



Ministerio de Sanidad y Consumo

A|E Agencia de Evaluación
I|S de Tecnologías Sanitarias

Instituto
de Salud
Carlos III

ENDOMETRIOSIS

Revisión de la evidencia científica

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)

Instituto de Salud Carlos III

Madrid, noviembre de 2007

ENDOMETRIOSIS.- Revisión de la evidencia científica

Introducción

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial fuera del útero lo que induce una reacción inflamatoria. Es una enfermedad crónica cuya causa se desconoce, aunque se ha comprobado una predisposición genética. Se estima que la endometriosis afecta al 7-15% de las mujeres en edad fértil. Los síntomas de la endometriosis son diversos, en ocasiones con una importante afectación de la calidad de vida, aunque algunas mujeres con la enfermedad podrían no tener síntomas. En general los síntomas son más intensos durante el periodo menstrual. Las pacientes suelen presentar cólicos, dolor abdominal o de espalda, dolor durante y después de las relaciones sexuales, dolor al orinar o defecar, hemorragias y problemas de esterilidad. Se estima que la infertilidad puede alcanzar al 30-40% de las mujeres con la enfermedad. La endometriosis ocurre especialmente en mujeres en edad productiva por lo que las pérdidas de horas de trabajo y las repercusiones económicas pueden resultar relevantes. La enfermedad es estrógeno dependiente, mejorando los síntomas tras la menopausia y durante la gestación. Debido a la gran variedad sintomática y a la conciencia generalizada por parte de las mujeres de que es normal que la menstruación duela, pueden pasar varios años hasta que la endometriosis es diagnosticada.

En relación con el diagnóstico de endometriosis, existen diversos métodos diagnósticos como exploración física, ultrasonidos o TAC, pero actualmente el método diagnóstico definitivo es la laparoscopia que permite la inspección visual de la pelvis.

Hoy día no existe un tratamiento causal de la endometriosis. El tratamiento es sintomático encaminado esencialmente a tratar el dolor y la esterilidad. Se usa terapia hormonal, analgesia, y en casos avanzados métodos quirúrgicos. La endometriosis grave con infiltraciones profundas debe ser tratada en centros especializados. El tratamiento de la endometriosis debe adecuarse a cada paciente y ésta debe participar activamente en la toma de decisiones para el control de su enfermedad. Los grupos de autoayuda proporcionando consejo y ayuda pueden resultar de gran utilidad.

En relación con la endometriosis, existen algunos aspectos relevantes a señalar:

- Aunque la prevalencia de la enfermedad se estima en alrededor del 10%, no existen estudios en España o en otros países de nuestro entorno que confirmen este dato.
- Aunque la endometriosis es un problema de salud frecuente asociado a un importante impacto en la utilización de servicios de salud, existen cuestiones que permanecen sin responder, especialmente en lo que se refiere a dos problemas relacionados con la endometriosis: el dolor y la infertilidad.
- Aunque existen diversas alternativas terapéuticas, médicas y quirúrgicas, persiste la incertidumbre sobre que tipo de pacientes puede beneficiarse de cada una de las alternativas, y de los resultados que se obtienen con dichos tratamientos ya que gran parte de los trabajos elaborados no presenta una alta calidad.

En relación con la evaluación de las tecnologías sanitarias en endometriosis, la AETS del ISCIII no ha realizado ninguna evaluación de las posibles tecnologías empleadas en el manejo de la enfermedad. Dichas tecnologías tampoco han sido objeto de investigación a través de la convocatoria de proyectos de evaluación de tecnologías sanitarias que financia el Instituto de Salud Carlos III, por lo que no existen informes disponibles en este sentido. Sin embargo, en la convocatoria de 2007 ha sido financiado un proyecto titulado: "Precisión de la ecografía transrectal y de la ecografía transvaginal asociadas a power doppler color junto a marcadores bioquímicos y de la resonancia magnética para la predicción de la localización de la endometriosis pélvica profunda y de la adenomatosis Eö. El proyecto es de dos años de duración. Se desarrollará en 2008-09 en el hospital Dr. Peset de Valencia.

Objetivo

El objetivo del presente informe es identificar la evidencia científica disponible relacionada con las Guías de Práctica Clínica (GPC) y documentos de revisión sobre el manejo de la endometriosis.

Método

Se ha realizado una búsqueda de GPC en los sitios web de los principales productores y compiladores de estas guías tanto nacionales:

- ✓ Guíasalud
- ✓ Fisterra.

Como internacionales:

- ✓ Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)
- ✓ Alberta Medical Association Clinical Practice Guidelines Programme
- ✓ American College of Physicians
- ✓ Canadian Task Force on Preventive Health Care
- ✓ Clinical Practice Guideline
- ✓ Canadian Medical Association (CMA) INFOBASE. Clinical practice guidelines
- ✓ Guidelines Advisory Committee de la Ontario Medical Association,
- ✓ Guidelines Finder NHS
- ✓ Institute for Clinical Systems Improvement
- ✓ International Network Guidelines (G-I-N)
- ✓ National Guideline Clearinghouse, New Zealand Guidelines Group,
- ✓ National Health and Medical Research Council (NHMRC)
- ✓ National Library for Health
- ✓ NHMRC Guidelines Group
- ✓ Primary Care Clinical Practice, Universidad de California
- ✓ Royal College of Physicians (RCP) Guidelines
- ✓ Scottish Intercollegiate Guidelines Network
- ✓ Trip database
- ✓ UK National Institute for Clinical Excellence (NICE)
- ✓ United States Preventive Services Task Force (USPSTF).

Igualmente, se ha realizado una búsqueda general utilizando los principales motores de búsqueda (Google, Yahoo Health). También se ha realizado una búsqueda en las bases de datos de MEDLINE (PubMed), la Cochrane Library y el Center for Reviews and Dissemination (CRD), que incluye Health Technology Assessment (HTA) Database, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) y Economic Evaluation Database (NHS EED). Para la búsqueda se utilizó el descriptor MeSH: òEndometriosisö.

Resultados

Las GPC más relevantes encontradas sobre endometriosis son las siguientes:

- ADAEC. *Endometriosis: Documento de consenso S.E.G.O. La voz digital [periódico digital] 2007. [acceso el 11 de mayo de 2007]. Disponible en: <http://blogs.lavozdigital.es/index.php?blog=399&cat=519>.*

Documento de consenso elaborado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, y difundido por algunas asociaciones de mujeres afectadas de endometriosis. Es la única guía encontrada en castellano con recomendaciones sobre la enfermedad. El documento resulta de interés aunque se centra exclusivamente en la endometriosis en los extremos de la vida reproductiva: 1) endometriosis en las dos primeras décadas de la vida, y 2) endometriosis al final de la vida reproductiva.

- NHS. *National Library for Health. Endometriosis [internet]. Newcastle upon Tyne: NHS; 2005. Prodigy Guidance. [acceso el 24 de mayo de 2007]. Disponible en: http://cks.library.nhs.uk/endometriosis/view_whole_guidance.*

Guía clínica dirigida a los profesionales de atención primaria del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra. Es una guía amplia sobre el tratamiento de la endometriosis en cavidad abdominal. Plantea dos escenarios: sospecha de endometriosis, y endometriosis confirmada. La Guía incluye un capítulo con información detallada sobre la enfermedad que resulta de gran interés.

- *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The investigation and management of endometriosis. London: RCOG; 2006. Green-top Guideline No. 24.*

Esta guía editada en 2000 y reeditada en 2006, es una de las más citadas. Va dirigida a clínicos y proporciona información basada en la mejor evidencia disponible sobre el diagnóstico y el tratamiento de la endometriosis. Clasifica los niveles de evidencia y establece tres niveles de recomendaciones, según los niveles de la evidencia.

- *European Society for Human reproduction (ESHRE). Guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. [acceso el 31 de mayo de 2007]. Disponible en: www.endometriosis.org/guidelines.html. Publicado en Human Reproduction, 2005; 20(10):2698-2704.*

GPC disponible en Internet y con actualizaciones periódicas, la última a junio de 2006. Producida por la European Society for Human reproduction and Embryology

(ESHRE) Special Interest group for Endometriosis and the Endometrium Guideline Development Group. El objetivo de la guía es desarrollar recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad y sus síntomas asociados. La guía incluye enlaces a la evidencia científica en la que está basada, y a referencias y abstracts de interés.

- *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Medical management of endometriosis. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 1999 Dec. 14 p. (ACOG practice bulletin; no. 11).*

Esta GPC está actualizada a diciembre de 2004. Va dirigida a médicos clínicos y pretende servir de ayuda en la toma de decisiones. El objetivo de la guía es presentar la evidencia, incluyendo riesgos y beneficios, de la efectividad del tratamiento médico en las mujeres con síntomas causados por la endometriosis. Establece tres niveles de recomendaciones dependiendo de la calidad de la evidencia científica.

- *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. Ottawa: SOGC; 2005. SOGC Clinical Practice Guidelines No 164.*

Guía clínica que aunque no es específica de la endometriosis resulta de interés e incluye algunas recomendaciones sobre la enfermedad. La guía pretende ayudar a conocer mejor el dolor pélvico crónico y servir de ayuda a profesionales de atención primaria, obstetras, ginecólogos y especialistas en dolor crónico.

- *National Institute for Health and Clinical Excellence. Laparoscopic helium plasma for the treatment of endometriosis. 2006; 2.*

Recomendaciones sobre el *Laparoscopic helium plasma* en el tratamiento de la endometriosis basadas en una completa revisión de la evidencia científica sobre la eficacia y seguridad del procedimiento. Los autores concluyen que, aunque los riesgos no son un factor relevante, existen dudas sobre la eficacia del procedimiento por lo que debería llevarse a cabo en condiciones de supervisión / investigación, con el adecuado entrenamiento del médico, y el consentimiento informado del paciente.

- *Trip database. Trip evidence reviews. [acceso el 21 de noviembre de 2007]. Disponible en. <http://endometriosis.blog.tripdatabase.com/>*

Se trata de un Blog que contienen información sobre hallazgos recientes de la endometriosis. Incluye GPC, revisiones, estudios, nuevos avances, e información para pacientes. La información recogida en esta página aunque no exhaustiva resulta de interés. La última actualización es de 3 de mayo de 2007.

Las revisiones sistemáticas o documentos de revisión más relevantes encontrados en relación con la endometriosis son los siguientes:

- *Prentice A, Deary AJ, Bland E. Progestagens and anti-progestagens for pain associated with endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 2.*

En esta revisión los autores encuentran que el tratamiento con progestágenos y antiprogestágenos puede ayudar a reducir el dolor asociado a la endometriosis.

- *Hughes E, Fedorkow D, Collins J, Vandekerckhove P. Ovulation suppression for endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3.*

En esta revisión los autores concluyen que no hay suficiente evidencia sobre el cese de la ovulación para mejorar los problemas de fertilidad asociados a la endometriosis.

- *Sagsveen M, Farmer JE, Prentice A, Breeze A. Gonadotrophin-releasing hormone analogues (GnRHAs) for endometriosis: bone mineral density. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4.*

Los autores encuentran que la terapia hormonal sustitutiva y el danazol frenan la pérdida de densidad ósea en mujeres con tratamiento con GnRHAs por endometriosis.

- *Jacobson TZ, Barlow DH, Garry R, Koninckx P. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4.*

En esta revisión los autores encuentran que la cirugía laparoscópica puede ser efectiva en el tratamiento del dolor pélvico en la endometriosis de ligera a moderada, aunque como los datos encontrados son limitados, los resultados deben ser interpretarlos con cautela.

- *Jacobson TZ, Barlow DH, Koninckx PR, Olive D, Farquhar C. Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 4.*

En esta revisión los autores encuentran que la cirugía laparoscópica puede mejorar las posibilidades de gestación en la endometriosis de ligera a moderada, aunque debido a las limitaciones metodológicas se precisa más investigación.

- *Allen C, Hopewell S, Prentice A. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4.*

En esta revisión los autores encuentran que no hay suficiente evidencia sobre el tratamiento con antiinflamatorios no esteroides como medida para mejorar el dolor asociado a la endometriosis.

- *Abou-Setta AM, Al-Inany HG, Farquhar CM. Levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNG-IUD) for symptomatic endometriosis following surgery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4.*

Los autores concluyen que existe limitada evidencia sobre si el LNG-IUD reduce el dolor tras la cirugía por endometriosis.

- *Selak V, Farquhar C, Prentice A, Singla A. Danazol for pelvic pain associated with endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2007 Issue 4.*

Esta revisión tiene por objetivo evaluar la efectividad del danazol (esteroide sintético que deriva de la etiniltosterona con propiedades antiestrogénicas y débilmente androgénicas), comparándolo con placebo o no tratamiento, para los signos y síntomas diferentes a la infertilidad en mujeres con endometriosis en edad reproductiva. Los autores encuentran que el danazol mejora el dolor asociado a la endometriosis y que la mejoría persiste después de seis meses de haber acabado el tratamiento. Sin embargo, su uso debe ser limitado por los efectos adversos androgénicos asociados.

- *Davis L, Kennedy SS, Moore J, Prentice A. Modern combined oral contraceptives for pain associated with endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2007, Issue 3.*

En esta revisión, los autores encuentran que no existe suficiente evidencia sobre el papel de los anticonceptivos orales para mejorar el dolor de las mujeres con endometriosis en comparación con otros tratamientos. Se necesitan más estudios con un diseño adecuado.

- *Hughes E, Brown J, Collins JJ, Farquhar C, Fedorkow DM, Vandekerckhove P. Ovulation suppression for endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2007, Issue 3.*

Esta revisión tiene por objetivo evaluar la efectividad de los anovulatorios, incluidos danazol, progestinas y anticonceptivos orales, en el tratamiento de la infertilidad asociada a la endometriosis. Los autores concluyen que no hay suficiente evidencia sobre si la supresión de la ovulación mejora la fertilidad de mujeres con la enfermedad.

- *Prentice A, Deary AJ, Goldbeck-Wood S, Farquhar C, Smith SK. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis. 1: Cochrane Database Syst Rev. 2007 Issue 2,. Actualización de la revisión publicada en 2000.*

En esta revisión los autores concluyen que los análogos de la hormona gonadotropa en el tratamiento de los síntomas dolorosos de la endometriosis, muestran similares resultados que el no tratamiento, placebo, tratamientos médicos, o intervenciones quirúrgicas específicas. Las diferencias existentes se relacionan con los efectos secundarios de los análogos de la gonadotropina

- *Simsa P, Járási ZE, Fülöp V. Environmental dioxin compounds as the cause of endometriosis and other diseases. Orv Hetil. 2007; 148(37):1745-50.*

El dioxin es una toxina industrial que podría jugar algún papel en el inicio de endometriosis. Los estudios no encuentran diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles en las concentraciones de dioxin en suero.

- *D'Cruz OJ, Uckun FM. Targeting mast cells in endometriosis with janus kinase 3 inhibitor, JANEX-1. Am J Reprod Immunol. 200; 58(2):75-97.*

Los autores concluyen que los inhibidores JAK3, especialmente JANEX-1, pueden ser útiles para prevenir o para aliviar los síntomas de la endometriosis. Son transductores intracelulares usados por hormonas, factores de crecimiento, o citoquinas, entre otros.

- *Di W, Guo SW. Curr Opin Obstet Gynecol. The search for genetic variants predisposing women to endometriosis. 2007; 19(4):395-401.*

La búsqueda de variantes genéticas que predisponen a endometriosis genera un gran interés, aunque la patogenia hasta el momento se desconoce. Son necesarios estudios epidemiológicos con un diseño sólido.

- *Ghezzi F, Cromi A, Bergamini V, Bolis P. Management of ureteral endometriosis: areas of controversy. Curr Opin Obstet Gynecol. 2007;19(4):319-24.*

Los autores mantienen que la ureterolisis laparoscópica puede ser una opción eficaz en el tratamiento de las pacientes con endometriosis ureteral.

- *Darai E, Bazot M, Rouzier R, Houry S, Dubernard G. Outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. Curr Opin Obstet Gynecol. 2007;19(4):308-13.*

Los autores mantienen que la resección laparoscópica colorrectal en mujeres con endometriosis colorrectal puede ser una alternativa adecuada a la laparotomía.

- *Ball E, Byrne H, Davis C. The value of two-step operative laparoscopy with interval pituitary suppression in the treatment of infertility caused by severe endometriosis. Curr Opin Obstet Gynecol. 2007;19(4):303-7.*

Los autores encuentran que la supresión de la glándula pituitaria mediante análogos de la hormona gonadotropa, reduce el grado de endometriosis, lo que facilita la cirugía de la endometriosis severa.

- *Tariverdian N, Theoharides TC, Siedentopf F, Gutiérrez G, Jeschke U, Rabinovich GA, Blois SM, Arck PC. Neuroendocrine-immune disequilibrium and endometriosis: an interdisciplinary approach. Semin Immunopathol 2007;29(2):193-210.*

Los autores mantienen que las respuestas inmunes y neuroendocrinas inadecuadas están implicadas perceptiblemente en la fisiopatología de la endometriosis.

- *Brouwer R, Woods RJ. Rectal endometriosis: results of radical excision and review of published work. ANZ J Surg. 2007;77(7):562-71.*

Los autores mantienen que la endometriosis de recto puede ser tratada con éxito mediante la resección segmentaria del recto con baja morbilidad y recurrencia.

- *Clement PB. The pathology of endometriosis: a survey of the many faces of a common disease emphasizing diagnostic pitfalls and unusual and newly appreciated aspects. Adv Anat Pathol. 2007;14(4):241-60*

Los autores mantienen que el diagnóstico histológico de la endometriosis resulta complicado cuando la enfermedad afecta a un sitio inusual. Es importante distinguirla del carcinoma endometrial o de carcinomas de otras localizaciones. La endometriosis se puede presentar también con otros procesos, como leiomiomatosis o gliomatosis peritoneal, dando por resultado un aspecto histológico potencialmente confuso.

- *Simoens S, Hummelshoj L, D'Hooghe T. Endometriosis: cost estimates and methodological perspective. Hum Reprod Update. 2007; 13(4):395-404.*

Los costes anuales de endometriosis en asistencia sanitaria y los producidos por pérdida de la productividad se han estimado en \$2801 y \$1023 por paciente, respectivamente. Estos costes son considerablemente más altos que los relacionados con la enfermedad de Crohn o con la jaqueca.

- *Wieser F, Cohen M, Gaeddert A, Yu J, Burks-Wicks C, Berga SL, Taylor RN. Evolution of medical treatment for endometriosis: back to the roots? Hum Reprod Update. 2007 Sep-Oct; 13(5):487-99.*

En esta revisión los autores destacan los mecanismos antiinflamatorios y de alivio del dolor de las hierbas medicinales en la endometriosis, aunque faltan ensayos clínicos sobre la eficacia de estos tratamientos.

- *Remorgida V, Ferrero S, Fulcheri E, Ragni N, Martin DC. Bowel endometriosis: presentation, diagnosis, and treatment. Obstet Gynecol Surv. 2007;62(7):461-70.*

Los autores mantienen que el aspecto variado de la endometriosis intestinal hace que resulte de difícil diagnóstico, siendo el tratamiento quirúrgico el de elección en pacientes sintomáticos.

- *Bahamondes L, Petta CA, Fernandes A, Monteiro I. Use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in women with endometriosis, chronic pelvic pain and dysmenorrhea. Contraception. 2007;75(6 Suppl)*

Los autores concluyen que la utilización de levonorgestrel intrauterino es una alternativa terapéutica en mujeres con endometriosis, adenomiosis, dolor pélvico crónico o dismenorrea, pero la experiencia es limitada. Se necesitan estudios a largo plazo para alcanzar conclusiones definitivas.

- *Tavmergen E, Ulukus M, Goker EN. Long-term use of gonadotropin-releasing hormone analogues before IVF in women with endometriosis. Curr Opin Obstet Gynecol. 2007;19(3):284-8.*

Los autores concluyen que las mujeres con endometriosis con esterilidad pueden beneficiarse antes de la reproducción asistida del tratamiento con análogo de la hormona gonadotropa, aumentando la fecundación y por lo tanto la tasa de embarazo.

- *Vigano P, Somigliana E, Vignali M, Busacca M, Blasio AM. Genetics of endometriosis: current status and prospects. Front Biosci. 2007; 12:3247-55.*

Los estudios sobre los factores genéticos de la endometriosis han demostrado que la herencia de la enfermedad puede ser similar a otras enfermedades genéticas complejas. Se necesitan más estudios en relación con los aspectos genéticos de la enfermedad.

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos en el presente informe muestran que existen GPC sobre endometriosis con recomendaciones de interés para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, no hemos encontrado una GPC exhaustiva realizada en nuestro medio. Existen, igualmente, revisiones en relación con la endometriosis, aunque la mayoría sobre la efectividad de las distintas opciones terapéuticas en los síntomas fundamentales de la enfermedad: dolor e infertilidad. Observamos que en ocasiones los

resultados presentan limitaciones bien porque los datos son escasos o por la baja calidad de los estudios. Algunas revisiones recientes abordan otros aspectos en relación con la endometriosis como el abordaje de la endometriosis grave o en localizaciones poco habituales, o factores etiológicos de la enfermedad con resultados por el momento poco concluyentes.

En relación con al endometriosis, consideramos que sería de interés valorar la conveniencia o no de realizar una GPC adaptada a nuestro medio. La selección de los temas o patologías más adecuados para desarrollar una GPC en cada Sistema de Salud puede realizarse con distintos criterios. Un conjunto interesante de criterios es el que utiliza el Centro de Guías de Práctica Clínica de Nueva Zelanda (New Zealand Guidelines Group), y que se exponen a continuación:

1. El tema debe ser clínicamente relevante y afectar a una importante cantidad de personas con elevada morbilidad y/o mortalidad (*burden of illness*).
2. El tema debe ser complejo y debe existir controversia en relación con el establecimiento de recomendaciones.
3. Hay variabilidad en la práctica clínica con diferencias entre el tratamiento habitual y el recomendable.
4. Ausencia de GPC válidas y adecuadas para su uso en el medio en el que se quieren aplicar.
5. La evidencia científica disponible es suficiente como para desarrollar una GPC.
6. Las recomendaciones que emanen de la GPC pueden ser asumidas y aceptadas por sus usuarios.
7. Es posible implementar la GPC.

En relación con el primer criterio (*burden of illness*), es evidente que la endometriosis afecta a un importante número de mujeres, y puede originar un deterioro importante en la calidad de vida. La enfermedad tiene repercusiones físicas, psíquicas y sociales. Al afectar especialmente a mujeres en edad productiva, las pérdidas de horas de trabajo y

las repercusiones económicas resultan relevantes. La infertilidad es un problema asociado importante que afecta al 30-40% de las mujeres con la enfermedad.

En relación con el segundo criterio, la endometriosis resulta un proceso complejo y suele existir confusión sobre todo en el tratamiento inicial de estas pacientes. Existe debate sobre la eficacia de los diferentes abordajes médicos y quirúrgicos de la enfermedad.

En relación con el tercer criterio, se considera que existe una importante variabilidad en la práctica clínica de la endometriosis. La enfermedad puede ser tratada por especialistas distintos como médicos de atención primaria, ginecólogos o especialistas en dolor crónico. Dadas las características de la enfermedad, los síntomas suelen ser malinterpretados por lo que el retraso en el diagnóstico suele ser la norma.

En cuanto al cuarto criterio, la búsqueda realizada para elaborar este informe ha identificado una única guía en español, documento de consenso, elaborado por la SEGO y difundido por ADAEC con recomendaciones sobre la endometriosis. Es un documento de interés pero centrado en la endometriosis en los extremos de la vida reproductiva. En el ámbito internacional, por el contrario, se han identificado documentos que, aunque no se han evaluado rigurosamente para la elaboración de este informe, pueden ser calificados como GPC. En general estas guías pretenden servir de ayuda a los clínicos en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Por tanto, en España no parecen existir GPC sobre endometriosis válidas, completas y adecuadas a nuestro medio.

En relación con el quinto criterio se han identificado revisiones sistemáticas que resumen evidencias científicas sobre la endometriosis. Igualmente, en los últimos años se han publicado estudios primarios relacionados con diversos aspectos de la enfermedad y se han puesto en marcha algunos ensayos clínicos. No obstante, sería necesario revisar de forma sistemática la evidencia científica para poder valorar adecuadamente este criterio.

En cuanto a los criterios sexto y séptimo, en relación con la aceptación y posibilidades de implementación de la de la GPC, ello dependería de los profesionales diana a los que se vaya dirigido el documento, la metodología utilizada, y las medidas que establezcan las distintas administraciones sanitarias. En general, consideramos que los obstetras y ginecólogos pueden ser grandes beneficiarios del desarrollo de una GPC sobre la endometriosis, pero resultaría también de especial interés en el ámbito de atención primaria. Los profesionales de atención primaria son la puerta de acceso al sistema y, dadas las características de la endometriosis, las consultas son frecuentes, con una amplia variabilidad de tratamiento y medios diagnósticos utilizados, y de referencia a especialistas.

En conclusión, consideramos que el desarrollo de una GPC sobre endometriosis basada en la mejor evidencia disponible y adaptada a nuestro medio, podría ser de interés y beneficiosa para los profesionales sanitarios implicados y las mujeres afectadas por la enfermedad. Las revisiones existentes sobre endometriosis abordan especialmente el tratamiento sintomático de la enfermedad, con resultados en ocasiones poco concluyentes. Consideramos que la investigación sobre la endometriosis debería ser potenciada.

Bibliografía

1. Abou-Setta AM, Al-Inany HG, Farquhar CM. Levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNG-IUD) for symptomatic endometriosis following surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4.
2. ADAEC. Endometriosis: Documento de consenso S.E.G.O. *La voz digital* [periódico digital] 2007. [acceso el 11 de mayo de 2007]. Disponible en: <http://blogs.lavozdigital.es/index.php?blog=399&cat=519>.
3. Allen C, Hopewell S, Prentice A. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Medical management of *endometriosis*. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 1999 Dec. 14 p. (ACOG practice bulletin; no. 11).
5. Bahamondes L, Petta CA, Fernandes A, Monteiro I. Use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in women with endometriosis, chronic pelvic pain and dysmenorrhoea. *Contraception*. 2007; 75(6 Suppl).
6. Ball E, Byrne H, Davis C. The value of two-step operative laparoscopy with interval pituitary suppression in the treatment of infertility caused by severe endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007; 19(4):303-7.
7. Brouwer R, Woods RJ. Rectal endometriosis: results of radical excision and review of published work. *ANZ J Surg*. 2007; 77(7):562-71.
8. Clement PB. The pathology of endometriosis: a survey of the many faces of a common disease emphasizing diagnostic pitfalls and unusual and newly appreciated aspects. *Adv Anat Pathol*. 2007; 14(4):241-60.
9. Daraï E, Bazot M, Rouzier R, Houry S, Dubernard G. Outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007; 19(4):308-13.
10. Davis L, Kennedy SS, Moore J, Prentice A. Modern combined oral contraceptives for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews* 2007, Issue 3.
11. D'Cruz OJ, Uckun FM. Targeting mast cells in endometriosis with janus kinase 3 inhibitor, JANEX-1. *Am J Reprod Immunol*. 2007; 58(2):75-97.
12. Di W, Guo SW. *Curr Opin Obstet Gynecol*. The search for genetic variants predisposing women to endometriosis. 2007; 19(4):395-401.
13. Endometriosis.org [Sede web]. [Acceso 11 de mayo de 2007 y 21 noviembre de 2007]. Disponible en <http://www.endometriosis.org>.

14. European Society for Human reproduction (ESHRE). Guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. [Acceso el 31 de mayo de 2007]. Disponible en: www.endometriosis.org/guidelines.html. Publicado en Human Reproduction, 2005; 20(10):2698-2704.
15. Ghezzi F, Cromi A, Bergamini V, Bolis P. Management of ureteral endometriosis: areas of controversy. Curr Opin Obstet Gynecol. 2007; 19(4):319-24.
16. Hughes E, Brown J, Collins JJ, Farquhar C, Fedorkow DM, Vandekerckhove P. Ovulation suppression for endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2007, Issue 3.
17. Hughes E, Fedorkow D, Collins J, Vandekerckhove P. Ovulation suppression for endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3.
18. Jacobson TZ, Barlow DH, Garry R, Koninckx P. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4.
19. Jacobson TZ, Barlow DH, Koninckx PR, Olive D, Farquhar C. Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 4.
20. National Institute for Health and Clinical Excellence. Laparoscopic helium plasma for the treatment of endometriosis. 2006; 2.
21. New Zealand Guidelines Group. Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines. Wellington: New Zealand Guidelines Group, 2001.
http://www.nzgg.org.nz/download/files/nzgg_guideline_handbook.pdf?
22. NHS. National Library for Health. Endometriosis [internet]. Newcastle upon Tyne: NHS; 2005. Prodigy Guidance. [acceso el 24 de mayo de 2007]. Disponible en: http://cks.library.nhs.uk/endometriosis/view_whole_guidance.
23. Prentice A, Deary AJ, Bland E. Progestagens and anti-progestagens for pain associated with endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 2.
24. Prentice A, Deary AJ, Goldbeck-Wood S, Farquhar C, Smith SK. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis. 1: Cochrane Database Syst. Rev. 2007, Issue 2.
25. Remorgida V, Ferrero S, Fulcheri E, Ragni N, Martin DC. Bowel endometriosis: presentation, diagnosis, and treatment. Obstet Gynecol Surv. 2007; 62(7):461-70.

26. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The investigation and management of endometriosis. London: RCOG; 2006. Green-top Guideline No. 24.
27. Sagsveen M, Farmer JE, Prentice A, Breeze A. Gonadotrophin-releasing hormone analogues (GnRHAs) for endometriosis: bone mineral density. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4.
28. Selak V, Farquhar C, Prentice A, Singla A. Danazol for pelvic pain associated with endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2007 Issue 4.
29. Simoens S, Hummelshoj L, D'Hooghe T. Endometriosis: cost estimates and methodological perspective. Hum Reprod Update. 2007; 13(4):395-404.
30. Simsa P, Járási ZE, Fülöp V. Environmental dioxin compounds as the cause of endometriosis and other diseases. Orv Hetil. 2007; 148(37):1745-50.
31. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. Ottawa: SOGC; 2005. SOGC Clinical Practice Guidelines No 164.
32. Tariverdian N, Theoharides TC, Siedentopf F, Gutiérrez G, Jeschke U, Rabinovich GA, Blois SM, Arck PC. Neuroendocrine-immune disequilibrium and endometriosis: an interdisciplinary approach. Semin Immunopathol 2007; 29(2):193-210.
33. Tavmergen E , Ulukus M, Goker EN. Long-term use of gonadotropin-releasing hormone analogues before IVF in women with endometriosis. Curr Opin Obstet Gynecol. 2007; 19(3):284-8.
34. Trip database. Trip evidence reviews. [Acceso el 21 de noviembre de 2007]. Disponible en <http://endometriosis.blog.tripdatabase.com/>.
35. Viganò P, Somigliana E, Vignali M, Busacca M, Blasio AM. Genetics of endometriosis: current status and prospects. Front Biosci. 2007; 12:3247-55.
36. Wieser F, Cohen M, Gaeddert A, Yu J, Burks-Wicks C, Berga SL, Taylor RN. Evolution of medical treatment for endometriosis: back to the roots? Hum Reprod Update. 2007; 13(5):487-99.