



## Diagnóstico y manejo actual de la endometriosis: revisión narrativa

Diagnosis and current management of endometriosis: narrative review

**Bryan Adrián Rueda Hernández**

Ministerio de Salud Pública  
<https://orcid.org/0009-0000-1240-8327>

**Génesis Nicole Vaca Gualavisí**

Universidad Central del Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0001-7130-2872>

**Bélgica Jacqueline Basurto Cevallos**

Pontificia Universidad Católica del Ecuador  
<https://orcid.org/0009-0004-9407-2108>

**Dayana Alejandra Quiroz Cangas**

Universidad Técnica del Norte, Ecuador  
<https://orcid.org/0009-0004-2960-6249>

**Mishell Sthefany Albuja Piarpuezán**

Ministerio de Salud Pública, Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0001-7284-6572>

**Karen Liseth Aldeán Castro**

Universidad Central del Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0002-3614-7421>

**Katherine Meliza Salazar Quelal**

Universidad Técnica del Norte  
<https://orcid.org/0009-0007-3579-0793>

**Karen Dominique Mafla Maza**

Universidad Central del Ecuador  
<https://orcid.org/0009-0001-6487-2313>

### RESUMEN

La endometriosis es una enfermedad crónica caracterizada por la presencia de tejido similar al endometrio fuera del útero, lo que desencadena inflamación mediada por estrógenos. Su gravedad varía desde lesiones peritoneales leves hasta afectaciones profundas que pueden invadir órganos como intestino, vejiga o uréter, e incluso, en casos raros, zonas extrapélvicas como la piel o el tórax. Esta patología compleja impacta significativamente la calidad de vida y supone una considerable carga socioeconómica, sin contar con una cura definitiva. El tratamiento se centra en aliviar el dolor, tratar la infertilidad y prevenir posibles complicaciones a largo plazo, como fibrosis, adherencias o transformaciones malignas. Aunque los avances en diagnóstico y terapias (como resonancia magnética y ecografía de alta resolución) han mejorado su manejo, persisten numerosas incógnitas y debates en la práctica clínica habitual. Este artículo revisa la epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la endometriosis con base en la evidencia más reciente.

**Palabras clave:** Endometriosis, dolor pélvico, infertilidad, dismenorrea, inhibidores de aromatasa, agonistas GnRH.

### ABSTRACT

Endometriosis is a chronic disease characterized by the presence of tissue similar to the endometrium outside the uterus, triggering estrogen-mediated inflammation. Its severity ranges from mild peritoneal lesions to deep affections that can invade organs such as the intestine, bladder, or ureter, and even, in rare cases, extrapelvic areas like the skin or thorax. This complex pathology significantly impacts quality of life and poses a considerable socioeconomic burden, without a definitive cure. Treatment focuses on relieving pain, addressing infertility, and preventing possible long-term complications such as fibrosis, adhesions, or malignant transformations. Although advances in diagnosis and therapies (such as magnetic resonance imaging and high-resolution ultrasound) have improved its management, numerous uncertainties and debates persist in routine clinical practice. This article reviews the epidemiology, pathophysiology, diagnosis, and treatment of endometriosis based on the most recent evidence.

**Keywords:** Endometriosis, pelvic pain, infertility, dysmenorrhea, aromatase inhibitors, GnRH agonists.

### INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, lo que genera una respuesta inflamatoria crónica y puede ocasionar dolor pélvico, dismenorrea, infertilidad y otros síntomas debilitantes (1). A pesar de su alta prevalencia, que afecta a aproximadamente el 10% de las mujeres en edad reproductiva, el diagnóstico de esta patología sigue siendo un desafío debido a la variabilidad clínica de sus manifestaciones y la ausencia de biomarcadores específicos. Tradicionalmente, la laparoscopia ha sido considerada el estándar de oro para su diagnóstico, aunque en los últimos años se han explorado enfoques no invasivos que incluyen

avances en técnicas de imagen y estudios moleculares (2). En cuanto al manejo, este debe ser individualizado, considerando factores como la severidad de los síntomas, los deseos reproductivos de la paciente y la respuesta a tratamientos previos. Las opciones terapéuticas abarcan desde el uso de analgésicos y terapia hormonal hasta intervenciones quirúrgicas más complejas en casos refractarios (2). Este artículo tiene como objetivo revisar la epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la endometriosis, proporcionando una visión integral que permita optimizar el abordaje clínico de esta condición multifacética.

## MÉTODOS

Se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura científica en bases de datos reconocidas, como PubMed, Scopus y Web of Science. Se incluyeron artículos publicados en los últimos diez años, priorizando revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y guías de práctica clínica relevantes. Los términos utilizados en la búsqueda incluyeron combinaciones de palabras clave como "endometriosis", "diagnóstico", "tratamiento", "manejo clínico" y "calidad de vida", tanto en inglés como en español. Se aplicaron filtros adicionales por tipo de artículo, incluyendo "meta-análisis", "libros y documentos", "revisión", "revisión sistemática". Los criterios de inclusión consideraron estudios que abordaran aspectos epidemiológicos, avances diagnósticos, opciones terapéuticas y su impacto en la salud de las pacientes. Tras todo el proceso, se seleccionaron 23 fuentes bibliográficas para la realización del presente artículo de revisión. El análisis final se estructuró abordando los subtemas: fisiopatología, epidemiología, etiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico y manejo de la endometriosis.

## RESULTADOS DE LA REVISIÓN NARRATIVA

### Definición

La endometriosis es una enfermedad crónica, inflamatoria y dependiente de estrógenos caracterizada por la presencia de tejido endometrial funcional fuera de la cavidad uterina. Este tejido ectópico puede localizarse en órganos pélvicos, peritoneo o incluso en áreas más distantes, generando una respuesta inflamatoria crónica que puede derivar en dolor pélvico, dismenorrea, dispareunia e infertilidad (1).

### Fisiopatología

El entendimiento de la fisiopatología de la endometriosis aún presenta múltiples lagunas, y no se ha desarrollado una teoría única que logre integrar de manera coherente los distintos tipos de esta enfermedad, considerando los factores genéticos, epigenéticos, inmunológicos y ambientales (2).

Entre todas las teorías patogénicas planteadas, la más aceptada es la teoría de Sampson. Esta hipótesis propone que, debido a la menstruación retrógrada, las células y fragmentos menstruales viables pueden desplazarse a través de las trompas de Falopio, llegar a la cavidad peritoneal, implantarse allí, proliferar y desencadenar una inflamación de tipo crónico. No obstante, el hecho de que la menstruación retrógrada sea un fenómeno común en una gran mayoría de mujeres en edad reproductiva y que no todas desarrollen endometriosis evidencia que este mecanismo, por sí solo, no es suficiente para originar la enfermedad, lo que implica que otros factores juegan un papel complementario (3).

Además, otras teorías como la metaplasia celómica y las teorías metastásicas linfáticas y vasculares también se consideran esenciales para explicar ciertos casos de endometriosis. Asimismo, resulta crucial incorporar el impacto del estrés oxidativo, las especies reactivas de oxígeno y la influencia de factores genéticos, epigenéticos y ambientales al análisis para lograr una comprensión más integrada de la patogénesis de esta enfermedad (3).

### Epidemiología

La identificación de las características epidemiológicas puede ser un desafío, ya que muchas mujeres permanecen sin síntomas y no se les diagnostica el trastorno. Es difícil precisar la prevalencia exacta debido a que el diagnóstico definitivo requiere un procedimiento laparoscópico. Se calcula que la endometriosis afecta a entre un 10% y un 15% de las mujeres en edad reproductiva; este porcentaje aumenta hasta el 70% en quienes padecen dolor pélvico crónico. El proceso de obtener un diagnóstico suele llevar tiempo, generando que muchas mujeres sufran los efectos prolongados de esta condición incapacitante, como el dolor intenso y la infertilidad. Entre aquellas que presentan problemas de infertilidad, la endometriosis afecta hasta al 50%, mientras que en adolescentes se reporta una incidencia del 47% en aquellas que han pasado por laparoscopias debido al dolor pélvico (4).

Diversos factores predisponen al riesgo de desarrollar endometriosis. Entre ellos, se destacan la menarquia precoz (antes de los 11 años), ciclos menstruales breves (menos de 27 días), sangrado menstrual abundante (menorragia) y la nuliparidad, lo cual refuerza la relación entre la enfermedad y el estado hormonal femenino (altos niveles de estrógeno y baja

progesterona) (4,5).

Por otro lado, algunos factores protegen contra la endometriosis al reducir la inflamación o los niveles de estrógeno. La paridad, lactancia prolongada, uso de anticonceptivos orales, ligadura de trompas y el tabaquismo disminuyen el riesgo. Se cree que la ligadura de trompas bloquea el reflujo menstrual hacia la pelvis, y la lactancia prolongada, asociada a la amenorrea posparto, ejercería un efecto protector (5). Además, la reducción de la ovulación (por embarazo o anticonceptivos) atenúa los procesos inflamatorios ligados a la liberación de citocinas como TNF- $\alpha$ , IL-1 e IL-6, inhibiendo la proliferación celular y el estrés oxidativo. Asimismo, hábitos como mayor ingesta de omega-3, actividad física, amenorrea primaria o incluso fumar se relacionan con menor incidencia de la enfermedad. Resulta notable que, pese a sus graves efectos globales, el tabaquismo parece tener una relación inversa con el desarrollo de endometriosis (6).

### Manifestaciones clínicas

Las mujeres con endometriosis clásicamente presentan durante sus años reproductivos síntomas que incluyen dolor pélvico (incluidas dismenorrea y dispareunia), infertilidad o una masa ovárica; lo cual despierta la sospecha clínica de este trastorno. Sin embargo, la superposición sustancial de los síntomas de la endometriosis con otras afecciones que causan dolor pélvico, tanto ginecológico como no ginecológico, combinado con la limitación de la exploración pélvica para su detección, hace que el diagnóstico clínico sea desafiante (tabla 1) (7).

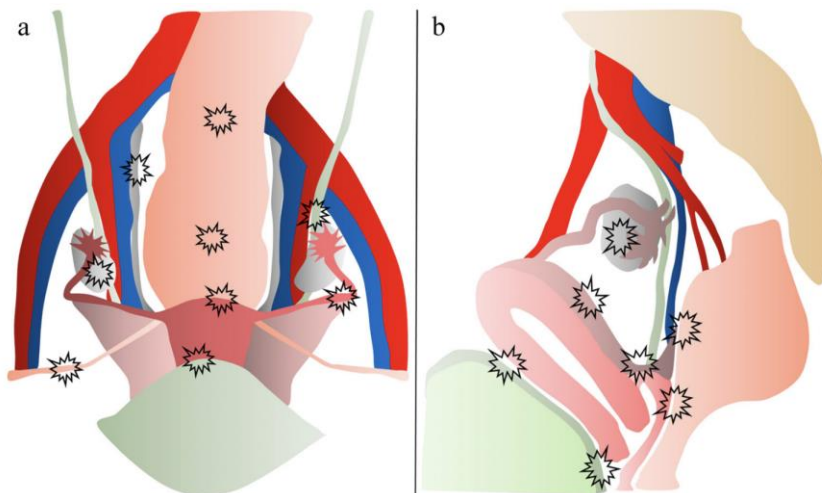
**Tabla 1.** Síntomas de endometriosis (Obtenido de: Edi et al, 2022)

<p>Sospechar endometriosis en pacientes (incluidos aquellos menores de 18 años) que presentan uno o más de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor pélvico crónico</li> <li>• Dolor profundo durante o después de las relaciones sexuales</li> <li>• Infertilidad</li> <li>• Síntomas gastrointestinales relacionados con el período o cíclicos, especialmente movimientos intestinales dolorosos</li> <li>• Síntomas urinarios relacionados con el período o cíclicos, especialmente sangre en la orina o dolor al orinar</li> <li>• Dolor relacionado con el período que afecta las actividades diarias y la calidad de vida, como faltar al trabajo o a la escuela</li> </ul>
--

La prevalencia máxima de endometriosis se produce entre los 25 y 35 años de edad. Ocasionalmente se ha informado de la enfermedad en niñas premenárquicas y mujeres posmenopáusicas. Los síntomas de presentación comunes de la endometriosis incluyen dolor y/o presión abdominal/pélvico crónico, dismenorrea grave, dispareunia, sangrado menstrual abundante e infertilidad (8). El dolor pélvico suele ser crónico y se describe como sordo, punzante, agudo y/o ardiente. Los síntomas pueden ocurrir solos o en combinación; un mayor número de síntomas se ha asociado con una mayor probabilidad de endometriosis. Los síntomas adicionales de la endometriosis incluyen disfunción intestinal y vesical (p. ej., dolor, urgencia, polaquiuria), sangrado uterino anormal, dolor lumbar y fatiga crónica. Las personas con endometriosis pueden ser asintomáticas. Estos individuos suelen ser diagnosticados en el momento de la cirugía por otra indicación (7,8).

El tipo y localización de la endometriosis puede sugerirse por los principales síntomas de presentación (figura 1). Los ejemplos incluyen:

**Figura 1.** Dibujo de la pelvis femenina en las vistas (a) ventral y (b) lateral ilustra las ubicaciones principales de las lesiones endometriósicas (Obtenido de: Foti et al, 2017)



Dispareunia.- La dispareunia puede sugerir la presencia de lesiones peritoneales o de endometriosis profunda (9).

- Dispareunia proximal: Las lesiones de endometriosis profundamente infiltrantes pueden ocurrir en los ligamentos uterosacros y cardinales, el fondo de saco de Douglas, el fórnix vaginal posterior y la pared rectal anterior y contribuir al dolor sexual profundo (9).

- Dispareunia distal: La dispareunia distal (es decir, introital o superficial) puede resultar de lesiones del cuello uterino, himen, perineo y cicatrices de episiotomía (8).

Frecuencia, urgencia y/o micción dolorosa: La endometriosis vesical generalmente se presenta con síntomas urinarios inespecíficos de frecuencia, urgencia y dolor al orinar. Los síntomas pueden empeorar con la menstruación. La endometriosis ureteral puede ser asintomática o asociarse con dolor cólico en el flanco o hematuria macroscópica (7,9).

Diarrea, estreñimiento y/o calambres abdominales: Las mujeres con endometriosis intestinal pueden presentar diarrea, estreñimiento, disquecia y calambres intestinales. Las pacientes con implantes de endometriosis profundamente infiltrantes del fondo de saco posterior y del tabique rectovaginal suelen presentar dispareunia y defecación dolorosa. Puede ocurrir sangrado rectal, pero es raro (8,9).

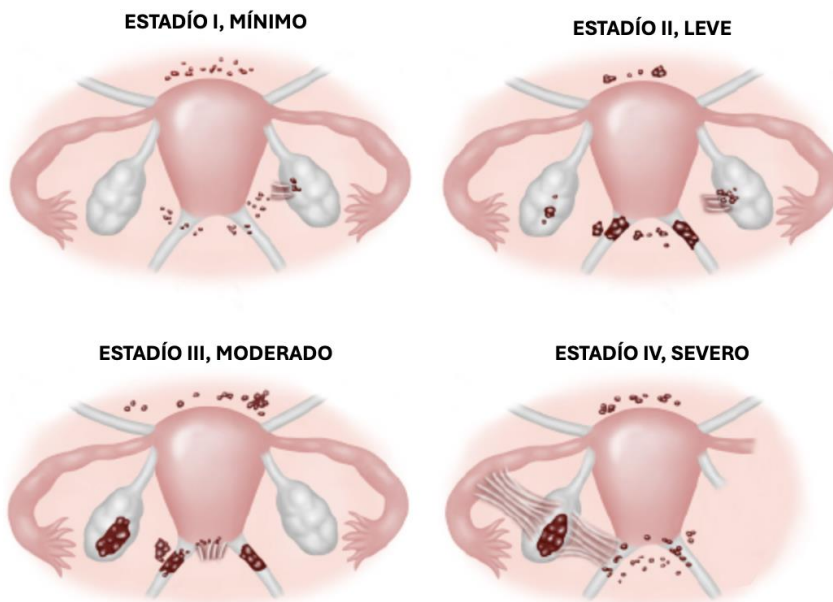
Dolor de la pared abdominal: Las pacientes con endometriosis de la pared abdominal suelen presentar una masa dolorosa en la pared abdominal; el dolor puede ser cíclico con la menstruación o continuo. También puede ocurrir sangrado. También se ha informado sangrado cíclico con endometriosis vulvar (9).

Dolor torácico, hemoptisis y/o neumotórax: las personas con endometriosis torácica pueden presentar dolor torácico, neumotórax o hemotórax, hemoptisis o dolor escapular o cervical (cuello). Los síntomas suelen ser catameniales (9).

**Clasificación**

La clasificación de la endometriosis se basa en su localización anatómica, extensión y profundidad de las lesiones, así como en la presencia de adherencias. El sistema más utilizado es el de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM, por sus siglas en inglés), que categoriza la enfermedad en cuatro estadios: mínima (I), leve (II), moderada (III) y severa (IV) (figura 2) (10).

**Figura 2.** Estadios de la endometriosis (Obtenido de: Molina, 2024)



Esta clasificación, aunque ampliamente aceptada, tiene limitaciones, ya que no siempre correlaciona con la severidad de los síntomas ni con el impacto en la fertilidad. Además, se han propuesto otras herramientas, como el sistema ENZIAN para clasificar la endometriosis profunda infiltrativa, que permite una descripción más detallada de las lesiones retroperitoneales (10). La elección del sistema de clasificación depende del objetivo clínico, ya sea para guiar el tratamiento, evaluar la fertilidad o documentar los hallazgos quirúrgicos. Sin embargo, es fundamental considerar que la heterogeneidad de la enfermedad requiere un enfoque individualizado más allá de la clasificación formal (10).

**Diagnóstico**

En la endometriosis, el examen pélvico puede ser completamente normal. Sin embargo, en el 66% de los casos, el dolor localizado detectado durante este examen se vincula con la endometriosis y, en el 97% de los pacientes, con alguna

enfermedad pélvica. Hallazgos como masas pélvicas, órganos inmóviles o nódulos rectovaginales apuntan a endometriosis, aunque su sensibilidad y especificidad no son suficientes para un diagnóstico certero. Si se palpa un nódulo en el saco de Douglas o el ligamento uterosacro en una exploración rectovaginal, debe considerarse la posibilidad de endometriosis ureteral. Además, realizar el examen durante la menstruación podría facilitar el diagnóstico, aunque muchas pacientes podrían sentirse incómodas en esas circunstancias. (11)

#### Diagnóstico por imagen

La endometriosis superficial en peritoneo y ovario no es detectable por ultrasonido ni tampoco con RMN (resonancia magnética) para lesiones pequeñas. El ultrasonido transvaginal es útil para diagnosticar y monitorear endometriomas ováricos mayores de 10 mm, con una sensibilidad del 84-86% y especificidad del 98-100%. Sin embargo, su limitación principal es la ausencia de correlación histológica in situ. (12) Hallazgos como pared delgada, nodularidad e imagen hiperecogénica son indicativos pero no definitivos de endometriomas, y el doppler color no aporta beneficios significativos. El ultrasonido también se emplea para guiar aspiraciones, aunque esto no es un tratamiento efectivo y solo se utiliza en casos recurrentes tras cirugía previa. En cuanto a la endometriosis retroperitoneal, los estudios son escasos. Las lesiones hipoecogénicas sólidas de más de 0,5 cm, adheridas a la pared rectal anterior, son identificables, caracterizadas por mayor dolor durante la menstruación. La rectoendosonografía puede ser de utilidad en su evaluación. (11,12)

Por otro lado, La RMN se utiliza comúnmente como un examen complementario en casos complejos o previa a cirugías y es extremadamente precisa para evaluar la endometriosis. Los especialistas coinciden en que la RMN puede desempeñar un papel clave en el diagnóstico de la endometriosis infiltrante profunda, especialmente cuando se emplea un enema de contraste para identificar una invasión mínima en el área colorrectal. No obstante, estudios comparativos indican que, en términos generales, la resonancia magnética es menos eficaz que la ecografía transvaginal para detectar posibles lesiones de endometriosis. (13)

#### Marcadores séricos

El marcador sérico ideal debe ser accesible, cuantificable, altamente sensible, específico, con excelente valor pronóstico y correlación fiable entre sus niveles séricos y la severidad de la enfermedad, además de ser útil para monitorizar la progresión y respuesta al tratamiento médico o quirúrgico. No obstante, aún no se ha identificado dicho marcador. Se han estudiado marcadores periféricos como el CA-125, la proteína placentaria-14 (glicodelina) y anticuerpos antiandrosina carbónica y antiendometrial por su potencial diagnóstico en la endometriosis. (14) El CA-125, una glucoproteína de membrana de alto peso molecular, es el marcador sérico más utilizado para esta patología. Es producido en tejidos derivados del epitelio celómico embrionario, como el endometrio, endocervix, trompas de Falopio, peritoneo, pleura y pericardio. En etapas avanzadas de endometriosis, sus niveles aumentan sobre todo durante los primeros días del ciclo menstrual; sin embargo, su elevación no es específica para la enfermedad, estando asociada también a numerosos cánceres y trastornos ginecológicos benignos, así como a otras enfermedades no ginecológicas. (13) Recientemente, se ha sugerido que niveles de IL-6 superiores a 2 pg/mL pueden discriminar entre pacientes con y sin endometriosis. Otros marcadores en estudio permanecen en fases de investigación preclínica en modelos animales, sin datos concluyentes para humanos. (13,14)

#### Diagnóstico quirúrgico

La laparoscopia junto con la confirmación histológica de glándulas y/o estroma endometriales es el método diagnóstico de referencia para la endometriosis. Habitualmente, el diagnóstico histológico se basa en la identificación de glándulas y estroma endometrial, aunque puede hacerse si solo se encuentra uno de estos elementos. Las glándulas suelen mostrar características propias del endometrio, con variaciones que incluyen estadios inactivos, proliferativos, secretores u ocasionalmente hiperplásicos. (14)

Los problemas diagnósticos pueden surgir por alteraciones o ausencia de componentes glandulares o estromales, complicándose más si la muestra es una biopsia pequeña. Los cambios hormonales, metaplásicos, atipias citológicas e hiperplasia pueden modificar el componente glandular, mientras el estromal puede quedar opacado por infiltrados, fibrosis, elastosis, metaplasia, cambio mixoide o decidual. Excepto en la endometriosis vaginal, el diagnóstico histológico suele requerir cirugía, siendo la eliminación de lesiones inevitable. (15)

Aunque el manejo inicial de la endometriosis en la mayoría de los casos es quirúrgico, algunos especialistas sostienen que el diagnóstico puede basarse en sospechas clínicas sin confirmación histológica y que la cirugía solo debe realizarse si ofrece claros beneficios terapéuticos. (15)

En conclusión, la combinación de síntomas, signos y ecografía suele ser confiable para diagnosticar la endometriosis sin cirugía. Una prueba terapéutica con agonistas de GnRH o anticonceptivos orales de uso continuo durante tres meses puede apoyar el diagnóstico en casos sospechosos. Los agonistas de GnRH suelen aliviar rápidamente los síntomas debido al hipoestrogenismo, lo que indica dolor pélvico sensible a hormonas sin confirmar necesariamente la endometriosis, ya que otras afecciones también responden a esta condición. Además, la ausencia de alivio del dolor reduce significativamente la

probabilidad de que la causa sea endometriosis. (12,14,15)

### Diagnóstico diferencial

Los principales síntomas de la endometriosis suelen ser la infertilidad y un dolor pélvico crónico de tipo cíclico. Por esta razón, es crucial descartar otras afecciones dentro del diagnóstico diferencial. El dolor pélvico crónico puede deberse a diversas alteraciones patológicas que afectan los sistemas urológico, reproductivo y gastrointestinal. En cuanto al sistema genital, es necesario excluir enfermedades como la enfermedad inflamatoria pélvica, las adherencias, la endometritis, la dismenorrea primaria, así como la dismenorrea secundaria originada por adenomiosis, miomas o estenosis cervical. Asimismo, deben considerarse patologías del sistema gastrointestinal, tales como el síndrome de intestino irritable, el estreñimiento y las enfermedades inflamatorias intestinales, al igual que condiciones relativas al sistema urinario, como la cistitis intersticial o la inflamación urinaria crónica. Por último, el profesional médico debe evaluar la posibilidad de causas neurológicas o psicósomáticas involucradas en el dolor pélvico crónico. Las principales patologías incluidas en el diagnóstico diferencial se encuentran en la tabla 2 (16).

**Tabla 2.** Diagnósticos diferenciales de los síntomas comúnmente asociados a la endometriosis (Obtenido de: Edi et al, 2022)

Síntoma	Diagnósticos alternativos
Masa anexial	Quistes ováricos benignos y malignos, hidrosálpinx
Síntomas intestinales (constipación, diarrea)	Hemorroides, síndrome de intestino irritable
Dolor a la defecación (disquecia)	Fisuras anales, desórdenes del piso pélvico
Dismenorrea	Adenomiosis, dismenorrea primaria. En adolescentes, anomalías müllerianas obstruidas.
Dispareunia	Vaginitis o cervicitis infecciosa, trastornos del suelo pélvico, problemas psicosociales, atrofia vaginal, vulvodinia.
Disuria	Síndrome de vejiga dolorosa, infección del tracto urinario.
Infertilidad	Anovulación; patología cervical, tubárica, estructural o infecciosa; deficiencia de la fase lútea; infertilidad por factor masculino; subfertilidad inexplicable
Dolor abdominopélvico no menstrual	Síndrome de atrapamiento de nervios de la pared abdominal, adherencias, síndrome del intestino irritable, variante de migraña, dolor neuropático, síndrome de congestión pélvica, infección de transmisión sexual

### Manejo

El tratamiento de la endometriosis se categoriza ampliamente en 2 categorías principales: farmacológica y quirúrgica. Actualmente, no existe un fármaco específico que pueda inhibir el progreso de la enfermedad, aparte de los agentes hormonales y no hormonales utilizados para aliviar los síntomas y aumentar las tasas de fertilidad. Se puede instituir una terapia médica empírica para mujeres con síntomas de endometriosis (es decir, dolor pélvico) incluso sin confirmación histológica de la enfermedad. Cabe destacar que, dado que la endometriosis es una enfermedad crónica, el tratamiento se utiliza principalmente para aliviar los síntomas y no para la cura definitiva. El personal de salud siempre debe recordar que la respuesta a la terapia no verifica el diagnóstico de endometriosis. Muchos médicos tratan a mujeres que sufren de dolor persistente empíricamente después de tomar una historia detallada, realizar un examen físico exhaustivo y excluir otras patologías, a pesar de que el tratamiento médico no mejora la fertilidad. (17)

La terapia farmacológica de elección para el tratamiento inicial de la endometriosis incluye el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), progestágenos o anticonceptivos hormonales combinados. Estos anticonceptivos combinados, administrados tanto de forma continua como cíclica, actúan inhibiendo el desarrollo folicular, reduciendo las concentraciones de LH y FSH, y promoviendo la decidualización y la atrofia del tejido endometrial humano. (17) A menudo, los anticonceptivos orales son una opción accesible y bien tolerada. No obstante, al interrumpir su uso, existe una elevada probabilidad de recurrencia del dolor asociado a la endometriosis. Las progestinas también representan una alternativa eficaz en el manejo de esta enfermedad, destacándose por su capacidad para inhibir la ovulación y generar un entorno hipoestrogénico. Su acción radica en unirse directamente a los receptores de progesterona en el endometrio, lo que da como resultado la decidualización y la posterior atrofia de los implantes endometriósicos, además de reducir la inflamación peritoneal y aliviar los síntomas (18). Sin embargo, algunos posibles efectos adversos vinculados al uso de progestágenos incluyen el aumento de peso y el desarrollo de acné. Finalmente, los AINEs han demostrado ser altamente efectivos para tratar el dolor relacionado con esta patología y se consideran un tratamiento de primera línea debido a su fácil disponibilidad como medicamentos de venta libre y su escaso perfil de efectos secundarios (17,18).

Un tratamiento médico empírico de segunda línea para aliviar los síntomas asociados con la endometriosis consiste en una prueba de tres meses con análogos de la hormona liberadora de gonadotropina. Estos compuestos actúan regulando a la baja el eje hipotalámico-pituitario-gonadal al unirse a los receptores en la hipófisis, lo que provoca desensibilización hipofisaria. Como consecuencia, disminuyen los niveles de LH y FSH, se genera anovulación, hipoestrogenismo y una atrofia

del tejido endometrial. Sin embargo, esta terapia está asociada a preocupaciones relacionadas con los efectos secundarios provocados por el hipogonadismo, tales como pérdida de densidad ósea, sofocos, sequedad vaginal y dolores de cabeza. Por su parte, el danazol, un andrógeno administrado para reducir los síntomas de la endometriosis, actúa al impedir el aumento de LH y reducir la concentración de estrógeno, lo que deriva en la atrofia de las lesiones endometriósicas. No obstante, aumenta los niveles de testosterona, lo que puede provocar efectos secundarios como hirsutismo, alteraciones permanentes en la voz o acné. (18,19)

El tratamiento quirúrgico representa una opción viable para el manejo de ciertas condiciones, aunque no está exento de riesgos vinculados a posibles complicaciones. Una de las principales fortalezas de esta alternativa frente a los tratamientos farmacológicos es su capacidad para mejorar la fertilidad, a la vez que puede ofrecer alivio del dolor. La intervención quirúrgica está particularmente indicada en casos de endometriosis superficial cuando el tratamiento médico no ha tenido éxito o no es adecuado. Durante una cirugía laparoscópica, se sugiere la eliminación exhaustiva de todas las adherencias y lesiones endometriósicas. (18) Al llevar a cabo la ablación de los tejidos afectados, se logra reducir el entorno inflamatorio en la cavidad pélvica, lo que, a su vez, incrementa las probabilidades de lograr un embarazo. Por otra parte, abordar los endometriomas ováricos continúa siendo un desafío complejo, ya que investigaciones recientes han mostrado que retirar completamente la cápsula del quiste podría afectar la reserva ovárica y causar una reducción de folículos. (19) A pesar de ello, entre las opciones disponibles, la cistectomía es considerada más efectiva que el drenaje o la ablación, ya que reduce mejor el dolor y presenta una tasa de recurrencia más baja. La selección del tratamiento más adecuado debe realizarse en conjunto con el paciente, previa explicación clara y detallada de los riesgos y beneficios asociados a cada opción (20).

### **Complicaciones**

Las principales complicaciones de la endometriosis incluyen infertilidad o subfertilidad, dolor crónico y otros síntomas debilitantes persistentes. Estos tienen un amplio rango e incluyen dismenorrea, dispareunia y disquecia. Aún así, la endometriosis también puede provocar una disminución en la calidad de vida de las pacientes, complicaciones de los procedimientos quirúrgicos, anomalías anatómicas por posibles adherencias, disfunción intestinal y/o vesical, pero en el caso de los endometriomas de ovario podría incluso conducir al desarrollo de cáncer (21). El papel de la endometriosis en mujeres infértiles se ha debatido durante mucho tiempo, y las investigaciones bibliográficas muestran que las mujeres infértiles tienen entre 6 y 8 veces más probabilidades de sufrir endometriosis que las mujeres fértiles. Aunque se han propuesto varios mecanismos para explicar este fenómeno, no se ha llegado a un consenso en la comunidad científica sobre el mecanismo exacto detrás de la infertilidad en la endometriosis (21,22).

El dolor pélvico crónico se asocia estrechamente con la endometriosis, responsable del 71% al 87% de los casos. Esta afección impacta negativamente la calidad de vida, afectando el bienestar social, emocional y sexual, así como actividades cotidianas, planificación familiar y productividad laboral. Además, mujeres con endometriosis presentan mayor estrés, peor calidad de sueño y menor actividad física en comparación con mujeres sanas. También pueden experimentar disfunción intestinal, como estreñimiento, debido a la inflamación del sistema gastrointestinal, incluso tras cirugía para nódulos rectales. Aunque considerada benigna, investigaciones han indicado un mayor riesgo de cáncer de ovario asociado a la endometriosis (22).

La recurrencia es frecuente en pacientes que interrumpen el tratamiento o tras cirugía. Es fundamental que continúen el tratamiento médico durante meses, pese a posibles efectos adversos. Las mujeres sometidas a cirugía deben seguir estrictamente las indicaciones posquirúrgicas para prevenir complicaciones como infecciones. Ante recurrencias, se recomienda consultar al especialista. Además, las pacientes deben estar informadas sobre riesgos asociados, como infertilidad y dolor pélvico crónico (23).

## **CONCLUSIONES**

En conclusión, la endometriosis continúa siendo un desafío diagnóstico y terapéutico debido a su presentación heterogénea y su naturaleza crónica. A pesar de los avances en los criterios diagnósticos y en las herramientas de imagen, el diagnóstico definitivo sigue dependiendo de la confirmación histológica, lo que subraya la necesidad de desarrollar métodos menos invasivos y más accesibles. En cuanto al manejo, las opciones actuales, que incluyen tratamientos médicos y quirúrgicos, deben ser individualizadas considerando la severidad de los síntomas, los objetivos reproductivos y la calidad de vida de las pacientes. La combinación de enfoques multidisciplinarios, que integren ginecología, manejo del dolor, psicología y nutrición, es clave para abordar esta enfermedad de manera integral. Finalmente, se requiere mayor investigación para el desarrollo de terapias que no solo controlen los síntomas, sino que también modifiquen la progresión de la enfermedad, mejorando así el pronóstico a largo plazo de las pacientes con endometriosis.

## REFERENCIAS

1. Crump J, Suker A, White L. Endometriosis: A review of recent evidence and guidelines. *Aust J Gen Pract.* 2024 Jan-Feb;53(1-2):11-18. doi: 10.31128/AJGP/04-23-6805.
2. Wang PH, Yang ST, Chang WH, Liu CH, Lee FK, Lee WL. Endometriosis: Part I. Basic concept. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2022 Nov;61(6):927-934. doi: 10.1016/j.tjog.2022.08.002.
3. Wang Y, Nicholes K, Shih IM. The Origin and Pathogenesis of Endometriosis. *Annu Rev Pathol.* 2020 Jan 24;15:71-95. doi: 10.1146/annurev-pathmechdis-012419-032654.
4. Durón R, Bolaños P. Endometriosis. *Medicina Legal de Costa Rica Edición Virtual.* ISSN 1409-0015. Vol. 35 (1) Marzo 2018
5. Cramer DW, Missmer SA. The epidemiology of endometriosis. *Ann N Y Acad Sci.* 2002 Mar;955:11-22; discussion 34-6, 396-406. doi: 10.1111/j.1749-6632.2002.tb02761.x.
6. Farland LV, Eliassen AH, Tamimi RM, Spiegelman D, Michels KB, Missmer SA. History of breast feeding and risk of incident endometriosis: prospective cohort study. *BMJ.* 2017 Aug 29;358:j3778. doi: 10.1136/bmj.j3778.
7. Parazzini F, Esposito G, Tozzi L, Noli S, Bianchi S. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017 Feb;209:3-7. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.04.021.
8. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, Laufer MR, Leyland N, Missmer SA, Singh SS, Taylor HS. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Apr;220(4):354.e1-354.e12. doi: 10.1016/j.ajog.2018.12.039.
9. Saunders PTK, Whitaker LHR, Horne AW. Endometriosis: Improvements and challenges in diagnosis and symptom management. *Cell Rep Med.* 2024 Jun 18;5(6):101596. doi: 10.1016/j.xcrm.2024.101596.
10. Parasar P, Ozcan P, Terry KL. Endometriosis: Epidemiology, Diagnosis and Clinical Management. *Curr Obstet Gynecol Rep.* 2017 Mar;6(1):34-41. doi: 10.1007/s13669-017-0187-1.
11. Molina R. Epidemiología, clínica y evolución en pacientes con endometriosis. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2024; 84 (3): 299-306. <https://doi.org/10.51288/00840311>
12. ESHRE Guideline: Endometriosis. European Society of Human Reproduction and Embryology. 2022. Available at: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline>
13. Piessens S, Edwards A. Sonographic Evaluation for Endometriosis in Routine Pelvic Ultrasound. *J Minim Invasive Gynecol.* 2020 Feb;27(2):265-266. doi: 10.1016/j.jmig.2019.08.027.
14. Foti PV, Farina R, Palmucci S, Vizzini IAA, Libertini N, Coronella M, Spadola S, Caltabiano R, Iraci M, Basile A, Milone P, Cianci A, Ettorre GC. Endometriosis: clinical features, MR imaging findings and pathologic correlation. *Insights Imaging.* 2018 Apr;9(2):149-172. doi: 10.1007/s13244-017-0591-0.
15. Edi R, Cheng T. Endometriosis: Evaluation and Treatment. *Am Fam Physician.* 2022 Oct;106(4):397-404.
16. Horne AW, Missmer SA. Pathophysiology, diagnosis, and management of endometriosis. *BMJ.* 2022 Nov 14;379:e070750. doi: 10.1136/bmj-2022-070750.
17. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol.* 2014 May;10(5):261-75. doi: 10.1038/nrendo.2013.255.
18. Capezzuoli T, Rossi M, La Torre F, Vannuccini S, Petraglia F. Hormonal drugs for the treatment of endometriosis. *Curr Opin Pharmacol.* 2022 Dec;67:102311. doi: 10.1016/j.coph.2022.102311.
19. Fernandez H, Agostini A, Baffet H, Chabbert-Buffet N, Descamps P, Estrade JP, et al. Update on the management of endometriosis-associated pain in France. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2023 Nov;52(9):102664. doi: 10.1016/j.jogoh.2023.102664.
20. Amro B, Ramirez Aristondo ME, Alsuwaidi S, Almaamari B, Hakim Z, et al. New Understanding of Diagnosis, Treatment and Prevention of Endometriosis. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 May 31;19(11):6725. doi: 10.3390/ijerph19116725.
21. Allaire C, Bedaiwy MA, Yong PJ. Diagnosis and management of endometriosis. *CMAJ.* 2023 Mar 14;195(10):E363-E371. doi: 10.1503/cmaj.220637.
22. Marinho MCP, Magalhaes TF, Fernandes LFC, Augusto KL, Brilhante AVM, Bezerra LRPS. Quality of Life in Women with Endometriosis: An Integrative Review. *J Womens Health (Larchmt).* 2018 Mar;27(3):399-408. doi: 10.1089/jwh.2017.6397.
23. Rempert AN, Rempert TH, Liu A, Hernández A, Blanck J, Segars J, Singh B. A Systematic Review of the Psychosocial Impact of Endometriosis before and after Treatment. *Reprod Sci.* 2024 Jul;31(7):1828-1860. doi: 10.1007/s43032-024-01515-w