

# Comentarios a las Guías ESHRE para el manejo de mujeres con Endometriosis 2022

## *ESHRE guideline: endometriosis -Human Reproduction Open, pp. 1-26, 2022*

Juan José Etchepareborda

Médico ginecólogo – Doctor en Medicina – Especialista en Reproducción y Cirugía laparoscópica – Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Endometriosis.

Miembro Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva (SAEGRE), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: [juanjetche@gmail.com](mailto:juanjetche@gmail.com)

<https://doi.org/10.1093/hropen/hoac009>

Las guías ESHRE para endometriosis fueron publicadas por primera vez en 2005<sup>(1)</sup> y reformuladas en 2013 y 2014<sup>(2)</sup>, y se constituyeron en una herramienta insustituible a la hora de unificar criterios diagnósticos y terapéuticos para abordar la endometriosis, contribuyendo a armonizar las tan dispersas opiniones sobre cómo enfocarla.

Presentaré un resumen de las principales pautas y luego daré algunas consideraciones personales.

### **Diagnóstico**

Desde el punto de vista Diagnóstico las guías 2013 resaltaban la importancia de síntomas ginecológicos por un lado, y síntomas no ginecológicos si eran cíclicos por otro lado para sospechar la presencia de una endometriosis.

Las guías actuales agregan otros síntomas cíclicos o no cíclicos: dismenorrea, dispareunia profunda, disuria, disquezia, sangrado rectal o hematuria, omalgia, neumotórax catamenial; cíclicos como tos, hemoptisis, dolor torácico, sensibilidad o dolor de cicatrices, fatiga y esterilidad.

Ratifican la importancia del examen clínico-ginecológico, la utilidad de las imágenes (ultrasonido y resonancia magnética nuclear (RMN), que no estaba bien establecida en 2013). La ausencia de hallazgos en el examen y en las imágenes no descarta la presencia de endometriosis.

Se recomienda la laparoscopia cuando hay imágenes negativas y el tratamiento fracasó o es inapropiado.

Se ratifican dos conceptos anteriores: que si la histología es negativa no descarta la enfermedad, y que no es de utilidad la solicitud de biomarcadores incluido el CA-125.

Dada la heterogeneidad de la enfermedad no hay pautas de seguimiento, el cual debe ser individualizado según la evolución y las lesiones.

### **Tratamiento del dolor asociado a la Endometriosis**

Se recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) para el tratamiento del dolor

asociado a la endometriosis.

Se recomienda la hormonoterapia con el mismo fin: la utilización de anticonceptivos combinados, gestágenos, sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (LNG-SIU), implante y agonistas de GnRH con el agregado de add-back. Respecto a estos últimos y a los antagonistas de GnRH recomiendan su uso como estrategia de segunda línea. En caso de fallo de todos los anteriores, incluso de la cirugía, se pueden asociar con inhibidores de la aromatasa.

La cirugía es una de las opciones que debe ser ofrecida para el alivio del dolor. La quistectomía, incluso la vaporización con laser, son superiores al drenaje y la coagulación, tanto en el alivio del dolor como en las tasas de recidivas, poniendo énfasis en evitar lo más posible el daño ovárico para preservación de la reserva ovárica.

Respecto a la endometriosis profunda la cirugía es una opción recomendada para el alivio del dolor y mejoría de la calidad de vida. Debe realizarse en centros con experiencia y claramente debe informarse a la paciente no solo los potenciales beneficios sino también los riesgos. No se recomienda ninguna técnica en particular.

La histerectomía total está reservada a las pacientes con paridad cumplida cuando han fallado las anteriores opciones terapéuticas. No garantiza la resolución de los síntomas.

No existen marcadores pronósticos que permitan predecir que pacientes se van a beneficiar más con la cirugía.

Se descarta el empleo del LUNA (laparoscopy

uterosacral nerve ablation) como herramienta efectiva para el dolor. Sí es válida la neurectomía presacra, pero debe ser llevada a cabo por manos experimentadas ya que tiene riesgos aumentados.

Se recomienda hablar sobre estrategias no médicas para mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico tales como acupuntura, medicina china, nutrición, ejercicio y psicoterapia entre otros, pero los daños y potenciales beneficios no están claros.

### **Tratamiento de la esterilidad**

En las mujeres que buscan embarazo no se debe realizar tratamiento hormonal para favorecer la fertilidad como alternativa inicial ni como complemento de la cirugía.

Se puede considerar y ofrecer la cirugía en los estadios I-II y en presencia de endometriomas ya que mejora las tasas de fertilidad. No está claro el beneficio de la cirugía de la endometriosis profunda sobre la fertilidad, por lo que se debe reservar para las pacientes sintomáticas que desean embarazarse. La decisión de operar en líneas generales debe tomarse en base a la presencia de dolor, a la edad, preferencia de la paciente, cirugías previas, otros factores de infertilidad, reserva ovárica y a la estimación del índice de infertilidad de endometriosis (EFI)<sup>(3)</sup>. Éste índice debe emplearse

para decidir qué pacientes necesitan de técnicas de reproducción asistida luego de haber sido sometidas a una cirugía.

La inseminación intrauterina aumenta las posibilidades de embarazo en los estadios I y II. Aunque los resultados son inciertos en los estadios III y IV con trompas permeables, la inseminación intrauterina es una opción a ofrecer.

Las técnicas de fertilización asistida de alta complejidad (ART) deben ser ofrecidas si hay compromiso de la función tubaria, factor masculino, EFI bajo o han fallado otros tratamientos. No se recomienda ningún protocolo de estimulación en particular.

Las técnicas de ART no aumentan las tasas de recurrencia.

Si hay endometrioma se recomienda el uso de antibióticos al momento de la recuperación de ovocitos, aunque es bajo el riesgo de formación de un absceso.

Antes de realizar una técnica de ART no se recomienda hormonoterapia, ni cirugía en estadios I y II, ni cirugía de un endometrioma ni en presencia de endometriosis profunda, salvo por la presencia de dolor o que el endometrioma dificulte la recuperación ovocitaria.

Las estrategias no médicas no ofrecen evidencia de mejoría de la fertilidad.

La preservación de ovocitos debe ser discutida

con la paciente. Su real valor es incierto.

No se debe recomendar buscar embarazo para tratar la endometriosis. Las complicaciones por una endometriosis previa son muy raras. Hay un aumento del riesgo de aborto y embarazo ectópico en pacientes con endometriosis.

### **Recurrencia**

La quistectomía en caso de un endometrioma es recomendada para prevención de los síntomas dolorosos, teniendo en cuenta el riesgo de reducción de la reserva ovárica.

Se recomienda hormonoterapia para prevención de recurrencia de enfermedad y síntomas.

Es recomendable la hormonoterapia postoperatoria de todo tipo de endometriosis para prevención de la recidiva de la enfermedad y de los síntomas, en la mujer que no tiene deseo inmediato de gestación. Las técnicas de ART no aumentan los índices de recidiva.

En caso de recurrencia debe analizarse el empleo de tratamiento hormonal o quirúrgico.

### **Adolescencia**

Se deben identificar factores de riesgo al confeccionar la historia clínica tales como historia familiar de endometriosis, malformaciones genitales obstructivas, menarca precoz y ciclos menstruales cortos. El ausentismo escolar cíclico y el uso de anticonceptivos orales para el tratamiento de la dismenorrea deben hacer pensar en endometriosis. Lo mismo que la presencia de los siguientes síntomas: dolor pelviano crónico o acíclico, particularmente si está asociado con náuseas, dismenorrea, disquizea, disuria, dispareunia; dolor pelviano cíclico.

Realizar examen físico y recurrir a las imágenes, utilizando la vía vaginal si ha iniciado relaciones sexuales. No se recomienda el uso de marcadores biológicos tales como el CA-125.

Considerar la laparoscopia cuando han fallado el uso de AINES y la hormonoterapia.

En adolescentes con dismenorrea severa o dolor asociado a endometriosis se deben prescribir anticonceptivos o gestágenos (sistémicos o vía LNG-SIU), teniendo en cuenta que algunos gestágenos pueden disminuir la densidad mineral ósea.

El uso de análogos de GnRH combinados con terapia add-back hasta un máximo de un año puede ser una opción terapéutica postoperatoria en aquellas adolescentes en las que falló la hormonoterapia, previa discusión sobre sus posibles efectos adversos.

La remoción laparoscópica de las lesiones es la técnica recomendada cuando se decide un tratamiento quirúrgico. Se recomienda hormonoterapia

postoperatoria para prevenir la recurrencia de los síntomas.

La endometriosis ovárica y la cirugía tienen un potencial efecto negativo sobre la reserva ovárica y la futura fertilidad. Se debe ofrecer la posibilidad de preservación ovocitaria aunque su real beneficio, eficacia y utilidad no está bien establecido.

### **Menopausia**

La endometriosis puede ser activa/sintomática en la menopausia.

Considerar la cirugía si hay sospecha y síntomas, sobre todo por el riesgo de malignidad. El abordaje quirúrgico debe hacerse con criterios oncológicos.

Considerar el uso de inhibidores de la aromataza si hay dolor, especialmente si la cirugía no es factible.

Se puede realizar terapia hormonal de reemplazo combinada para el tratamiento de los síntomas menopáusicos en mujeres con antecedentes de endometriosis. Evitar la administración de estrógenos solos ya que aumenta el riesgo de transformación maligna.

En las pacientes con una menopausia quirúrgica y antecedentes de endometriosis, realizar tratamiento combinado hasta la edad de la menopausia natural.

Las mujeres con endometriosis tienen aumentado el riesgo cardiovascular.

### **Endometriosis extrapélvica**

Pensar en una endometriosis extrapélvica en presencia de síntomas cíclicos. Su abordaje debe presentar un enfoque multidisciplinario.

En la localización abdominal extrapélvica la remoción quirúrgica es lo más recomendable. En la localización torácica puede recurrirse a la hormonoterapia.

### **Endometriosis asintomática**

No se recomienda ni la cirugía ni la hormonoterapia en la endometriosis asintomática, y se recomienda un monitoreo rutinario con ultrasonido.

### **Prevención primaria**

La dieta, el estilo de vida sano, la reducción de ingesta alcohol y la actividad física deben ser promovidas, aunque no hay evidencia directa de sus beneficios en la prevención de la endometriosis. También es incierto el uso de anticonceptivos hormonales como preventivos.

### **Endometriosis y cáncer**

No hay aumento general de cáncer en las mujeres con endometriosis, solo un bajo aumento de riesgo de cáncer de mama, ovario y tiroideas. Por

lo tanto se sugiere recomendar medidas generales de prevención del cáncer, y advertir de los riesgos oncológicos del uso de anticonceptivos hormonales.

La escisión completa de la endometriosis ovárica reduce el riesgo de cáncer de ovario.

## **DISCUSIÓN**

Cambios significativos respecto a las guías 2013:

- 1) Evolución del proceso diagnóstico. La laparoscopia antes era considerada el gold standard. Ahora solo recomendada en pacientes sin imágenes y/o cuando el tratamiento empírico no ha sido exitoso o es inapropiado.
- 2) El uso de antagonistas de GnRH claramente es una conducta de segunda línea.
- 3) El tratamiento médico postoperatorio es beneficioso para manejo del dolor pelviano en quienes no tienen deseo inmediato de gestación.
- 4) Ya no se recomienda más el uso extendido de agonistas de GnRH previo a ART por sus pocos claros beneficios.
- 5) La incorporación de uso del EFI como ayuda para la toma de decisiones en la búsqueda del embarazo postoperatorio.

## **Comentarios personales**

Las guías ESHRE para el manejo de mujeres con endometriosis han significado un enorme aporte al enfoque de esta enfermedad, donde reinaba un caos sobre la forma de abordarla, tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico.

Uno de los méritos de esta versión es dejar bien establecido una serie de pautas en forma concluyente: el valor del examen clínico y de las imágenes, la falta de utilidad del CA-125 dentro del proceso diagnóstico; el valor de los AINES, la hormonoterapia y de la cirugía en el manejo del dolor asociado a la endometriosis; descartar el LUNA como herramienta útil para el dolor; la falta de utilidad de la hormonoterapia en mujeres con deseo inmediato de gestación; la utilidad del tratamiento quirúrgico y de las diferentes técnicas de reproducción asistida para aumentar la fertilidad.

Llamativamente pone en igualdad de condiciones el tratamiento médico empírico con el quirúrgico laparoscópico, sin remarcar indicaciones o prioridades para elegir uno u otro. Tampoco jerarquizan las distintas alternativas de hormonoterapia entre sí: no ponen a los gestágenos como mejor herramienta terapéutica, como lo indican las bases fisiopatológicas y la bibliografía respecto a los anticonceptivos hormonales combinados. Se coloca en mismo plano de igualdad al SIU-LNG, cuando otras

guías lo ponen como una alternativa de tercera línea. Se recomienda tan sólo evaluar las ventajas y desventajas, las preferencias del paciente, los costos y la disponibilidad terapéutica para la elección de un método quirúrgico o médico, o las distintas opciones de hormonoterapia, cuando sabemos que en la práctica la elección muchas veces está viciada por las inclinaciones del médico e, incluso, por su rédito económico.

Los géstagenos han demostrado jugar un papel relevante respecto a los anticonceptivos combinados, sobre todo en los casos severos, con menores complicaciones que la cirugía, lo cual ha llevado en los últimos años a priorizar el tratamiento médico sobre el quirúrgico, y eso no se pone claramente de manifiesto. Si bien se menciona que la cirugía estaría indicada ante la falla o intolerancia de los tratamientos hormonales, no se habla del tamaño límite del endometrioma y la presencia de una obstrucción de una víscera hueca como indicación de cirugía.

Pese a estas objeciones personales, las guías siguen siendo un riquísimo aporte para la lucha contra esta multifacética y enigmática enfermedad.

## Referencias

1. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R, et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod.* 2005;20(10):2698–704.
2. Dunselman GAJ, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: Management of women with endometriosis. *Hum Reprod.* 2014;29(3):400–12.
3. Adamson GD, Pasta DJ. Endometriosis fertility index: The new, validated endometriosis staging system. *Fertil Steril* [Internet]. 2010;94(5):1609–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.035>



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.