



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

DIAGNÓSTICO INICIAL DE ENDOMETRIOSIS EN MUJERES DE EDAD
FÉRTIL QUE PADECEN DOLOR PÉLVICO CRÓNICO EN ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD.

GUAMAN MEDINA KAREN ELIZABETH
MÉDICA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

DIAGNÓSTICO INICIAL DE ENDOMETRIOSIS EN MUJERES DE
EDAD FÉRTIL QUE PADECEN DOLOR PÉLVICO CRÓNICO EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

GUAMAN MEDINA KAREN ELIZABETH
MÉDICA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

DIAGNÓSTICO INICIAL DE ENDOMETRIOSIS EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL
QUE PADECEN DOLOR PÉLVICO CRÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD.

GUAMAN MEDINA KAREN ELIZABETH
MÉDICA

CHILQUINGA VILLACIS SIXTO ISAAC

MACHALA, 06 DE ENERO DE 2021

MACHALA
06 de enero de 2021

Diagnóstico inicial de endometriosis en mujeres de edad fértil que padecen dolor pélvico crónico en atención primaria de salud.

por Karen Elizabeth Guamán Medina

Fecha de entrega: 19-dic-2020 09:07p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1479451933

Nombre del archivo: padecen_dolor_p_lvico_cr_nico_en_atenci_n_primaria_de_salud.docx (59.49K)

Total de palabras: 3370

Total de caracteres: 18836

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, GUAMAN MEDINA KAREN ELIZABETH, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Diagnóstico inicial de endometriosis en mujeres de edad fértil que padecen dolor pélvico crónico en atención primaria de salud., otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 06 de enero de 2021



GUAMAN MEDINA KAREN ELIZABETH
0707007589

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo, con mucho cariño a mis padres el *Sr. Germán Guamán* y la *Sra. Rosa Medina*; quienes han sido mi motor principal para esforzarme cada día, pues ellos me acompañaron en las noches de desvelo y me motivaron a no darme por vencida, su amor y dedicación me impulsó a no mirar hacia atrás y a lograr mis metas propuestas, pues todo lo que he conseguido se los debo a ellos.

De igual manera, a mi abuelito el *Sr. Luis Guamán* que en paz descansa, el cual con su amor incondicional y paciencia me motivó y apoyó a seguir en esta noble carrera, nunca escatimó esfuerzos para verme realizada como persona, estoy segura que al igual que yo, desde el cielo se alegra al ver una nueva meta cumplida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios, por darme la vida y permitirme llegar a este momento importante de mi formación profesional, por brindarme su protección y darme la fuerza necesaria para superar los obstáculos a lo largo de mi vida.

A mis padres, por brindarme su amor, cariño y confianza incondicional en toda mi vida, por el apoyo y los ánimos que me brindaron para no rendirme frente a las dificultades que se presentaron a lo largo del camino, del mismo modo a mi hermana Stefanny quien con sus ocurrencias me ha alegrado mis días y me ha impulsado a conseguir lo que me propongo.

A mi familia por compartir momentos significativos conmigo, por siempre estar dispuestos a escucharme y apoyarme en todo sentido.

Al personal docente de la carrera de Ciencias Médicas, quien me acogió y me brindó todas las enseñanzas necesarias para el ejercicio de mi vida profesional.

RESUMEN

Introducción: La endometriosis descrita por primera vez en 1860, es una enfermedad inflamatoria crónica, común en mujeres de edad fértil, caracterizada por la implantación y el crecimiento de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina; afectando del 30% al 80% en mujeres con dolor pélvico crónico. **Objetivo:** Describir el diagnóstico inicial de endometriosis en mujeres de edad fértil que padecen dolor pélvico crónico en atención primaria de salud. **Materiales y métodos:** Se realizó una búsqueda exhaustiva de libros y artículos científicos de alto impacto, publicados a través de la base de datos de PubMed, Google Académico y Cochrane en los últimos cinco años. **Resultados:** Se obtuvieron 22 bibliografías de trascendencia científica, la revisión reveló que la realización de una buena historia clínica y un examen pélvico cuidadoso son vitales para la sospecha diagnóstica e intervención terapéutica oportuna, sin embargo, la ayuda de métodos imagenológicos y la laparoscopia en conjunto con un examen histopatológico confirmarán la enfermedad. **Conclusión:** El diagnóstico inicial de la endometriosis, radica principalmente en ser un diagnóstico clínico de exclusión, existe una mayor sospecha en mujeres con dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia e infertilidad. En la atención primaria de salud, se debe dar suficiente importancia al dolor pélvico crónico que refieren las usuarias y profundizar su investigación, debido a que retarda el diagnóstico inicial de endometriosis y por ende la intervención terapéutica oportuna.

Palabras claves: Endometriosis, dolor pélvico, diagnóstico, manejo médico.

ABSTRACT

Introduction: Endometriosis, first described in 1860, is a chronic inflammatory disease, common in women of childbearing age, characterized by the implantation and growth of endometrial tissue outside the uterine cavity; affecting 30% to 80% of women with chronic pelvic pain. **Objective:** To describe the initial diagnosis of endometriosis in women of childbearing age suffering from chronic pelvic pain in primary health care. **Materials and methods:** An exhaustive search of high impact scientific books and articles, published through the PubMed, Google Academic and Cochrane databases in the last five years was conducted. **Results:** 22 scientifically significant bibliographies were obtained. The review revealed that a good clinical history and a careful pelvic examination are vital for diagnostic suspicion and timely therapeutic intervention; however, the aid of imaging methods and laparoscopy in conjunction with a histopathological examination will confirm the disease. **Conclusion:** The initial diagnosis of endometriosis, lies mainly in being a clinical diagnosis of exclusion, there is greater suspicion in women with chronic pelvic pain, dysmenorrhea, dyspareunia and infertility. In primary health care, sufficient importance should be given to the chronic pelvic pain referred by the users and to deepen its investigation, because it delays the initial diagnosis of endometriosis and therefore the timely therapeutic intervention.

Keywords: Endometriosis, pelvic pain, diagnostic, medical management.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	7
AGRADECIMIENTO.....	8
RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
ÍNDICE	11
INTRODUCCIÓN.....	12
DESARROLLO.....	13
Aspectos generales del endometrio.....	13
Caracterización de la endometriosis.....	13
Tabla 1: Clasificación de endometriosis pélvica.....	15
Diagnóstico clínico de la endometriosis.....	15
Tabla 2: Sintomatología de acuerdo a la ubicación anatómica de endometriosis.....	17
Diagnóstico imagenológico de la endometriosis.....	18
Situación actual y prospectiva del diagnóstico de la endometriosis y /o dolor pélvico crónico en atención primaria de la salud en el Ecuador.....	19
CONCLUSIÓN.....	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

INTRODUCCIÓN

La endometriosis descrita por primera vez en el año de 1860, es una enfermedad inflamatoria crónica, común en mujeres de edad fértil dependiente de estrógenos; se caracteriza por la implantación y el crecimiento de tejido endometrial (glándulas y/o estroma) fuera de la cavidad uterina y de acuerdo a su localización las lesiones pueden ser intra o extrapélvicas. (1)

Aunque la prevalencia exacta en la población general es desconocida, se estima que afecta del 6 al 10% de mujeres en edad reproductiva lo que se traduce en 200 millones de mujeres en todo el mundo; incrementándose del 20 al 50% cuando se asocia a infertilidad y del 30 al 80% en mujeres con dolor pélvico crónico. (2)

En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2019, la endometriosis generó 830 egresos hospitalarios con un promedio de estancia de 2.4 días, además reportó que el rango de edad con mayor incidencia fue de 30 a 39 años, y la provincia con mayor número de casos fue Pichincha con el 32%, ubicando a El Oro en quinto lugar con el 3,8%. (3)

Uno de los síntomas que más experimentan las mujeres en edad fértil, es el dolor pélvico crónico (DPC), se estima que en atención primaria de salud 38 de cada 1.000 mujeres padecen DPC representando el 20% de las consultas ginecológicas y relacionándose con la presencia de endometriosis en más del 50 % de la población que padece esta sintomatología. (4)

Con frecuencia el diagnóstico de la endometriosis es prolongado y está plagado de barreras y diagnósticos erróneos, se ha establecido un retraso de 4 a 11 años desde la aparición del primer síntoma hasta el diagnóstico quirúrgico, es por ello que en la actualidad se aspira que los síntomas, signos y hallazgos imagenológicos se conviertan en los principales impulsores del diagnóstico e intervención temprana, y no solamente se tome en cuenta los hallazgos quirúrgicos y lesiones pélvicas obtenidas mediante laparoscopia. (5)

La demora en el diagnóstico de la endometriosis y su alta prevalencia en pacientes que padecen de dolor pélvico crónico, me ha motivado a investigar esta temática. Por ende, el objetivo del presente trabajo es describir el diagnóstico inicial de endometriosis en mujeres de edad fértil que padecen dolor pélvico crónico en atención primaria de salud.

DESARROLLO

Aspectos generales del endometrio

El útero es un órgano muscular único en forma de pera invertida que se ubica en la pelvis femenina, en una mujer adulta mide aproximadamente de 6 a 9 cm de largo por 8 cm de ancho y 3 cm de grosor, se puede dividir en fondo, cuerpo y cuello uterino; además posee tres capas las cuales son: el endometrio (capa epitelial interna), miometrio (capa de músculo liso) y perimetrio (superficie externa serosa). (6)

El endometrio ubicado dentro del área central del útero, histológicamente se compone de dos capas, la basal y la funcional (esponjosa y compacta), es esta última la que se desprende durante la menstruación y se regenera en ausencia de embarazo. En respuesta a fluctuaciones en la concentración de estrógeno y progesterona el tejido endometrial experimenta tres etapas cíclicas; la fase folicular (proliferativa), la fase lútea (secretora) y la fase menstrual, por estimulación hormonal el endometrio cambia de grosor durante el ciclo menstrual y va a variar acorde a la fase en que se encuentre, en la fase proliferativa el grosor del endometrio suele ser de 3 a 8 mm mientras que en la fase secretora es de 8 a 12 mm dependiendo de la edad. (7,8)

Caracterización de la endometriosis

En 1860 Rokitansky describe por primera vez la endometriosis; la cual es una enfermedad inflamatoria crónica, común en mujeres de edad fértil dependiente de estrógenos; caracterizada por la implantación y el crecimiento de tejido endometrial (glándulas y estroma) fuera de la cavidad uterina, concepto que se mantiene vigente y que lo manifiesta Scutiero et al. en el año 2017 en su artículo de revisión publicado en la revista *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*. (1)

Laganá et al. en su artículo “The pathogenesis of endometriosis”, publicado en el año 2019; expresan que la etiología no está completamente clara y que la evidencia actual confirma la naturaleza multifactorial de la endometriosis, la cual resulta de la combinación de factores anatómicos, hormonales, inmunológicos, reactivos, estrogénicos, genéticos, epigenéticos y ambientales. (9) A pesar de ello en una publicación indexada en Pubmed, Carpinello et al., en su artículo da a conocer tres teorías principales que explican la etiología de la endometriosis, las cuales son: la teoría de la implantación, la teoría celómica y la teoría de Halban. (10)

Con respecto a lo anterior el investigador Rolla, en el año 2019, menciona que la teoría de la implantación, se describe como un flujo retrógrado de menstruación y tejido endometrial; el cual migra a través de las trompas de Falopio y luego hacia la cavidad peritoneal; en la misma publicación se habla acerca de la teoría celómica, y se manifiesta que la metaplasia celómica implica la transformación del tejido peritoneal normal en tejido endometrial ectópico. Con respecto a la teoría de los restos müllerianos, se afirma que las células residuales de la migración embrionaria del conducto mülleriano mantienen la capacidad de convertirse en lesiones endometriósicas bajo la influencia de los estrógenos. (11)

De acuerdo con la teoría de Halban, Carpinello et al. en su revisión hacen un aporte sustancial y sugieren que las lesiones distantes se establecen por la diseminación hematológica o linfática de células endometriales viables. Aunque esta teoría explica las raras lesiones endometriales en el cerebro o pulmón, no explica la ubicación gravitacional dependiente de la mayoría de los focos de endometriosis. (10)

Por otra parte, en el año 2018 el artículo “Medical Management of Endometriosis”, nos manifiesta que el suministro constante de estrógeno es crucial para el crecimiento y la persistencia de los implantes endometriales. En primer lugar, los implantes endometriales tienen actividad aromática intrínseca, lo que conduce a la conversión del colesterol en estradiol. Los estudios han demostrado que las lesiones endometriales tienen un nivel bajo de receptor de progesterona, la cual es importante para la activación de la enzima 17-beta-hidroxisteroide-deshidrogenasa 2, que ayuda a convertir el estradiol en estrona. Por lo tanto, el aumento de la producción de estradiol y la disminución del aclaramiento conduce al crecimiento del tejido endometrial. (2)

La endometriosis puede clasificarse de acuerdo a su localización, Bourgioti et al. en su artículo “MR imaging of endometriosis: Spectrum of disease”, publicado en el 2017; explica que la endometriosis puede encontrarse de manera intra o extrapélvica, las glándulas endometriales ectópicas intrapélvicas y el estroma; se encuentran con mayor frecuencia en los ovarios, pero también pueden afectar los ligamentos uterosacros, fondo de saco, superficies serosas, trompas de Falopio, el colon rectosigmoideo, la vagina, el cuello uterino, vejiga y los uréteres. En cambio, la endometriosis extrapélvica suele ser menos frecuente, ocurre en aproximadamente el 1% de todos los casos y se puede encontrar en la pared abdominal, cicatrices quirúrgicas, diafragma, hígado, riñones, páncreas o incluso huesos y cerebro. (12)

En el artículo anteriormente citado, los investigadores mencionan que existen tres presentaciones clínicas de endometriosis pélvica, la cual se clasifica de acuerdo a su ubicación y profundidad (**Tabla 1**). (12)

Tabla 1: Clasificación de endometriosis pélvica	
Endometriosis superficial	Cuando los focos de endometriosis se localizan en la superficie peritoneal o a menos de 5 mm de ella.
Endometriosis profunda	Los implantes endometriales se encuentran a más de 5 mm de la superficie peritoneal y pueden invadir el espacio retroperitoneal o pared de órganos pélvicos adyacentes.
Endometriosis ovárica	O también llamados endometriomas, se presentan como estructuras quísticas con contenido hemorrágico localizadas en los ovarios.

Fuente: Bourgioti et al. MR imaging of endometriosis: Spectrum of disease. Diagn Interv Imaging 2019

Warzecha et al. en el año 2020, en su artículo “The impact of endometriosis on the quality of life and the incidence of depression—A cohort study”, manifiestan que la mayor prevalencia de endometriosis se observó entre los 25 y 29 años de edad. Sin embargo, indican que varios estudios han informado de un gran retraso en el diagnóstico con un tiempo promedio desde el inicio de los primeros síntomas hasta el diagnóstico final de 4,4 años en EE.UU. y de 10,4 años en Alemania; así mismo consideran que los factores asociados con un mayor riesgo de padecer endometriosis son la edad, la nuliparidad, la menarquia temprana y un índice de masa corporal bajo. (13)

Diagnóstico clínico de la endometriosis

En el año 2016, en una revisión sistemática de Cochrane, Nisenblat et al. indican que la historia clínica y el examen pélvico pueden plantear la posibilidad de un diagnóstico de endometriosis, pero la variedad en la presentación clínica, la alta prevalencia de endometriosis asintomática (2% a 50%) y la escasa asociación entre los síntomas de presentación y la gravedad de la enfermedad, contribuyen a la dificultad involucrada en obtener un diagnóstico confiable de endometriosis basado únicamente en los síntomas de presentación. Además, un examen clínico normal no excluye por completo la endometriosis, ya que la enfermedad comprobada por

laparoscopia se ha diagnosticado en más del 50% de las mujeres con un examen pélvico normal. (14)

El Comité del Reino Unido en el año 2017, participó de la National Guideline Alliance (UK) denominada “Endometriosis: diagnosis and management” y concluyó que casi todas las mujeres con endometriosis sintomática presentan dismenorrea grave y dolor pélvico crónico el cual se definió como dolor cíclico o continuo con una duración mínima de 6 meses; además, consideraron que se debería hacer una distinción entre dispareunia superficial y profunda, ya que es más probable que esta última se asocie con endometriosis. (15)

En el año 2019, en el Journal Endocrine Society, Bulun et al, manifiestan que la laparoscópica macroscópica considerada el estándar de diagnóstico actual, no toma en cuenta la presencia de enfermedad inflamatoria microscópica en el peritoneo pélvico o en el tejido endometrial eutópico; por lo tanto, indica que la endometriosis debe ser un diagnóstico clínico de exclusión y basarse en una historia clínica y síntomas detallados, ya que los médicos en la práctica clínica manejan principalmente los síntomas de la enfermedad.(16)

En el mismo año, Zambrano et al. en su artículo publicado por la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, manifiestan que el diagnóstico inicial y la planeación del manejo se basan en los hallazgos clínicos e imagenológicos, pero que el estudio histopatológico lo confirma, el estudio de cohorte retrospectivo que se realizó a pacientes con endometriosis atendidos en la Clínica Comfamiliar en Colombia entre el 2007 y 2016 indican que para el diagnóstico los síntomas que se presentaron con mayor frecuencia fueron la dismenorrea (87,4 %) y dispareunia profunda (73%); con respecto al dolor, la escala visual análoga inicial fue igual o mayor a 7 en el 80,4 %, en cambio en el examen físico inicial se pudieron palpar nódulos y la localización más frecuente fueron los ligamentos uterosacros 61% y retrocervical en 15,56%. (17)

Por otra parte, en el año 2020 Warzecha et al. realizan un estudio de cohorte publicado por International Journal of Environmental Research and Public Health, en donde manifiestan que la dependencia entre la endometriosis y los diferentes tipos de dolor pélvico se encuentra bien establecida; el trabajo informa que los síntomas más comunes entre las mujeres afectadas son dolor pélvico crónico (71,1%), dismenorrea (69,0%), dolor de espalda (54,0%), dispareunia (45,2%) y disquecia (36,5), mientras que un 22,8% de las mujeres diagnosticadas con endometriosis son asintomáticas. (13)

Foti et al. en su artículo publicado en el Journal Insights Into Imaging, expresan que los síntomas a menudo son inespecíficos, y que la enfermedad puede diagnosticarse erróneamente en relación a otras condiciones clínicas caracterizadas por dolor pélvico crónico, lo que conduce a un tratamiento inadecuado y un retraso en el diagnóstico. Las manifestaciones clínicas van a ser variables y a depender de las diversas ubicaciones anatómicas en donde se encuentren las lesiones de endometriosis (**Tabla 2**). (18)

Tabla 2: Sintomatología de acuerdo a la ubicación anatómica de endometriosis	
Ubicación anatómica	Manifestaciones clínicas
Vejiga	Disuria, hematuria macroscópica durante la menstruación, síntomas de micción irritativa, urgencia, micción frecuente, tenesmo, sensación de ardor, dolor suprapúbico e incontinencia urinaria.
Uréteres	Dismenorrea, dispareunia, síntomas urinarios, hidronefrosis, dolor en la zona lumbar, deterioro de la función renal.
Ligamentos redondos	Masa inguinal palpable y dolorosa (porción extrapélvica de los ligamentos); dolor pélvico inespecífico (porción intrapélvica).
Región retrocervical y ligamentos uterosacros	Dispareunia.
Vagina	Dismenorrea, dispareunia, manchado poscoital, menstruación prolongada que no responde a la terapia médica que conduce a anemia.
Colon rectosigmoide	Disquecia cíclica, hematoquecia cíclica, distensión abdominal, estreñimiento, calambres intestinales, diarrea catamenial, heces en forma de lápiz, obstrucción intestinal.
Endometriosis torácico-diafragmática	Dolor torácico con predominio del lado derecho, dolor escapular o cervical asociado a la menstruación, a veces irradiado al brazo, neumotórax, disnea, hemoptisis.
Nervio ciático	Ciática cíclica, dolor de espalda, dolor de glúteos que se irradia dorsal al muslo y lateral de la pierna, signo Laségue (+), pérdida sensorial, alteraciones reflejas, debilidad muscular, paresia.

Fuente: Foti et al. Endometriosis: clinical features, MR imaging findings and pathologic correlation. Insights Imaging 2018.

Con respecto a los antecedentes y examen pélvico, Agarwal et al. en su artículo “Clinical diagnosis of endometriosis” publicado en el 2019 por la revista American Journal of Obstetrics & Gynecology nos comentan que los antecedentes familiares de la enfermedad, la cirugía pélvica previa, los antecedentes de infertilidad, quistes ováricos benignos y dolor ovárico están asociados con una mayor probabilidad de endometriosis, por otra parte, los criterios a tomar en cuenta para un examen pélvico bimanual positivo son: nodularidad palpable, anatomía pélvica rígida o engrosada, especialmente en los ligamentos uterosacros, vagina, espacio rectovaginal, saco de Douglas, anexos y pared posterior de la vejiga. (5)

Diagnóstico imagenológico de la endometriosis

En el artículo antes citado, Bourgioti et al. en el año 2017, recopilan datos de una revisión sistémica en la cual se indica que, el ultrasonido transvaginal posee una sensibilidad del 91% y especificidad del 98% para el diagnóstico de endometriosis profunda rectosigmoide. En el mismo trabajo, pero tomando en cuenta otra revisión sistemática, indica que el ultrasonido para la predicción de endometriosis de vejiga tiene una sensibilidad del 62% y especificidad del 100%, ligamentos uterosacros del 53% y 93%, tabique vaginal 58% y 96% y endometriosis profunda rectovaginal 49% y 98% respectivamente. (12)

De acuerdo con la revisión realizada por Edgardo Rolla en el año 2019, el ultrasonido tiene una sensibilidad del 83% y especificidad del 89% para los endometriomas. Desafortunadamente, en el caso de endometriosis infiltrante profunda, ligamentos uterosacros, tabique rectovaginal, vagina y vejiga, la sensibilidad y especificidad del ultrasonido transvaginal varía entre 53% y 93% respectivamente. (11)

Así también, en el anterior artículo citado; el investigador Rolla señala que “la tomografía computarizada no tiene ningún papel fundamental en la evaluación rutinaria de la endometriosis, excepto en muy pocos escenarios particulares”. Un nódulo endometrial inguinal y un caso de endometriosis de ligamentos redondos que parecían una hernia fueron las únicas referencias encontradas después de una búsqueda rápida de diferentes bases de datos, incluyendo Medline, vinculando la endometriosis y las tomografías axiales computarizadas. (11)

En el artículo “MR imaging of endometriosis: Spectrum of disease” se mencionan que la resonancia magnética se utiliza cada vez más para la evaluación de la endometriosis, con valores informados de sensibilidad de 69% al 92% y especificidad del 75% al 98%. La mayoría

de los autores abogan por la resonancia magnética como herramienta complementaria en casos de hallazgos ecográficos indeterminados, posible afectación ureteral y mapeo prequirúrgico. (12)

Finalmente, en el artículo “Medical management of endometriosis”, Rafique et al. indica que el diagnóstico definitivo de endometriosis sólo se puede realizar mediante histopatología en donde se evidencia glándulas endometriales y estroma con diferente grado de inflamación y fibrosis, actualmente no hay marcadores séricos disponibles que puedan diagnosticar la endometriosis. Los estudios por imágenes como la ecografía, la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear son útiles en casos de quistes ováricos o masas anexiales. (2)

Situación actual y prospectiva del diagnóstico de la endometriosis y /o dolor pélvico crónico en atención primaria de la salud en el Ecuador

En Ecuador los datos estadísticos de endometriosis según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) se registran desde el año de 1998, en donde se reportaron 273 egresos hospitalarios con mayor incidencia en mujeres de 25 a 44 años de edad. En los últimos 4 años correspondiente al 2016 – 2019 el número de egresos hospitalarios de endometriosis fue de 2971 casos. Es por ello que su estudio debería profundizarse en atención primaria de salud para realizarse un pesquisaje oportuno sobre todo en pacientes que padecen dolor pélvico crónico e infertilidad. (3)

EL Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos define al dolor pélvico crónico como “dolor no cíclico que dura 6 meses o más, que se localiza en la pelvis anatómica, la pared abdominal anterior en o debajo del ombligo, la espalda lumbosacra o glúteos y es suficientemente grave para causar discapacidad funcional o dar lugar a la atención médica”. (19)

Silva et al. en el año 2020 en una publicación realizada en The Brazilian Journal of Gynecology and Obstetrics, refieren que la endometriosis es una de las causas ginecológicas relacionadas con dolor pélvico crónico, su principal problema clínico es el síndrome doloroso, el cual se manifiesta como dismenorrea, dolor pélvico, dolor abdominal, dispareunia y disquicia; en mujeres sometidas a laparoscopia por dolor pélvico crónico, la presencia de endometriosis es superior al 30%, la evidencia sugiere que el dolor puede ser causado por inflamación, formación de adherencias y lesión nerviosa significativa, específica de las lesiones por endometriosis. (20)

En la publicación realizada en el Journal Seminars and Reproductive Medicine, Aredo et al., indican que el dolor pélvico crónico es una experiencia subjetiva desagradable que surge del sistema nervioso central que normalmente alerta y protege al cuerpo de estímulos potencialmente nocivos. Dado que las lesiones endometriales deben estar vascularizadas para sobrevivir y crecer, la ramificación de los vasos sanguíneos durante el desarrollo de la lesión permite la invasión simultánea de los nervios. La inervación directa de lesiones ectópicas por las fibras nerviosas sensoriales y simpáticas se correlaciona con la gravedad del dolor pélvico y la dismenorrea. (21)

Por otra parte, en el artículo “Diagnosing endometriosis in primary care: clinical update”, Johnston et al. indica que las mujeres que acuden a la consulta de atención primaria una historia clínica cuidadosa a menudo sugerirá el diagnóstico, la sospecha clínica debe impulsar la derivación a un especialista quien considerará si es necesaria una laparoscopia, el manejo empírico con la píldora anticonceptiva es una práctica común en la atención primaria lo que ofrece una forma útil y práctica de controlar los síntomas pero no debe prevenir ni retrasar la derivación para un diagnóstico definitivo, es importante destacar que la morbilidad no se correlaciona necesariamente con la gravedad; las mujeres con enfermedad mínima en la laparoscopia pueden ser muy sintomáticas y viceversa. (22)

Actualmente en el Ministerio de Salud Pública no existen guías acerca del manejo de endometriosis en atención primaria de salud, pero muchas cifras podrían no corresponder a la realidad ya que lo que se ha podido recopilar en el INEC son solo datos de egresos hospitalarios, más no las pacientes que aún no tiene un diagnóstico o cursan de manera asintomática.

CONCLUSIÓN

Mediante la investigación realizada, el diagnóstico inicial de la endometriosis, radica principalmente en ser un diagnóstico clínico de exclusión, basándose en la realización de una buena historia clínica y examen físico minucioso, aunque un tercio de las pacientes son asintomáticas, existe una mayor sospecha en mujeres con dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia e infertilidad; la utilización de métodos imagenológicos como el ultrasonido transvaginal, nos corroborará el diagnóstico en especial para endometriomas y endometriosis infiltrante profunda, aunque existen criterios divergentes en relación al uso de la resonancia magnética y la laparoscópica; son detalles que deben correlacionarse con el estudio histopatológico para conocer la evolución natural de la enfermedad en base al tratamiento recibido.

En los servicios de atención primaria de salud, se debe dar suficiente importancia al dolor pélvico crónico que refieren las usuarias y profundizar su investigación, debido a que se retarda el diagnóstico inicial de endometriosis y por ende la intervención terapéutica oportuna, que ayudará a mejorar la calidad de vida de las pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scutiero G, Iannone P, Bernardi G, Bonaccorsi G, Spadaro S, Volta CA, et al. Oxidative Stress and Endometriosis: A Systematic Review of the Literature. *Oxid Med Cell Longev* [Internet]. 2017;1-7. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/omcl/2017/7265238/>
2. Rafique S, DeCherney AH. Medical Management of Endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. 2017;60(3):485-96. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5794019/>
3. Instituto Nacional Estadísticas y Censos (INEC). Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios [Internet]. 2019 [citado 12 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>
4. Cheong Y, Saran M, Hounslow JW, Reading IC. Are pelvic adhesions associated with pain, physical, emotional and functional characteristics of women presenting with chronic pelvic pain? A cluster analysis. *BMC Womens Health* [Internet]. 2018;18(11):1-6. Disponible en: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-017-0509-5>
5. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, Laufer MR, Leyland N, Missmer SA, et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2019;220(4):354.e1-354.e12. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(19\)30002-X/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(19)30002-X/fulltext)
6. Agostinis C, Mangogna A, Bossi F, Ricci G, Kishore U, Bulla R. Uterine immunity and microbiota: A shifting paradigm. *Front Immunol* [Internet]. 2019;10:1-11. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2019.02387/full>
7. Kinkel K, Ascher S, Reinhold C. Benign Disease of the Uterus. En: Holder J, Kubik-Huch R, von Schulthess G, editores. *Diseases of the Abdomen and Pelvis*

- [Internet]. IDKD. Springer; 2018. p. 21-33. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-319-75019-4_3
8. Vallvé-Juanico J, Houshdaran S, Giudice LC. The endometrial immune environment of women with endometriosis. *Hum Reprod Update* [Internet]. 2019;25(5):565-92. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6737540/>
 9. Laganá A, Garzon S, Götte M, Vigan P, Franchi M, Ghezzi F, et al. The Pathogenesis of Endometriosis : Molecular and Cell Biology Insights. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2019;20(22):1-42. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/20/22/5615>
 10. Carpinello O, Sundheimer L, Alford C, Taylor R, DeCherney A. Endometriosis. En: McGee E, editor. *Endocrinology of Female Reproduction* [Internet]. MDText.com. Endotext; 2017. p. 1-51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278996/>
 11. Rolla E. Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment [version 1; peer review: 4 approved]. *F1000 Fac Rev* [Internet]. 2019;8:1-28. Disponible en: <https://f1000research.com/articles/8-529/v1>
 12. Bourgioti C, Preza O, Panourgias E, Chatoupis K, Antoniou A, Nikolaidou ME, et al. MR imaging of endometriosis: Spectrum of disease. *Diagn Interv Imaging* [Internet]. 2017;98(11):751-67. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211568417301493?via%3Dihub>
 13. Warzecha D, Szymusik I, Wielgos M, Pietrzak B. The impact of endometriosis on the quality of life and the incidence of depression—A cohort study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(10):1-10. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/10/3641>
 14. Nisenblat V, Bossuyt PMM, Farquhar C, Johnson N, Hull ML. Imaging modalities for the non-invasive diagnosis of endometriosis. *Cochrane Database*

- Syst Rev [Internet]. 2016;(2):1-259. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009591.pub2/full>
15. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Endometriosis : diagnosis and management. 2017;73:1-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK453273/>
 16. Bulun SE, Yilmaz BD, Sison C, Miyazaki K, Bernardi L, Liu S, et al. Endometriosis. *Endocr Rev* [Internet]. 2019;40(4):1048-79. Disponible en: <https://academic.oup.com/edrv/article/40/4/1048/5469279>
 17. Zambrano-Moncayo CP, López-Jaramillo JD, López-Isanoa JD, Herrera-Betancourt AL, Zuluaga-García LM, Piedrahíta-Gutiérrez DL, et al. Seguridad del manejo laparoscópico de pacientes con endometriosis infiltrativa profunda, en un centro de referencia en Pereira, Colombia. Cohorte retrospectiva, 2007-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2019;70(3):181-8. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3288>
 18. Foti PV, Farina R, Palmucci S, Vizzini IAA, Libertini N, Coronella M, et al. Endometriosis: clinical features, MR imaging findings and pathologic correlation. *Insights Imaging* [Internet]. 2018;9(2):149-72. Disponible en: <https://insightsimaging.springeropen.com/articles/10.1007/s13244-017-0591-0>
 19. Passavanti MB, Pota V, Sansone P, Aurilio C, Nardis L De, Pace MC. Chronic Pelvic Pain : Assessment , Evaluation , and Objectivation. *Pain Res Treat* [Internet]. 2017;1-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5735788/>
 20. Silva JB, Gurian MBF, Nonino CB, Poli-Neto OB, Nogueira AA, Reis FJC Dos, et al. Analysis of Body Composition and Pain Intensity in Women with Chronic Pelvic Pain Secondary to Endometriosis. *Rev Bras Ginecol e Obstet* [Internet]. 2020;42(8):486-92. Disponible en: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0040-1713912>

21. Aredo J V., Heyrana KJ, Karp BI, Shah JP, Stratton P. Relating Chronic Pelvic Pain and Endometriosis to Signs of Sensitization and Myofascial Pain and Dysfunction. *Semin Reprod Med* [Internet]. 2017;35(1):88-97. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5585080/>
22. Johnston JL, Reid H, Hunter D. Clinical Intelligence Diagnosing endometriosis in primary care. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2015;65:101-2. Disponible en: <https://bjgp.org/content/65/631/101>