GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA
PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENDOMETRIOSIS SINTOMÁTICA EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA

VERSIÓN EN EXTENSO

Lista de recomendaciones y puntos de BPC

Enunciado	Tipo *	Certeza **
Pregunta 1. En mujeres con sospecha de endometriosis, ¿se debería realizar estudio del biomarcador CA-125 para el diagnóstico clínico de esta enfermedad?		
En mujeres con sospecha de endometriosis, sugerimos no utilizar el biomarcador CA-125 para el diagnóstico clínico de esta enfermedad.	**Recomendación condicional en contra**	**Muy baja (⊕⊖⊖⊖)**
Se define como sospecha clínica de endometriosis cuando una mujer presenta uno o más de los siguientes síntomas o signos: • Dolor pélvico persistente[1] relacionado con la menstruación (dismenorrea) que afecta las actividades diarias y la calidad de vida • Dolor pélvico persistente[1] no cíclico • Dolor persistente[1] durante o después de las relaciones sexuales • Síntomas gastrointestinales cíclicos o relacionados con la mestruación, en particular, evacuaciones intestinales dolorosas. • Síntomas urinarios cíclicos o relacionados con la mestruación, en particular sangre en la orina o dolor al orinar • Infertilidad en asociación con 1 o más de los anteriores. [1]*Se define como dolor persistente al dolor que se presenta por más de 6 meses*	**BPC**	
En mujeres que presentan disquecia, disuria o rectorragia, especialmente catameniales, hay que sospechar una endometriosis infiltrante profunda.	**BPC**	
El médico debe optar el uso del biomarcador CA-125 para el descarte de cáncer epitelial de ovario frente a una tumoración anexial.	**BPC**	
Pregunta 2. En mujeres con sospecha de endometriosis, ¿se debería realizar estudios imagenológicos (ecografía o resonancia magnética) para el diagnóstico fenotípico de la enfermedad?		
En pacientes con sospecha de endometriosis, recomendamos realizar la ecografía trasvaginal para el diagnóstico fenotípico de la enfermedad	**Recomendación fuerte a favor**	**Muy baja (⊕⊖⊖⊖)**
En pacientes con sospecha de endometriosis, sugerimos realizar la resonancia magnética como parte de la estrategia diagnóstica de la enfermedad en los siguientes casos:	**Recomendación condicional a favor**	**Moderada (⊕⊕⊕◯)**

• Sospecha de endometriosis profunda pero con duda diagnóstica o resultados negativos en la ecografía • Sospecha clínica de endometriosis no profunda (endometrioma, etc.) y duda diagnóstica en la ecografía.		
La ecografía trasvaginal debe ser complementada con una ecografía abdomino-pélvica.	**BPC**	
En casos donde no sea posible realizar una ecografía trasvaginal considerar una ecografía transrectal y/o abdomino-pélvica.	**BPC**	
Es útil realizar el estudio doppler como prueba adicional en endometriomas de patrón atípico en el diagnóstico ecográfico de endometriosis ovárica para mejorar la precisión diagnóstica y descartar malignidad.	**BPC**	
En centros con disponibilidad de resonancia magnética, la extensión de la endometriosis profunda puede ser evaluada con esta herramienta.	**BPC**	
Asegúrese de que las pruebas imagenológicas sean realizadas e interpretadas por un profesional de la salud con experiencia en la caracterización de imágenes de endometriosis.	**BPC**	
Utilizar una escala de clasificación para la descripción morfológica mediante la ecografía y resonancia magnética de la endometriosis para la planificación pre-quirúrgica, priorizando la escala #ENZIAN.	**BPC**	
Pregunta 3. En mujeres con resultado negativo en pruebas de imagen no invasivas pero con alta sospecha de endometriosis, ¿se debería realizar laparoscopía solo para el diagnóstico de la enfermedad?		
En mujeres con resultado negativo en pruebas de imágenes no invasivas pero en quienes persiste la alta sospecha clínica de endometriosis y que no tienen deseo de fertilidad inmediata, sugerimos no realizar laparoscopía sólo con fines de diagnóstico de la enfermedad.	**Recomendación condicional en contra**	**Muy baja (⊕⊖⊖⊖)**
En mujeres con resultado negativo en pruebas de imágenes no invasivas, , habiendose excluidos otros diagnosticos, pero en quienes persiste la alta sospecha clínica de endometriosis, y tienen deseo de gestación inmediata y/o infertilidad, se podrá considerar realizar laparoscopía con fines diagnósticos y terapéuticos luego de discutir los beneficios y daños del procedimiento.	**BPC**	
En mujeres con resultado negativo en pruebas de imágenes no invasivas pero en quienes persiste la alta sospecha clínica de endometriosis y no tienen deseo de fertilidad inmediata, se podrá considerar realizar laparoscopía con fines diagnósticos y terapéuticos luego de discutir los beneficios y daños del procedimiento. Para esto, se debe cumplir alguna de las siguientes situaciones: • Cuando la paciente tenga contraindicaciones para el uso de la terapia médica empírica.	**BPC**	

<table>
<tr><td>

- Cuando no haya respuesta a la terapia médica empírica.

</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>En caso se decida realizar la laparoscopía, realizar biopsias de las lesiones sugestivas de endometriosis para enviarlas a patología. En caso la inspección visual sea negativa, considere tomar biopsias de los lugares más frecuentes en donde suele presentarse la endometriosis (ligamentos uterosacros, tabique rectovaginal, y fondo de saco de Douglas).</td><td>BPC</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">Pregunta 4: En mujeres con diagnóstico de endometriosis sintomática, ¿se debería indicar antiinflamatorios no esteroideos para el manejo del dolor producto de la enfermedad?</td></tr>
<tr><td>En mujeres con endometriosis sintomática sin indicación quirúrgica inmediata, sugerimos ofrecer antiinflamatorios no esteroideos (AINE) por periodos cortos (máximo de tres días por tres ciclos menstruales), en base a la aceptabilidad de la mujer y acompañado o no con otro tratamiento para manejo del dolor.</td><td>Recomendación condicional a favor</td><td>Muy baja
(⊕◯◯◯)</td></tr>
<tr><td>La decisión del tipo de AINE a usar en mujeres con endometriosis sintomática se tomará en base a los valores y preferencias de la mujer, tomando en cuenta las siguientes propuestas:
<table>
<tr><th>Fármaco</th><th>Dosis Inicial</th><th>Dosis subsiguientes</th><th>Dosis máximas diarias para periodo igual o menor a 3 días consecutivos</th></tr>
<tr><td>Ibuprofeno</td><td>400 mg</td><td>400 mg cada 4 a 6 horas</td><td>2400 mg/día</td></tr>
<tr><td>Ibuprofeno</td><td>800 mg</td><td>800 mg cada 8 horas</td><td>2400 mg/día</td></tr>
<tr><td>Naproxeno</td><td>500 mg</td><td>250 mg cada 6 u 8 horas</td><td>1500-2000 mg/día</td></tr>
<tr><td>Diclofenaco</td><td>75 mg</td><td>75mg cada 12 horas</td><td>150 mg/día</td></tr>
</table>
Tomar en cuenta: Los AINE se toman al inicio de la menstruación y se continúan durante 1 a 3 días o la duración habitual de los síntomas dolorosos. Las pacientes con síntomas graves pueden comenzar a tomar un AINE 1 o 2 días antes del inicio de la menstruación. Todas las dosis mostradas son para mujeres adultas o adolescentes. Los pacientes deben estar bien hidratados y sin enfermedad renal significativa (ClCr > 60 ml/minuto). Evite el uso de AINE en mujeres con antecedentes de alergia a los AINE, hemorragia gastrointestinal, coagulopatía, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad hepática o asma sensible a la aspirina. Usar con precaución o evitar en pacientes que reciben medicación concomitante con anticoagulantes, glucocorticoides sistémicos, litio, diuréticos de asa y otros medicamentos que interactúan con los AINE.</td><td>BPC</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">Pregunta 5. En mujeres con diagnóstico de endometriosis sintómatica, ¿se debería indicar tratamiento hormonal para el manejo dolor crónico de la enfermedad?</td></tr>
<tr><td>En mujeres con diagnóstico de endometriosis sintomática sin indicación quirúrgica ni deseo de fertilidad inmediata sugerimos ofrecer tratamiento hormonal para manejo del dolor con anticonceptivos combinados, progestinas o agonistas de la hormona GnRH.</td><td>Recomendación condicional a favor</td><td>Muy baja
(⊕◯◯◯)</td></tr>
<tr><td>En mujeres con diagnóstico de endometriosis sintomática sin indicación quirúrgica ni deseo de fertilidad inmediata sugerimos no ofrecer danazol ni inhibidores de la aromatasa para manejo del dolor.</td><td>Recomendación condicional en contra</td><td>Muy baja
(⊕◯◯◯)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>La decisión del tipo de tratamiento hormonal a usar en mujeres con endometriosis sintomática se tomará en base a los valores y preferencias de la mujer. Se debe considerar prirorizar el uso de anticonceptivos orales combinados y progestinas por tener menores efectos adversos.

Las combinaciones disponibles en hospitales de Essalud son:
<table><tr><th>Fármaco</th><th>Dosis</th><th>Presentación/ dosis</th><th>Duración máxima</th></tr><tr><td>Etinilestradiol + Levonorgestrel</td><td>30 µg + 150 µg</td><td>Blister/mes</td><td>Largo plazo</td></tr><tr><td>Acetato de Medroxiprogesterona</td><td>150 mg</td><td>AMP/cada 3 meses</td><td>Largo plazo</td></tr><tr><td>Acetato de Medroxipro gesterona</td><td>5 mg</td><td>TAB/diario</td><td>Largo plazo</td></tr><tr><td>Leuprorelina Acetato</td><td>3.75 mg</td><td>AMP / mes</td><td>6 meses</td></tr><tr><td>Triptorelina</td><td>3.75 mg</td><td>AMP /mes</td><td>6 meses</td></tr></table></td><td>BPC</td><td></td></tr>
<tr><td>En mujeres a las que se les indica los agonistas de hormona GnRH, se podría considerar añadir anticonceptivos orales combinados. En ese caso la duración del tratamiento con agonistas de la hormona GnRH será de 6 meses; sin embargo, en casos excepcionales se puede extender la terapia como máximo hasta 12 meses, pero con controles médicos constantes.</td><td>BPC</td><td></td></tr>
<tr><td>En mujeres con diagnóstico de endometriosis sintomática sin respuesta al tratamiento médico o quirúrgico, o sin disponibilidad de otros tipos de tratamientos hormonales, se podría considerar el uso de danazol e inhibidores de la aromatasa para manejo del dolor.</td><td>BPC</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">Pregunta 6: En mujeres con diagnóstico de endometriosis, ¿se debería indicar tratamiento quirúrgico para el manejo de la enfermedad?</td></tr>
<tr><td>En mujeres con diagnóstico de endometriosis con respuesta insuficiente al tratamiento médico, sugerimos ofrecer tratamiento quirúrgico, priorizando la laparoscópica (considerando los recursos disponibles y comunicando los potenciales riesgos y beneficios de la misma). El manejo quirúrgico debe ser realizado por un grupo multidisciplinario capacitado y en establecimientos que cuenten con la logistica para el abordaje y recuperación de los pacientes.</td><td>Recomendación condicional a favor</td><td>Muy baja
(⊕◯◯◯)</td></tr>
<tr><td>En mujeres con diagnóstico de endometriosis, las indicaciones para el tratamiento quirúrgico para la endometriosis son:
Tratamiento médico refractario
Contraindicaciones al uso o efectos adversos severos de tratamiento médico.
Negativa a usar tratamiento médico.
Rotura de endometrioma o torsión ovárica</td><td>BPC</td><td></td></tr>
</table>

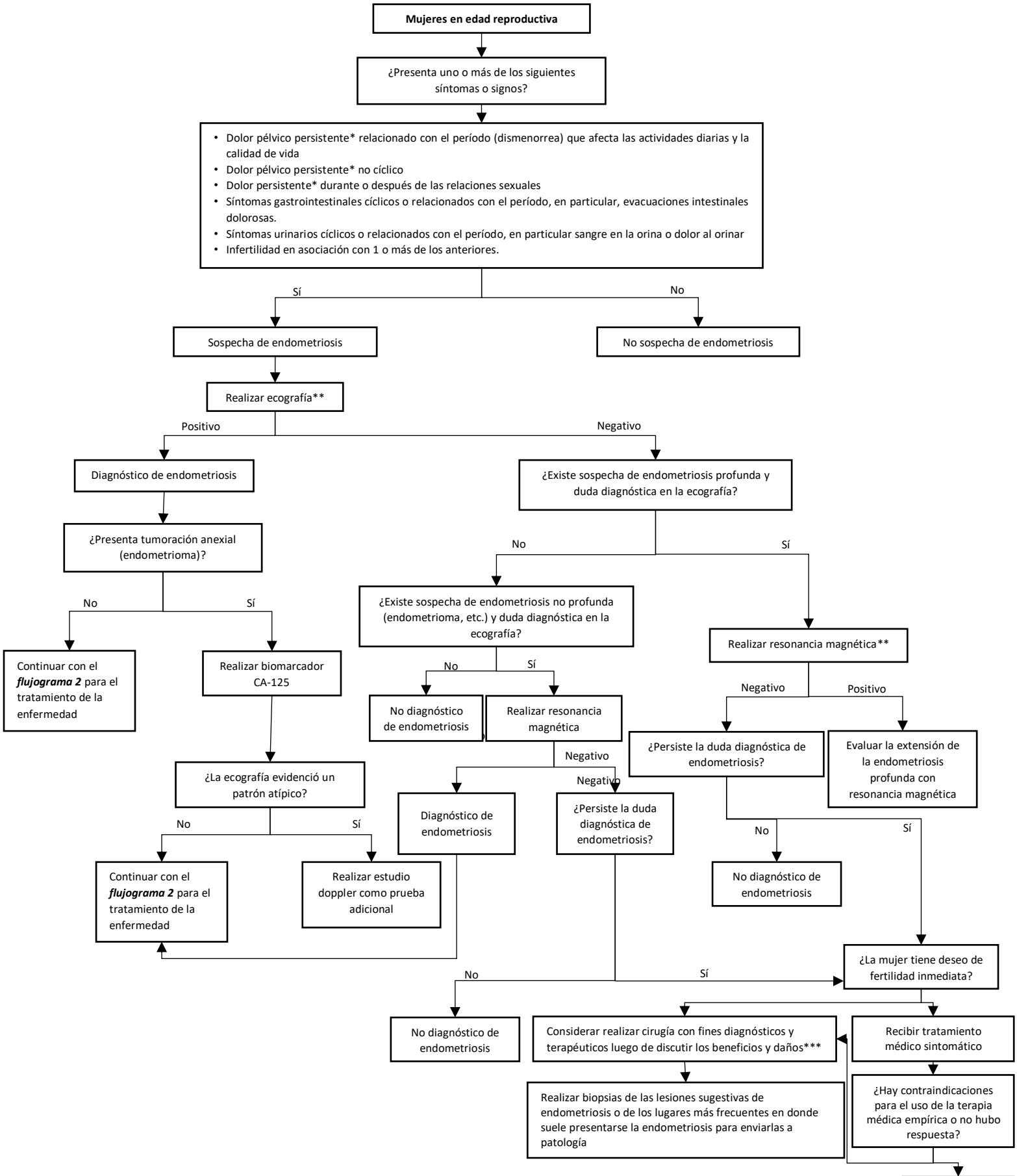
• Enfermedad invasiva grave del intestino, la vejiga, los uréteres o los nervios pélvicos		
En mujeres sin deseo de gestación inmediata, se indicará anticonceptivos orales combinados o de solo progestina a largo plazo después de la cirugía.	**BPC**	
En mujeres con diagnóstico de endometriosis (superficial o profunda) o endometrioma con indicación de cirugía, se debería usar la técnica de escisión.	**BPC**	
En mujeres con diagnóstico de endometriosis y hallazgos de endometriosis profunda, la decisión de realizar intervención quirúrgica debe ser tomada de manera conjunta con la paciente, teniendo en cuenta que la complejidad de la cirugía incrementa los riesgos. Si se decide realizar la cirugía, se priorizará la técnica más conservadora, es decir, la escisión, en lugar de resección intestinal, dependiendo del tamaño de la lesión y multifocalidad.	**BPC**	
En mujeres con endometrioma de ovario, se debe realizar una cistectomía en lugar de drenaje y coagulación.	**BPC**	

* Recomendación basada en evidencias, (R) o buenas prácticas clínicas (BPC) basadas en consenso.

** La certeza de la evidencia solo se establece para las recomendaciones, mas no para las BPC.

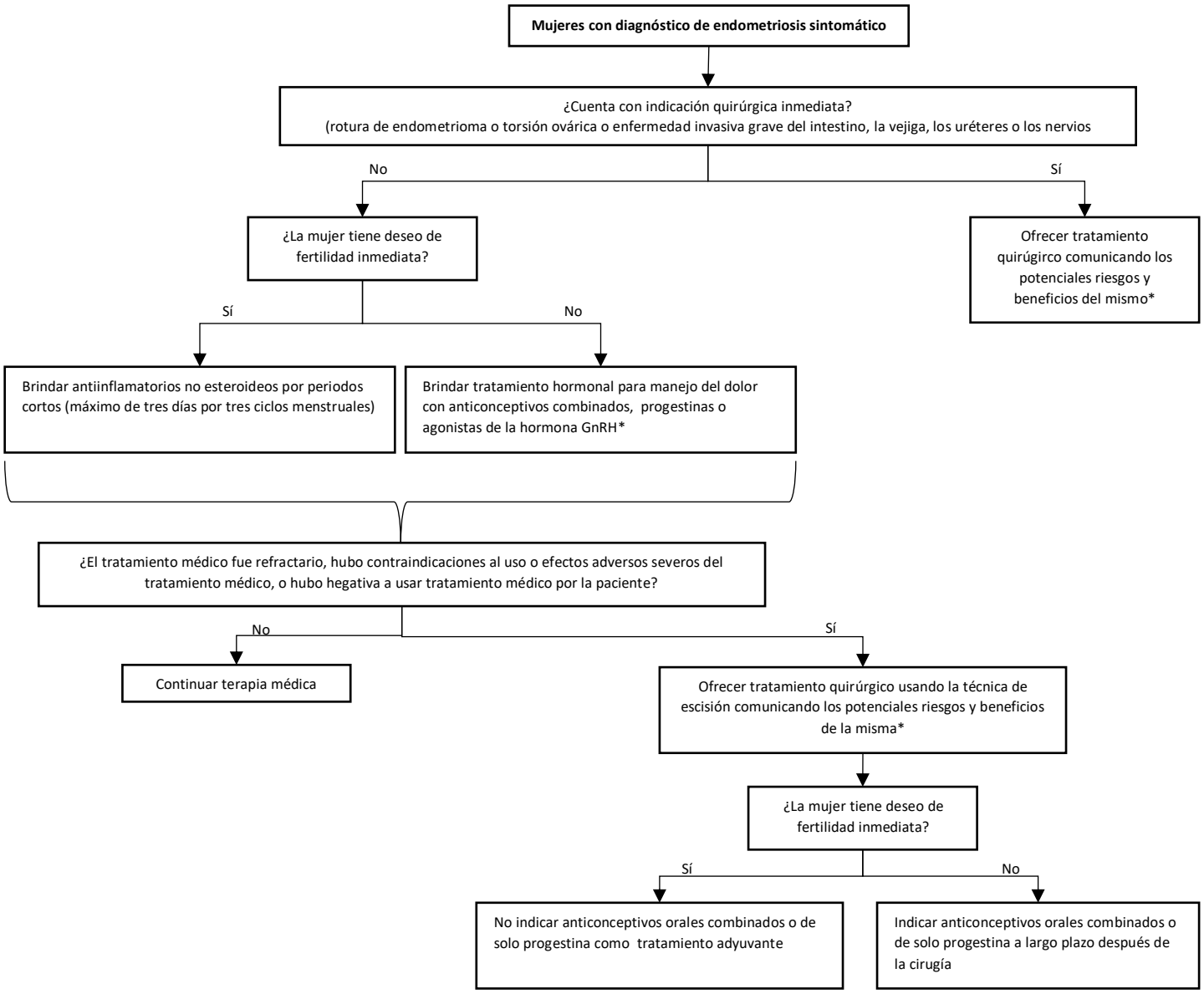
Flujogramas

Flujograma 1. Flujograma para el diagnóstico de endometriosis



**Se define como dolor persistente al dolor que se presenta por más de 6 meses*
*** Utilizar una escala de clasificación para la descripción morfológica mediante la ecografía y resonancia magnética de la endometriosis en la planificación pre-quirúrgica, priorizando la escala #ENZIAN.*

Flujograma 2. Flujograma para el manejo de la endometriosis



**Se priorizará la laparoscópica como tratamiento quirúrgico, considerando los recursos disponible*