistas y médicos residentes- que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **Comisión Central Para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica** que pertenece a los proyectos educativos de la **Subgerencia de Prestaciones en Salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

---

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y de trabajo, con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares editados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, siendo así mismo aplicable, práctica y de fácil estudio.

El IGSS tiene el alto privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo esta Guía, con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta noble Institución.

**Comisión Central para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica, IGSS, Guatemala, 2014.**





---

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

## GUÍA DE BOLSILLO

### 1. INTRODUCCION

### 2. OBJETIVOS

### 3. METODOLOGIA

- Definición de preguntas
- Estrategia de búsqueda
- Población diana
- Usuarios

### 4. CONTENIDO

- Introducción
- Definición
- Epidemiología
- Historia Natural
- Factores de riesgo
- Examen clínico
- Diagnostico
- Diagnóstico diferencial
- Histología
- Métodos diagnósticos
  - Laparoscopia
  - Ultrasonido
  - Resonancia magnética
  - Biopsia
  - Marcadores para Endometriosis
- Clasificación
- Tratamiento
  - Farmacológico
    - Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)
    - Progestágenos
    - Anticonceptivos hormonales combinados
    - Análogos de GnRH
    - Danazol
    - Inhibidores de Aromatasa

No Farmacológico  
Recomendaciones para cirugía definitiva  
Seguimiento  
Recomendaciones y evidencia  
Abordaje de la infertilidad en la Endometriosis

## **5. GLOSARIO**

## **6. ANEXOS**

## **7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

---

## **GUIA DE BOLSILLO MANEJO DE LA ENDOMETRIOSIS**

### **Definición:**

La endometriosis es definida como la presencia de glándulas endometriales y estroma (tejido endometrial) fuera de la cavidad endometrial y de la musculatura uterina. (Katz VL, 2007)

### **Factores de Riesgo:** (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

Existen descritos muchos factores de riesgo para el desarrollo de endometriosis, dentro de los cuales se han estudiado aspectos de la reproducción y del ciclo menstrual, el fenotipo de la mujer, estilos de vida, estímulos ambientales y genéticos.

Estos factores de riesgo se pueden agrupar de la siguiente manera:

- **Factores relacionados con la reproducción y la menstruación**
  - Menarquia precoz
  - Menopausia tardía
  - Duración prolongada del período menstrual
  - Volumen menstrual abundante
  - Antecedentes de falta de lactancia en partos previos
- **Factores asociados con el fenotipo de la mujer**
  - Sobrepeso y Obesidad
  - Color de piel y Cabello
- **Factores relacionados con estilos de vida**
  - Actividad física
  - Consumo de tabaco y alcohol
  - Consumo de cafeína
- **Factores ambientales**
  - Exposición a dioxina y compuestos Bifenil-policlorados (PCB)
- **Factores genéticos**

## Diagnóstico:

### Diagnóstico clínico:

### Examen físico:

### Antecedentes clínicos:

3a

Un factor de riesgo importante para endometriosis es el antecedente de la enfermedad en la madre o hermana (OR 7.2, IC 95% 2.1-24.3). Por el contrario el consumo de anticonceptivos orales combinados (ACOS) disminuye el riesgo de endometriosis, ya que el mismo en las que no utilizan ACOS es de OR 1.6, IC95% 1.2-2.2. (Mounsey AL, 2006)

Se debe interrogar sobre las características, intensidad, localización, frecuencia del dolor y la presencia de factores de riesgo. Los factores de riesgo incluyen: bajo peso corporal, menarquia temprana, ciclos menstruales cortos y menstruaciones abundantes. (Crosignani PG, 2006) Las mujeres con endometriosis tienen menos gestaciones, más riesgo de abortos y embarazos ectópicos previos en comparación con mujeres infértiles sin endometriosis. También es más común una historia familiar de cáncer en mujeres con endometriosis.

### Manifestaciones clínicas más frecuente:

1b

Se continúa considerando que las manifestaciones clínicas principales de la endometriosis son: Dolor pélvico crónico, Infertilidad y Masa anexial. (ACOG, 2004)

1c

Los síntomas de la endometriosis pueden ser muy diversos, estos pueden incluir: dismenorrea, dispareunia, disuria, disquecia, dolor lumbar bajo y dolor pélvico crónico (mayor de 6 meses de duración). (Gynecologys, 2000)

3b

Debe considerarse el diagnóstico de endometriosis en los casos que la paciente presente dolor abdominopelvico (OR=5.2), dismenorrea (OR= 8.1), Hipermenorrea (OR= 4) y dispareunia (OR=6). (ACOG, July 2010)

3b

La endometriosis profunda es detectada con mayor certeza cuando el examen clínico se realiza durante la menstruación (Koninckx et al., 1996).

2b

Los sitios en donde más frecuentemente se encuentran las lesiones son, en su orden de frecuencia: Ovarios, Fondo de Saco de Douglas, Ligamento ancho, ligamento útero-sacro y es más frecuente en el lado izquierdo de la pelvis. (Falcone T, 2007)

Examen ginecológico:

3b

El hallazgo de un aumento de la sensibilidad pélvica, la presencia de un útero fijo en retroversión, ligamentos uterosacros dolorosos al tacto u ovarios agrandados en el examen bimanual, son hallazgos sugestivos de endometriosis, se recomienda realizar la evaluación ginecológica durante la menstruación. (RCOG, 2006)

### Diagnóstico Diferencial (Consejo de Salubridad General, 2009)

El diagnóstico diferencial de endometriosis debe orientarse a causas ginecológicas y no ginecológicas del dolor. (ACOG C. o., 2004)

Ante la sospecha de endometriosis deben descartarse las siguientes patologías:

1b

- Patologías ginecológicas
  - Síndrome de congestión pélvica
  - Enfermedad Pélvica Inflamatoria
  - Tuberculosis y Salpingitis
  - Embarazo ectópico
  - Dismenorrea atípica
  - Adenomiosis
  - Miomatosis
- Patologías no ginecológicas
  - Tumores vesicales
  - Cistitis ureteral, intersticial y por radiación
  - Síndrome uretral
  - Cáncer de colon
  - Constipación
  - Síndrome de colon irritable
  - Enfermedad inflamatoria intestinal

- Alteraciones musculoesqueléticas
- Dolor abdominal miofascial
- Dolor crónico coccígeo
- Fibromialgia
- Neuralgias
- Dolor periparto.

### **Métodos diagnósticos:**

**1a** Para un diagnóstico definitivo de endometriosis la inspección visual de la pelvis por laparoscopia es el método de referencia, a menos que la enfermedad sea visible en la vagina o en alguna otra parte, aunque el diagnóstico definitivo se realiza por histología. (ACOG, July 2010)

Laparoscopia: (RCOG, 2006)

Practicar laparoscopia diagnóstica ante la sospecha de endometriosis, en particular a pacientes con las siguientes características:

- Dolor pélvico mayor de seis meses de duración
- Dismenorrea y dispareunia profunda
- Infertilidad
- Engrosamiento y nodularidad de los ligamentos uterosacos
- Obliteración del fondo de saco
- Dolor a la palpación anexial y masa anexial
- Malformaciones congénitas del aparato genital.

### **Estudios histológicos:**

**4** Histología positiva confirma el diagnóstico de endometriosis; histología negativa no lo excluye. Para el diagnóstico de la enfermedad con presentación sólo peritoneal: la inspección visual es generalmente adecuada pero la confirmación histológica de por lo menos una lesión es lo ideal. En casos de endometriomas ováricos (> 3 cm de diámetro), y en endometriosis profunda, la histología se debe obtener para identificar endometriosis y para excluir los casos raros de la malignidad. (Kennedy S, 2005) (RCOG, 2006)

---

## Ultrasonido:

Practicar ultrasonografía pélvica en las siguientes situaciones:

- Paciente con sospecha clínica de endometriosis.
- Paciente a quien se le practicarán procedimientos quirúrgicos por endometriosis (laparoscopia y/o laparotomía).
- Sospecha de masa pélvica.

**2a**

La ultrasonografía, tiene poco valor en el diagnóstico de la endometriosis peritoneal, sin embargo es útil en el abordaje de los endometriomas ováricos (masa anexial). La sensibilidad y especificidad del estudio es de 83 y 98% respectivamente. Por lo que se recomienda como estudio rutinario en el abordaje de la endometriosis, en especial para el diagnóstico de endometriomas. (RCOG, 2006)

**2a**

## Resonancia Magnética:

No se recomienda para el diagnóstico de la endometriosis. A pesar de su alto poder de resolución, las características de las lesiones hacen difícil la diferenciación del tejido graso circundante, tiene poca especificidad y su utilización en nuestro medio no se encuentra justificada por razones adicionales costo-beneficio y accesibilidad. (Togashi K, 1991)

## Uso de Marcadores para Endometriosis:

Existen varios marcadores séricos para la endometriosis, dentro de los cuales se utilizan algunos como los siguientes:

- Ca 125\*
- Glicodelina
- Anticuerpos endometriales
- Anticuerpos antianhidrasa
- Interleucina-6

\*Al momento de realización de esta guía, este es el único marcador sérico, utilizado para diagnóstico de endometriosis en el IGSS.



No está recomendado realizar medición de Ca 125 como método único para el diagnóstico de endometriosis. (RCOG, 2006)

1a

### **Clasificación (Figura No. 1)** (Duque A)

La clasificación de la endometriosis se realiza en base a la propuesta por la Sociedad Americana de Fertilidad (ASM), que establece 4 estadios:

- Mínimo
- Leve
- Moderado
- Severo

### **Tratamiento:**

1a

#### **Tratamiento farmacológico:**

El tratamiento farmacológico busca conseguir los siguientes beneficios: alivio del dolor, controlar la progresión de la enfermedad y evitar las lesiones que produzcan infertilidad.

En este sentido se utilizan medicamentos como antiinflamatorios no esteroideos, hormonales, entre otros.

**Antiinflamatorios no esteroideos (AINES):** (cod. 926, 967):

Este tipo de medicamentos pueden utilizarse como primera línea de tratamiento en el manejo de dismenorrea y dolor pélvico. (ACOG C. o., 2004)

**Anti-Estrógenos:**

Es conocida la estrógeno dependencia de la endometriosis, por lo que se han propuesto tratamientos que inhiban los efectos de los estrógenos, por lo menos en periodos de 6 meses. (RCOG, 2006)

## Figura No. 1 Clasificación de la endometriosis (ASM)

Estadio I (mínimo) = 1-5      Estadio III (moderado) = 16-4<sup>h</sup>  
 Estadio II (leve) = 6-15      Estadio Iff (severo) = > 4<sup>h</sup>

| Peritoneo                      |             | Endometriosis | < 1 cm.       | 1-3 cm.          | > 3 cm.       |    |
|--------------------------------|-------------|---------------|---------------|------------------|---------------|----|
|                                |             | superficial   | 1             | 2                | 4             |    |
|                                |             | pro unda      | 2             | 4                | 6             |    |
| Ovario                         | Dcho.       | superficial   | 1             | 2                | 4             |    |
|                                |             | pro unda      | 4             | 16               | 20            |    |
|                                | Izdo.       | superficial   | 1             | 2                | 4             |    |
|                                |             | pro unda      | 4             | 16               | 20            |    |
| Fond de saco posterior Douglas |             |               | Parcial<br>4  | Completa<br>40   |               |    |
| Ovario                         | Adherencias |               | <1/3 incluido | 1/3-2/3 incluido | >2/3 incluido |    |
|                                | Dcho.       | débiles       | 1             | 2                | 4             |    |
|                                |             | firmes        | 4             | 8                | 16            |    |
|                                | Izdo.       | débiles       | 1             | 2                | 4             |    |
|                                |             | firmes        | 4             | 8                | 16            |    |
|                                | Trompas     | Dcho.         | débiles       | 1                | 2             | 4  |
|                                |             |               | firmes        | 4                | 8             | 16 |
|                                |             | Izdo.         | débiles       | 1                | 2             | 4  |
| firmes                         |             |               | 4             | 8                | 16            |    |

**Fuente:** Duque A, Ordoñez D, Muñoz-Galigo E, Endometriosis, En: Fundamentos de Ginecología (SEGO), España, capítulo 19, pág. 256

Progestágenos:

1a

El Dienogest suele indicarse solo o combinarse con Etinilestradiol (30 microg) y Dienogest (2 mg) en dosis bajas. Se ha documentado reducción del dolor asociado a endometriosis alrededor al 75% en los casos, además se ha documentado que modifica moderadamente las concentraciones de estrógenos, por lo que disminuye el riesgo de alteraciones en la densidad mineral ósea, al usarse por periodo prolongados. (Expert Statement, 2009)

1a

La gestrinona es tan eficaz como otros tratamientos médicos como Danazol o los análogos de la GnRH, aunque se asocia con un incremento de los bochornos (OR 0.2, IC 95% 0.06 a 0.63;  $p=0.006$ ) (Brown j, 2012)

1a

Pueden utilizarse opciones como los combinados de Estradiol con Noretisterona (cod. 1006) o bien el acetato de Medroxiprogesterona (cod. 687), a dosis de 150 mg/mes por un periodo de 12 meses. Dentro de los efectos secundarios están: oligomenorrea, hirsutismo leve, entre otros. (OR 0.70, IC 95% - 8.61 a 5.39;  $p= 0.00001$ ) (Brown j, 2012)

Anticonceptivos hormonales combinados:

El uso de ACOS combinados se considera por costo beneficio una de las primeras líneas de tratamiento, aunque no está exenta de efectos secundarios.

Análogos GnRH: (cod. 660, 714)

1a

Los análogos de la GnRH han demostrado buenos resultados en la reducción del dolor asociado a la endometriosis, aunque no son superiores al tratamiento con anticonceptivos hormonales combinados. El problema que presentan son sus efectos secundarios: bochornos, sequedad vaginal y fundamentalmente osteopenia. No obstante, cuando el tratamiento con análogos ha

demostrado mejorar los síntomas de estas mujeres, puede utilizarse la terapia Add-back con suplementos de calcio. (cod. 456)

Un agonista de la GnRH con terapia hormonal o con un DIU con Levonorgestrel podría ser considerado como una opción de tratamiento de segunda línea. (Abou-Setta AM, 2006)

Danazol: (cod. 309)

La dosis empleada es de 400 mg al día (200 mg cada 12 horas) que puede incrementarse hasta 800 mg diarios. Es poco utilizado por sus efectos secundarios: aumento de peso, retención de líquidos, acné, hirsutismo, sofocos, atrofia vaginal, reducción mamaria, reducción de la libido, náusea. (Kennedy S, 2005)

Inhibidores de Aromatasa:

La supresión de la función ovárica por 6 meses reduce el dolor asociado a la endometriosis, de tal manera que todos los medicamentos son efectivos, solo se observan diferencias en sus efectos secundarios y el costo. (RCOG, 2006)

1a

3b

Los medicamentos como Letrozol (cod. 162), pueden ser efectivos, pero también se asocian a una disminución de la densidad mineral ósea. (RCOG, 2006)

### **Tratamiento no farmacológico:**

El tratamiento no farmacológico se fundamenta en conceptos quirúrgicos, mediante las técnicas de cirugía convencional abdominal abierta o cirugía video-laparoscópica.

Las opciones de tratamiento quirúrgico comprenden:

- Histerectomía abdominal total
- Salpingooforectomía
- Remoción de implantes endometriósicos

- Omentectomía
- Resección intestinal
- Cistectomía, entre otros.

**Nota:** La decisión de realizar ooforectomía bilateral (remoción de ambos ovarios), dependerá del deseo de fertilidad de la paciente y del criterio del especialista.

### **Recomendaciones para cirugía definitiva:**

Las recomendaciones para cirugía definitiva en casos de pacientes con fertilidad satisfecha, dolor pélvico severo, endometriosis moderada-severa y endometriosis recurrente son:

- Practicar histerectomía y/o salpingo-ooforectomía bilateral.
- Evaluar riesgo-beneficio de la ooforectomía bilateral e informar a la paciente ampliamente para obtener su consentimiento informado.
- Iniciar terapia de sustitución hormonal tres meses después de la cirugía en caso de practicarse la ooforectomía bilateral.

El grupo de expertos revisores de esta guía recomienda iniciar terapia de sustitución hormonal seis meses después de la cirugía ovárica radical de acuerdo a la sintomatología manifestada por la paciente, considerando los efectos secundarios que la supresión estrogénica representa, y teniendo como otra opción la terapia no hormonal.



### **Seguimiento clínico:** (European Society of Human Reproduction & Embriology, 2007)

Pacientes que deseen conservar su fertilidad:

En el caso de la paciente con tratamiento médico o postquirúrgico que desee embarazo; el seguimiento debe ir encaminado a determinar la recurrencia de dolor pélvico, sintomatología de reactivación de implantes y procurar el embarazo a la mayor brevedad posible.

Pacientes que tienen paridad satisfecha:

Si por el contrario se trata de una paciente con tratamiento médico o postquirúrgico que no desea conservar la fertilidad, el seguimiento debe enfocarse en prevenir las recurrencias y los efectos secundarios de las carencias estrogénicas a largo plazo, para lo cual se debe implementar profilaxis para la enfermedad osteoporótica, enfermedad cardiovascular y un adecuado control de lípidos, triglicéridos y colesterol.

En todo caso debe procurarse que las citas de control sean entre 6 a 12 meses, y practicar los estudios rutinarios como: densitometrías óseas, Papanicolaou, entre otros. A todas las pacientes con diagnóstico de endometriosis, se les debe brindar apoyo psicológico y el acceso a terapias alternativas como, manejo de estrés y ansiedad, manejo de dolor, terapias de relajación.

### **Recomendaciones y evidencia de buena práctica clínica:**

**1a**

La supresión ovárica para la reducción del dolor por endometriosis debe ser de por lo menos 06 meses. <sup>(RCOG, 2006)</sup>

**3b**

Es importante que luego de la supresión ovárica, al discontinuar el tratamiento no se altera ningún proceso fisiológico, por lo que es muy probable que en un tiempo posterior los síntomas recurran. <sup>(RCOG, 2006)</sup>

Los anticonceptivos orales combinados, deben considerarse como la primera línea de tratamiento asociado a endometriosis. <sup>(1, 2008)</sup>

**1a**

El uso de Agonistas de la GnRH con terapia hormonal de respaldo o DIU con Levonorgestrel deben ser considerados como una segunda línea terapéutica en el tratamiento de la endometriosis. <sup>(1, 2008)</sup>

**1a**

El DIU con Levonorgestrel (DIU-LNG) puede ser considerado como segunda línea de tratamiento para el dolor asociado a

endometriosis, además su uso disminuye la recurrencia del dolor pélvico posterior en casos de manejo quirúrgico. (OR 0.14, IC 95% 0.02 a 0.75). (Abou-Setta AM, 2006)

**1b** En el tratamiento de la endometriosis leve o con sintomatología sugestiva de la enfermedad asociado a dolor pueden utilizarse los anticonceptivos hormonales combinados (ACOS), tomando en cuenta que si el malestar persiste por más de 3 meses de uso, esos deben ser retirados. (ACOG, July 2010)

**1a** El acetato de Medroxiprogesterona 100 mg/día es más efectivo para reducir el dolor pélvico asociado a endometriosis luego de 12 meses de tratamiento. (OR 0.70, IC 95% -8.61 a 5.39; p = 0.00001). (Brown j, 2012)

**3b** Los inhibidores de la Aromatasa, como el Letrozol, son efectivos, aunque se asocian a disminución de la densidad mineral ósea (RCOG, 2006)

La supresión de la función ovárica con análogos de la Hormona Liberadora de Gonadotropina (GnRH) y Danazol durante 6 meses reduce el dolor pélvico y las lesiones asociados a endometriosis (RCOG, 2006)

Las terapias en base a análogos de GnRH no deben durar más de 6 meses; la terapia con estrógenos debe ser indicada luego del tercer mes de tratamiento. (Selak V, 2007)

En casos de endometriosis severa, el tratamiento médico es insuficiente. (Gynecologys, 2000)

En los casos que el tratamiento médico no da resultado, la opción quirúrgica definitiva se indica, en particular en los casos de pacientes que no desean fertilidad futura. (ACOG, July 2010)

**1a**

La laparoscopia terapéutica (ablación de lesiones) disminuye el dolor pélvico asociado a endometriosis, comparado con la laparoscopia diagnóstica (OR 5.72, IC 95% 3.09 a 10.6). (Jacobson TZ, 2001)

**1a**

En mujeres con endometriosis, que son candidatas a fertilización in vitro (FIV), el uso supresivo de agonistas GnRH más terapia hormonal por 3 a 6 meses se asocia a mejores tasas de embarazo. (OR 4,28, IC 95% 2.00 a 9.15). (1, 2008)

En casos de recurrencia de dolor pélvico, falla en el tratamiento médico y en casos de paridad satisfecha, la opción más viable de tratamiento puede ser la Histerectomía Abdominal Total con salpingo-ooforectomía bilateral y resección de los implantes visibles. (Mounsey AL, 2006)

En todos los casos que se realice una cirugía por endometriosis en las que se conservará la fertilidad de la paciente, debe realizarse la resección de las lesiones endometriósicas y adherenciólisis. (RCOG, 2006)

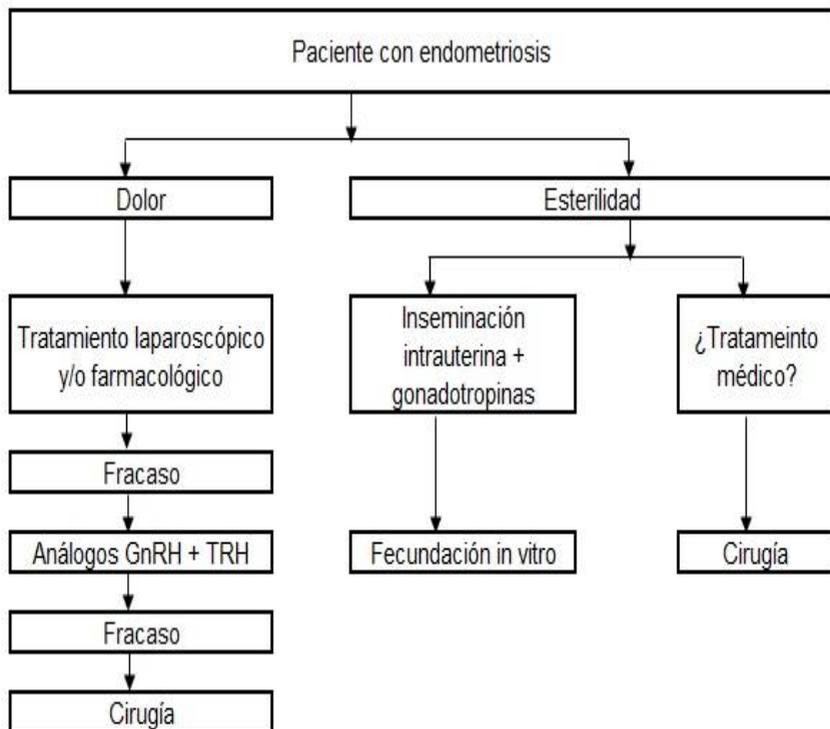
### **Abordaje de la infertilidad en la Endometriosis:**

Al momento de la realización de esta guía, los tratamientos para infertilidad no forman parte de los servicios ofrecidos por el IGSS.



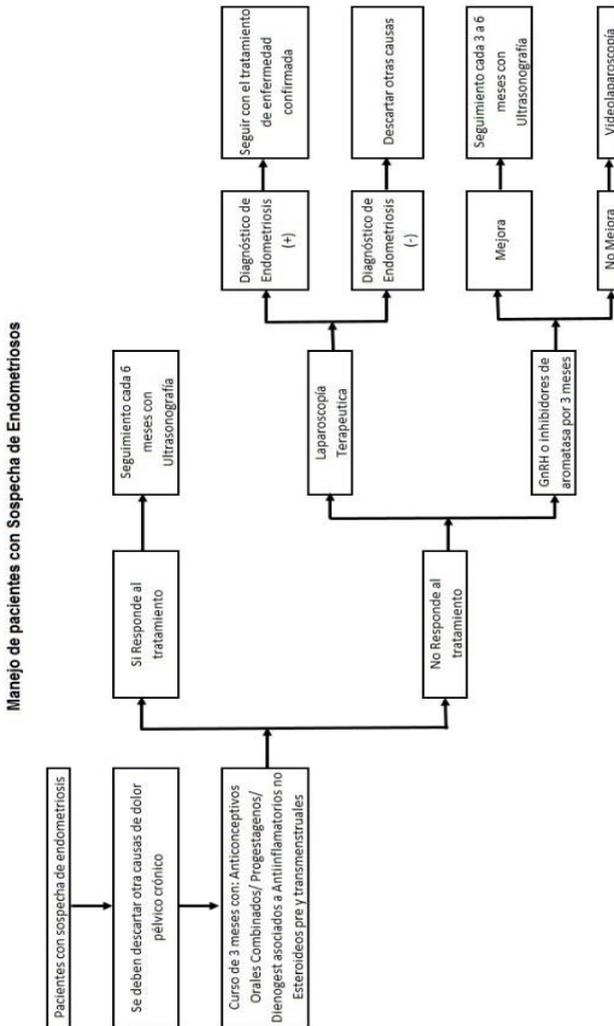
# ANEXOS

## Anexo I. Algoritmo para la toma de decisiones en base a la necesidad principal de la paciente



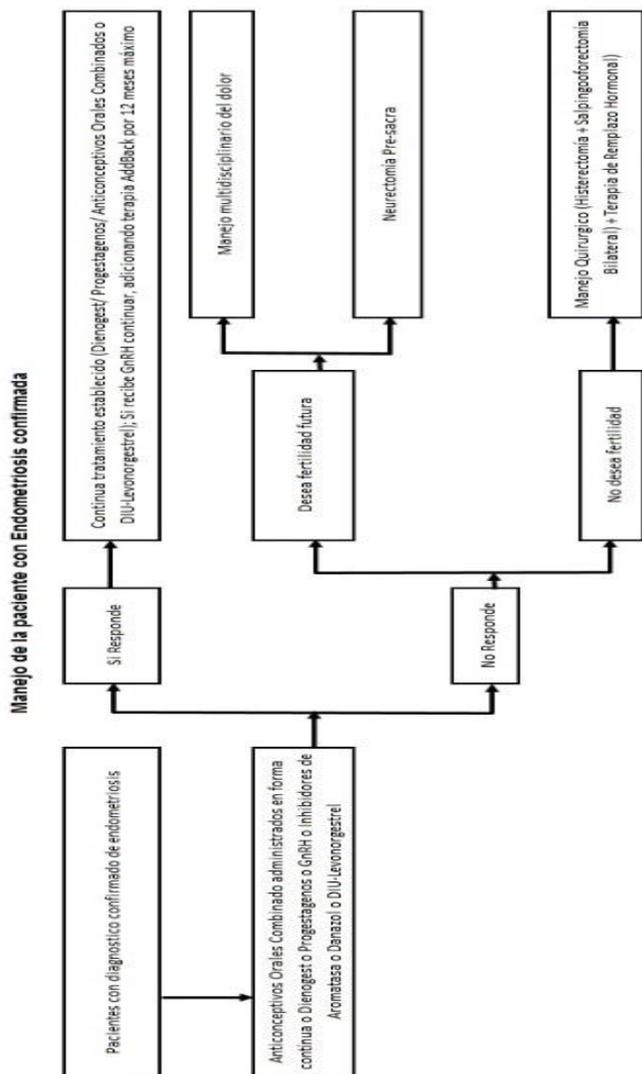
Fuente: (ACOG C. o., 2004)

## Anexo II. Manejo de pacientes con Sospecha de Endometriosis



Fuente: Revista Centroamericana de Obstetricia y ginecología, Vol. 18, No. 1, Enero-Marzo 2013. (Modificado IGSS, 2014)

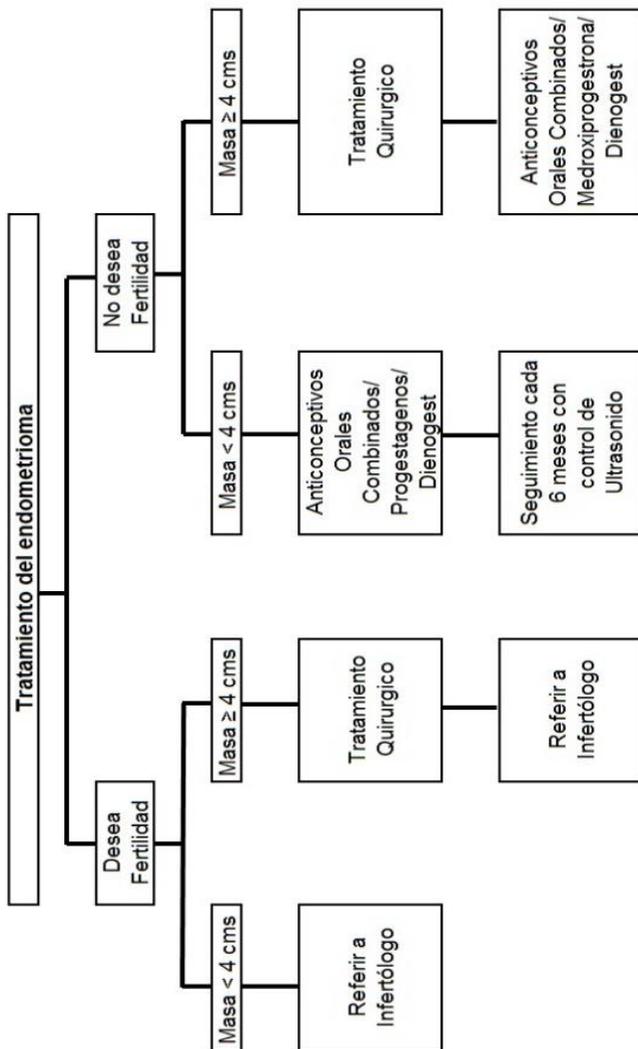
## Anexo III. Manejo de Endometriosis confirmada



Fuente: Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología, Vol. 18, No. 1, Enero-Marzo 2013. (Modificado ISSS, 2014)

## Anexo IV. Manejo de Endometrioma

Algoritmo de manejo del dolor en pacientes con diagnóstico de Endometrioma



**Fuente:** Revista Centroamericana de Obstetricia y ginecología, Vol. 18, No. 1, Enero-Marzo 2013. (Modificado IGSS, 2014)

## Anexo V. Codificación CIE-10 (Diagnósticos)

| Código | Descripción   | Sinónimo                 |
|--------|---|--------------------------|
| N80    | Endometriosis   | Endometriosis            |
| N80.0  | Endometriosis de útero                                | Endometriosis uterina    |
| N80.1  | Endometriosis del ovario                              | Endometriosis ovárica    |
| N80.2  | Endometriosis de la Trompa                            | Endometriosis de anexos  |
| N80.3  | Endometriosis Peritoneal                              | Endometriosis pélvica    |
| N80.4  | Endometriosis del tabique rectovaginal y de la vagina | Endometriosis perineal   |
| N80.5  | Endometriosis del Intestino                           | Endometriosis intestinal |
| N80.6  | Endometriosis de la cicatriz cutánea                  | Endometriosis cutánea    |
| N80.7  | Otras Endometriosis                                   |                          |
| N80.9  | Endometriosis no especificada                         |                          |

## Anexo VI. Codificación CIE-09 (Procedimientos)

| Código | Descripción                               | Sinónimo                                  |
|--------|---|---|
| 54.21  | Laparoscopia                              | Videolaparoscopia                         |
| 54.5   | Lisis adherencia peritoneo                | Adherenciólisis                           |
| 65.3   | Ooforectomía unilateral                   |   |
| 65.5   | Ooforectomía bilateral                    |   |
| 66.4   | Salpingectomía unilateral total           |   |
| 66.5   | Salpingectomía bilateral total            |   |
| 68.30  | Histerectomía Supracervical laparoscópica | Histerectomía Supracervical laparoscópica |
| 68.40  | Histerectomía abdominal total             | Histerectomía abdominal Total             |
| 68.5   | Histerectomía vaginal                     | Histerectomía vaginal                     |



---

# GUIA DE PRACTICA CLINICA BASADA EN EVIDENCIA MANEJO DE ENDOMETRIOSIS

## 1. INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad de creciente incidencia que afecta a millones de mujeres en todo el mundo. Esta afección genera una amplia gama de síntomas difícilmente identificables en las primeras consultas y que llega a afectar física y psíquicamente a las pacientes que la padecen. La endometriosis causa alteraciones en el estilo de vida y en el futuro reproductivo de las mujeres. (Gynecologys, 2000)

La frecuencia de esta patología varía de acuerdo a la población, pero en promedio se encuentra entre 7 a 10%, y en particular en mujeres de edad reproductiva. (Gynecologys, 2000)

Se encuentra subdiagnosticada entre 20 a 90% de pacientes con dolor pélvico crónico. (Kobninckx, 1991)

Los grupos de edad afectados varían, pues se sabe que un 38% de los casos pueden ocurrir antes de los 15 años de edad (ML, 2003)

El éxito de su control se basa en un diagnóstico precoz y preciso así como en el correcto abordaje terapéutico que permita establecer un adecuado tratamiento que sea eficaz en el alivio de los síntomas y conservador en la preservación de la fertilidad de las pacientes jóvenes que así lo deseen. Aunque se conoce con cierta certeza acerca del origen hormonal e inmunológico de esta enfermedad, el conocimiento preciso de los distintos mecanismos



implicados en su génesis y en su desarrollo será fundamental para conseguir una estrategia terapéutica que actúe sobre las causas de la enfermedad y no sobre sus consecuencias. (Al, 2008)

Es de vital importancia considerar que la endometriosis se presenta predominantemente en mujeres de edad reproductiva, lo que impacta en el aspecto social y económico. (Preciado-Ruíz r, 2005)

---

## 2.OBJETIVOS

1. Describir la definición, etiopatogenia, cuadro clínico y diagnóstico de la endometriosis de manera sistemática.
2. Establecer el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la endometriosis.
3. Establecer el seguimiento adecuado de las pacientes con diagnóstico de endometriosis.
4. Mejorar la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, en beneficio del bienestar de las pacientes con endometriosis atendidas en el IGSS.



---

## 3. METODOLOGÍA

### Definición de Preguntas

1. ¿Cuál es la definición de endometriosis?
  2. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la presencia de endometriosis?
  3. ¿Cuál es la frecuencia de la endometriosis en el medio?
  4. ¿Cuáles son los signos y síntomas de la endometriosis?
  5. ¿Cuál es la localización más frecuente de las lesiones endometriósicas?
  6. ¿Cómo se realiza el diagnóstico clínico, de laboratorio y de imagenología de la endometriosis?
  7. ¿Cómo se realiza la estadificación y clasificación de la endometriosis?
  8. ¿Cuáles son las pautas terapéuticas para el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la endometriosis?
  9. ¿Cómo se realiza el seguimiento de la paciente con endometriosis?
  10. ¿Cuál es el abordaje general de la paciente con endometriosis que desea conservar su fertilidad?
- 

### **Estrategias de Búsqueda:**

Se procedió a localizar la información deseada mediante consultas electrónicas a las siguientes referencias:

[www.pubmed.com](http://www.pubmed.com),

[www.bjm.com](http://www.bjm.com),

[www.cochrane.org](http://www.cochrane.org),

[www.clinicalevidence.com](http://www.clinicalevidence.com)

[www.hinary.org](http://www.hinary.org)

[www.googleacademico.com](http://www.googleacademico.com)

[www.Science.com](http://www.Science.com)

Buscadores como Google, PubMed, Science, etc. Se utilizaron las palabras clave: endometriosis, dolor pélvico, fertilidad, hormonal, tejido endometrial.

Otras fuentes de información: revistas internacionales, libros de texto, Guías de Práctica Clínica actualizadas de manejo y tratamiento relacionadas con este tema.

Se encontró aproximadamente 120 publicaciones aisladas relacionadas al tratamiento de la endometriosis.

Se realizó la búsqueda dirigida a Guías de Práctica Clínica sobre endometriosis, las cuales fueron calificadas por el grupo de desarrollo utilizando el método AGREE, para determinar que GPC contaron con una alta recomendación, por lo que se tomaron como base para realizar la presente guía.

---

### **Población Diana:**

Pacientes beneficiarias y derechohabientes (mujeres en edad fértil) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que sufren de endometriosis en cualquiera de sus estadios; no se aborda el tratamiento de la infertilidad secundaria a endometriosis.

### **Usuarios:**

Personal médico especializado o no especializado en todas las ramas de la medicina, en especial el personal que atiende a pacientes femeninas en edad reproductiva, personal paramédico y personal de salud que atiende a mujeres dentro y fuera del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

### **Fechas de elaboración, revisión y año de publicación de esta guía:**

Elaboración febrero a agosto del año 2014

Revisión septiembre a octubre del año 2014

Publicación año 2014





---

## 4. CONTENIDO

### Definición:

La endometriosis es definida como la presencia de glándulas endometriales y estroma (tejido endometrial) fuera de la cavidad endometrial y de la musculatura uterina. <sup>(Katz VL, 2007)</sup>

### Epidemiología:

La endometriosis se considera una enfermedad subdiagnosticada entre el 20 a 90% de las mujeres en edad reproductiva que presentan dolor pélvico y/o infertilidad. Se considera que en la actualidad 200 millones de mujeres sufren esta enfermedad a nivel mundial. <sup>(Kobnincx, 1991)</sup>

En mujeres asintomáticas, la prevalencia de la enfermedad se encuentra entre 3 y 30%. <sup>(Balasch, 1996)</sup>

En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, de enero 2007 a mayo 2014, se han atendido 3,740 pacientes con diagnóstico de endometriosis. Dentro de las ubicaciones de tejido endometrial ectópico, más frecuentes se encuentran: serosa uterina (87%), ovario (4%) y pélvica (4%). <sup>(Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 2014)</sup>

### Historia Natural:

La etiología de la Endometriosis no está claramente definida, se han desarrollado varias teorías que intentan explicar la patogenia de la endometriosis, aunque ninguna ha sido concluyente. Se ha reportado la predisposición genética, a consecuencia de la exposición a toxinas ambientales, como



respuesta a factores hormonales y alteraciones inmunológicas que contribuyen en su conjunto a la patogénesis de la enfermedad. (Noriega J, 2003)

Dentro de las teorías planteadas se consideran las siguientes: (G., 2002), (Seli E, 2003), (ACOG Practice Bulletin, 2000)

- Teoría de la menstruación retrograda (teoría de la implantación):  
John Sampson en 1927 propuso esta teoría, la cual propone que el tejido endometrial puede fluir retrógradamente de la cavidad uterina por las trompas de Falopio hacia la cavidad peritoneal.
- Teoría de la metaplasia celómica:  
Esta teoría propone que en respuesta a procesos inflamatorios y hormonales el epitelio de la serosa peritoneal sufre una metaplasia que origina los implantes endometriósicos. Esto explicaría en parte los casos de endometriosis en hombres, mujeres prepúberes y la implantación en sitios poco usuales.
- Teoría de la metástasis linfática y hematológica:  
Sampson y Halban (1920) proponen que la diseminación de la endometriosis se da por vía linfática o hematológica de las células endometriales, con lo que se daría respuesta a los casos de implantaciones ectópicas poco comunes.
- Teoría de la inducción o de las Células Totipotenciales:  
Esta teoría propone que a consecuencia de alteraciones bioquímicas, inmunológicas y/u hormonales se induce la diferenciación de los tejidos a células endometriales.

- 
- **Teoría de los restos embrionarios:**  
Esta teoría propuesta por Von Ricklinhausen (1980) es explicada por la diferenciación que sufren las células embrionarias (Müller) que al ser activadas por factores o estímulos específicos pueden originar implantes endometriósicos.

A pesar de todas las teorías planteadas, ninguna puede explicar por si sola la génesis de la endometriosis, por lo que hoy en día se sigue considerando que la etiología es multifactorial.

**Factores de Riesgo:** (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

Existen descritos muchos factores de riesgo para el desarrollo de endometriosis, dentro de los cuales se han estudiado aspectos de la reproducción y del ciclo menstrual, el fenotipo de la mujer, estilos de vida, estímulos ambientales y genéticos.

Estos factores de riesgo se pueden agrupar de la siguiente manera:

- **Factores relacionados con la reproducción y la menstruación**
  - Menarquia precoz
  - Menopausia tardía
  - Duración prolongada del período menstrual
  - Volumen menstrual abundante
  - Antecedentes de falta de lactancia en partos previos

- **Factores asociados con el fenotipo de la mujer**
  - Sobrepeso y Obesidad
  - Color de piel y Cabello
- **Factores relacionados con estilos de vida**
  - Actividad física
  - Consumo de tabaco y alcohol
  - Consumo de cafeína
- **Factores ambientales**
  - Exposición a dioxina y compuestos Bifenil-policlorados (PCB)
- **Factores genéticos**

**Diagnóstico:**

**Diagnóstico clínico:**

**Examen físico:**

**3a**

**Antecedentes clínicos:**

Un factor de riesgo importante para endometriosis es el antecedente de la enfermedad en la madre o hermana (OR 7.2, IC 95% 2.1-24.3). Por el contrario el consumo de anticonceptivos orales combinados (ACOS) disminuye el riesgo de endometriosis, ya que el mismo en las que no utilizan ACOS es de OR 1.6, IC95% 1.2-2.2. (Mounsey AL, 2006)

Se debe interrogar sobre las características, intensidad, localización, frecuencia del dolor y la presencia de factores de riesgo. Los factores de riesgo incluyen: bajo peso corporal, menarquia temprana, ciclos menstruales cortos y menstruaciones abundantes. (Crosignani PG, 2006) Las mujeres

con endometriosis tienen menos gestaciones, más riesgo de abortos y embarazos ectópicos previos en comparación con mujeres infértiles sin endometriosis. También es más común una historia familiar de cáncer en mujeres con endometriosis.

Otros factores de riesgo son:

- **Edad reproductiva:** La prevalencia de la enfermedad es mayor entre los 35 y los 45 años de edad, debido al déficit fisiológico de los esteroides sexuales es excepcional antes de la pubertad o después de la menopausia. Los factores fisiológicos o farmacológicos que inducen hipoestrogenismo se contraponen a la progresión de la endometriosis. (Gynecologys, 2000)
- **Antecedente familiar:** El riesgo de los descendientes en primera línea de familias con endometriosis es 10 veces superior en comparación con controles. Sin embargo, se postula que el patrón de herencia es poligénico y multifactorial.
- **Anomalías “müllerianas”:** Las anomalías del aparato genital que producen obstrucción del flujo menstrual se asocian con aumento del riesgo.
- **Infertilidad:** Se dice que la endometriosis es más frecuente en pacientes con infertilidad. (Gynecologys, 2000)

Clínica más frecuente:

**1b**

Se continúa considerando que las manifestaciones clínicas principales de la endometriosis son: Dolor pélvico crónico, Infertilidad y Masa anexial. (ACOG, 2004)

**1c** Los síntomas de la endometriosis pueden ser muy diversos, estos pueden incluir: dismenorrea, dispareunia, disuria, disquecia, dolor lumbar bajo y dolor pélvico crónico (mayor de 6 meses de duración). (Gynecologys, 2000)

**3b** Debe considerarse el diagnóstico de endometriosis en los casos que la paciente presente dolor abdominopelvico (OR=5.2), dismenorrea (OR= 8.1), Hipermenorrea (OR= 4) y dispareunia (OR=6). (ACOG, July 2010)

**3b** La endometriosis profunda es detectada con mayor certeza cuando el examen clínico se realiza durante la menstruación (Koninckx et al., 1996).

**2b** Los sitios en donde más frecuentemente se encuentran las lesiones son, en su orden de frecuencia: Ovarios, Fondo de Saco de Douglas, Ligamento ancho, ligamento útero-sacro y es más frecuente en el lado izquierdo de la pelvis. (Falcone T, 2007)

Examen ginecológico:

**3b** El hallazgo de un aumento de la sensibilidad pélvica, la presencia de un útero fijo en retroversión, ligamentos uterosacros dolorosos al tacto u ovarios agrandados en el examen bimanual, son hallazgos sugestivos de endometriosis, se recomienda realizar la evaluación ginecológica durante la menstruación. (RCOG, 2006)

**Diagnóstico Diferencial** (Consejo de Salubridad General, 2009)

**1b** El diagnóstico diferencial de endometriosis debe orientarse a causas ginecológicas y no ginecológicas del dolor. (ACOG C. o., 2004)

Ante la sospecha de endometriosis deben descartarse las siguientes patologías:

- Patologías ginecológicas
  - Síndrome de congestión pélvica
  - Enfermedad Pélvica Inflamatoria
  - Tuberculosis y Salpingitis
  - Embarazo ectópico
  - Dismenorrea atípica
  - Adeniosis
  - Miomatosis
  
- Patologías no ginecológicas
  - Tumores vesicales
  - Cistitis ureteral, intersticial y por radiación
  - Síndrome uretral
  - Cáncer de colon
  - Constipación
  - Síndrome de colon irritable
  - Enfermedad inflamatoria intestinal
  - Alteraciones musculoesqueleticas
  - Dolor abdominal miofascial
  - Dolor crónico coccígeo
  - Fibromialgia
  - Neuralgias
  - Dolor periparto.

### **Métodos diagnósticos:**

**1a** Para un diagnóstico definitivo de endometriosis la inspección visual de la pelvis por laparoscopia es el método de referencia, a menos que la enfermedad sea visible en la

vagina o en alguna otra parte, aunque el diagnóstico definitivo se realiza por histología. (ACOG, July 2010)

Laparoscopia: (RCOG, 2006)

Practicar laparoscopia diagnóstica ante la sospecha de endometriosis, en particular a pacientes con las siguientes características:

- Dolor pélvico mayor de seis meses de duración
- Dismenorrea y dispareunia profunda
- Infertilidad
- Engrosamiento y nodularidad de los ligamentos uterosacros
- Obliteración del fondo de saco
- Dolor a la palpación anexial y masa anexial
- Malformaciones congénitas del aparato genital.

La laparoscopia es actualmente la prueba de oro para el diagnóstico de la endometriosis. Sin embargo puede ser un método insuficiente para aclarar la dimensión real de las lesiones profundas y las lesiones no visibles. Las pacientes que presentan dolor pélvico de más de seis meses de evolución, dismenorrea, y dispareunia profunda refractaria a los tratamientos médicos utilizados habitualmente para esta sintomatología, requieren del estudio laparoscópico para descartar la presencia de endometriosis. La infertilidad está asociada a la endometriosis hasta en un 60% de los casos.

## Estudios histológicos:

4

Histología positiva confirma el diagnóstico de endometriosis; histología negativa no lo excluye. Para el diagnóstico de la enfermedad con presentación sólo peritoneal: la inspección visual es generalmente adecuada pero la confirmación histológica de por lo menos una lesión es lo ideal. En casos de endometriomas ováricos (> 3 cm de diámetro), y en endometriosis profunda, la histología se debe obtener para identificar endometriosis y para excluir los casos raros de la malignidad. (Kennedy S, 2005) (RCOG, 2006)

### Ultrasonido:

Practicar ultrasonografía pélvica en las siguientes situaciones:

- Paciente con sospecha clínica de endometriosis.
- Paciente a quien se le practicarán procedimientos quirúrgicos por endometriosis (laparoscopia y/o laparotomía).
- Sospecha de masa pélvica.

2a

La ultrasonografía, tiene poco valor en el diagnóstico de la endometriosis peritoneal, sin embargo es útil en el abordaje de los endometriomas ováricos (masa anexial). La sensibilidad y especificidad del estudio es de 83 y 98% respectivamente. Por lo que se recomienda como estudio rutinario en el abordaje de la endometriosis, en especial para el diagnóstico de endometriomas. (RCOG, 2006)

### Resonancia Magnética:

2a

No se recomienda para el diagnóstico de la endometriosis. A pesar de su alto poder de resolución, las características de

las lesiones hacen difícil la diferenciación del tejido graso circundante, tiene poca especificidad y su utilización en nuestro medio no se encuentra justificada por razones adicionales costo-beneficio y accesibilidad. (Togashi K, 1991)

#### Biopsia:

No se recomienda la toma de biopsias de rutina para la confirmación del diagnóstico de endometriosis por laparoscopia. Es recomendable sólo tomar biopsias a aquellas lesiones dudosas o sospechosas de malignidad. Las posibles complicaciones como sangrado y lesiones a estructuras vitales no justifican la biopsia de rutina, solo si el laparoscopista es experimentado en la identificación de las lesiones endometriósicas.

#### Uso de Marcadores para Endometriosis:

Existen varios marcadores séricos para la endometriosis, dentro de los cuales se utilizan algunos como los siguientes:

- Ca 125\*
- Glicodelina
- Anticuerpos endometriales
- Anticuerpos antianhidrasa
- Interleucina-6

\*Al momento de realización de esta guía, este es el único marcador sérico, utilizado para diagnóstico de endometriosis en el IGSS.

**2b**

Aunque no es específico, de todos estos marcadores el más utilizado es el Ca 125, que es un antígeno de la superficie celular expresado por derivados del epitelio celómico. Los valores del Ca 125 suelen estar elevados en las mujeres con endometriosis avanzadas, pero también pueden observarse cifras elevadas al principio del embarazo, durante la

menstruación, en mujeres con inflamación pélvica o leiomiomas. Puede estar elevado en la endometriosis, aunque comparado con la laparoscopia no tiene valor como prueba diagnóstica, ya que su sensibilidad y especificidad es del 20 y 85% respectivamente. (Gynecologys, 2000)

No está recomendado realizar medición de Ca 125 como método único para el diagnóstico de endometriosis. (RCOG, 2006)

| Marcador                         | Sensibilidad | Especificidad | Correlación con el estadio |
|----------------------------------|--------------|---------------|----------------------------|
| <b>CA- 125</b>                   | 27 – 94%     | 83 -93%       | Si                         |
| <b>Glicodelina</b>               | 50 – 73%     | -----         | Si                         |
| <b>Anticuerpos endometriales</b> | 74 -83%      | 79 – 100%     | No                         |
| <b>Anticuerpos Antianhidrasa</b> | 35 -66%      | 85 – 90%      | ¿?                         |
| <b>Interleucina-6</b>            | 90%          | 67%           | ¿?                         |

**Fuente:** Brosens J, Timmerman D, Starzinski-Powidtz A, Brosens I. Noninvasive diagnosis of endometriosis: the role of imaging and markers. O (Modificado IGSS 2014)

### **Clasificación** (Duque A)

La clasificación de la endometriosis se realiza en base a la propuesta por la Sociedad Americana de Fertilidad (ASM), que establece 4 estadios:

- Mínimo
- Leve
- Moderado
- Severo

Esta clasificación se basa en el tamaño y la localización de los implantes, así como de las adherencias que presenta, sin embargo ha sido cuestionada ya que no toma en

consideración aspectos como la morfología de las lesiones, su actividad biológica y la extensión en cuanto a profundidad. Además no correlaciona adecuadamente el grado de dolor, presentación clínica y severidad de la afección histopatológica.

### Clasificación de la endometriosis (ASM)

Estadio I (mínimo) = 1-5      Estadio III (moderado) = 16-4<sup>A</sup>  
 Estadio II (leve) = 6-15      Estadio Iff (severo) = > 4<sup>A</sup>

| Peritoneo                      |   | Endometriosis | < 1 cm.      | 1-3 cm.        | > 3 cm.          |               |
|--------------------------------|---|---------------|--------------|----------------|------------------|---------------|
|                                |   | superficial   | 1            | 2              | 4                |               |
|                                |   | pro unda      | 2            | 4              | 6                |               |
| Ovario                         |   | Dcho.         | superficial  | 1              | 2                | 4             |
|                                |   |               | pro unda     | 4              | 16               | 20            |
|                                |   | Izdo.         | superficial  | 1              | 2                | 4             |
|                                |   |               | pro unda     | 4              | 16               | 20            |
| Fond de saco posterior Douglas |   |               | Parcial<br>4 | Completa<br>40 |                  |               |
| Ovario                         |   | Adherencias   |              | <1/3 incluido  | 1/3-2/3 incluido | >2/3 incluido |
|                                |   | Dcho.         | débiles      | 1              | 2                | 4             |
| firmes                         | 4 |               | 8            | 16             |                  |               |
|                                |   | Izdo.         | débiles      | 1              | 2                | 4             |
|                                |   |               | firmes       | 4              | 8                | 16            |
| Trompas                        |   | Dcho.         | débiles      | 1              | 2                | 4             |
|                                |   |               | firmes       | 4              | 8                | 16            |
|                                |   | Izdo.         | débiles      | 1              | 2                | 4             |
|                                |   |               | firmes       | 4              | 8                | 16            |

**Fuente:** Duque A, Ordoñez D, Muñoz-Galigo E, Endometriosis, En: Fundamentos de Ginecología (SEGO), España, capítulo 19, pág. 256

---

## Tratamiento:

### Tratamiento farmacológico:

El tratamiento farmacológico busca conseguir los siguientes beneficios: alivio del dolor, controlar la progresión de la enfermedad y evitar las lesiones que produzcan infertilidad.

En este sentido se utilizan medicamentos como antiinflamatorios no esteroideos, hormonales, entre otros.

**1a**

Antiinflamatorios no esteroideos (AINES): (cod. 926, 967):

Este tipo de medicamentos pueden utilizarse como primera línea de tratamiento en el manejo de dismenorrea y dolor pélvico. <sup>(ACOG C. o., 2004)</sup>

Indistintamente del AINEs a utilizar, debe considerarse los efectos secundarios que pueden provocar como: úlcera gástrica y los efectos sobre la fertilidad como es el caso de inhibir la ovulación. <sup>(Allen C, 2009)</sup> Si la paciente no responde al tratamiento con AINES, debe ser referida a una unidad de mayor complejidad para estudios detallados.

Anti-Estrógenos:

Es conocida la estrógeno dependencia de la endometriosis, por lo que se han propuesto tratamientos que inhiban los efectos de los estrógenos, por lo menos en periodos de 6 meses. <sup>(RCOG, 2006)</sup>



## Progestágenos:

Por su efecto antiproliferativo producen la decidualización del tejido endometrial seguido por atrofia. Una reciente revisión Cochrane concluye que los gestágenos son un buen tratamiento para el dolor asociado a la endometriosis cuando se administran en pauta continua.

**1a** El Dienogest es un progestágeno derivado de la 19 nortestosterona, es una progestina sin actividad estrogénica, antiestrogénica o androgénica, aunque sí tiene propiedades antiandrogénicas. Suele indicarse solo o combinarse con Etinilestradiol (30 microg) y Dienogest (2 mg) en dosis bajas. Se ha documentado reducción del dolor asociado a endometriosis alrededor al 75% en los casos, además se ha documentado que modifica moderadamente las concentraciones de estrógenos, por lo que disminuye el riesgo de alteraciones en la densidad mineral ósea, al usarse por periodo prolongados. (Expert Statement, 2009)

**1a** La gestrinona es tan eficaz como otros tratamientos médicos como Danazol o los análogos de la GnRH, aunque se asocia con un incremento de los bochornos (OR 0.2, IC 95% 0.06 a 0.63;  $p=0.006$ ) (Brown j, 2012)

**1a** Pueden utilizarse opciones como los combinados de Estradiol con Noretisterona (cod. 1006) o bien el acetato de Medroxiprogesterona (cod. 687), a dosis de 150 mg/mes por un periodo de 12 meses. Dentro de los efectos secundarios están: oligomenorrea, hirsutismo leve, entre otros. (OR 0.70, IC 95% -8.61 a 5.39;  $p= 0.00001$ ) (Brown j, 2012)

El sistema liberador de Levonorgestrel intrauterino reduce el dolor y el volumen menstrual en estas pacientes, comparable a los análogos de la GnRH.

Anticonceptivos hormonales combinados:

El uso de ACOS combinados se considera por costo beneficio una de las primeras líneas de tratamiento, aunque no está exenta de efectos secundarios.

**2a**

Los anticonceptivos combinados después de un tratamiento quirúrgico conservador de la endometriosis son una buena opción porque disminuye la recurrencia de los endometriomas y sobre todo la dismenorrea. La eficacia es mayor cuando se utilizan a largo plazo (más de 24 meses). Noretisterona o Medroxiprogesterona son eficaces comparados con placebo y son equivalentes a tratamientos más costosos.

Análogos GnRH: (cod. 660, 714)

**1a**

Los análogos de la GnRH han demostrado buenos resultados en la reducción del dolor asociado a la endometriosis, aunque no son superiores al tratamiento con anticonceptivos hormonales combinados. El problema que presentan son sus efectos secundarios: bochornos, sequedad vaginal y fundamentalmente osteopenia. Una vez suspendido el tratamiento la tasa de recurrencias a los 5 años es del 37% en estadios iniciales y del 74% en la enfermedad avanzada. No obstante, cuando el tratamiento con análogos ha demostrado mejorar los síntomas de estas

mujeres, puede utilizarse la terapia Add-back con suplementos de calcio. (cod. 456)

Un agonista de la GnRH con terapia hormonal o con un DIU con Levonorgestrel podría ser considerado como una opción de tratamiento de segunda línea. (Abou-Setta AM, 2006)

El tratamiento con análogos de la GnRH durante tres meses es tan efectivo para la mejoría del dolor como 6 meses. El uso de agonistas de la GnRH con tratamiento Add-back protege de la pérdida mineral ósea a nivel lumbar durante el tratamiento y hasta 6 meses después.

Danazol: (cod. 309)

El Danazol inhibe la secreción de gonadotropinas, la esteroidogénesis e incrementa el aclaramiento del estradiol y la progesterona. La dosis empleada es de 400 mg al día (200 mg cada 12 horas) que puede incrementarse hasta 800 mg diarios. Es poco utilizado por sus efectos secundarios: aumento de peso, retención de líquidos, acné, hirsutismo, sofocos, atrofia vaginal, reducción mamaria, reducción de la libido, náusea. (Kennedy S, 2005)

Inhibidores de Aromatasa:

1a

La supresión de la función ovárica por 6 meses reduce el dolor asociado a la endometriosis, de tal manera que todos los medicamentos son efectivos, solo se observan diferencias en sus efectos secundarios y el costo. (RCOG, 2006)

---

**3b** Es importante recordar que como no se afecta ningún mecanismo biológico primario de desarrollo de la enfermedad, luego de terminar el tratamiento es común que los síntomas recurran. (RCOG, 2006)

**3b** Los medicamentos como Letrozol (cod. 162), pueden ser efectivos, pero también se asocian a una disminución de la densidad mineral ósea. (RCOG, 2006)

### **Tratamiento no farmacológico:**

El tratamiento no farmacológico se fundamenta en conceptos quirúrgicos, mediante las técnicas de cirugía convencional abdominal abierta o cirugía video-laparoscópica.

#### **Cirugía abdominal abierta:**

El abordaje abdominal, es el que más se ha utilizado por diversas razones entre las que se mencionan el factor económico y el hecho de no necesitar un entrenamiento especial para el personal médico-quirúrgico, sin embargo deben considerarse mayores riesgos de infecciones y una recuperación postoperatoria más prolongada.

#### **Cirugía laparoscópica:**

El abordaje laparoscópico es el de elección, ya que brinda una buena exposición del campo operatorio y ofrece una recuperación postoperatoria más rápida, sin embargo los buenos resultados dependen muchas veces de la pericia del



cirujano y a la disponibilidad de equipo para realizar el procedimiento.

Las opciones de tratamiento quirúrgico comprenden:

- Histerectomía abdominal total
- Salpingooforectomía
- Remoción de implantes endometriósicos
- Omentectomía
- Resección intestinal
- Cistectomía, entre otros.

**Nota:** La decisión de realizar ooforectomía bilateral (remoción de ambos ovarios), dependerá del deseo de fertilidad de la paciente y del criterio del especialista.

### **Recomendaciones para cirugía definitiva:**

Las recomendaciones para cirugía definitiva en casos de pacientes con fertilidad satisfecha, dolor pélvico severo, endometriosis moderada-severa y endometriosis recurrente son:

- Practicar histerectomía y/o salpingo-ooforectomía bilateral.
- Evaluar riesgo-beneficio de la ooforectomía bilateral e informar a la paciente ampliamente para obtener su consentimiento informado.
- Iniciar terapia de sustitución hormonal tres meses después de la cirugía en caso de practicarse la ooforectomía bilateral.

El grupo de expertos revisores de esta guía recomienda iniciar terapia de sustitución hormonal seis meses después de la cirugía ovárica radical de acuerdo a la sintomatología manifestada por la paciente, considerando los efectos secundarios que la supresión estrogénica representa, y teniendo como otra opción la terapia no hormonal.



La remoción del tejido ovárico se basa en el riesgo de recurrencia de dolor al preservar el tejido ovárico (6.5 veces) y en una nueva intervención quirúrgica posterior (8.1 veces). Por lo que debe brindarse un buen plan educacional a la paciente para que ella determine si decide o no la autorización de realizar la ooforectomía bilateral.

**1a** Todas las opciones laparoscópicas de tratamiento (láser, escisión, ablación del nervio uterino-LUNA) tienen similar efecto para manejo del dolor pélvico asociado a endometriosis. (Jacobson TZ, 2001)

**1a** La recurrencia del dolor luego de la cirugía se presenta después de 2 años, en el 66% de las pacientes. (ACOG Practice Bulletin, 2000)

**1b** La neurectomía presacra puede ser útil en casos de dolor en la línea media, siempre debe considerarse los efectos secundarios de la misma que son comúnmente constipación y alteraciones urinarias. (ACOG, July 2010)

Luego de la cirugía, en jóvenes a quienes se les realizó ooforectomía bilateral la administración de Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) es controvertida, pero debe ser

considerada para evitar los efectos deletéreos de la carencia de estrógenos a largo plazo. (Kennedy S, 2005)

**Seguimiento clínico:** (European Society of Human Reproduction & Embryology, 2007)

Para el seguimiento de la paciente con endometriosis debe tomarse en consideración en primer lugar, si la paciente está bajo:

- Tratamiento médico
- Tratamiento quirúrgico

Considerar si la paciente desea alguna de las siguientes opciones:

- Conservar la fertilidad
- Tiene paridad satisfecha

Ya con estas consideraciones, se debe programar una secuencia de seguimientos y controles que se enfoquen en lograr los objetivos básicos para los dos tipos de pacientes.

Pacientes que deseen conservar su fertilidad:

En el caso de la paciente con tratamiento médico o postquirúrgico que desee embarazo; el seguimiento debe ir encaminado a determinar la recurrencia de dolor pélvico, sintomatología de reactivación de implantes y procurar el embarazo a la mayor brevedad posible.

Pacientes que tienen paridad satisfecha:

Si por el contrario se trata de una paciente con tratamiento médico o postquirúrgico que no desea conservar la fertilidad, el seguimiento debe enfocarse en prevenir las recurrencias y

los efectos secundarios de las carencias estrogénicas a largo plazo, para lo cual se debe implementar profilaxis para la enfermedad osteoporótica, enfermedad cardiovascular y un adecuado control de lípidos, triglicéridos y colesterol.

En todo caso debe procurarse que las citas de control sean entre 6 a 12 meses, y practicar los estudios rutinarios como: densitometrías óseas, Papanicolaou, entre otros.

A todas las pacientes con diagnóstico de endometriosis, se les debe brindar apoyo psicológico y el acceso a terapias alternativas como, manejo de estrés y ansiedad, manejo de dolor, terapias de relajación.

### **Recomendaciones y evidencia de buena práctica clínica:**

**1a**

La supresión ovárica para la reducción del dolor por endometriosis debe ser de por lo menos 06 meses. (RCOG, 2006)

**3b**

Es importante que luego de la supresión ovárica, al discontinuar el tratamiento no se altera ningún proceso fisiológico, por lo que es muy probable que en un tiempo posterior los síntomas recurran. (RCOG, 2006)

Los anticonceptivos orales combinados, deben considerarse como la primera línea de tratamiento asociado a endometriosis. (I, 2008)

**1a**

El uso de Agonistas de la GnRH con terapia hormonal de respaldo o DIU con Levonorgestrel deben ser considerados como una segunda línea terapéutica en el tratamiento de la endometriosis. (I, 2008)

**1a** El DIU con Levonorgestrel (DIU-LNG) puede ser considerado como segunda línea de tratamiento para el dolor asociado a endometriosis, además su uso disminuye la recurrencia del dolor pélvico posterior en casos de manejo quirúrgico. (OR 0.14, IC 95% 0.02 a 0.75). (Abou-Setta AM, 2006)

**1b** En el tratamiento de la endometriosis leve o con sintomatología sugestiva de la enfermedad asociado a dolor pueden utilizarse los anticonceptivos hormonales combinados (ACOS), tomando en cuenta que si el malestar persiste por más de 3 meses de uso, esos deben ser retirados. (ACOG, July 2010)

**1a** El acetato de Medroxiprogesterona 100 mg/día es más efectivo para reducir el dolor pélvico asociado a endometriosis luego de 12 meses de tratamiento. (OR 0.70, IC 95% -8.61 a 5.39;  $p = 0.00001$ ). (Brown j, 2012)

**3b** Los inhibidores de la aromatasa, como el Letrozol, son efectivos, aunque se asocian a disminución de la densidad mineral ósea. (RCOG, 2006)

La supresión de la función ovárica con análogos de la Hormona Liberadora de Gonadotropina (GnRH) y Danazol durante 6 meses reduce el dolor pélvico y las lesiones asociados a endometriosis. (RCOG, 2006)

Las terapias en base a análogos de GnRH no deben durar más de 6 meses; la terapia con estrógenos debe ser indicada luego del tercer mes de tratamiento. (Selak V, 2007)

---

En casos de endometriosis severa, el tratamiento médico es insuficiente. (Gynecologys, 2000)

En los casos que el tratamiento médico no da resultado, la opción quirúrgica definitiva se indica, en particular en los casos de pacientes que no desean fertilidad futura. (ACOG, July 2010)

**1a**

La laparoscopia terapéutica (ablación de lesiones) disminuye el dolor pélvico asociado a endometriosis, comparado con la laparoscopia diagnóstica (OR 5.72, IC 95% 3.09 a 10.6). (Jacobson TZ, 2001)

**1a**

En mujeres con endometriosis, que son candidatas a fertilización in vitro (FIV), el uso supresivo de agonistas GnRH más terapia hormonal por 3 a 6 meses se asocia a mejores tasas de embarazo. (OR 4,28, IC 95% 2.00 a 9.15). (I, 2008)

En casos de recurrencia de dolor pélvico, falla en el tratamiento médico y en casos de paridad satisfecha, la opción más viable de tratamiento puede ser la Histerectomía Abdominal Total con salpingo-ooforectomía bilateral y resección de los implantes visibles. (Mounsey AL, 2006)

En todos los casos que se realice una cirugía por endometriosis en las que se conservará la fertilidad de la paciente, debe realizarse la resección de las lesiones endometriósicas y adherenciólisis. (RCOG, 2006)



## **Abordaje de la infertilidad en la Endometriosis:**

En las pacientes con diagnóstico de endometriosis que deseen conservar la fertilidad, debe brindárseles el tratamiento primario para reducir el impacto de la enfermedad sobre la fertilidad misma. Luego de esto deber brindarse el plan educacional adecuado discutiendo con la paciente cuál de todas las opciones para tratamiento de infertilidad es la más adecuada, de acuerdo a su condición y considerar la indicación de consultar con médico especialista en reproducción (Infertólogo) para la elección final del método de Reproducción Asistida más conveniente.

Al momento de la realización de esta guía, los tratamientos para infertilidad no forman parte de los servicios ofrecidos por el IGSS.

---

## 5. GLOSARIO

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Add-back</b>              | Terapia para contrarrestar los efectos indeseables de la supresión estrogénica.  |
| <b>Adherenciolisis</b>       | Remoción de adherencias ya sea por procesos infecciosos y/o inflamatorios.   |
| <b>Anomalías Müllerianas</b> | Son un grupo de anomalías congénitas que resultan de alteraciones en el desarrollo embrionario del conducto de Müller, que posteriormente originará todo el aparato urogenital femenino y que, por tanto, afectan a los tubos mesonéfricos.  |
| <b>ASM</b>                   | Sociedad Americana de Fertilidad.  |
| <b>AINEs</b>                 | Antiinflamatorios no esteroideos.  |
| <b>Celómico</b>              | Celoma es la cavidad general secundaria del cuerpo de los animales celomados o eucelomados. Se dice que es general porque no comunica con el medio exterior, lo cual no es estrictamente cierto, ante todo en el caso de la enterocelia, y se dice que es secundaria porque, como tal cavidad general, es la segunda en aparecer, tras el blastocele, a lo largo del desarrollo embrionario. |

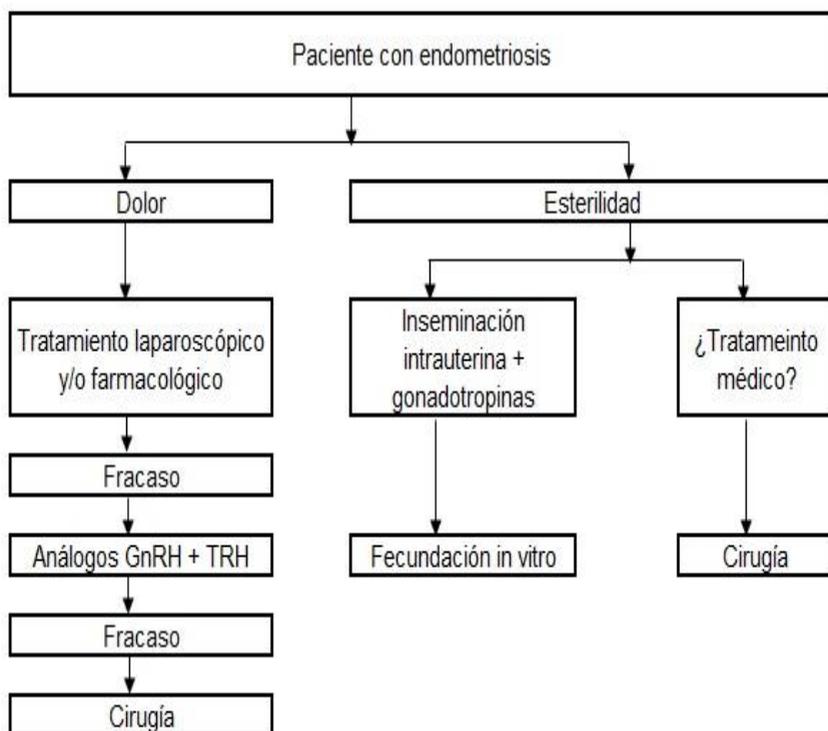
|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Difenil-Dioxina</b>   | Compuestos químicos que se producen a partir de procesos de combustión que implican al cloro.                                |
| <b>Dismenorrea</b>       | Dolor pélvico durante el ciclo menstrual.  |
| <b>Dispareunia</b>       | Dolor al momento de las relaciones sexuales.   |
| <b>Disuria</b>           | Dolor al miccionar.  |
| <b>DIU</b>               | Dispositivo Intrauterino.  |
| <b>Embarazo Ectópico</b> | Embarazo en el que el óvulo fecundado se implanta fuera del útero, especialmente en la trompa de Falopio.                    |
| <b>Endometriosis</b>     | Enfermedad ginecológica caracterizada por la ubicación de implantes de endometrio en sitios diferentes a la cavidad uterina. |
| <b>Endometrioma</b>      | Tumor o masa de tejido ectópico endometrial que no tiene función en el útero. También se denomina solenoma.                  |
| <b>FDA</b>               | Food Drug Administration.  |
| <b>GnRH</b>              | Hormona liberadora de Gonadotropina.   |
| <b>Histerectomía</b>     | Resección quirúrgica del útero.  |
| <b>Infertilidad</b>      | Imposibilidad de concebir un hijo naturalmente o de llevar un embarazo a término después de 7 meses de vida sexual activa.   |

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>Infertólogo</b>   | Médico especializado en técnicas de reproducción asistida                                     |
| <b>LUNA</b>          | Laparoscopic Uterine Neural Ablation.   |
| <b>Metaplasia</b>    | Cambio de un epitelio normal por otro epitelio normal.  |
| <b>Menarquía</b>     | Inicio del ciclo menstrual, primer sangrado menstrual.  |
| <b>Menopausia</b>    | Cese de los periodos menstruales.   |
| <b>Mcg</b>           | Microgramos.  |
| <b>Ooforectomía</b>  | Resección quirúrgica de uno o ambos ovarios.  |
| <b>Omentectomía</b>  | Resección quirúrgica del epiplón.   |
| <b>Policlorados</b>  | Son una serie de compuestos organoclorados.   |
| <b>Retrograda</b>    | Dirección contraria de salida, en esta revisión salida retrograda por las Trompas de Falopio. |
| <b>Salpingotomía</b> | Resección quirúrgica de las Trompas de Falopio.   |
| <b>SOGC</b>          | Sociedad de Obstetricia y Ginecología Canadiense.   |
| <b>SOB</b>           | Salpingo-ooforectomía bilateral.  |



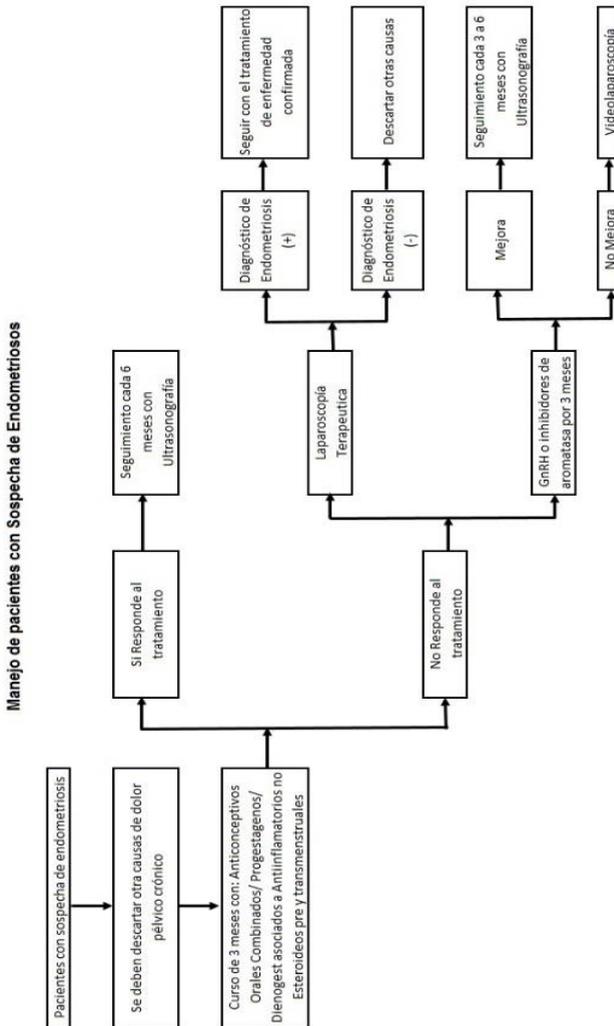
## 6. ANEXOS

### Anexo I. Algoritmo para la toma de decisiones en base a la necesidad principal de la paciente



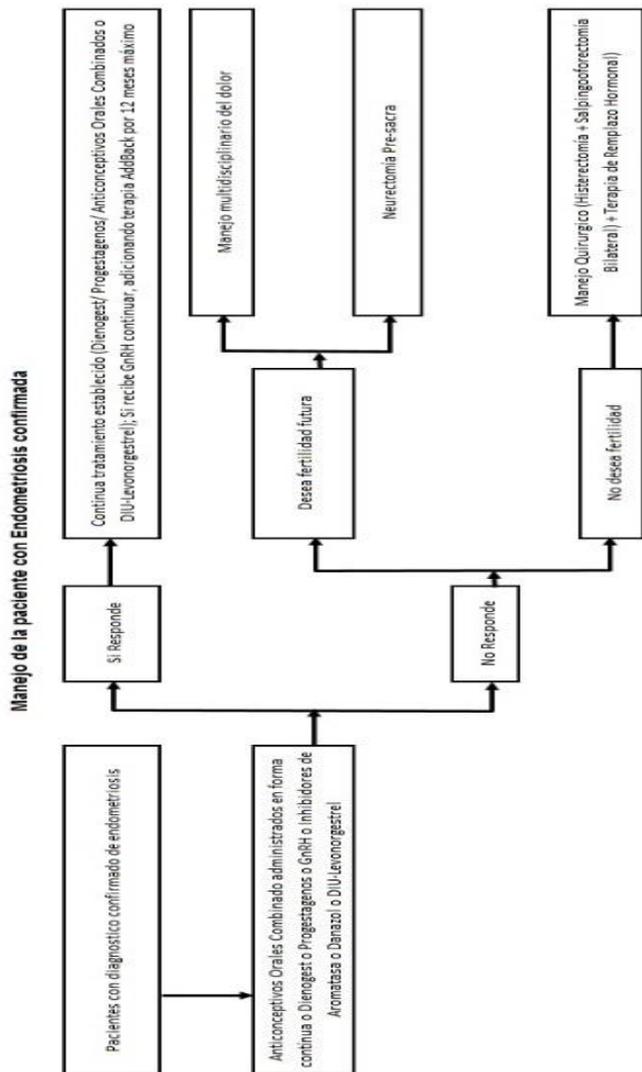
Fuente: (ACOG C. o., 2004)

## Anexo II. Manejo de pacientes con Sospecha de Endometriosis



Fuente: Revista Centroamericana de Obstetricia y ginecología, Vol. 18, No. 1, Enero-Marzo 2013. (Modificado IGSS, 2014)

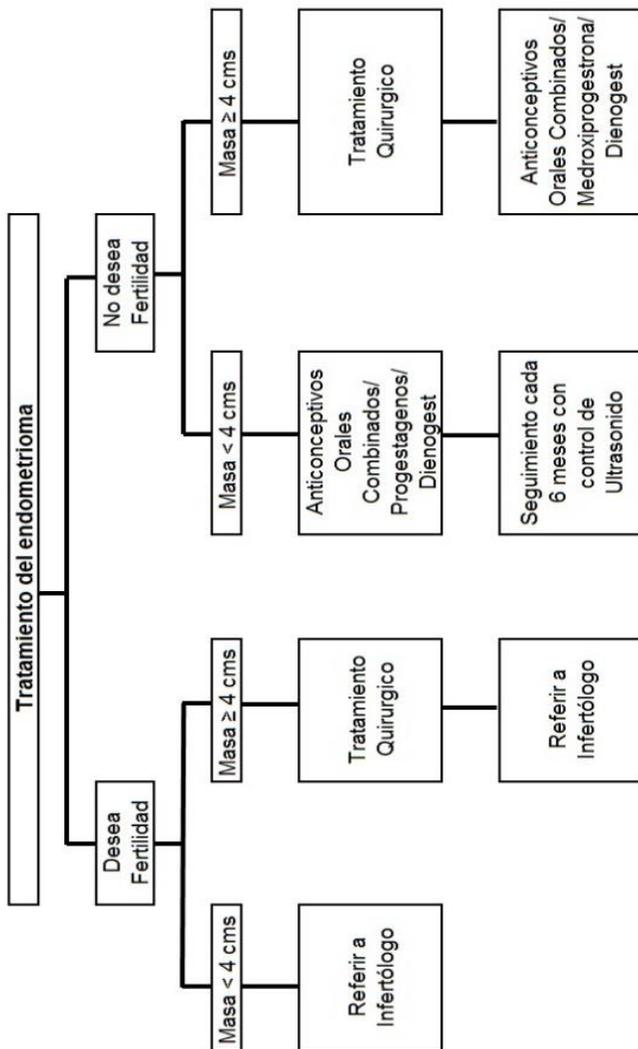
## Anexo III. Manejo de Endometriosis confirmada



Fuente: Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología, Vol. 18, No. 1, Enero-Marzo 2013. (Modificado ISSS, 2014)

## Anexo IV. Manejo de Endometrioma

Algoritmo de manejo del dolor en pacientes con diagnóstico de Endometrioma



**Fuente:** Revista Centroamericana de Obstetricia y ginecología, Vol. 18, No. 1, Enero-Marzo 2013. (Modificado IGSS, 2014)

## Anexo V. Codificación CIE-10 (Diagnósticos)

| Código | Descripción   | Sinónimo                 |
|--------|---|--------------------------|
| N80    | Endometriosis   | Endometriosis            |
| N80.0  | Endometriosis de útero                                | Endometriosis uterina    |
| N80.1  | Endometriosis del ovario                              | Endometriosis ovárica    |
| N80.2  | Endometriosis de la Trompa                            | Endometriosis de anexos  |
| N80.3  | Endometriosis Peritoneal                              | Endometriosis pélvica    |
| N80.4  | Endometriosis del tabique rectovaginal y de la vagina | Endometriosis perineal   |
| N80.5  | Endometriosis del Intestino                           | Endometriosis intestinal |
| N80.6  | Endometriosis de la cicatriz cutánea                  | Endometriosis cutánea    |
| N80.7  | Otras Endometriosis                                   |                          |
| N80.9  | Endometriosis no especificada                         |                          |

## Anexo VI. Codificación CIE-09 (Procedimientos)

| Código | Descripción                               | Sinónimo                                  |
|--------|---|---|
| 54.21  | Laparoscopia                              | Videolaparoscopia                         |
| 54.5   | Lisis adherencia peritoneo                | Adherenciólisis                           |
| 65.3   | Ooforectomía unilateral                   |   |
| 65.5   | Ooforectomía bilateral                    |   |
| 66.4   | Salpingectomía unilateral total           |   |
| 66.5   | Salpingectomía bilateral total            |   |
| 68.30  | Histerectomía Supracervical laparoscópica | Histerectomía Supracervical laparoscópica |
| 68.40  | Histerectomía abdominal total             | Histerectomía abdominal Total             |
| 68.5   | Histerectomía vaginal                     | Histerectomía vaginal                     |



---

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Abou-Setta AM, A.-I. H. (2006). Levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNG-IUD) for symptomatic endometriosis following surgery. *Cochrane Database Syst Rev*, 4:CD..5072.
2. ACOG. (July 2010). Management of Endometriosis. *Green Book*, 114:223-36.
3. ACOG Practice Bulletin. (2000). Medical management of endometriosis. *Int J Gynecol Obstet*, 71:183-96.
4. ACOG, C. o. (2004). Chronic Pelvic Pain. *Obstet Gynecol No. 11*, 103:589-605.
5. Al, R. P. (2008). *Endometriosis, una causa frecuente de dolor crónico en la mujer*. Bogotá, Colombia: ACED (Asociación Colombiana del Estudio del Dolor).
6. Allen C, H. S. (2009). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 15:CD004753.
7. Balasch, J. e. (1996). Visible and non-visible endometriosis at laparoscopy in fertile and infertile women and in patients with chronic pelvic pain: a prospective study. *Hum Reprod*, 11(2): p 387-91.
8. Brown j, K. S. (2012). Progestagens and anti-progestagens for pain associated with endometriosis. *Revisión Crochane.*, 5.

9. Consejo de Salubridad General. (2009). *Diagnóstico y tratamiento de la Endometriosis*. Mexico.
10. Crosignani PG, O. D. (2006). Advances in the management of endometriosis: an update for clinicians. *Hum Reprod Update*, 12:179-89.
11. Duque A, O. D.-G. (s.f.). Endometriosis. En SEGO, *Fundamentos de Ginecología*. España.
12. European Society of Human Reproduction & Embriology. (2007). ESHRE.
13. Falcone T, H. W. (2007). Clinical Reproductive Medicine and Surgery. *Mosby Elsevier*, 345-6.
14. Fernandez O, A. E. (2010). Endometriosis e Infertilidad. *Rev. Med. Clin. Condes*, 21(3): 403-408.
15. Fernández Parra J, R. L. (2008). *Diagnostico y clasificación de la Endometriosis*. Actualización Obstetrica y Ginecologica.
16. G., D. (2002). Endometriosis. Patogenia de los implantes endometrioticos. En S. C. Remohí J, *Reproducción Humana* (págs. 191-197). España: Mc GrawHill.
17. Gynecologys, A. C. (2000). ACOG Practice Bulletin No. 11 Medical Management of Endometriosis. *Int. J. Gynaecol Obstet*, 71:183-96.
18. I, D. Y. (2008). Tratamiento de la Endometriosis I y II. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 59(3):223-230.

- 
19. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (27 de Mayo de 2014). SIGI-CUBO-SALUD. Guatemala, Guatemala, Guatemala.
  20. Jacobson TZ, B. D. (2001). Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 4:CD001300.
  21. Katz VL, L. G. (2007). *Comprehensive Gynecology*. Mosby Elsevier.
  22. Kennedy S, B. A. (2005). ESHRE Guideline for the diagnosis and Treatment of Endometriosis. *Hum Reprod*, 20:2698-704.
  23. Kobnincx, P. e. (1991). Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril*, 55(4): p. 759-65.
  24. Marcelino Hernández-Valencia, A. Z. (2009). Endometriosis: Base fisiopatogénica para el tratamiento de Endometriosis. *Rev. Med. Inst. Mex Seguro Social*, 47(1): 57-60.
  25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS)*. Madrid, España: SNS.
  26. ML, B. (2003). Big picture of endometriosis helps provide guidance on approach to teens: comparative historical data show endostarting younger, is more severe. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 16:521-6.
- 

27. Mounsey AL, W. A. (2006). Diagnosis and management of endometriosis. *Am Fam Physician*, 74:594-600.
28. Noriega J, F. T. (2003). Nuevos conceptos en la patogénesis y tratamiento de la endometriosis asociada a dolor. *MEDUNAB*, 6:39-45.
29. Ochoa, G. e. (2000). *Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina-ASCOFAME-ISS*. Bogotá.
30. Preciado-Ruiz r, t.-C. J.-M. (2005). Incidence of endometriosis in infertile women: clinical and laparoscopic characteristics. *Ginecol Obstet*, 73:471-6.
31. RCOG. (2006). The investigation and management of endometriosis. *Greentop Guideline*.
32. Selak V, F. C. (2007). Danazol for pelvis pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 17:CD000068.
33. Seli E, B. M. (2003). Pathogenesis of endometriosis. . *Obstet Gynecol Clin Nort Am*, 41-61.
34. Togashi K, N. K. (1991). Endometrial Cysts: Diagnosis with MR Imaging. *Radiology*, 180:73-8.





Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social

7a. Avenida 22-72 Zona 1  
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala  
Guatemala, Centroamérica  
PBX: 2412-1224  
[www.igssgt.org](http://www.igssgt.org)