

PRIMERA PÁGINA

Endometriosis en la adolescencia. A propósito de un caso
Endometriosis in adolescence. About a case

Autores:

-Ariadna Daniela Díaz-Rosa. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-3081-3410>. Universidad de Ciencias Médicas de Santi Spíritus. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Faustino Pérez Hernández". Sancti Spíritus. Cuba. Correo: ariadnadiazrosa7@gmail.com

-Pablo Enrique Remedios-Rosa Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4783-0792> Universidad de la Habana, Facultad de Biología, La Habana, Cuba. Correo: pabloremedios00@gmail.com

-Raquel Mayelys Morera-Domínguez Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-5194-4705> Universidad de la Habana, Facultad de Biología, La Habana, Cuba. Correo: raquelmorera07@gmail.com

Tipo de Artículo: Presentación de Caso.

Guía de Comprobación: CARE

Número de palabras del manuscrito: 2702 palabras.

Número de palabras del manuscrito sin resúmenes, títulos o referencias: 2033 palabras.

Este manuscrito no ha sido publicado total o parcialmente, ni está siendo evaluado por otra revista. El autor principal se hace responsable de los contenidos, no existen plagios, conflictos de intereses, ni conflictos éticos, ni fuentes de financiación. El autor está de acuerdo con la realización del proceso de revisión por pares abierta.

Autor para la correspondencia: ariadnadiazrosa7@gmail.com, teléfono: +53 55745484

DOCUMENTO PRINCIPAL

Resumen:

La endometriosis es un trastorno a menudo doloroso y debilitante que se presenta desde la pubertad hasta la premenopausa, es una patología benigna que consiste en la presencia y crecimiento de las glándulas y estroma de la mucosa del útero en una situación aberrante o heterotrópica, la cual afecta más comúnmente los ovarios, las trompas de Falopio y el tejido que recubre la pelvis. La endometriosis puede causar dolor, a veces grave, especialmente en los periodos menstruales, también se pueden presentar problemas de fertilidad.

Palabras claves: endometriosis; adolescencia; dolor; analgésicos; dismenorrea; laparoscopia

Abstract: Endometriosis is an often painful and debilitating disorder that occurs from puberty to premenopause, it is a benign pathology that consists of the presence and growth of the glands and stroma of the uterine mucosa in an aberrant or heterotropic situation. which most commonly affects the ovaries, fallopian tubes, and the tissue lining the pelvis. Endometriosis can cause pain, sometimes severe, especially during menstrual periods, fertility problems can also occur.

Keywords: endometriosis; adolescence; pain; analgesics; dysmenorrhea; laparoscopy

Introducción:

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria estrógeno-dependiente de origen desconocido, caracterizada por la presencia de tejido endometrial y glándulas fuera de la cavidad uterina. La endometriosis se ha relacionado con un riesgo elevado de desarrollar cáncer de ovario y, de hecho, comparte características comunes con la neoplasia, que incluyen actividad hiperproliferativa y crecimiento celular, invasión de tejidos adyacentes, capacidad apoptótica defectuosa, neoangiogénesis e inflamación local sostenida ¹.

Durante muchos años, diferentes autores han planteado que la endometriosis es una afección de la cuarta década de la vida, porque a esa edad la enfermedad ha progresado tanto que sus síntomas son muy marcados y las lesiones se detectan en el examen clínico. Pero realmente comienza desde que se inicia la función menstrual si existe un cuello que no permita con facilidad la salida de la sangre menstrual por el cérvix. Cuando se realizan estudios laparoscópicos por otras causas en edades tempranas y se buscan con cuidado los signos de tempranos de una endometriosis, se hallan estos con relativa frecuencia. ¹ En ese momento puede demostrarse por ultrasonografía la sangre retenida en el útero cuando comienza el dolor premenstrual y las manchas de sangre, acompañado de sangre en la cavidad peritoneal; en estos casos su evolución progresiva, aunque lenta, hace que los focos y los endometriomas sean detectables clínicamente después de 10-15 años de evolución ¹. La mejor forma de lograr buenos resultados en el tratamiento de la endometriosis es diagnosticarla en la mujer joven –quizás en la adolescencia– antes de que aparezcan lesiones avanzadas, sobre todo de los anejos ¹.

Grupos de riesgo

Adolescentes con dismenorrea importante.

Dolor pélvico inexplicable.

Hiperpolimenorrea dolorosa.
Infertilidad sin causa aparente.
Madre con endometriosis.

Se estima que la prevalencia de endometriosis es de 5-10 % en mujeres en edad fértil, la cual afecta a 176 millones de mujeres en edad fértil en el mundo. La incidencia máxima se observa entre los 30 a los 45 años de edad. La prevalencia en mujeres asintomáticas es de 2-50%. Dicha enfermedad cursa con esterilidad en un 30-50 % de los casos, identificándose que el factor que más afecta el potencial reproductivo de las mujeres con endometriosis es la reducción en la reserva ovárica ¹.

En la actualidad ha existido un aumento del número de casos en adolescentes que presentan esta patología, es alarmante el aumento de cuadros graves de la enfermedad en las adolescentes, con manifestaciones endocrinas y gastrointestinales y cuya gravedad es tanto más marcada cuanto más precoz es la aparición de esta sintomatología. También es evidente que la enfermedad comienza en épocas más tempranas de la vida, en caso de niñas premenárquicas ^{1, 2}.

La endometriosis es una enfermedad a la que se le han invocado múltiples causas o factores etiológicos, por lo cual no existe ninguna teoría que la explique completamente, pero se pueden mencionar, al menos, dos detalles importantes ¹:

1. Que aparece en la mujer desde el inicio de su vida reproductiva, aunque generalmente se diagnostica clínicamente en la tercera y cuarta décadas de la vida, pues los cuadros floridos que motivan estudios por este diagnóstico ante el hallazgo de lesiones ostensibles y con síntomas típicos, comienzan casi siempre después de los 30 años.
2. Que la menstruación retrógrada, invocada como posible factor etiológico, es algo realmente frecuente aun en mujeres sin lesión endometriósica alguna. Parece ser que cuando el reflujo es de sangre normal y el sistema inmunológico es fuerte no hay siembra de células que originen focos.

Teorías propuestas para explicar el origen de la endometriosis ¹

- Metaplasia del epitelio celómico (Meyer, 1919).
- Trasplantativa (Sampson, 1921).
- Inducción de mesénquima indiferenciado por sustancias químicas liberadas del endometrio uterino (Merril, 1966).
- Müllerosis, o defecto en el desarrollo: la diferenciación o la migración de los componentes celulares de los conductos de Müller (Redwine, 1988).

La teoría más aceptada hoy es la de Sampson, que postula que pequeños fragmentos de endometrio son trasladados a través de las trompas de Falopio con la sangre menstrual – menstruación retrógrada– y se implantan en la serosa o los órganos de la pelvis; recientemente se ha complementado con el conocimiento del sistema inmunológico, que regula la respuesta del organismo a la presencia ectópica de estos pequeños fragmentos endometriales ^{1, 2}. Además, cada vez se plantea con más fuerza el factor mecánico del cuello uterino, el que al estar estenosado motiva que mayor cantidad de sangre menstrual salga por las trompas hacia el abdomen. Al aumentar excesivamente la cantidad de sangre que pasa al

abdomen, los macrófagos son insuficientes para "devorar" las células endometriales, algunas de las cuales se implantan, continúan su crecimiento y dan origen a focos que al inicio son pequeñas pápulas claras, gradualmente se tornan rojas y después negras ^{1, 2}.

La clasificación de la endometriosis más utilizada en la actualidad continúa siendo la de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (American Society for Reproductive Medicine, 1996) en función de la localización de las lesiones, su diámetro, profundidad y densidad. Clasifica la enfermedad en ^{3, 4}:

- Estadio I Mínima: Implantes aislados y sin adherencias.
- Estadio II Leve: Implantes superficiales menores de 5 cm. Adheridos o diseminados sobre la superficie del peritoneo y ovarios
- Estadio III Moderada: Implantes múltiples superficiales o invasivos. Adherencias alrededor de las trompas o periováricas, que pueden ser evidentes.
- Estadio IV Severa: Implantes múltiples, superficiales y profundos que incluyen grandes endometriomas ováricos. Usualmente se observan adherencias membranosas extensas^{3,4}.

Presentación de caso:

Paciente femenina LMH de 16 años de edad, con antecedentes de salud anterior, Antecedentes Gineco-Obstétricos: Menarquia: 12 años, ciclos menstruales irregulares, flujos abundantes, dismenorrea: si Escala Visual Analógica (Eva) 10/10, gestas 0, abortos: 0, partos: 0, acude a su área de salud más cercana por presentar un dolor abdominal intenso de dos días de evolución, tipo punzante, de predominio en hipogastrio, la paciente refiere que ese dolor se presenta durante los primeros días de su menstruación y que ha estado así alrededor de 2 meses, no se acompaña de ningún otro síntoma y se le alivia relativamente con la administración de analgésicos y antiinflamatorios orales.

Exploración física: Paciente con signos vitales dentro de los parámetros normales, medidas antropométricas adecuadas.

Abdomen: simétrico, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio.

Región genital: se evidencia sangrado escaso, se realiza exploración con espéculo vaginal con evidencia de fondo de saco posterior ligeramente abombado, al tacto bimanual se evidencia dolor a la palpación anexial.

Exámenes de laboratorio

HCGB cuantitativa: Menor 0.1

Biometría hemática normal.

PCR: 8.91 mg/l

Exámenes de imagen

Ecografía Endo vaginal

Útero ante verso, homogéneo y de diámetros normales; el miometrio sin lesiones nodulares y el endometrio con un grosor de 11mm. En cambio, en los ovarios, el derecho presenta dos formaciones quísticas de 11 y 12 mm, mientras que el izquierdo no posee alteraciones.

Impresión Diagnóstica:

Abdomen agudo, Endometriosis

Diagnóstico diferencial:

Adenomiosis: planteable por presentar dismenorrea y sangrado menstrual abundante, descartable por la edad de la paciente al ser una patología que suele aparecer en los últimos años de fertilidad de la mujer.

Cáncer de endometrio: planteable por dolor abdominal intenso, es descartable por la edad de la paciente y por la ausencia de sangrados vaginales frecuentes y prolongados.

Tumor de ovario: planteable por dolor en hipogastrio intenso, descartable por ausencia de sensación de hinchazón y de llenura muy rápida o dificultad para comer.

Diagnóstico definitivo: Endometriosis

Tratamiento: Se realiza laparoscopia operatoria + salpingectomía izquierda + fulguración de focos endometriósicos por: endometriosis severa (grado IV) + hidrosalpinx.

Histopatológico:

Se realizó el diagnóstico definitivo mediante una evaluación histológica de la lesión biopsiada durante la cirugía:

- Segmento de trompa uterina izquierda, que muestra dilatación luminal leve compatible con Hidrosalpinx.
- Formaciones pediculadas en relación con focos endometriósicos.

Paciente con recuperación adecuada, es dada de alta luego de 48 horas del procedimiento en condiciones óptimas, con examen físico dentro de parámetros normales y es citada a control por consulta externa luego de 8 días.

Discusión:

La endometriosis es una patología ginecológica común en las mujeres en edad reproductiva, sin embargo, dado que la mayoría de las mujeres presentan síntomas que son confundidos con otras enfermedades, la endometriosis está ubicada al final de la lista de patologías por diagnosticar ^{5,6}. Al no tener un origen claro o un diagnóstico rápido, la endometriosis puede llegar a detectarse hasta 12 años luego. Los factores asociados con un mayor riesgo de endometriosis incluyen nuliparidad, exposición prolongada a estrógenos, sangrado menstrual abundante, obstrucción del flujo menstrual (anomalías de Muller), exposición a dietilestilbestrol, índice de masa corporal más bajo. La infertilidad, dismenorrea y dispareunia son las principales molestias presentes ^{5,6,7}.

Las manifestaciones clínicas de la endometriosis son variables e impredecibles tanto en su presentación como en su curso:

- Dolor: la endometriosis es una causa común de dolor pélvico, el cual puede ser cíclico, que empeora con la menstruación o crónico, que se caracteriza por un dolor constante que no mejora ni empeora ⁸. Los síntomas de dolor relacionados a la endometriosis son: dismenorrea (dolor cíclico durante la menstruación), dispareunia (coito doloroso), disquecia (defecación dolorosa) y disuria. Estos síntomas afectan de forma importante la calidad de vida de la paciente ^{8,9}.
- Esterilidad: aproximadamente el 25-50% de las mujeres infértiles pueden estar afectadas por la endometriosis, y el 30-50% de las pacientes con endometriosis pueden ser infértiles ^{8,9}. Los mecanismos por los cuales la reproducción se puede ver afectada son múltiples, desde adherencias causadas por endometriosis, las cuales limitan la captación y transporte normal del ovocito a nivel de las Trompas de Falopio, hasta alteración en la implantación y en las células de la granulosa, así como en la calidad ovocitaria, lo cual se traduce como embriones de peor calidad ^{8,9}.

Para detectar que efectivamente se trata de endometriosis y no de otra afección pélvica, el ginecólogo se basa en la historia clínica de la adolescente, en el examen físico y en la ecografía pélvica ^{10, 11,12}. En esta última se puede detectar la presencia de quistes o de cicatrices provocadas por esta enfermedad. Durante la adolescencia, el diagnóstico de endometriosis puede ser difícil, no solo por la variabilidad de los síntomas, sino también por las dificultades técnicas en la visualización de las lesiones a través de la ecografía. En la mujer adulta estas suelen ser bastante más nítidas y sugestivas de la condición ^{11,12}. El fracaso del tratamiento médico del dolor obliga a descartar esta enfermedad, cuyo diagnóstico definitivo exige una biopsia positiva obtenida por laparoscopia. Una vez realizado el diagnóstico de endometriosis se lleva a cabo el tratamiento de esta patología donde el tratamiento quirúrgico incluye la resección de las lesiones, lisis de adherencias y, en la medida de lo posible, la restitución de la anatomía normal ^{11,12}. Después de la resección/vaporización quirúrgica óptima de la endometriosis se puede prescribir tratamiento médico, el cual tiene 2 metas: control del dolor y supresión hormonal de la enfermedad para evitar su avance. En algunos casos son muy eficaces los AINES pero muchas enfermas no responden al tratamiento. Se ha comprobado que el naproxeno sódico es mucho mejor que los placebos para aliviar los síntomas de la dismenorrea en pacientes con endometriosis. Se debe evitar el uso prolongado de narcóticos y en caso de dolor muy intenso está indicado una valoración más detallada y tratamiento adicional. Es importante señalar que la hormonoterapia es supresiva y no curativa ^{11, 12,13}. Este se continuará durante tres a seis meses para permitir la regresión de la enfermedad. Desde hace tiempo se utilizan anticonceptivos orales para ocasionar supresión ovárica en el tratamiento de la endometriosis, se ha reportado que este tratamiento alivia el dolor pélvico en más de un 80% de los casos, aunque en ocasiones de manera transitoria, sin embargo sus efectos secundarios pueden ser cefalea, retención de líquidos, náuseas, aumento de peso, hipertensión y labilidad emocional ^{12, 13,14}. El tratamiento inicial de la endometriosis puede ser farmacológico, sin embargo, debido al cuadro clínico agudo de la paciente no fue posible instaurar un tratamiento inicial por lo que se decidió la exploración quirúrgica inmediata. Lo que sí está claro es que la afectación a la calidad de vida de la paciente era innegable, por lo

que la forma en la que se actuó y el tratamiento establecido permitirán mejorar la calidad de vida de la paciente ^{12, 13,14}.

Bibliografía

1. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba SR. Obstetricia y ginecología. [Internet]. 4a. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/obstetricia-y-ginecologia-cuarta-edicion/>
2. García-Ibañez P, Yepes-Molina L, Ruiz-Alcaraz AJ, et al. Los bioactivos de Brassica podrían mejorar la condición inflamatoria crónica de la endometriosis. *Int J Mol Sci.* 2020 [consultado el 25 de septiembre de 2021]; 21 (24): 9397. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijms21249397>
3. Hirata T, Koga K, Osuga Y. Extra-pelvic endometriosis: A review. *Reprod Med Biol.* 2020;19(4):323–33. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/rmb2.12340>
4. Benson, Pernoll, Manual de Obstetricia y Ginecología, 10ª Edición, Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2003, páginas, 817-829
5. Ulett NM. Actualización en los puntos clave de la endometriosis. *Rev Medica Sinerg.* 2019;4(5):35–43. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/191>
6. Morales Martínez C, Tejuca Somoano S. Abdominal wall endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017;217(6):701–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.07.033>
7. Aznarez DR, Dionisi DH, Etchepareborda DJJ, Fusaro DL, Gonzalez DA, Jofré DM, et al. Actualización de Consenso de Endometriosis Octubre 2019 FASGO. 2019;25. Available from: [http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion de Consenso Endometriosis 2019.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_de_Consenso_Endometriosis_2019.pdf)
8. Rogers PA, Adamson GD, Al-Jefout M, Becker CM, D’Hooghe TM, Dunselman GA, et al. Prioridades de investigación para la endometriosis. *Reprod Sci.* 2017; 24 (2): 202-226. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1933719116654991>
9. Yeung, P. P., Jr., Shwayder, J., & Pasic, R. P. Laparoscopic management of endometriosis: Comprehensive review of best evidence. [Internet] *Journal of Minimally Invasive Gynecology.* 2009; 16(3), 269–281. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553465009001113?via%3Dihub>
10. National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). ¿Cuáles son los tratamientos para la endometriosis? [Consultado el 27 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/endometri/informacion/tratamientos>
11. Derreberry WE, Bonney WA. Pelvic endometriosis in a 15-year-old: Report of case. *Obstet Gynecol* 1966; 27:558.
12. Bullock JL, Massey FM, Gambrell RD. Symptomatic endometriosis in teen-agers: A reappraisal. *Obstet Gynecol* 1974; 43:896.

14. Schifrin BS, Erez S, Moore JP. Teen-age endometriosis. Am J Obstet Gynecol 1973; 116:973.
15. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificaciones. 2015 2017th ed. Barcelona: Elsevier; 2015