

DOI: 10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.4-11

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1810>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 4-11







Factores de riesgo predisponente de endometriosis

Predisposing risk factors for endometriosis

Predisposição dos factores de risco para endometriose

Carla María Araujo Egas¹; Karen Michel Revelo Benavides²; Lilian Carolina Chicaiza López³; Daniela Estefanía Medina Altamirano⁴

RECIBIDO: 11/07/2022 **ACEPTADO:** 03/09/2022 **PUBLICADO:** 01/10/2022

1. Médica Cirujana; Hospital de las Fuerzas Armadas N°.1; Quito, Ecuador; carlmari94@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-4992-0724>
2. Médico Cirujana; Centro de Atención Ambulatorio Especializado Psiquiátrico; Quito, Ecuador; karenrevelo7091@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-5064-0116>
3. Médico General; Cursando Maestría en Salud y Seguridad Ocupacional con Mención en Riesgos Laborales; Ambato, Ecuador; lilianchicaiza29@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-4625-5618>
4. Médico Cirujana; Cursando Maestría en Gerencia Hospitalaria y Administración de Hospitales; Ambato, Ecuador; danielamedina.altamirano27@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-3659-9444>

CORRESPONDENCIA

Carla María Araujo Egas

carlmari94@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La endometriosis se caracteriza por la presencia anormal de fragmentos del endometrio en el exterior del útero. El endometrio es el tejido que recubre la cavidad uterina, cuando el óvulo no es fecundado, el endometrio se necrosa y es eliminado durante la menstruación para luego ser renovado. Cuando este tejido se desarrolla por fuera del útero, no puede ser evacuado y provoca manifestaciones de la enfermedad. La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Factores de riesgo predisponente de endometriosis. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, Science direct, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis. Como se ha podido leer en esta investigación, hay varios factores de riesgo que predisponen la aparición de la endometriosis, los primeros están asociados a la edad y la tardanza de las mujeres en quedar embarazadas, ya que se asocia el embarazo un factor protector contra esta patología, el segundo componente está asociado a procesos hereditarios y genéticos en base al cromosoma 7p15.2 en mujeres europeas y mujeres con afectación de endometriosis en primer grado, un tercer componente está asociado a la exposición de productos químicos derivados de hidrocarburos y contaminantes ambientales, dioxinas que tiene efectos en los sistemas reproductivos, inmunes y endocrinos, por nombrar los más importantes.

Palabras clave: Endometrio, Toxinas, Reproductiva, Factores, Riesgo.

ABSTRACT

Endometriosis is characterized by the abnormal presence of fragments of the endometrium outside the uterus. The endometrium is the tissue that lines the uterine cavity, when the ovum is not fertilized, the endometrium becomes necrotic and is eliminated during menstruation to be later renewed. When this tissue develops outside the uterus, it cannot be evacuated and causes manifestations of the disease. The methodology used for this research work is part of a bibliographic review of documentary type, since we are going to deal with issues raised at a theoretical level such as predisposing risk factors for endometriosis. The technique for data collection is made up of electronic materials, the latter such as Google Scholar, PubMed, Science direct, among others, relying for this on the use of descriptors in health sciences or MESH terminology. The information obtained here will be reviewed for further analysis. As has been read in this research, there are several risk factors that predispose the appearance of endometriosis, the first are associated with age and the delay of women in becoming pregnant, since pregnancy is associated with a protective factor against this pathology, the second component is associated with hereditary and genetic processes based on chromosome 7p15.2 in European women and women affected by endometriosis in the first degree, a third component is associated with exposure to chemical products derived from hydrocarbons and environmental contaminants, dioxins that have effects on the reproductive, immune and endocrine systems, to name the most important.

Keywords: Endometrium, Toxins, Reproductive, Factors, Risk.

RESUMO

A endometriose é caracterizada pela presença anormal de fragmentos do endométrio fora do útero. O endométrio é o tecido que reveste a cavidade uterina, quando o óvulo não é fertilizado, o endométrio torna-se necrótico e é eliminado durante a menstruação para ser posteriormente renovado. Quando este tecido se desenvolve fora do útero, não pode ser evacuado e provoca manifestações da doença. A metodologia utilizada para este trabalho de investigação faz parte de uma revisão bibliográfica de tipo documental, uma vez que vamos tratar de questões levantadas a um nível teórico, tais como factores de risco predisponentes para a endometriose. A técnica de recolha de dados é constituída por materiais electrónicos, estes últimos como Google Scholar, PubMed, Science direct, entre outros, apoiando-se para tal na utilização de descritores em ciências da saúde ou na terminologia do MESH. A informação aqui obtida será revista para uma análise mais aprofundada. Como foi lido nesta investigação, existem vários factores de risco que predispõem o aparecimento da endometriose, o primeiro está associado à idade e ao atraso da mulher em engravidar, uma vez que a gravidez está associada a um factor de protecção contra esta patologia, o segundo componente está associado a processos hereditários e genéticos baseados no cromossoma 7p15. 2 em mulheres europeias e mulheres afectadas pela endometriose no primeiro grau, um terceiro componente está associado à exposição a produtos químicos derivados de hidrocarbonetos e contaminantes ambientais, dioxinas que têm efeitos sobre os sistemas reprodutivo, imunitário e endócrino, para citar os mais importantes.

Palavras-chave: Endométrio, Toxinas, Reprodutivo, Factores, Risco.

Introducción

La endometriosis se caracteriza por la presencia anormal de fragmentos del endometrio en el exterior del útero. El endometrio es el tejido que recubre la cavidad uterina, cuando el óvulo no es fecundado, el endometrio se necrosa y es eliminado durante la menstruación para luego ser renovado. Cuando este tejido se desarrolla por fuera del útero, no puede ser evacuado y provoca manifestaciones de la enfermedad. (Herrera Tutivén, 2016)

Esta enigmática enfermedad está influenciada por múltiples factores genéticos, am-

bientales y epidemiológicos. Afecta 6–10% de las mujeres en edad reproductiva y se ha encontrado en pacientes premenáuricas y postmenopáusicas. La edad promedio en el momento del diagnóstico es de aproximadamente 28 años. Varias afecciones muestran mayor concordancia con la endometriosis. Por ejemplo, la endometriosis está presente en 21–47% de las mujeres que presentan subfertilidad y en 71–87% de aquellas que sufren dolor pélvico crónico. Otros factores relacionados con mayor prevalencia son el bajo índice de masa corporal y el consumo de alcohol, así como ciertos fenotipos como las pecas y los nevus. (Falcone & Flyckt, 2018)

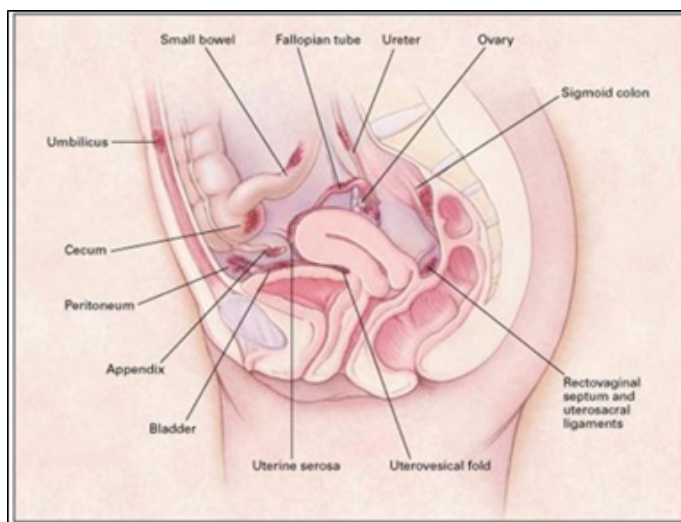


Imagen 1. Ubicaciones de la endometriosis.

Nota: adaptado de “Endometriosis y salud reproductiva, ¿Un problema para las mujeres?”, por De Gea Fernández, 2020, Universidad Católica de Murcia.

Las localizaciones más frecuentes son el peritoneo pélvico (endometriosis superficial), el ovario; con una frecuencia de 31-44% en todo el conjunto de las mujeres (en su mayoría presentándose como endometriomas) y el espacio retroperitoneal, pudiendo provocar lesiones parietales de los órganos pélvicos. Para su estudio, se ha propuesto la clasificación de la endometriosis en tres subgrupos o fenotipos, que son: endometriosis superficial peritoneal, endometriomas ováricos y endometriosis profunda. Se habla de esta última estancia cuando se produce una invaginación bajo

el peritoneo, que supere los 5mm de profundidad. (Ulett, 2019)

Se trata de una enfermedad benigna estrógeno dependiente y de evolución crónica. Su etiopatogenia, permanece aún hoy en día no del todo aclarada, manejándose varias teorías que podrían explicar de diversas formas el mecanismo de aparición de los implantes de tejido endometrial más allá de su sitio habitual que es la cavidad endometrial, y que, junto con diversos factores predisponentes, hacen que determinadas pacientes tengan más predisposición a pa-

decer la enfermedad. la Endometriosis puede manifestarse de muy diversas maneras, y aunque la sintomatología más frecuente, se manifiesta en forma de dismenorrea, dolor pélvico, los problemas reproductivos, no es raro encontrarnos desde pacientes totalmente asintomáticas hasta pacientes con gran sintomatología y gran deterioro de su calidad de vida junto con pacientes que cuya expresión clínica depende del órgano afectado. (Muñoz González, 2016)

Se ha identificado que el dolor característico de la endometriosis produce consecuencias negativas a nivel psicológico, fisiológico y social, influyendo en el desarrollo de malestar emocional como la ansiedad y depresión. Sin embargo, las afectaciones de la enfermedad en el individuo parecen estar mediadas por la percepción de la persona sobre su propia enfermedad. Factores como la autoestima, locus de control, apoyo social y satisfacción con su rol social, influyen en dicha percepción. El tratamiento de esta enfermedad bien sea farmacológico o quirúrgico, mejora no sólo el dolor, sino también el funcionamiento físico y psicológico, la vitalidad y la salud en general. Es así como la endometriosis ha mostrado tener

un impacto en la calidad de vida y funcionamiento psicológico de las mujeres que la padecen. (Quintero et al., 2017)

Metodología

La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Factores de riesgo predisponente de endometriosis. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, Science direct, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis.

Resultados

Clasificación

Hay distintos sistemas de clasificación de la enfermedad, que son: Clasificación revisada de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (RASRM), la Clasificación de Enzian y la endometriosis.

PERTONIO	ENDOMETRIOSIS	<1 cm	1-3 cm	>3 cm
	Superficial	1	2	4
	Profunda	2	4	6
OVARIO	D Superficial	1	2	4
	Profunda	4	16	20
	I Superficial	1	2	4
	Profunda	4	16	20
OBSTRUCCIÓN DEL FONDO DE SACO POSTERIOR		Parcial		Completa
		4		40
OVARIO	Adherencias	Rodean menos de un tercio de su diámetro	Rodean de un tercio a dos tercios de su diámetro	Rodean más de dos tercios de su diámetro
	D Laxas	1	2	4
	Densas	4	8	16
	I Laxas	1	2	4
	Densas	4	8	16
TROMPA DE FALOPIO	D Laxas	1	2	4
	Densas	4*	8*	16
	I Laxas	1	2	4
	Densas	4*	8*	16

Imagen 2. Clasificación revisada de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (RASRM)

Nota: adaptado de “Endometriosis y salud reproductiva, ¿Un problema para las mujeres?”, por De Gea Fernández, 2020, Universidad Católica de Murcia

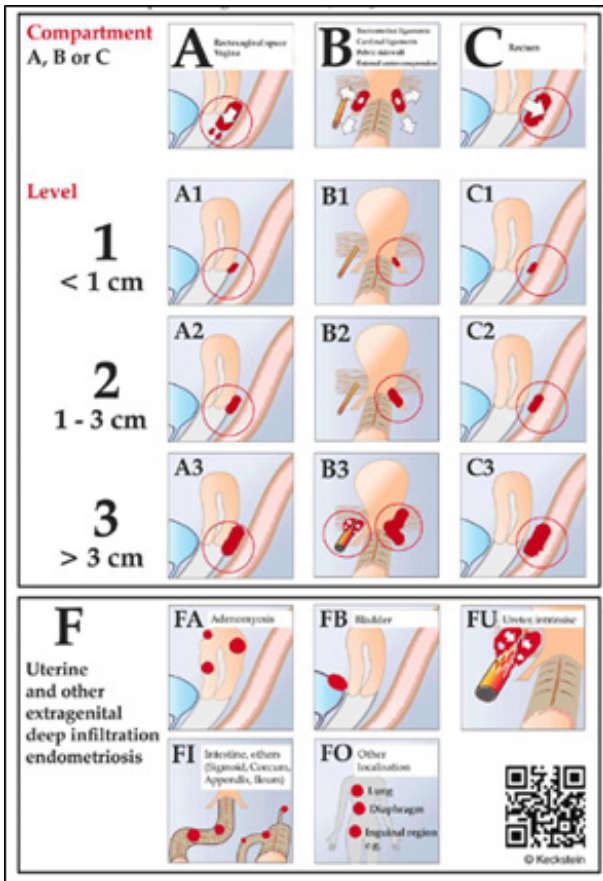


Imagen 3. Clasificación de Enzian.

Nota: adaptado de “Endometriosis y salud reproductiva, ¿Un problema para las mujeres?”, por De Gea Fernández, 2020, Universidad Católica de Murcia.

Clasificación de Enzian: los dibujos de esta clasificación proporcionan al cirujano una ayuda para poder realizar una mejor escanificación de la enfermedad. Esta clasificación hace un abordaje de los compartimentos tanto de la vejiga anterior y uretral posterior. Figura 3 Clasificación de Enzian lateral, así como el compartimento. (De Gea Fernández, 2020)

Diagnóstico

El examen físico de estas mujeres es variado, y los hallazgos que se encuentran dependen de la ubicación y del tamaño de las lesiones. Debido a que la ubicación más frecuente suele ser la parte pélvica, se pueden palpar nódulo en el fórnix posterior, masas anexiales e inmovilidad del cuello uterino. Además, estas pacientes presentan

sensibilidad durante la exploración vaginal. Los estudios de imagen más utilizados para realizar la valoración por endometriosis, son el ultrasonido transvaginal y la resonancia magnética. De estos, el primero se considera como de primera línea, con una sensibilidad aproximadamente del 80% y una especificidad cercana al 90%. Durante un estudio de imagen, se puede encontrar quistes ováricos, conocidos como endometriomas o quiste de chocolate. (Pereira Calvo et al., 2020)

Tratamiento

Tratamiento hormonal

Reduce la estimulación hormonal estrogénica suprimiendo la función ovárica (es óptimo si se consigue amenorrea) disminuyendo así la actividad de los focos endometriósicos. No existe ningún fármaco que sea superior a otro en cuanto a reducción de las lesiones o al índice de recidivas tras el cese del tratamiento por lo que en general, se acepta que el tratamiento de elección debe ser el menos invasivo y el que presente los mínimos riesgos posibles (o los mínimos efectos secundarios). (Sierra Beltrán & Lou Mercadé, 2021)

Tratamiento analgésico

Los analgésicos se deben seleccionar de manera escalonada. El ibuprofeno es el fármaco de elección porque presenta una mejor relación entre riesgos y beneficios. El paracetamol puede ser efectivo, especialmente cuando se usa de manera regular frente al uso ocasional. La codeína, sola o en combinación con el paracetamol, puede ayudar cuando este es insuficiente, especialmente si no se toleran los AINE o están contraindicados. En ocasiones hay que derivar a las pacientes a Unidades del dolor especializadas para un tratamiento más específico. (Sierra Beltrán & Lou Mercadé, 2021)

Anticonceptivos hormonales combinados (AHC)	Consiguen buen control del patrón de sangrado. En pauta continua controlan mejor la dismenorrea.	
Progestágenos y Dispositivo intrauterino con Levonogestrel (DIU-LNG)	De elección cuando existe contraindicación para el uso de estrógenos o cuando los AHC fracasan ya que su mecanismo de acción es diferente.	
Análogos de hormonas liberadoras de gonadotropina	Clásicamente como máximo durante seis meses para evitar sus efectos adversos.	En terapia "add-back" (estrógenos y/o progesterona a la vez que los análogos) se evitan síntomas derivados del hipostrogenismo
Danazol y gestrinona	Suprimen la secreción de gonadotropinas, inhiben directamente la síntesis de esteroides provocando así un medio bajo en estrógenos. Son poco utilizados por sus efectos adversos y contraindicaciones.	

Imagen 4. Tratamiento hormonal en endometriosis.

Nota: adaptado de “Impacto de la endometriosis en la calidad de vida de las mujeres con endometriosis. proyecto internacional para armonización del fenotipo clínico de la endometriosis”, por Sierra Beltrán & Lou Mercadé, 2021, Universidad de Zaragoza.

Analgésicos o Antiinflamatorios	paracetamol, ibuprofeno, dexketoprofeno, metamizol, etc.
Antihiperálgicos	amitriptilina, duloxetina, gabapentina, pregabalina, etc.
Opioides y derivados	codeína, tramadol, morfina, fentanilo, metadona, etc.
Tratamientos intervencionistas	bloqueos nerviosos y neuromodulación
Neuropelviología	nueva disciplina de abordaje del dolor pélvico crónico

Imagen 5. Tratamiento analgésico en endometriosis.

Nota: adaptado de “Impacto de la endometriosis en la calidad de vida de las mujeres con endometriosis. proyecto internacional para armonización del fenotipo clínico de la endometriosis”, por Sierra Beltrán & Lou Mercadé, 2021, Universidad de Zaragoza.

Tratamiento quirúrgico

La indicación de cirugía depende de la sintomatología, teniendo en cuenta que siempre se debe optimizar el tratamiento médico ya que la cirugía no asegura la ausencia de recurrencia. Se busca siempre ser lo menos agresivo posible, sobre todo en mujeres con deseo genésico no cumplido. Ya que no se trata de una cirugía oncológica, si no que el objetivo es quitar el foco de endometriosis preservando la mayor funcionalidad de los órganos, la cirugía debe ser lo menos agresiva posible. En caso de mujeres con deseo genésico cumplido y sintomatología resistente a otros tratamientos se recomienda

realizar una cirugía “radical” lo que supone la exéresis de todas las lesiones visibles, además de histerectomía con o sin ooforectomía uni o bilateral. La vía de abordaje principal es la laparoscopia. (Sierra Beltrán & Lou Mercadé, 2021)

Factores de riesgo

- **Edad:** Como una enfermedad dependiente de hormonas de crecimiento endometrial continuo, la endometriosis es predominantemente una enfermedad de mujeres en edad reproductiva. La endometriosis se encuentra raramente en preadolescentes con una incidencia de solo 0.05% en pacientes sintomáticos.

En mujeres en edad reproductiva, la mayor incidencia se encontró en mujeres de 35 a 44 años (0,4%), independientemente de los síntomas. (Valverde et al., 2019)

- La tendencia actual hacia la menarca cada vez más temprana y el retraso en la edad de inicio de la paridad, ha ocasionado un mayor número de ciclos menstruales y ovulaciones y por lo tanto exposición prolongada a estrógenos endógenos y a mayor cantidad de menstruaciones retrógradas; incrementando el riesgo de endometriosis. (Ulett, 2019)
- Además, existe un componente genético que se ha investigado y se ha estimado en un 51% sus probabilidades de ser heredado. Se habla con mayor frecuencia de un locus en el cromosoma 7p15.2 que se ha ligado con endometriosis en mujeres de ascendencia europea, que se asocia más a la enfermedad moderada severa. También existe una base genética, que expone mayor riesgo de endometriosis a aquellas mujeres con familiares de primer grado afectados, con un aumento en la prevalencia de un 6 a un 9% y hasta 15% para la presentación de enfermedad severa. (Ulett, 2019)
- Estilo de vida: Reducción de la tasa de embarazo. La teoría de que disminuyeron drásticamente las tasas de embarazo como resultado directo del estilo de vida de la mujer moderna, incluida la disponibilidad de anticonceptivos, contribuye a una mayor incidencia de endometriosis está bien establecida. En ausencia de un embarazo frecuente, el endometrio se acumula continuamente y luego cae bajo el control de la señalización hormonal. Se cree que el ciclo del endometrio con menstruaciones más frecuentes puede conducir a la endometriosis. (Valverde et al., 2019)

Trabajo por turnos. El ciclo menstrual y la endometriosis son impulsados por los niveles de estrógeno circulantes. Existe eviden-

cia que sugiere que los niveles de estrógeno en mujeres en edad reproductiva siguen un ritmo circadiano además del ritmo ovárico mensual y, por lo tanto, pueden ser vulnerables a la perturbación circadiana. De hecho, se ha demostrado que el trabajo por turnos nocturnos afecta la secreción de estrógenos y se ha asociado con trastornos menstruales y un mayor riesgo de endometriosis. Un estudio encontró que cualquier trabajo de turno nocturno aumentó el riesgo de endometriosis en un 50%. (Valverde et al., 2019)

Toxinas. La 2,3,7,8-tetraclorodibenzo-p-dioxina (TCDD) y los productos químicos de hidrocarburos aromáticos polihalogenados (PHAH) estructuralmente relacionados son contaminantes ambientales comunes que se encuentran en todo el mundo. TCDD y PHAH similares a las dioxinas se clasifican como "dioxinas" y se asocian con un espectro de efectos tóxicos en los sistemas reproductivo, inmune y endocrino. Además, los bifenilos policlorados (PCB) contribuyen a la toxicidad de los PHAH, incluida la interrupción de la actividad de los estrógenos. (Valverde et al., 2019)

Autoinmunidad. Se ha postulado que un mecanismo para el desarrollo de lesiones ectópicas endometriales es una respuesta inmune defectuosa, que no logra eliminar los implantes de la superficie peritoneal. De hecho, los déficits inmunitarios que satisfacen la mayoría de los criterios básicos para la enfermedad autoinmune se han descrito en la endometriosis, incluida la activación de células B policlonales, anomalías en la función de las células T y B, daño tisular y compromiso multiorgánico. Además, las alergias, el hipotiroidismo, la enfermedad inflamatoria intestinal y la fibromialgia se encuentran entre una serie de afecciones autoinmunes que se sabe están asociadas con la endometriosis. (Valverde et al., 2019)

Conclusión

Como se ha podido leer en esta investigación, hay varios factores de riesgo que pre-

disponen la aparición de la endometriosis, los primeros están asociados a la edad y la tardanza de las mujeres en quedar embarazadas, ya que se asocia el embarazo un factor protector contra esta patología, el segundo componente esta asociado a procesos hereditarios y genéticos en base al cromosoma 7p15.2 en mujeres europeas y mujeres con afectación de endometriosis en primer grado, un tercer componente está asociado a la exposición de productos químicos derivados de hidrocarburos y contaminantes ambientales, dioxinas que tiene efectos en los sistemas reproductivos, inmunes y endocrinos, por nombrar los mas importantes.

Bibliografía

- De Gea Fernández, S. (2020). Endometriosis y salud reproductiva, ¿Un problema para las mujeres? [Universidad Católica de Murcia]. [http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/4984/Sandra de Gea Fernández.pdf?sequence=1](http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/4984/Sandra%20de%20Gea%20Fern%C3%A1ndez.pdf?sequence=1)
- Falcone, T., & Flyckt, R. (2018). Manejo clínico de la endometriosis. *Obstet Gynecol*, 131, 557–571. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002469>
- Herrera Tutivén, J. D. (2016). actores de riesgo en metrorragias uterinas por endometriosis en edades de 45 a 55 años, estudios realizados en el Area de Emergencias Materno Infantil del Hospital Dr. Federico Bolaños Moreira IESS Milagro, período 2015 [UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL]. [http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/34787/1/CD 712- HERRERA TUTIVEN JUAN DAVID.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/34787/1/CD%20712-HERRERA%20TUTIVEN%20JUAN%20DAVID.pdf)
- Muñoz González, J. L. (2016). La endometriosis: formas de presentación y manejo. Todo un mundo de posibilidades [UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/44985/1/T39333.pdf>
- Pereira Calvo, J., Pereira Rodríguez, Y., & Quirós Figueroa, L. (2020). Endometriosis: diagnóstico y alternativas terapéuticas. *Revista Medica Sinergia*, 5(2), e361. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.361>
- Quintero, M. F., Vinaccia, S., & Quiceno, J. M. (2017). Endometriosis: Aspectos Psicologicos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 82(4), 447–452. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262017000400447>
- Sierra Beltrán, E., & Lou Mercadé, A. C. (2021). IMPACTO DE LA ENDOMETRIOSIS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CON ENDOMETRIOSIS. PROYECTO INTERNACIONAL PARA ARMONIZACIÓN DEL FENOTIPO CLÍNICO DE LA ENDOMETRIOSIS [UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA]. <https://zaguan.unizar.es/record/111241/files/TAZ-TFG-2021-762.pdf>
- Ulett, N. M. (2019). Actualización en los puntos clave de la endometriosis. *Revista Medica Sinergia*, 4(5), 35–43. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i5.191>
- Valverde, M. D. L. Q., Barragán, L. X. V, Ortega, E. L. M., & Medranda, S. J. L. (2019). La endometriosis y sus complicaciones. *RECIMUNDO*, 3(2), 283–306. <https://doi.org/http://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/446>

CITAR ESTE ARTICULO:

Araujo Egas, C. M., Revelo Benavides, K. M., Chicaiza López, L. C., & Medina Altamirano, D. E. (2022). Factores de riesgo predisponente de endometriosis. *RECIMUNDO*, 6(4), 4-11. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.4-11](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.4-11)

