

TRATAMIENTO MÉDICO DE LA ENDOMETRIOSIS

Coordinador:

Dr. Luis Augé

La endometriosis, definitiva como la localización heterotópica de tejido endometrial, afecta al 10-12% de las mujeres en edad reproductiva, con un franco incremento en las últimas dos décadas. Permanecen aún muchos aspectos de esta enfermedad aún desconocidos, entre ellos los relacionados a la etiopatogenia e histogénesis de la misma, en la que intervienen múltiples factores tales como los genéticos, inmunológicos, enzimáticos, etc, siendo aún poco claro el rol que juega cada uno de ellos en el comienzo, progresión, diseminación y recidiva de la enfermedad. Esta se manifiesta con trastornos en la fertilidad (subfertilidad), dolor pre o intra menstrual (dismenorrea), dispareunia o dolor pelviano crónico, así también como por la formación de quistes ováricos de contenido hemorrágico (endometriomas). Entre otros de los aspectos en que no hay uniformidad de criterio son el diagnóstico y el tratamiento. Con respecto a este existe una abundante bibliografía no siempre con un nivel de evidencia aceptable, por lo que creemos necesario unificar criterios basados en nuestra experiencia, junto a la experiencia bibliográfica nacional e internacional, para poder consensuar sobre el tema con los medios que contamos en la actualidad.

Manejo de la paciente con endometriosis post tratamiento quirúrgico sin deseos de fertilidad.

Experto:

Dr. Pablo Rebón

INTRODUCCIÓN

El tratamiento quirúrgico laparoscópico o laparotómico es la primera opción terapéutica en el tratamiento de la endometriosis, en todos los estadios de la enfermedad y en todas sus variantes, peritoneal, ovárica y rectovaginal.

El objetivo de la misma es:

1. Restaurar la anatomía pelviana.
2. Eliminar los focos endometriósicos visibles por electrocoagulación, o de preferencia, exéresis.
3. . Eliminar las adherencias pelvianas.
4. Resecar los endometriomas.
5. Disminuir el dolor pelviano.
6. Disminuir la incidencia de recidivas.

Después del tratamiento quirúrgico, cuando la paciente no desea fertilidad inmediata o no desea paridad posterior, consideramos que es de utilidad el uso del tratamiento médico con el objetivo de disminuir el dolor pelviano y las recidivas.

La recidiva o recurrencia de la enfermedad se observa en el 53 % de las pacientes a los 5 años, variando según el estadio, desde 37 % en estadio I a 74 % las de estadio IV. 1 Es por ello que debemos enfatizar que dada la alta frecuencia de la misma, es importante realizar el tratamiento médico a largo plazo posterior al tratamiento quirúrgico como el mejor camino para prevenir potencialmente la progresión de la misma.2.

Recientemente ha sido demostrado que el uso del tratamiento médico con anticonceptivos, no sólo mejora el dolor, sino que disminuye el índice de proliferación celular del tejido endometrial y recupera el nivel de apoptosis del mismo en pacientes con endometriosis.3

Las opciones terapéuticas que podemos ofrecer varían en función de la edad de la paciente, el estadio de la enfermedad, la sintomatología dominante y el tiempo estimado hasta la futura búsqueda del embarazo.

TRATAMIENTO

El tratamiento quirúrgico puede ser conservador o radical.

El **tratamiento conservador** se realiza con criterio de disminución de la cantidad de enfermedad presente (criterio de citoreducción)

En cuanto al método de abordaje, la laparoscopia es el de elección, ya que permite realizar el diagnóstico de certeza de la enfermedad, la extensión y la estadificación de la misma, individualizar localizaciones extra pelvianas, a lo que se suman las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, tanto en la disminución de la morbilidad como en la pronta recuperación de las pacientes.⁴

El éxito de la misma está ligado a la capacitación del cirujano, al equipamiento disponible para su realización y a la severidad de la enfermedad, por lo que en caso de no cumplirse estos requisitos, el abordaje laparotómico es la elección ya que aporta resultados similares pero sin las ventajas del procedimiento anterior.⁵

El tratamiento de las lesiones peritoneales se basa en la ablación y/o coagulación con bipolar o láser, de todas las lesiones endometriósicas, no recomendando la utilización de energía monopolar dada la profundidad de la necrosis de tejidos provocada por su utilización, así como la formación de escaras posteriores. En caso de hallar adherencias debe realizarse la adhesiolisis con tijera o coagulación bipolar.

En caso de quistes endometriósicos (endometrioma) se recomienda la quistectomía con resección de la cápsula del mismo y coagulación con bipolar cuidadosa de las zonas sangrantes del lecho ovárico en contacto con el parénquima del mismo, ya que otorga excelentes resultados y bajo porcentaje de recurrencia de los mismos.

En caso de no poder realizar la total extirpación de su cápsula, debe realizarse la coagulación bipolar de la cara interior de la misma.⁶ Sólo se recomienda el cierre del ovario con puntos, cuando dada la extensión de la cirugía se pierde la estructura del ovario.

En endometriomas menores de 2 cm. la apertura y coagulación del lecho es sugerida por varios autores, dada la dificultad para la extirpación de la cápsula de los mismos.

No consideramos tratamiento del endometrioma pequeño a la punción eco-guiada, solamente utilizada previa a la realización de técnicas de inducción de la ovulación para fertilización asistida.⁷

En caso de endometriosis profunda o del tabique rectovaginal, el tratamiento de elección es la extirpación de la mayor cantidad posible de tejido adenomiótico.⁸

El **tratamiento radical** es sugerido sólo en pacientes con paridad cumplida, mayores de 40 años, sin respuesta al tratamiento quirúrgico conservador y médico posterior, adenomiosis, o asociada a otras patologías (mioma) o con complicaciones severas. Dicho tratamiento puede ser la histerectomía total o subtotal, la anexo-histerectomía o la ooforectomía bilateral.

En la localizaciones extra genitales, pelvianas o abdominales, se debe contar con el auxilio del especialista del o de los órganos afectados.

El **tratamiento médico** o de supresión ovárica posterior al tratamiento quirúrgico lo sugerimos realizar hasta que la paciente manifieste deseos de fertilidad y con criterio de prevención secundaria, dados los efectos beneficiosos de los mismos sobre el tejido endometrial de la paciente con endometriosis, creando además un medio poco propicio para la implantación, crecimiento y diseminación de los focos endometriósicos.

El tratamiento lo podemos realizar con las siguientes drogas:

- Gestágenos: por vía oral y en forma prolongada producen una desdualización y atrofia del

endometrio debido tanto a la acción directa sobre el tejido como a la disminución de la biosíntesis de los estrógenos.

Los más comúnmente usados son: Dienogest, Ligestrol, Acetato de medroxiprogesterona, Acetato de ciproterona, Desogestrel.⁹

- Anticonceptivos orales: son el tratamiento de elección en pacientes jóvenes sin deseo de fertilidad y pueden administrarse en forma continua o cíclica no habiendo diferencia en los resultados con cualquiera de las formas de administración. Pueden utilizarse anticonceptivos de baja dosis o aquellos que contengan sólo gestágenos, debiendo admitir algunos efectos secundarios tales como: ganancia de peso, sangrado irregular, etc. pero en general son bien tolerados.¹⁰

- Análogos del GnRh: éstos pueden ser administrados por vía subcutánea, intranasal o intramuscular de aplicación mensual. Los efectos secundarios son los producidos por el hipogestrogenismo, debiendo en algunos casos realizar tratamiento add-back para poder continuar con los mismos.¹¹

- Dispositivo endouterino con Levonorgestrel: en pacientes con paridad cumplida, con dismenorrea o hipermenorrea, que no deseen concepción. Es aconsejable en endometriosis severa, del tabique rectovaginal o adenomiosis con tratamiento quirúrgico completo o no.^{12.13}

BIBLIOGRAFÍA.

1. Walker KG, Shaw RW, GnRh analogues for the treatment of EDMT. Fertil-Steril 2003;59:51
2. Dmowski WP, et al Changing trends in diagnosis: a comparative study of women with EDMT presenting with pelvic pain or infertility. Fertil-Steril 1999;62:696
3. Meresman GF. Et al. Oral contraceptives suppress cell proliferation and enhance apoptosis of eutopic endometrial tissue from patients with endometriosis. Fertil-Steril 2002;77:1141
4. Vercellini P et al. Conservative surgery for severe endometriosis: should laparotomy be abandoned definitively? Human Reprod 1995;10:2412-8
5. Crosignani PG. et al. Laparoscopy versus laparotomy in conservative surgical treatment for severe endometriosis. Fertil-Steril 1996;66,706.
6. Beretta P. et al. Randomized clinical trial of two laparoscopic treatment endometriomas: cystectomy versus drainage and coagulation. Fertil-Steril 1998;70:1176-80
7. Donnez J. et al. Ovarian endometrial cysts: the role of gonadotropin-releasing hormone agonist and/or drainage. Fertil-Steril 1994;62:63-6
8. Vercellini P. et al. Conservative surgical treatment of retrovaginal septum endometriosis. J Gynecol Surg. 1992;8:177-82
9. Olive D. et al. Treatment of endometriosis: Drug Therapy. The New England Journal of Medicine, 2001;345:266-275
10. Vercellini P et al. Continuous use of an oral contraceptive for endometriosis-associated recurrent dysmenorrhea that not respond to a cyclic pill regimen. CI Ost Ginecol Istituto Luigi Mangiali, Un. de Milano.
11. Murphy AA et al. Unsuspected endometriosis documented by scanning electron microscopy in visually normal peritoneum. Fertil-Steril 1996;46:522.

12. Vercellini P et al. A levonorgestrel-releasing intrauterine device system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: a pilot study. Fertil-Steril 1999.

Fedele L et al. Use of levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. Fertil-Steril 2001.

ENDOMETRIOSIS ASOCIADA A INFERTILIDAD

Experto:

Dr. Carlos Coria

INTRODUCCIÓN

Llamamos **esterilidad o infertilidad** (considerada como sinónimo) a la incapacidad de la mujer para concebir después de un año de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva.

La **fecundidad** es la probabilidad de obtener el embarazo en un ciclo menstrual considerando como índice de fecundidad por ciclo promedio en parejas fértiles (población general) un 25%.

La subfecundidad es el menor índice de fecundidad que el de la población general 1-2. En cuanto a la frecuencia se considera que el 60-70% de las pacientes con endometriosis está asociada a infertilidad mientras que el 30-50% de las pacientes infértiles presenta endometriosis.

DIAGNÓSTICO

Muchos autores consideran que por ser una enfermedad estrógeno dependiente su progresión esta relacionada con los ciclos menstruales y por lo tanto al sospechar la posible existencia de la misma por la aparición de síntomas como la infertilidad, el dolor, trastornos menstruales, y/o quistes ováricos (endometrioma) sería útil lograr el diagnóstico lo más precozmente posible para evitar su progresión 3. Ante la consulta por infertilidad, consideramos necesario realizar la totalidad de los estudios que nos permitan descartar las diferentes causas responsables 4,5,6, que sigue siendo el método de elección en la actualidad 7,8, antes de la búsqueda del diagnóstico de certeza a través de la laparoscopia. Esta nos permitirá además la visualización completa de la pelvis y cavidad abdominal, el tipo de lesión presente (roja o activa – negra o poco activa – blanca o inactiva), el porcentaje de peritoneo ocupada por cada una de ellas, la confirmación anatómo patológica a través de la presencia de glándulas y estroma endometrial y su estadificación según la clasificación de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva del año 1985 y 1997 9,10,11.

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es el quirúrgico conservador, en forma simultánea a la laparoscopia diagnóstica o mediante laparotomía en caso de que aquel no sea posible de realizar 12.

En él se deben extirpar todas las lesiones y/o coagular los focos peritoneales, realizar la liberación de adherencias, efectuar la quistectomía de endometriomas ováricos y restaurar la anatomía alterada 12 y 13.

Solo recomendamos la punción y evacuación de endometrioma en casos previamente operados y antes de procedimiento de fertilización asistida de alta complejidad.

En cuanto al tratamiento de supresión ovárica post operatorio no existe evidencia bibliográfica que demuestre que sea útil en el mejoramiento de los índices de fecundidad por ciclo. Un metanálisis de 25 estudios randomizados controlados realizado por E. Hugs. y

col. mostró beneficios significativos con la cirugía mientras que no mostró mejoría con el tratamiento médico de supresión ovárica posterior 14.

Resultados similares fueron mostrados por varios autores, entre ellos D. Adamson y col. en un metanálisis posterior. Una revisión reciente mostró que no solo no aumenta la tasa de embarazo cuando se lo compara con placebo, sino que posterga la posibilidad de obtención del embarazo espontáneo durante dicha terapéutica .15

En cuanto al **tratamiento médico preoperatorio** no existe bibliografía que avale el uso del mismo previo a la cirugía definitiva en caso de cirugía previa insuficiente sólo podría ser útil por un periodo no mayor de 3 meses. 16.

Como excepción creemos que podría considerarse el uso de tratamiento médico post operatorio en dos circunstancias. La primera en una paciente joven con buena reserva ovárica con extirpación insuficiente de las lesiones y sin deseos de fertilidad inmediata o en aquellas con dolor asociado. La segunda cuando sea resecado tejido endometriósico morfológica y biológicamente muy activo en enfermas menores de 35 años y con buena reserva ovárica, aunque aun en la actualidad no existe bibliografía que avale esta propuesta.

En el **estadio I-II** de la enfermedad, en caso de no haber logrado el embarazo en forma espontánea luego de la cirugía y posterior a una espera de 6 meses, se sugiere realizar hiperestimulación ovárica controlada con clomifeno y/o gonadotrofinas, con o sin inseminación intrauterina, por un periodo no mayor de 3 a 6 meses. En caso de pacientes muy ansiosas por el logro de su embarazo, es válido acortar el tiempo de espera a 3 meses.

En cuanto a los resultados son varios los autores que muestran el mejoramiento de los índices de fecundidad por ciclo con estos tratamientos, logrando elevar el mismo por ciclo al 15% en lugar de un 6% en aquellos pacientes que no realizan el tratamiento 18. En el **estadio III**, con escaso compromiso adherencial tubo ovárico, se puede esperar la concepción espontánea durante 3 a 6 meses en mujeres jóvenes (< de 35 años) sin otro factor asociado y luego de este periodo se sugiere comenzar con estimulación ovárica controlada con clomifeno y/o gonadotrofinas, por un periodo de 3 meses. En caso de no lograr el embarazo se sugiere realizar técnicas de reproducción asistida de alta complejidad (FIV o GIFT) 19. En el estadio **IV**, con intenso compromiso adherencial tubo ovárico se sugiere recurrir a la fertilización asistida de alta complejidad con técnicas de fertilización in vitro. Previo a esto se puede realizar tratamiento con agonistas de GnRh durante 3 meses, en el que según varios autores se obtienen mejores tasas de embarazo que con la terapéutica.

El **second look laparoscópico** queda reservado solo en aquellos estadios avanzados ante la imposibilidad de realizar ciclos de alta complejidad, con la finalidad de realizar la liberación del proceso adherencial presente posterior a la primera cirugía. En alguno de estos casos hay autores que sugieren realizar en caso de permeabilidad tubárica, transferencia intratubaria de gametos.

Algunos autores han propuesto saltar las etapas de baja complejidad y llegar directamente a la fertilización in vitro una vez establecido el diagnóstico de endometriosis, pero creemos que los altos porcentajes de embarazos obtenidos posterior a la cirugía e inducción de ovulación con o sin inseminación sumado a los altos costos de aquellos procedimientos, debe ser tenido en cuenta solo en situaciones especiales, tales como edad avanzada de la paciente, factor masculino asociado, etc. 20.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Speroff L, Glass R, Kase N. Female Infertility ; Clinical Gynecologic Endocrinology & Infertility, 6th Ed. c.1999.
- 2) Duckitt K. Infertility & Subfertility, Clinical Evidence , BMJ. 2001; 5 :1279-1302.
- 3) Laufer MR et al: Adolescent Endometriosis: Diagnosis & Treatment Approaches. J Pediatric Adolesc Gyn 2003;16:S3-S11

- 4) Tummon I.Dumesic D.: 7 Easy Steps to Evaluate Subfertility. OBG Management 2002;14-4;74-86.
- 5) Falcone T.et al.Elusive Diagnostic Test for Endometriosis.Fertil Steril 2003;80;886-98
- 6) Ubalsi F.et al: TV ultrasonography role in detection of pelvic pathologies in the infertility workup:H.Reprod 13:330-333,1998
- 7) Newsletter de la Sociedad Argentina de Endometriosis, Vol. 1 ;Número 1,Octubre 2002, 11-12
- 8) Duckitt K.:Infertility and Subfertility. Clinical Evidence Concise, BMJ 9. June 2003.
- 9) The American Fertility Society: Revised classification of endometriosis : The American Fertility Society 1985
American Society for Reproductive Medicine: Revised ASRM classification of endometriosis.Fertil Steril 1997;67:817
- 10) Guzick D.et al:Prediction of pregnancies in Infertility based on ASRM revised classification of EDT.Ferti-Steril 97;67:822-9
- 11) Laufer MR: Identificación de clear vesicular lesions of atypical endometriosis: A new technique. Fertil Steril 1997;68:739
- 12) Marcoux S & the Canadian Collaborative Group of Endometriosis: Laparoscopic Surgery in Infertile Women with Minimal or Mild Endometriosis. N Engl J Med 337:217-222,1997
- 13) Farquhar C.:Endometriosis.Clinical Evidence Concise,BMJ 9,June 2003:380-385.
- 14) Hughes EG et al: A quantitative overview of controlled trials in endometriosis-associated infertility.Fertil Steril 93;59:963
- 15) Olive DL: Endometriosis: does surgery make a difference? OBG Management,July 2002;56-70
- 16) Adamson GD; 1a.Jornada Internacional de Endometriosis;Sociedad Argentina de Endometriosis;7-8/11/2002;Buenos Aires
- 17) Adamson GD et al:Endoscopic Management of Gynecologic Disease;Philadelphia,Lippincot-Raven Publ.1995:147-187
- 18) Mishell D. Minimal & Mild Endometriosis ,Editorial comments, Year Book of OB-GYN-Women's Health;1999:336-339
- 19) Schenken R.: 2a.Jornada Internacional de Endometriosis.Sociedad Argentina de Endometriosis;25/9/2003.Buenos Aires
- 20) Consenso sobre Endometriosis e Infertilidad, Sociedad Argentina de Endometriosis.Reunion Cientifica:1 de abril 2003.Bs.As.

Endometriosis asociada al dolor

Experto:

Dr. Felipe Jofré

INTRODUCCIÓN

Entendemos por **dolor asociado a endometriosis** a aquel dolor pelviano crónico de más de

6 meses de evolución, localizado en la pelvis, que genera sufrimiento físico y psíquico y que por consiguiente altera la calidad de vida de la mujer que lo padece.

Entendemos por **dismenorrea** a aquel dolor durante el ciclo menstrual que se prolonga por más de 6 meses, localizado en la pelvis que se puede propagar a la raíz de los miembros inferiores y/o a la región sacra.

Entendemos por **dispareunia** al dolor presente durante las relaciones sexuales, generalmente profundo y que se pone de manifiesto en un alto porcentaje de las mismas.

Es importante hacer la aclaración entre molestia y dolor; el primero es totalmente fisiológico, y si bien es percibido por la portadora, no le impide desarrollar su actividad diaria, el dolor por el contrario obliga a suspender la actividad, tomar alguna medicación y en muchos casos guardar reposo.

En cuanto a la magnitud de este problema, vemos que el 10 al 15% de las consultas a ginecólogos y médicos generales son debidas al dolor por endometriosis, el 25 a 35 % de las indicaciones de laparoscopia, son generadas por dolor asociado a endometriosis y el 10 al 15% de las indicaciones de histerectomía en EE UU, son debidas al dolor por endometriosis 1

En Argentina una encuesta realizada en 2002 sobre el tema arrojó los siguientes resultados:

- El 81% de las mujeres tienen algún dolor durante la menstruación
- El 37% presenta en dolor invalidante en alguna oportunidad
- El 79% de las mujeres cree que el dolor menstrual es normal
- El 33% de las mujeres presentan síntomas neurovegetativos (nauseas, vómitos, hipotensión, etc.) asociados a la dismenorrea y el 27% cree que esto es normal.
- Sólo el 36% de las mujeres con dismenorrea consultó con su médico.
- Los médicos (65%) contestaron a las pacientes que el dolor es normal y sólo el 10% pensó en endometriosis 2,3,4

Basándonos en algunos de los resultados antedichos, durante el año 2003, con la participación y experiencia de los profesionales miembros de la Sociedad Argentina de Endometriosis, se trabajó sobre el tema del dolor pelviano asociado a endometriosis.

DIAGNOSTICO

En primer lugar, es muy importante descartar las posibles etiologías extra-ginecológicas del dolor, tales como: causas urológicas, gastrointestinales, músculo esqueléticas, psicológicas, etc. ya que el dolor pelviano crónico, la dismenorrea y la dispareunia frecuentemente ocurren secundario a condiciones no ginecológicas, que deben ser consideradas en la evaluación de la mujer afectada.

Sólo el 10 % de los ginecólogos en nuestro medio pensamos en la endometriosis ante la consulta del dolor, por lo que en muchos casos demoramos, al igual que en otras partes del mundo entre 5 a 7 años en diagnosticarla 4

Comenzamos la evaluación de la paciente, en forma general, para luego analizar cada tipo de dolor en particular de la siguiente manera:

- Interrogatorio exhaustivo de la duración y tipo de dolor por el que consulta
- Examen completo de la pelvis y del tabique rectovaginal
- Evaluación mediante ultrasonido, TAC y RNM en casos con sospecha de extensión de enfermedad
- Diagnóstico final debe ser por laparoscopia o eventualmente laparotomía.

El laparoscópico es de elección dado que nos permite el diagnóstico de certeza, su estadificación, localización, extensión y la presencia de quistes endometriósicos, eliminando el error diagnóstico y permitiéndonos contar con un diagnóstico histopatológico de la

presencia de glándulas y estroma endometrial, así como tipo de lesión, si bien hay poca correlación entre ésta, la severidad de la enfermedad y la magnitud del dolor.

TRATAMIENTO

Para el abordaje terapéutico del dolor asociado a la endometriosis es muy importante considerar aspectos tales como:

- Conocimiento de la enfermedad por parte de la paciente y familiares
- Actividad física
- Yoga
- Meditación
- Grupos ayuda
- Ayuda Psicológica

Todos los cuales le van a permitir una mejor convivencia con el mismo.

Consideramos de utilidad un **algoritmo** en el manejo de la mujer con dolor comenzando el tratamiento de la paciente con antiinflamatorios no esteroides (AINES), en caso que respondan adecuadamente, se continúa con los mismos y si fracasan se intenta realizar al menos 3 ciclos con anticonceptivos orales (A.C.O.) con los que se continúan si mejora, pero si pese a ello la paciente tiene persistencia del dolor, se evalúa la posibilidad de realizar una laparoscopia diagnóstica y eventualmente terapéutica teniendo en cuenta que en el 50% encontraremos endometriosis 8y9

El **tratamiento quirúrgico** es el de elección y la primera alternativa, la que siempre se debe realizar con criterio de cito reducción, exéresis y/o coagulación de los focos endometriósicos, quistectomía y adhesiolisis, siendo en las mujeres de edad reproductiva el criterio conservador el que debe prevalecer.

Para la mujer en la cual la recidiva de la endometriosis es sospechada como causa de recurrencia del dolor, la re-confirmación laparoscópica parecería ser innecesaria, cuando no exista otra indicación para la cirugía como sería la presencia de una masa anexial sospechosa

No debemos olvidar otras posibilidades quirúrgicas como la ablación de los ligamentos útero-sacros (LUNA) o la neurectomía presacra, que de acuerdo a distintas publicaciones no han demostrado gran utilidad en el tratamiento del dolor asociado a endometriosis 5,6,7 Cuando la cirugía es la indicación, el abordaje laparoscópico ofrece resultados comparables a la laparotomía pero con menor morbilidad.

El **tratamiento médico** denominado en la actualidad de supresión ovárica es sugerido como medicación adyuvante post-operatoria avalado por una amplia evidencia bibliográfica, ya que permite romper el ciclo del dolor tal como el dolor referido, los espasmos musculares y el dolor psicofisiológico por la internalización del stress generado por el mismo. 6,11,13,14,15,16 y 17

Este tratamiento se puede iniciar con análogos del Gn Rh, el que se prolongaría por un tiempo no mayor a 3 meses o bien otras posibilidades terapéuticas de acción similar a los mismos, tales como gestágenos, (Linestrenol, Noretisterona, , Medroxiprogesterona y Ciproterona, Dienogest, desogestrel¹⁰, o anticonceptivos orales combinados¹².

El danazol podría utilizarse en mujeres con factores de riesgo para pérdida de masa ósea y en dosis bajas para evitar así sus efectos secundarios La terapia add-back es útil en pacientes que deban recibir por más de 3 meses tratamiento con análogos, para evitar el riesgo de pérdida de masa ósea, pudiendo utilizar el esquema add-back con estrógenos y progesterona en baja dosis o tibolona.

Como opcionales y con menor experiencia hasta la actualidad, se pueden considerar los anillos vaginales de danazol o DIU con levonorgestrel.

En mujeres con endometriosis mínima y leve, el 65% mantienen una mejoría a los 5 años, mientras que en mujeres con endometriosis moderada o severa, sólo el 33% tienen una

mejoría a los 5 años mientras que en el resto sólo se prolonga la mejoría entre 6 a 12 meses posteriores a la finalización del tratamiento.¹⁷

En las mujeres con endometriosis recurrente es muy importante considerar su calidad de vida y es por ello que en muchos casos hay que explicarles que no se puede eliminar totalmente el dolor y que sólo podemos tratar de colaborar con una mejor calidad de vida,

BIBLIOGRAFÍA

1. Mathias & col. Incidence of Endometriosis. *Obstetrics and Gynaecology* May 1996
2. Jofré F y Alkolombre P., Encuesta sobre nivel de información sobre endometriosis en la Población General, Endometriosis Group Argentina, Jornadas SOGIBA, 2004
3. Arruda MS, Petta CA, Abrao MS, Benetti-Pinto CL, Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women, *Hum Reprod* 2003 Apr;18(4):756-9
4. Endometriosis Association Survey 1980-1986 y 1998
5. Grazia Porpora & Victor Gomel, The role of laparoscopy in the management of pelvic pain in women of reproductive age. *Fertil and Steril* Vol. 68, Nº 5. November 1997.
6. Gambone JC, Mittman BS, Munro MG, Scialli AR, Winkel CA. Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: proceedings of an expert-panel consensus process. Chronic Pelvic Pain/Endometriosis Working Group. *Fertil Steril* 2002 Nov;78(5):961-72
7. Vercellini P, et al. Surgical Management of Endometriosis, *Baillieres best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000 Jun;14 (3) : 501-23 University of Milan, Italy
8. Goldstein J. Endometriosis in Adolescent, Boston Children's Hospital Medical Center *J Adolesc Health Care*, 1980 Sep, 1:1,37-41
9. Propst AM., Laufer MR.; Endometriosis in Adolescents Incidence, Diagnosis and treatment Department of Surgery, Children's Hospital; Boston, USA; *J. Reprod. Med.* 1999, Sep; 44 (9):751
10. Cosson M et al. Dienogest vs. Triptorelina en el tratamiento de la endometriosis *Fertil-Steril* 2002; 77:648
11. Prentice A. et al Progestagens and anti-progestagens for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2000 Dep. of Obst. and Gynaecol., Univ. Cambridge, U.K.
12. Vercellini P. et al. Continuous use of an oral contraceptive for endometriosis-associated recurrent dysmenorrhea that does not respond to a cyclic pill regimen *Fertil-Steril* 2003, 80:560
13. C. Moore. Safety and efficacy profile of high dose treatment of endometriosis with 20mg Dienogest per day Germany, 7th World Congress Endometriosis; London may 2000
14. K. Kawada Long term two-step GnRHa treatment for patients with endometriosis Japan, 7th World Congress Endometriosis; London may 2000
15. Parazzini F., Estroprogestin vs. gonadotrophin agonists plus estroprogestin in the treatment of endometriosis-related pelvic pain: a randomized trial. Gruppo Italiano per lo Studio dell'Endometriosi. Università di Milano, Milan, Italy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000 Jan;88(1):11-4
16. Eric S. Surrey the Add-Back Consensus Working Group Add-back therapy and gonadotropin-releasing hormone agonists in the treatment of patients with endometriosis: can

a consensus be reached? Department of Obstetrics and Gynecology, University of California, Los Angeles School of Medicine, Los Angeles, California, USA *Fertility & Sterility* Volume 71 Issue 3 (March 1999) Pages 420-424

17. Hornstein MD, et al Nafarelin vs Placebo After Surgery for Endometriosis *Fertil Steril* 68:860, 1997