

Jesús Pacheco Moreno

**ENDOMETRIOSIS URETERAL: REPORTE DE CASO
Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por la Dra. Miriam De la Flor López

Grado de Medicina



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

**Tarragona
2021**

INDICE

Introducción.....	3
Objetivos.....	3
Palabras clave	3
Material y métodos.....	3
Presentación del caso	4
Revisión de la literatura.....	7
Prevalencia	7
Forma de presentación.....	8
Factores de riesgo, comorbilidades y factores protectores	8
Patogenia y posibles orígenes.....	9
Diagnóstico	11
Tratamiento.....	12
Embarazo y endometriosis	13
Endometriosis del tracto urinario	13
Discusión	14
Impacto social de la endometriosis.....	15
Conclusión.....	16
Bibliografía.....	16

Introducción

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Las lesiones suelen presentarse en la pelvis, pero lo pueden hacer en muchas otras localidades incluyendo el diafragma, intestino, uréteres e incluso cavidad pleural ⁽¹⁾ y se puede asociar a infertilidad, dismenorrea, dispareunia, menorragia y dolor pélvico crónico. Se desconoce la prevalencia de endometriosis en España⁽²⁾, pero a nivel mundial se estima que afecta en torno al 10% de las mujeres en edad fértil⁽³⁾. La endometriosis se puede clasificar en endometriosis peritoneal o superficial, ovárica y profunda. La endometriosis profunda se caracteriza por penetrar más de 5 mm el peritoneo, incluyendo el espacio rectovaginal, los ligamentos uterosacros y los órganos adyacentes como el intestino grueso o la vejiga⁽³⁾. Dentro de esta clasificación, la endometriosis del tracto urinario se refiere a los implantes localizados en vejiga, uréter, riñón y uretra, entre las cuales la vejiga y el uréter son las localizaciones más frecuentes⁽⁴⁾. En este trabajo se reporta un caso de endometriosis profunda con afectación ureteral que requirió la necesidad de dos intervenciones quirúrgicas incluyendo una nefrectomía por la grave afectación renal que implicó el implante ureteral.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es realizar, a través de este caso clínico, una revisión bibliográfica actualizada de las manifestaciones clínicas y del abordaje diagnóstico y terapéutico de la endometriosis.

Asimismo, analizar los problemas a los que se enfrentan las pacientes con endometriosis por el impacto psicosocial de la enfermedad y las dificultades organizativas de los sistemas rígidos y compartimentados sanitarios que pueden dificultar un manejo multidisciplinar de los casos.

Palabras clave

Endometriosis, endometriosis ureteral, endometriosis profunda, ciclo menstrual.

Material y métodos

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda en la base de datos de PubMed de artículos con fecha de publicación igual o posterior al año 2017 con las siguientes keywords: “Endometriosis” AND “Complications”. “Ureteral” OR “Ureter” AND “Endometriosis”. “Deep Infiltrating endometriosis”.

También se han revisado documentos de síntesis sobre la Endometriosis en el programa UpToDate, el documento “Estudio para conocer la prevalencia, morbilidad atendida y carga que supone la endometriosis para el Sistema Nacional de Salud” para valorar la situación actual de la endometriosis en el territorio nacional y la reciente Guía de endometriosis de la *European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)*, actualizada en 2022.

Para la descripción del caso clínico se accedió mediante previo consentimiento de la paciente al historial ginecológico y obstétrico completo del centro donde se realizó el diagnóstico, tratamiento y posterior seguimiento.

Finalmente, para analizar los problemas que sobrellevan las mujeres con endometriosis se contactó con Lorena Martínez, presidenta de la Asociación de Afectadas de Endometriosis de Cataluña (EndoCat), con la Asociación Estatal de Afectadas de Endometriosis (ADAEC) y la Federación Española de Afectadas de Endometriosis (ENDOSPAIN) para informar sobre el papel de las asociaciones en la mejora de las condiciones médicas y laborales de las mujeres con endometriosis, así como el papel que desarrollan en las redes sociales para difundir información sobre este trastorno y dar soporte a las mujeres que lo padecen.

Presentación del caso

Se presenta una paciente de 37 años que acudió a su ginecólogo en 2014 con una historia de dismenorrea severa de 4 años de evolución que fue empeorando progresivamente hasta ser incapacitante asociando disquecia, dispareunia y dificultades para la micción coincidiendo con la regla. En las revisiones ginecológicas anuales hasta el momento tanto la exploración física, citológica como la ecográfica habían resultado normales.

Como antecedentes presentó un episodio de dolor agudo en fosa ilíaca derecha orientado como apendicitis aguda, catalogado como hiperplasia folicular linfoide en el informe de anatomía patológica; y un cólico renal izquierdo en abril de 2014 auto limitado coincidiendo con la menstruación. No presentaba historial familiar de endometriosis.

La exploración vaginal indicaba un nódulo anterior de 3-4 cm. La ecografía transvaginal mostró una imagen nodular-quística en fundus anterior uterino compatible bien con adenomioma o con mioma necrosado (Figura 1), así como un foco endometriósico periovárico izquierdo de 13 mm (Figura 2).

La RM pélvica demostró una imagen compatible con mioma subseroso con degeneración quística y un foco de endometriosis profunda a nivel del ligamento útero-sacro izquierdo que afectaba fondo vaginal, ovario izquierdo y pared anterior de recto.

Con estos hallazgos se orienta a una posible endometriosis profunda por lo que se decide intervención quirúrgica.

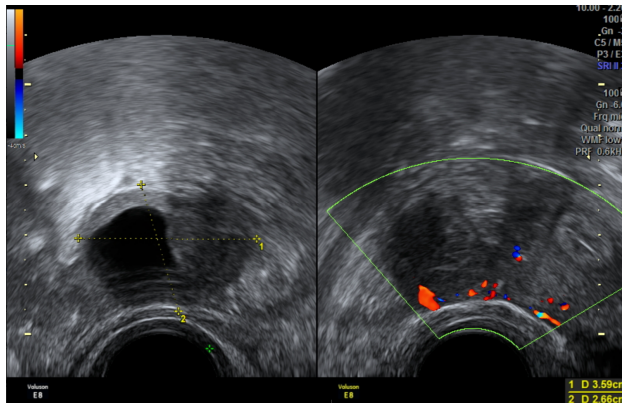


Figura 1. Nódulo solido-quístico de 3.59x2.66 cm con captación doppler periférica

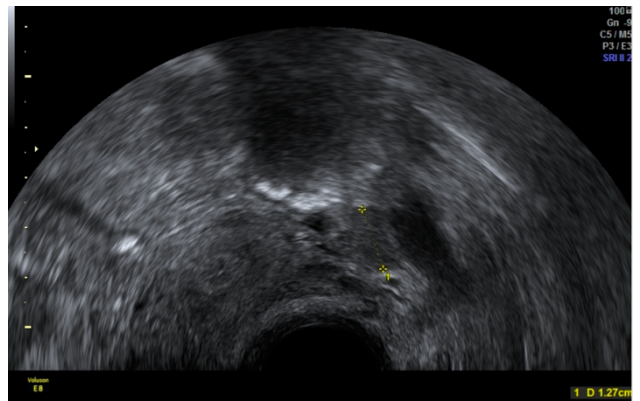


Figura 2. Foco endometriósico paraanexial Izquierdo de 1.27 cm

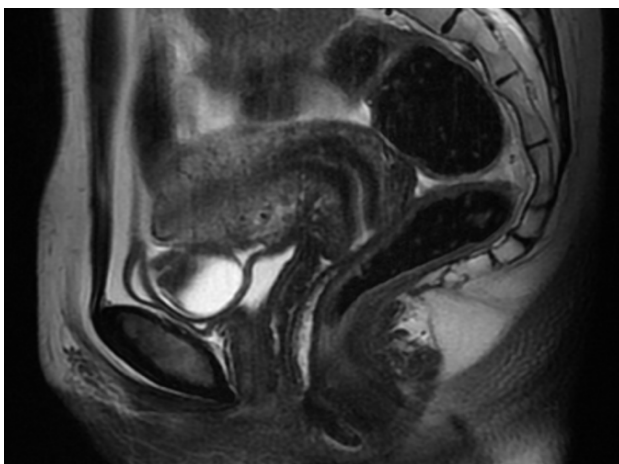


Figura 3. RMN pélvica Sagital potenciada en T2. Nódulo solido-quístico compatible con mioma con degeneración quística. Foco de endometriosis profunda.



Figura 4. RMN pélvica transversal potenciada en T2. Nódulo solido-quístico compatible con mioma con degeneración quística.

El 12/12/2014 se realiza la intervención quirúrgica vía laparoscópica donde se visualiza útero de aspecto normal con mioma pediculado en cara anterior de 4 cm. Se observa conglomerado endometriósico que engloba recto, uterosacro y uréteres izquierdos. Siendo los ovarios y trompas de aspecto normal. Se realiza miomectomía y exéresis de implante endometriósico. Se objetiva dilatación del uréter izquierdo sin peristalsis por lo que se decide interrumpir la cirugía para estudio de la función renal.

El informe patológico confirma el diagnóstico de endometriosis y de leiomioma.

Para el estudio de la función renal se realizaron una tomografía computarizada abdominal y un renograma MAG-3. El renograma mostró signos de afectación parenquimatosa de riñón izquierdo (21% de captación relativa), con una dinámica funcional enlentecida y con un patrón acumulativo. Y el Uro-TC una ureterohidronefrosis izquierda en grado moderado-severo, con retraso funcional, visualizándose la dilatación hasta la región parauterina izquierda, sin observarse litiasis.

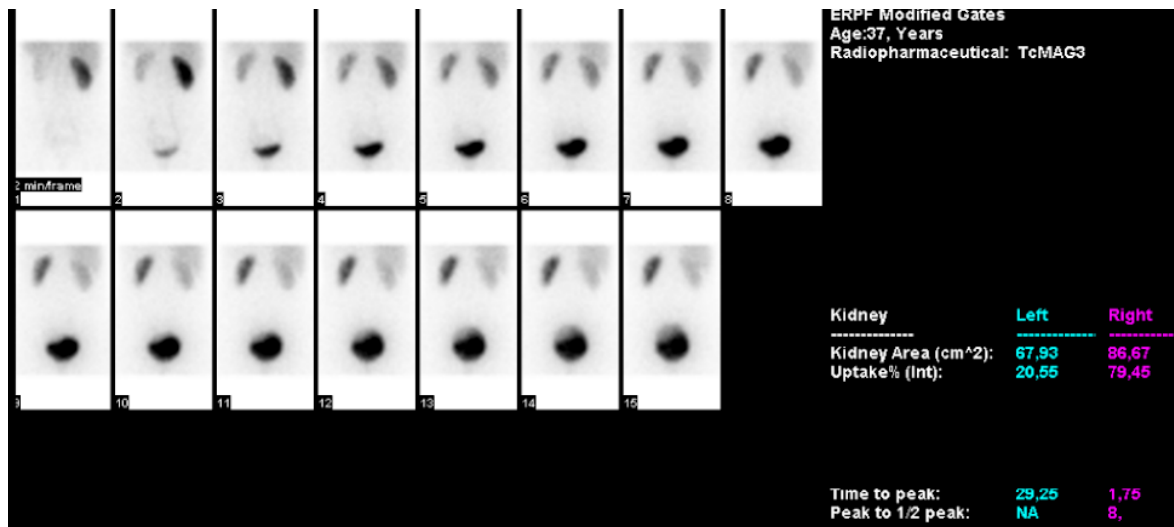


Figura 6. Renograma MAG3. Riñón Izquierdo con captación relativa del 21%, con una dinámica funcional enlentecida y con un patrón acumulativo.



Figura 7. Uro-TC con contraste. Ureterohidronefrosis izquierda moderada-grave, con retraso funcional y dilatación ureteral hasta región parauterina izquierda sin evidenciarse litiasis.

El 19/01/2015 se realiza la segunda intervención quirúrgica donde se observa un conglomerado endometriósico que engloba recto, uterosacro izquierdo y uréter izquierdo. Se realiza nefrectomía izquierda, extracción en bloque de nódulo endometriósico que engloba parametrio y uréter seccionado, resección de nódulo endometriósico vaginal izquierdo y resección discoide rectal por afectación endometriósica.

A los 5 meses de la cirugía la paciente logra embarazo espontáneo (FUR: 02/05/2015). Destacó un crecimiento uterino retardado (percentil estimado <1), por lo que se decidió inducción del parto a las 37 semanas de gestación, realizándose cesárea el 14/01/2016 por sospecha de pérdida del bienestar fetal, que cursó sin incidencias (APGAR 9/10).

A nivel urológico, en las visitas de control durante el puerperio, la paciente refería incontinencia urinaria de esfuerzo y dificultad para el vaciado de la vejiga por lo que se realizó estudio urodinámico demostrando hipocontractilidad del detrusor con residuo postmiccional significativo y se cataloga como posible vejiga neurógena.

A nivel ginecológico, la evolución de la paciente fue correcta hasta enero de 2019 donde refería clínica de pérdidas intermenstruales y un episodio aislado de metrorragia de 2 semanas de evolución que se autolimitó. Se realiza RMN pélvica que demuestra signos de adenomiosis y endometriosis profunda entre ovario izquierdo, ligamento útero-sacro y fondo de saco vaginal, evidenciando recidiva radiológica de la enfermedad. Se decide colocación de DIU de levonogestrel con buen control de la menorragia que expulsa espontáneamente a los 6 meses.

Posteriormente se consigue un buen control menstrual con tratamiento anticonceptivo oral, hasta octubre del 2021 que abandona el tratamiento por decisión propia. Desde entonces y actualmente con 44 años, presenta clínica compatible con premenopausia con irregularidades menstruales con amenorrea intermitente cada dos meses sin otra clínica asociada. Las nuevas ecografías transvaginales no muestran evidencias de endometriosis.

Revisión de la literatura

La endometriosis es una patología que afecta mujeres en edad fértil que se define por el crecimiento endometrial fuera de la cavidad uterina⁽¹⁾. A pesar de ser una entidad benigna, debido a la inflamación causada por el tejido endometrial ectópico, puede producir dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico crónico e infertilidad⁽¹⁾. Además, actualmente se considera una entidad de naturaleza multisistémica, con una compleja sintomatología y fisiopatología⁽³⁾.

La localización más frecuente de la endometriosis es la ovárica en forma de los llamados **endometriomas** que se caracterizan por ser quistes con contenido hemático provocado por el sangrado del tejido endometrial ectópico, dándole una apariencia similar al chocolate. A diferencia de otros tipos de quistes ováricos, típicamente presentan una pared fibrótica y pueden generar adherencias⁽¹⁾.

Prevalencia

Se estima que la prevalencia de la endometriosis a nivel mundial afecta alrededor del 10% de las mujeres en edad fértil, es decir, aproximadamente 190 millones de mujeres⁽³⁾ y al 70% de las mujeres con dolor pélvico crónico⁽⁵⁾. En España la prevalencia se desconoce debido a la falta de estudios al respecto con datos de mujeres españolas⁽²⁾. Desafortunadamente la prevalencia real se desconoce ya que su diagnóstico definitivo requiere la visualización quirúrgica directa⁽³⁾, lo que puede influir, junto con la complejidad clínica, en la variabilidad de las estimaciones de impacto de la endometriosis en los diferentes estudios⁽²⁾.

Forma de presentación

Su presentación es muy variable. Puede ir desde la presencia de lesiones superficiales a nivel del peritoneo, quistes ováricos (endometriomas), nódulos con infiltración peritoneal mayor de 5 mm (endometriosis profunda), fibrosis y adherencias, hasta la presencia de lesiones fuera de la pelvis.^(1,3) Según la *Asociación Americana de Medicina Reproductiva* (rASRM por sus siglas en inglés), se diferencian 4 estadios en función de la localización, diámetro, profundidad de las lesiones y densidad de las adherencias: estadio I o mínima; estadio II o leve; estadio III o moderada y estadio IV o severa. Sin embargo, el estadio no se correlaciona con la respuesta al tratamiento, el pronóstico o la clínica, ya que se han reportado casos de endometriosis severa asintomáticos, así como casos en estadio I muy sintomáticos con afectación de la fertilidad de la mujer.⁽¹⁾

En cuanto a la clínica, el principal síntoma es el dolor pélvico. Que se presenta frecuentemente como dismenorrea severa (75%) que suele ser progresiva y bilateral; dolor pélvico crónico no cíclico (70%); dispareunia (44%) sobre todo en casos de endometriosis profunda; disquecia si hay afectación intestinal y disuria. Las dos últimas se asocian frecuentemente a hematoquecia. Este dolor puede tener un origen tanto inflamatorio como neuropático,⁽⁶⁾ lo que podría explicar la falta de respuesta al tratamiento convencional en algunos casos.⁽³⁾

También es frecuente la presencia de trastornos menstruales, como periodos abundantes e irregulares y manchado premenstrual.⁽¹⁾ A nivel psicológico, hasta el 60% de las pacientes desarrollan depresión, ansiedad y trastorno sexual hipoactivo.^(5,7)

Aproximadamente el 50% de las pacientes con endometriosis presentaran recurrencia de los síntomas en un periodo de 5 años, independientemente del tratamiento.⁽³⁾

Factores de riesgo, comorbilidades y factores protectores

Los factores asociados con un mayor riesgo de la enfermedad son la exposición al dietilestilbestrol¹ durante la vida intrauterina, haber presentado un bajo peso al nacer, la exposición prolongada a estrógenos endógenos producida en situaciones de menarquia temprana (antes de los 11-13 años), menopausia tardía y la baja o nuliparidad⁽¹⁾ y el retraso en la edad en lograr el primer embarazo.⁽⁷⁾ También se han relacionado los ciclos menstruales cortos (≤ 27 días), sangrado menstrual abundante, la obstrucción del flujo menstrual (por ejemplo, por anomalías müllerianas), una altura mayor a 172 cm⁽¹⁾, un

¹ **Dietilestilbestrol**: estrógeno sintético utilizado en embarazadas entre los años 1940 y 1977 para prevenir abortos, partos prematuros y otras complicaciones. Fue retirado por haberse asociado a efectos teratogénicos y carcinogénicos. Fuente: Food and Drug Administration: Certain estrogens for oral use. Notice of withdrawal of approval of new drug applications. Fed Regist 40: 5384, 1975

índice de masa corporal bajo y una baja relación cintura-cadera.^(1,3) Por último, se ha relacionado la exposición al abuso físico y/o sexual severo durante la niñez o adolescencia y el alto consumo de grasas trans.⁽¹⁾

En cuanto a las comorbilidades, se estima que entre un 30% al 50% de las pacientes con endometriosis presentan infertilidad, lo que representa el doble de riesgo en comparación con las mujeres sin dicha patología⁽³⁾. Otra comorbilidad importante asociada es el aumento en el riesgo de padecer cáncer. En especial se han relacionado el carcinoma de células claras ovárico y el cáncer de ovario endometriode⁽⁷⁾, aunque el riesgo parece ser bajo⁽¹⁾. También se ha visto, aunque con menor evidencia, un mayor riesgo de cáncer de endometrio, tiroides, melanoma y linfoma no Hodgkin⁽³⁾.

Los factores asociados con un menor riesgo de la enfermedad son la multiparidad, los intervalos prolongados de lactancia materna, la menarquia tardía (después de los 14 años). Un mayor consumo de frutas, verduras y ácidos grasos omega-3 de cadena larga, también se han asociado con una disminución del riesgo, aunque la evidencia es menor⁽¹⁾. A nivel demográfico se ha visto que la endometriosis es más prevalente en aquellas mujeres de origen asiático y caucásico.^(1,7)

Patogenia y posibles orígenes

La endometriosis ocurre cuando células endometriales ectópicas se implantan, crecen y generan una respuesta inflamatoria en el nuevo tejido⁽¹⁾.

La patogenia de la endometriosis parece ser multifactorial, asociando a la presencia de este tejido endometrial ectópico un desequilibrio entre la apoptosis y la proliferación celular, una desregulación en la inmunidad local y la señalización endocrina. También se ha visto que puede presentar cierto componente genético⁽⁵⁾.

Existen múltiples teorías sobre la etiología de la endometriosis, pero aún no existe un mecanismo claro y consistente. Los posibles orígenes de las lesiones endometriósicas localizadas en la pelvis, incluyen el trasplante de tejido endometrial a través de la menstruación retrógrada y la metaplasia celómica in situ del endometrio peritoneal. En el caso de enfermedad extrapélvica, es probable que ocurran metástasis vasculares o linfáticas en raras ocasiones⁽¹⁾.

Las lesiones endometriósicas superficiales y profundas se establecen y mantienen a través de complejos mecanismos moleculares que promueven la adhesión y proliferación celular, la esteroidogénesis sistémica y local, la respuesta inflamatoria local y la desregulación inmunitaria y la correcta vascularización e inervación local⁽⁸⁾.

De acuerdo con la teoría más utilizada para explicar la presencia de implantes peritoneales (teoría de la menstruación retrógrada de Sampson), durante la menstruación las células del endometrio viajan retrógradamente a través de la trompa de Falopio y alcanzan la cavidad peritoneal, donde se pueden implantar en la serosa o a nivel ovárico, formando los quistes conocidos como endometriomas⁽¹⁾. Se han realizado estudios con ratones en los que la implantación artificial de tejido endometrial a este nivel es capaz de provocar una endometriosis⁽⁸⁾. Sin embargo, la menstruación retrógrada ocurre en la gran mayoría de mujeres y solo el 10% de ellas desarrolla endometriosis y este modelo tampoco explicaría la existencia de los casos que se producen fuera del ciclo menstrual y la endometriosis localizada fuera de la pelvis⁽⁸⁾.

Recientemente, para explicar por qué no se desarrolla endometriosis en todos los casos de menstruación retrógrada, se han estudiado las características celulares de los implantes endometriales⁽⁸⁾. La presencia de células madre endometriales y células progenitoras en el tejido endometrial ectópico, podría desempeñar un papel en el desarrollo de estas lesiones⁽³⁾. Por otro lado, las células estromales del tejido ectópico poseen una capacidad adhesiva gracias a la presencia de alteraciones en los perfiles de sus integrinas y a la respuesta inflamatoria local que favorece dicha adhesión⁽³⁾. Además, se han visto múltiples cambios moleculares en estas células que podrían tener algún rol en la patogénesis de la endometriosis, por ejemplo, se cree que el aumento de la expresión de la aromatasa y la proteína reguladora de la esteroidogénesis aguda, así como la menor expresión de la 17 β -hidroxiesteroide deshidrogenasa-2 en las lesiones endometriales podría favorecer la proliferación de los implantes⁽³⁾.

También se cree que puede haber un componente epigenético, ya que se han evidenciado cambios en la metilación de múltiples genes en las células estromales del tejido endometrial ectópico⁽⁸⁾.

Otros potenciales orígenes de la endometriosis ectópica podrían ser las células mesoteliales, células madre, restos müllerianos, células madre de la médula ósea, vestigios embrionarios y la denominada metaplasia celómica (teoría de Rober Meyer), que no es más que la transformación del mesotelio peritoneal, en tejido endometrial⁽¹⁾. En esta teoría, se cree que los focos metaplásicos son derivados del tejido embrionario, ya que tanto las células peritoneales como las endometriales provienen de un mismo origen embrionario⁽⁸⁾. Por otro lado, esta teoría podría explicar la presencia de focos endometrioides a nivel de la pleura y del tracto urinario. La endometriosis ovárica se explicaría por la introducción de mesotelio en la corteza ovárica, proveniente de una evolución del folículo primordial⁽⁸⁾.

El sangrado uterino neonatal, que contiene células madre endometriales, podría explicar la excepcional endometriosis premenárquica⁽³⁾.

Diagnóstico

El diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio histológico de los implantes endometriales. Algunos expertos, consideran que la visualización directa de las lesiones mediante cirugía es suficiente para realizar el diagnóstico, pero depende de la experiencia del cirujano, por lo que su valor es limitado⁽⁵⁾. Lamentablemente, el diagnóstico se suele retrasar de 7 a 12 años desde el inicio de los síntomas debido a la inespecificidad y superposición de los síntomas con otras patologías, especialmente de origen ginecológico y digestivo, así como la ausencia de algoritmos diagnósticos basados en la clínica por su bajo valor predictivo^(1,3,5). Por otro lado, la cirugía se reserva para los casos de sintomatología severa que pueda justificar el riesgo que implica someter a la paciente a una intervención quirúrgica^(1,3,5).

Sin embargo, la nueva guía de endometriosis de la *European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)* deja de considerar la laparoscopia diagnóstica como gold estándar, ya que solo se recomienda en pacientes con resultados negativos de imagen y/o en caso de fracaso de tratamiento médico⁽⁹⁾.

Las pruebas de imagen son de gran ayuda para realizar un diagnóstico de presunción. En concreto, la ecografía transvaginal y la resonancia magnética nuclear (RMN) son capaces de identificar endometriomas con más del 90% de sensibilidad y especificidad⁽³⁾. La endometriosis profunda y las adherencias pélvicas, en manos de un especialista experto, se pueden observar mediante ecografía transvaginal y la RMN tiene una sensibilidad del 94% para detectar endometriosis profunda⁽⁹⁾.

Actualmente, a pesar de las investigaciones, no existen biomarcadores específicos ni alteraciones analíticas que permitan confirmar o descartar la endometriosis⁽³⁾. Se ha estudiado el papel de varios marcadores tumorales (en especial el CA-125), concluyendo que no son útiles para el diagnóstico por su baja especificidad⁽⁵⁾.

De media las mujeres visitan unos 7 médicos antes de que la endometriosis haya sido diagnosticada, por lo que el largo intervalo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico resulta en un dolor crónico de años de evolución, una peor calidad de vida, un mayor impacto psicológico y en la alteración de la fertilidad de las pacientes⁽³⁾.

Tratamiento

El tratamiento se debe individualizar en función de las manifestaciones clínicas, extensión y localización de la enfermedad, la edad y el deseo reproductivo, la duración de la infertilidad, los efectos adversos de la medicación, antecedentes quirúrgicos y la opinión de la mujer.

El manejo de la endometriosis, especialmente cuando afecta intestino, vejiga, uréteres u otros órganos extra pélvicos requiere un abordaje multidisciplinar ⁽³⁾.

El tratamiento médico tiene como objetivo reducir o eliminar los síntomas y mejorar la fertilidad. Y al tratarse de una enfermedad crónica, este solo consigue frenar de forma transitoria la progresión de la enfermedad y controlar los síntomas hasta la llegada de una gestación o de la menopausia.

El **tratamiento médico** más eficaz es el **hormonal**, que se usa de primera línea en el manejo de la dismenorrea o el dolor pélvico crónico. Ningún tratamiento hormonal ha demostrado ser más efectivo que otro ya que todo fármaco que genere una amenorrea y/o supresión de la ovulación y/o disminución de la frecuencia de menstruación o disminución de la cantidad de flujo menstrual, mejora los síntomas asociados a la enfermedad⁽¹⁰⁾.

Dentro de estos los de primera línea son:

- Contraceptivos hormonales combinados vía oral, transcutánea o vaginal.
- Progestágenos.
- DIU liberadores de levonorgestrel, especialmente útiles en los casos de recurrencia o persistencia del dolor posoperatorio.

De segunda se encuentran por sus efectos secundarios el danazol y gestrinoma y los análogos de GnRH por su gran disminución de los niveles estrogénicos, pudiendo provocar una pérdida de la masa ósea y clínica similar a la menopausia⁽¹¹⁾.

En cuanto al **tratamiento médico del dolor** de las mujeres que rechacen el tratamiento hormonal o presenten contraindicaciones para el mismo, se pueden beneficiar del uso de ibuprofeno u otros AINES. También son útiles otros analgésicos de manera alternativa o concomitante como el paracetamol⁽³⁾. Además, se recomienda que las mujeres con dolor pélvico crónico estén atendidas por un equipo multidisciplinar que cuente con médicos especializados en el manejo del dolor, fisioterapeutas y psicólogos⁽⁶⁾.

El **tratamiento quirúrgico** se reserva para las mujeres con dolor asociado a endometriosis refractario al tratamiento hormonal. La cirugía es eficaz en el tratamiento del dolor, aunque no en todas las mujeres. Además, las recurrencias a largo plazo son frecuentes. También se recomienda el tratamiento quirúrgico en casos de endometriosis digestiva, parietal, torácica o diafragmática⁽¹²⁾.

En mujeres **con deseos genésicos**, se intenta realizar una cirugía conservadora, liberando adherencias y extirpando las lesiones, pero conservando la anatomía. Los endometriomas sintomáticos o de gran tamaño (mayores a 3 cm) se deberían extirpar, pero hay que tener en cuenta el alto índice de recurrencias, por lo que, si el tratamiento médico consigue un buen manejo sintomático, se intenta demorar la cirugía⁽³⁾. En caso de extensa afectación tubárica, se debería valorar la salpingectomía.

En mujeres **sin deseos genésicos**, tras la cirugía se debe recomendar el uso de anticoncepción hormonal, para prevenir las recurrencias.

En estas últimas, es frecuente la realización de una histerectomía asociada. La ooforectomía se reserva en casos de pacientes mayores de 40 años cuando el dolor es resistente al tratamiento médico⁽³⁾.

Embarazo y endometriosis

Durante el embarazo, las lesiones y la clínica suelen mejorar o incluso desaparecer, debido al cambio hormonal que se produce⁽¹⁾. Aun así, se han descrito complicaciones causadas por la endometriosis durante el embarazo. Desde perforaciones intestinales, apendicitis aguda, rotura o infección del endometrioma⁽¹³⁾.

Parece que la endometriosis tiene un impacto negativo en el desarrollo de la gestación, ya que se ha relacionado con un mayor riesgo de parto prematuro, preeclampsia, cesárea, hemorragias durante el embarazo y posparto, aborto espontáneo y gestación ectópica⁽¹³⁾. Otros estudios muestran un aumento de la incidencia de ruptura prematura de membranas, pequeño para edad gestacional, bajo peso al nacer e ingreso en UCI neonatal⁽¹⁴⁾.

En el caso de nuestra paciente, estuvo en seguimiento en las consultas de Alto Riesgo Obstétrico debido a que presentó un crecimiento uterino retardado, con un percentil por debajo del 1%. En este caso no fue prematuro, pero, durante la inducción del parto presentó datos cardiotocográficos de pérdida del bienestar fetal, por lo que se realizó una cesárea urgente.

Endometriosis del tracto urinario

La afectación del tracto urinario es rara pero cuando ocurre afecta fundamentalmente la vejiga y, en segundo lugar, los uréteres⁽⁴⁾. Afecta entre un 20-50% de las mujeres con endometriosis profunda⁽⁴⁾. La afectación ureteral puede ser intrínseca o extrínseca. La endometriosis ureteral intrínseca se define por la presencia de lesiones endometriales dentro de la luz ureteral mientras que la extrínseca se define por la presencia de lesiones endometriales a nivel del peritoneo que lo rodea, provocando compresión del uréter. El uréter que más se afecta es el izquierdo, especialmente en su tercio distal (localización presentada en el caso de nuestra paciente), probablemente por su relación anatómica con los órganos reproductivos⁽⁴⁾. La teoría más aceptada que explica la endometriosis ureteral es la menstruación retrógrada, la cual también explicaría la predilección de la

endometriosis por la vejiga y el tercio inferior del uréter izquierdo.

Los síntomas de la endometriosis del tracto urinario son inespecíficos, por lo que pueden ser confundidos con otros cuadros clínicos ⁽¹⁾. Frecuentemente no presentan clínica urológica. De hecho, el 50% de las pacientes con endometriosis ureteral, son asintomáticas ⁽¹⁾. Es por esto y por la falta de una adecuada evaluación preoperatoria, la mala interpretación de las pruebas de imagen o los hallazgos inespecíficos en estas, que la endometriosis ureteral solo se sospecha previo a la cirugía en un 40%, por lo que el pronóstico de estas pacientes puede empeorar significativamente ya que no diagnosticarlo a tiempo puede conducir a una uropatía obstructiva con deterioro permanente de la función renal ⁽¹⁵⁾.

En nuestra paciente, la única clínica que presentó fue un cólico nefrítico izquierdo meses antes de la primera intervención quirúrgica.

Discusión

En primer lugar, el caso expuesto evidencia la necesidad de un punto de vista amplio en el diagnóstico y tratamiento de la patología. Además, aunque la frecuencia de enfermedad extrapélvica es muy baja, el hecho de que esta paciente haya perdido un riñón demuestra el potencial impacto del retraso del diagnóstico en la salud de la mujer con endometriosis.

Por otro lado, la necesidad de un mayor conocimiento de esta enfermedad por parte de diversos especialistas queda patente en este caso clínico. En el caso de nuestra paciente, cuando acudió a urgencias, la dismenorrea no fue tomada en cuenta como un síntoma prínceps. El caso de la apendicitis aflora el beneficio de realizar un buen diagnóstico diferencial ante la ausencia de signos típicos y, especialmente de la valoración ginecológica en una mujer fértil con dolor abdominal perimenstrual. A pesar de que, en este caso, podría no haber tenido relación con su endometriosis al no presentar afectación del ovario derecho.

El cólico nefrítico, muestra la importancia de realizar un buen estudio etiológico de este tipo de afectaciones, si bien es cierto que es algo muy frecuente y que realizar una asociación directa con la endometriosis es excesivamente complejo.

También, el hecho de que en los informes de las revisiones anuales ginecológicas posteriores no constara la apendicectomía ni el cólico renal, muestra la importancia de abordar de un modo integral en este tipo de pacientes, ya que estos hechos asociados a la disuria que la paciente refería durante la menstruación podrían haber levantado sospecha antes de la afectación ureteral de su endometriosis. En este caso una RMN abdominopélvica hubiera revelado dicha afectación y posiblemente se hubiera ahorrado una cirugía.

El hecho de presentar una dismenorrea severa, incapacitante y refractaria al tratamiento médico plantea la necesidad de ampliar el estudio y valorar el caso juntamente con un equipo especialista en endometriosis ya que, en el caso relatado, realizar controles anuales sin presentar mejoría clínica, tuvo un gran impacto negativo sobre la paciente, no solo por el dolor que padecía sino por las secuelas psicológicas y la sensación de impotencia que la paciente refería, cuando se le decía que el dolor podía ser normal y que no encontraban una causa orgánica que lo explicara. Además, esto alteró la relación médico-paciente, perdiendo la confianza de la paciente hacia el especialista que le seguía anualmente.

Finalmente, cabe destacar el impacto de la enfermedad del caso descrito. A nivel médico, la endometriosis provocó una nefrectomía, una resección parcial del recto, un embarazo de alto riesgo obstétrico con un crecimiento intrauterino retardado y, probablemente secundario a la intervención quirúrgica, una vejiga neurógena residual.

A nivel psicosocial, el impacto que tuvo la endometriosis en nuestra paciente no es despreciable. Afirmó que cuando tenía la menstruación se veía forzada a adaptar su actividad laboral porque prácticamente no podía mantenerse de pie del dolor, organizaba su vida (trabajo, viajes, salidas...) en función de cuándo tenía la menstruación. También presentó clínica ansioso-depresiva que requirió terapia psicológica.

Impacto social de la endometriosis

La Endometriosis es una enfermedad que afecta la salud integral de la mujer. No solo afecta la salud física, sino también su salud mental y social.

A nivel físico, además de su capacidad de alterar la funcionalidad de los órganos afectados, se ha visto que las mujeres con endometriosis presentan mayor ratio de fatiga crónica, menor condición física, peor calidad del sueño y peor calidad de vida relacionada con la salud, especialmente en las mujeres con fatiga crónica relacionada con la endometriosis⁽¹⁶⁾.

A nivel psicológico, se ha asociado el dolor crónico producido por la endometriosis con un mayor índice de ansiedad y depresión⁽¹⁷⁾. La dispareunia frecuentemente condiciona la vida sexual de la mujer, disminuye la autoestima y perjudica las relaciones de pareja. A nivel laboral, juega un papel muy importante ya que puede disminuir la productividad, provocar absentismo laboral. Además, la discapacidad generada por la endometriosis puede dificultar a la mujer acceder a ciertos puestos de trabajo. En España, en 2021 se incluyó la endometriosis dentro del catálogo de exclusiones médicas para aspirantes al Cuerpo de la Policía Nacional, impidiendo así que aquellas mujeres con dicha patología no pudieran optar a las pruebas de acceso. Esta situación generó un gran revuelo en las redes sociales y, gracias a las quejas ejercidas por las asociaciones de mujeres afectadas, pocos meses después se consiguió que el Ministerio de Interior rectificara esta medida,

permitiendo acceder a las pruebas siempre y cuando un estudio médico individualizado no catalogara la endometriosis en un grado incapacitante⁽¹⁸⁾.

También puede alterar la dinámica familiar y social de las pacientes quienes se ven obligadas a adaptar sus actividades en función de si tienen o no la regla.

Teniendo en cuenta el impacto de la endometriosis en todos estos ámbitos, no se debería limitar su abordaje al tratamiento exclusivo médico, siendo necesario complementarlo con una asistencia psicológica adecuada para asegurar una correcta recuperación.

Actualmente existen múltiples asociaciones de mujeres afectadas de endometriosis en nuestro territorio y a nivel mundial cuya misión es dar visibilidad a la enfermedad, asesorar a mujeres afectadas y a sus familiares y promover una mayor investigación y formación de los profesionales de la salud para mejorar la calidad de vida de las enfermas y promover un diagnóstico más precoz de esta. Dichas asociaciones, gracias a la realización de múltiples campañas a través de las redes sociales, a la programación de actos para dar a conocer la enfermedad y para recaudar fondos para su investigación, han conseguido grandes avances en nuestro país. Por ejemplo, en 2008 se consiguió, por primera vez en España, que la endometriosis fuera reconocida como causa de incapacidad absoluta para todo tipo de trabajo.

En 2018 el Departamento de Salud de Catalunya impulsó la creación de un Modelo de atención a la endometriosis con el objetivo de visibilizar la enfermedad, conseguir un diagnóstico más rápido y ordenar la atención de los diferentes niveles asistenciales, abordando la enfermedad de manera integral, para adecuar la atención a las necesidades específicas de cada mujer. Medidas parecidas se están adoptando en otras comunidades autónomas y así como a nivel nacional. Gracias a estas, en los próximos años se espera que la endometriosis sea una enfermedad mucho más conocida por la sociedad y con un mejor abordaje global.

Conclusión

A pesar de las nuevas líneas de investigación sobre su fisiopatología, la endometriosis sigue siendo una entidad de etiología incierta, con un manejo complejo y con un alto impacto en la calidad de vida de las pacientes que la padecen. Es necesario crear mayor consciencia de la enfermedad, a nivel de atención primaria, ginecología y de las demás especialidades para así realizar una orientación diagnóstica más precoz y, en consecuencia, evitar la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las pacientes. Crear unidades especializadas en Endometriosis podría contribuir a este diagnóstico precoz y atender a las pacientes desde un punto de vista más integral, también desde el punto de vista psicológico, dado el gran impacto que la enfermedad puede tener en la salud mental de las pacientes.

Bibliografía

1. Robert S Schenker M. Endometriosis: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 2 de enero de 2021).
2. A. Sarría; A. Asúnsolo. Estudio para conocer la prevalencia, morbilidad atendida y carga que supone la endometriosis para el Sistema Nacional de Salud. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad.; 2020.
3. Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *New England Journal of Medicine*. 2020 Mar 26;382(13):1244–56.
4. Palla VV, Karaolanis G, Katafigiotis I, Anastasiou I. Ureteral endometriosis: A systematic literature review. *Indian Journal of Urology*. 2017;33(4):276.
5. Parasar P, Ozcan P, Terry KL. Endometriosis: Epidemiology, Diagnosis and Clinical Management. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*. 2017 Mar 27;6(1):34–41.
6. Carey ET, Till SR, As-Sanie S. Pharmacological Management of Chronic Pelvic Pain in Women. *Drugs*. 2017 Mar 10;77(3):285–301.
7. Shafrir AL, Farland L v., Shah DK, Harris HR, Kvaskoff M, Zondervan K, et al. Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2018 Aug 1;51:1–15.
8. Mikhaleva LM, Radzinsky VE, Orazov MR, Khovanskaya TN, Sorokina A v, Mikhalev SA, et al. Current Knowledge on Endometriosis Etiology: A Systematic Review of Literature. *International Journal of Women's Health*. 2021 Jun;Volume 13:525–37.
9. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, et al. ESHRE guideline: endometriosis. *Human Reproduction Open*. 2022 Mar 4;2022(2).
10. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, Laufer MR, Leyland N, Missmer SA, et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019 Apr;220(4):354.e1-354.e12.
11. Taylor HS, Giudice LC, Lessey BA, Abrao MS, Kotarski J, Archer DF, et al. Treatment of Endometriosis-Associated Pain with Elagolix, an Oral GnRH Antagonist. *New England Journal of Medicine*. 2017 Jul 6;377(1):28–40.
12. Blasco-Amaro JA, Sabaleta-Moya T, Carlos-Gil AM, Castro-Campos JL, Molina-Linde JM, Viguera-Guerra I, Rosario-Lozano MP. Modelo de atención a las mujeres con endometriosis. Revisión sistemática de guías de práctica clínica. Sevilla: Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS. AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2020.
13. Glavind MT, Forman A, Arendt LH, Nielsen K, Henriksen TB. Endometriosis and pregnancy complications: a Danish cohort study. *Fertility and Sterility*. 2017 Jan;107(1):160–6.
14. Lalani S, Choudhry AJ, Firth B, Bacal V, Walker M, Wen SW, et al. Endometriosis

and adverse maternal, fetal and neonatal outcomes, a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction*. 2018 Oct 1;33(10):1854–65.

15. Lee HJ, Lee YS. Deep infiltrating ureteral endometriosis with catamenial hydroureteronephrosis: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2017 Dec 13;11(1):346.
16. Álvarez-Salvago F, Lara-Ramos A, Cantarero-Villanueva I, Mazheika M, Mundo-López A, Galiano-Castillo N, et al. Chronic Fatigue, Physical Impairments and Quality of Life in Women with Endometriosis: A Case-Control Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 May 21;17(10):3610.
17. Gambadauro P, Carli V, Hadlaczky G. Depressive symptoms among women with endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019 Mar;220(3):230–41.
18. Interior recula y permite a las mujeres con endometriosis acceder a la Policía si no se presenta en un “grado incapacitante” [Internet]. [cited 2022 May 11]. En: https://www.eldiario.es/politica/interior-recula-permite-mujeres-endometriosis-acceder-policia-si-no-presenta-grado-incapacitante_1_8066960.html