

MENOPAUSIA Y RECIDIVA DE ENDOMETRIOSIS EVIDENCIAS SOBRE EL MANEJO DE UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Gómez Carrascosa I, Alfosa Marhuenda E, Iniesta Albaladejo MA, Kozak I, Campos Hernández I, Sánchez Mateos MR, Martínez Vicente L, Marín Sánchez P.



Arrixaca
Hospital Universitario
"Virgen de la Arrixaca"

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una entidad hormono-dependiente que normalmente empieza al inicio de la edad reproductiva. Generalmente, el cese del crecimiento folicular y la anovulación producen un hipoestrogenismo que lleva a la regresión de las lesiones endometriósicas y mejoría de los síntomas. Sin embargo algunos islotes ectópicos endometriósicos pueden permanecer activos tras la menopausia, manteniendo la clínica típica y las complicaciones endometriósicas. Así pues aunque la prevalencia real de endometriosis en la postmenopausia es desconocida, algunos estudios han intentado cuantificar su prevalencia, con una estimación de en torno al 2-5%. En el más reciente, *Haas et al.* en 2012, estudió la distribución de edad en 42,079 mujeres en Alemania con endometriosis, donde 1074 (2,55%) se encontraba en edad postmenopáusica (entre 55-95 años).

ETIOPATOGENIA

Independientemente de cual sea el inicio de la enfermedad (actualmente desconocido), el principal interrogante se encuentra en cómo una enfermedad dependiente de estrógenos puede desarrollarse en un ambiente predominantemente hipoestrogénico postmenopáusico. En torno a este tema han surgido nuevos estudios con un nuevo enfoque fisiopatológico y anatomopatológico de la endometriosis.

Como sabemos, la endometriosis es una entidad estrógeno-dependiente. Durante los años de edad reproductiva la estimulación estrogénica procede de la secreción ovárica. Sin embargo durante la menopausia el foco de estrógenos procede de la conversión periférica (tejido adiposo y piel) de andrógenos y estrógenos restantes en estrona (E1), así como origen suprarrenal o incluso aporte exógeno (THS y fitoestrógenos).

Actualmente existe otro mecanismo publicado por Bulum y compañeros. En sus investigaciones han descrito producción local de estrógenos de las lesiones endometriósicas, de forma autocrina y paracrina. Según Bulum et al, hay diferencias histológicas y a nivel enzimático entre el tejido endometrial de mujeres con endometriosis y aquellas que no la tienen que conlleva la presencia de enzimas concretas que permiten la sobreexpresión de estrógenos a nivel local en las lesiones a través de la enzima aromatasa.

FACTORES RECIDIVA

- Cirugía previa incompleta (enfermedad residual)
- Implantes peritoneales >3cm
- Endometrioma >9cm
- Síndrome de ovario remanente
- Estado hiperestrogénico
- Estado menopáusico
- Obesidad
- THS

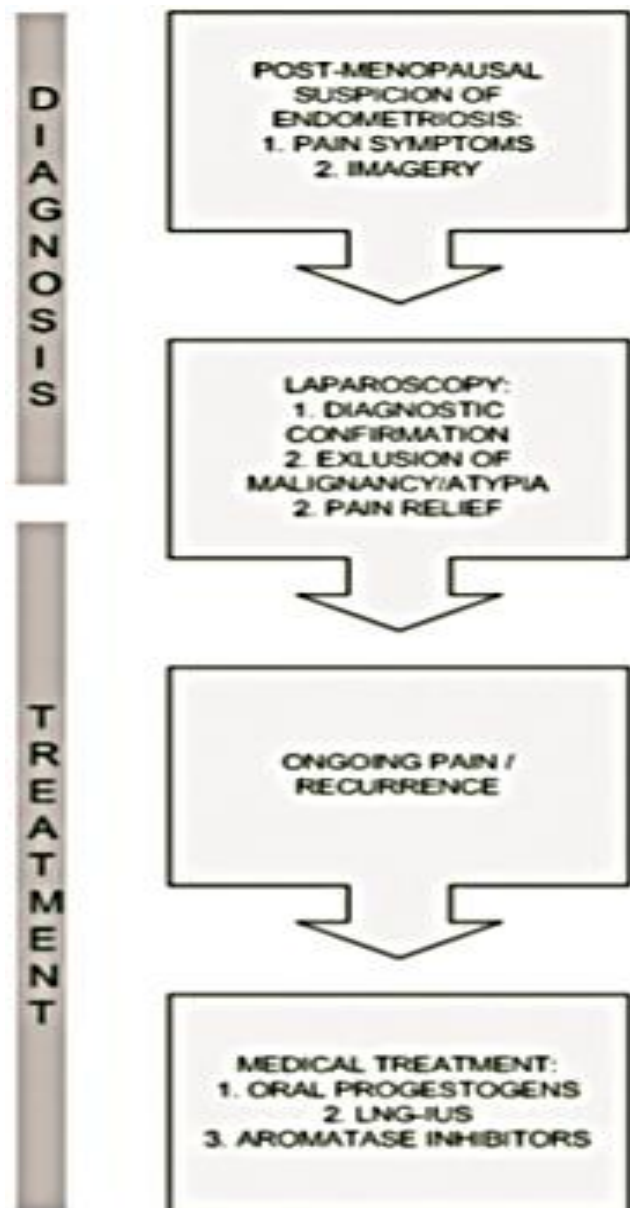
RECURRENCIA DE ENDOMETRIOSIS

El diagnóstico de una recidiva de endometriosis en el periodo postmenopáusico es todo un reto.

Según la Guía de Práctica Clínica ACOG 2010 los sitios con lesiones recurrentes más frecuentes tras histerectomía y ooforectomía son el intestino grueso y el intestino delgado.

El dolor pélvico y la dispareunia son los síntomas de recurrencia de endometriosis más frecuentes tras histerectomía, aunque el sangrado vaginal y rectal, así como dolor de espalda y rectal son otras opciones probables. Pero siempre es necesario realizar un correcto diagnóstico diferencial, descartando otras opciones probables como puede ser síndrome adherencial, cistitis intersticial, problemas del tracto digestivo, etc.

Una vez que existe la sospecha de recidiva de lesiones endometriósicas el manejo principalmente debe ser quirúrgico debido al diagnóstico incierto, ya que aunque las pruebas de imagen nos aproximan al diagnóstico, son incapaces de descartar la malignización presente o incluso futura de las lesiones. De esta forma, la cirugía, preferentemente mediante laparoscopia nos brinda la posibilidad de un diagnóstico de confirmación, excluyendo la posibilidad de malignidad y resultando además como una forma eficaz de aliviar los síntomas.



Algorithm of endometriosis management in postmenopausal women.

Figura nº 1. Algoritmo de manejo de endometriosis en la mujer postmenopáusica (1).

TRATAMIENTO MÉDICO EXPERIMENTAL. INHIBIDORES DE LA AROMATASA

Pacientes PRE-menopáusicas como tratamiento 2º línea

- IA+GnRH aumentaría tiempo libre de síntomas tras cirugía

Pacientes MENOPÁUSICAS. Acción extraovárica e intralesional

- REVISIÓN DE CASOS EN LA LITERATURA
- 1 Nódulo vaginal de gran tamaño
- 2 Amplias masas pélvicas
- 1 Nódulo en vejiga
- 1 Lesión gastrointestinal + uretral

-Mejoría de síntomas, tanto digestivos como urinarios
-Disminución de tamaño de las masas



-Sofocos
-Sequedad vaginal
-Riesgo osteoporosis (DXO)

BIBLIOGRAFÍA

1. Takayama K, Zeitoun K, Gunby RT, Sasano H, Carr BR, Bulun SE: Treatment of severe postmenopausal endometriosis with an aromatase inhibitor. *Fertil Steril* 1998, 69:709-713.
2. Ulrich U, Buchweitz O, Greb R, Keckstein J, Von IL, Oppelt P, et al. National German Guideline (S2k): Guideline for the Diagnosis and Treatment of Endometriosis: Long Version - AWMF Registry No. 015-045. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* diciembre de 2014;74(12):1104-18.
3. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, Heikinho O, Horne AW, Kiesel L, Nap A, Prentice A, Saridogan E, Soriano D, Nelen W. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod.* 2014 Mar;29(3):400-12. doi: 10.1093/humrep/det457.