

Endometriosis

Manual de práctica clínica para Primer Nivel de Atención



Ministerio
de Salud Pública

Dirección General
de la Salud

Programa Nacional de
Salud Integral de las Mujeres

Programa Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Tabla de contenido

Prólogo.....	9
Propósito del manual	11
Introducción.....	13
Diagnóstico.....	17
Ecografía transvaginal para valoración de endometriosis	19
Resonancia magnética de abdomen y pelvis	20
Consideraciones clínicas	21
Clasificación de la endometriosis	23
Tipos clásicos de presentación	23
Sistemas de clasificación especializados	23
Clasificación pronóstica en fertilidad.....	24
Tratamiento.....	27
Objetivos terapéuticos.....	28
Tratamiento del dolor	28
Endometriomas.....	41
Endometriomas e infertilidad.....	42
Tratamiento de endometriomas	42
Derivación a equipos entrenados en endometriosis y aspectos generales del tratamiento quirúrgico	47
Introducción.....	47
Indicaciones para derivación	47
Tratamiento quirúrgico.....	48
Manejo de la endometriosis cuando la fertilidad es prioridad	51
Marco legal en Uruguay	51

Relación entre endometriosis y fertilidad	51
Abordaje clínico	52
Tratamiento quirúrgico.....	52
Tratamiento médico	52
Tratamientos de reproducción asistida (TRA)	53
Inseminación intrauterina (IIU)	53
Manejo del dolor en pacientes con deseo gestacional	53
Estrategias de manejo no medicamentoso	54
Adolescentes y endometriosis.....	55
Introducción e importancia.....	55
Consideraciones especiales en esta población.....	55
Evaluación clínica inicial.....	56
Tratamiento de la dismenorrea.....	57
Estudios diagnósticos	57
Tratamiento	58
Recomendaciones finales	58
Varones trans con endometriosis	61
Menopausia y endometriosis	65
Cáncer y endometriosis	69
Cáncer de ovario y endometriosis.....	70
Endometriosis en pacientes asintomáticas	72
Anexo	75
Visión de las personas que viven con endometriosis.....	75

Ministerio de Salud Pública

Autoridades

Dra. Cristina Lustemberg
Ministra de Salud Pública

Dr. Leonel Briozzo
Subsecretario de Salud Pública

Dra. Laura Llambí
Directora General de Salud

Lic. Enf. Gerardo Bruzzone
Subdirector General de Salud

Equipo de redacción

Prof. Agdo. Dr. Sebastián Ben
Prof. Adj. Dr. Santiago Artucio
Prof. Adj. Dra. Valeria Tolosa

Equipo de revisión de los Programas de Salud del MSP

Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Dr. Rafael Aguirre
Dr. Fabián García
OP / Lic. Psic. Jacqueline Primo
Lic. Psic. Sabrina Rossi
Lic. Enf. Mónica Mateos

Programa Nacional de Salud Integral de las Mujeres

Dra. Fernanda Gómez

Programa Nacional de Género y Diversidad Sexual

Lic. Enf. Florencia Forrisi

Programa Nacional de Nutrición

Lic. Nut. Ximena Moratorio
Lic. Nut. Virginia Natero
Lic. Nut. Fabiana Peregalli
Lic. Nut. Carolina De León

Programa Nacional de Actividad Física

Luis Pierri
Lic. T.S. Sandra García

Instituciones convocadas por el MSP a realizar aportes	Referente
Unidad Académica Ginecotocológica A Facultad de Medicina - Udelar	Prof. Leonel Briozzo Prof. Agda. Stephanie Viroga
Unidad Académica Ginecotocológica B Facultad de Medicina - Udelar	Prof. Francisco Cóppola Prof. Fernanda Nozar Prof. Agdo. Diego Greif
Unidad Académica Ginecotocológica C Facultad de Medicina - Udelar	Prof. Claudio Sosa Prof. Agdo. Gerardo Vitureira
Sociedad Ginecotocológica del Uruguay	Prof. Agdo. Gonzalo Sotero Dra. Gladys Germano
Asociación Obstétrica Uruguay	O.P. Sylvia Sosa
Unidad Académica Medicina Familiar y Comunitaria Facultad de Medicina - Udelar	Prof. Diana Domenech Prof. Agda Dra Clara Niz
Unidad Académica de Partería y Obstetricia Facultad de Medicina - Udelar	O.P. Eliana Martínez
Referentes de la temática	Dr. Bruno Sarubbo
Dirección SSYSR de ASSE	Dra. Mónica Gorgoroso
Unidad Académica Medicina del Ejercicio y Deporte	Prof. Adj. Dra Andrea Mattiozzi
Facultad de Psicología - Udelar	Prof. Alejandra López Gómez
Asociación de usuarios Salud Pública	Sr. Mario Mujica Sr. Mario Bentancor
Sociedad Civil - Endometriosis	Endouy Endocomunidad
Escuela de Nutrición - Udelar	Lic. Nut. Estela Skapino
Licenciatura en Nutrición - UCU	Lic. Nut. María Gabriela Pravia
Unidad Académica de Fisioterapia Facultad de Medicina - Udelar	Dr. Darío Santos O.P. y Lic. Fst. Patricia Amerio Lic. Fst. Analía Ourens
Unidad Académica de Imagenología Facultad de Medicina - Udelar	Liliana Servente
Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana	Lic. Nut. Florencia Solana Dra. Manuela Sosa

Participantes en actividad de aportes y validación realizada el 13 de julio de 2026:

Dra. Fernanda Gómez – Programa Nacional de Salud Integral de las Mujeres. MSP

Dr. Rafael Aguirre – Programa Nacional SSySR. MSP

Lic. Enf. Mónica Mateos – Programa Nacional SSySR. MSP

Dr. Fabián García – Programa Nacional SSySR. MSP

O.P. Jacqueline Primo – Programa Nacional SSySR. MSP

Prof. Adj. Psic. Sabrina Rossi – Programa Nacional SSySR. MSP

Lic. Enf. Florencia Forrisi – Programa Género y Diversidad Sexual. MSP

Lic. T.S. Sandra García – Programa Actividad Física. MSP

Lic. Nut. Virginia Natero – Programa Nutrición. MSP

Dr. Santiago Artucio – Redactor

Dr. Sebastián Ben – Redactor

Dra. Valeria Tolosa – Redactora

Lucía Botta – Soc. Civil Endo Uruguay

Alicia Álvarez – Soc. Civil Endo Uruguay

Matías González – Soc Civil

O.P. M.^a Fernanda Cabrera – Dirección SSySR de ASSE

Dr. Leonel Briozzo – UA Ginecotología A

Dra. Elena Otero – UA de Imagenología. UdelaR

Dra. Liliana Servente – UA de Imagenología. UdelaR

Lic. Nut. Marina Moirano – Escuela de Nutrición Udelar

Lic. Nut. Natalia La Rocca – Escuela de Nutrición Udelar

Dra. Lucía Antúnez de Oliveira – UA Medicina Familiar y Comunitaria. UdelaR

Dra. Rosario Durante – Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria

Dra. Leticia Valle Lisboa – Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria

Dra. Gladys Germano – Sociedad Ginecotológica del Uruguay

Lic. Nut. Florencia Solana – Soc. Uruguay de Reproducción Humana

O.P. Marcela Fumón – Asociación Obstétrica del Uruguay

Prólogo

En el contexto de la Estrategia Nacional de DERECHOS Sexuales y Reproductivos 2026-2030, elaborada por la Comisión asesora honoraria de DDSSRR, abordamos el tema de la endometriosis dentro de Eje de accesibilidad a los servicios de salud. Lo hicimos allí ya que detectamos un problema clave: la deficiente accesibilidad a diagnósticos y tratamientos oportunos, accesibles, seguros y de calidad a las personas que padecen de la misma, la mayoría mujeres cis pero también la hemos visto en hombres trans.

La endometriosis es un grave síndrome, con una altísima prevalencia, calculándose que afecta al 10% de las mujeres, y constituye un gran desafío en al menos en 3 niveles:

- El nivel del conocimiento científico de la afección, aún hoy se desconoce la etiología (justamente por eso es un síndrome) y por lo tanto es poca la evidencia con respecto a su prevención.
- El nivel del diagnóstico precoz para su abordaje oportuno.
- El nivel del tratamiento adecuado para disminuir las complicaciones y secuelas.

La endometriosis por su prevalencia y su gravedad es un problema central en la salud de la mujer y, por lo tanto, de toda la sociedad, convirtiéndose en un problema relevante de salud pública.

Gracias al esfuerzo y compromiso del movimiento social de mujeres que han llevado adelante este tema, hoy su abordaje está consagrado por la ley 20374.

Desde que estamos en la gestión se ha avanzado en 3 aspectos:

- La reglamentación de la ley que impone obligaciones a las instituciones en su abordaje y visibiliza la necesidad de mejorar los servicios y la respuesta.
- La reciente incorporación al PIAS del DIENOGEST, un fármaco clave en el tratamiento de la entidad.
- El conocimiento extendido de las usuarias del uso de métodos diagnósticos como la eco funcional para el diagnóstico y de la necesidad de cirujanos entrenados y equipos adecuados para el tratamiento de los casos complejos.

Hacía falta, sin embargo, poner el foco en la formación de profesionales de los equipos de salud, sobre todo en el abordaje inicial y en el sector clave para el diagnóstico precoz, el Primer Nivel de Atención. Este es el lugar central de esta guía que, además de plantear de manera clara, precisa y extensa el manejo de la endometriosis en el Primer Nivel, nos acerca las voces y sentires de las mujeres que conviven con esta condición, para entenderlas y mejorar lo más importante en nuestra actividad clínica diaria: escuchar, entender, acompañar con calidad técnica y humana y con formación de excelencia que nos permita ayudar más y mejor a estas mujeres.

En mi trayectoria profesional he acompañado, y continúo acompañando, a decenas de mujeres con esta afección. Como docente, intento transmitir a los jóvenes residentes la importancia de construir, con firmeza y convicción, la empatía y la solidaridad necesarias para ayudar más y mejor a estas mujeres y a sus entornos.

Empatía como el desarrollo de la capacidad cognitiva y emocional para ponerse en el lugar de nuestras pacientes, entender su sufrimiento y sus miedos, previniendo de perder la necesaria objetividad profesional. Solidaridad para apoyar decisiones de pares, apoyo social y acompañamiento en un contexto comunitario como red de ayuda, apoyando los esfuerzos para hacer sostenible los cuidados.

Bienvenida esta nueva guía clínica para que cumpla su rol, la de ser un ladrillo más en la construcción de salud y dignidad para la pública felicidad.

Dr. Leonel Briozzo

Subsecretario de Salud Pública

Propósito del manual

El presente manual tiene como propósito orientar el abordaje clínico, diagnóstico temprano, seguimiento y derivación oportuna de personas con sospecha o diagnóstico de endometriosis desde el primer nivel de atención, en el marco de los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS): universalidad, integralidad, equidad, continuidad y participación.

Esta herramienta técnica se fundamenta en la Ley N.º 20.374¹, que reconoce a la endometriosis como una afección crónica, inflamatoria y sistémica, y garantiza el acceso integral al diagnóstico, tratamiento y acompañamiento interdisciplinario en todo el territorio nacional. En ese sentido, el manual busca fortalecer las capacidades del primer nivel para:

- Detectar precozmente signos y síntomas compatibles con endometriosis.
- Realizar una evaluación clínica inicial adecuada, con enfoque biopsicosocial.
- Promover la consejería reproductiva y el respeto por los derechos sexuales y reproductivos.
- Orientar sobre el acceso a estudios complementarios, tratamientos médicos y quirúrgicos, y técnicas de preservación de fertilidad cuando corresponda.
- Articular con el segundo y tercer nivel de atención, asegurando la continuidad asistencial y el seguimiento longitudinal.

Asimismo, se promueve una atención centrada en la persona, con enfoque de género, derechos humanos y ciclo vital, reconociendo el impacto físico, emocional y social de la endometriosis en la calidad de vida de quienes presentan esta afección.

¹ Ley N.º 20.374. Regulación del acceso al diagnóstico y tratamiento de la endometriosis. Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay. 2024 Sep 24 [citado 2025 Oct 23]; Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/20374-2024>

Nota sobre el lenguaje: la mayor parte de las personas afectadas por la endometriosis son mujeres cis, y es respecto de esta población que se centran las investigaciones disponibles. En el documento se hará mención a «mujeres» en este entendido, aunque esta es una condición que puede afectar también a varones trans, personas con variaciones intersexuales y personas no binarias, entre otras identidades. Las recomendaciones para la práctica clínica que se presentan en este manual se aplican a la población general afectada por endometriosis.

Introducción

La endometriosis es una afección crónica, inflamatoria y sistémica, caracterizada por la presencia de tejido similar al endometrio fuera del útero. Afecta a más de 190 millones de mujeres en todo el mundo, y 15 millones de mujeres en América del Sur, con una prevalencia estimada del 10 % en mujeres en edad reproductiva, lo que equivale a 1 de cada 7 a 10 personas con útero. Se encuentra en hasta el 50 % de las mujeres con infertilidad, y puede generar un impacto significativo en la calidad de vida, incluyendo dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia, alteraciones digestivas y urinarias, infertilidad y ausentismo laboral. El diagnóstico precoz es fundamental, ya que permite mejorar el pronóstico clínico, reducir complicaciones y optimizar la calidad de vida. Sin embargo, el retraso diagnóstico es frecuente: diversos estudios han reportado una demora promedio de 7 a 10 años desde el inicio de los síntomas hasta la confirmación clínica. La progresión de la afección ocurre en aproximadamente un tercio de los casos, lo que refuerza la necesidad de estrategias de detección temprana y abordaje integral.

Etopatogenia

La etiopatogenia de la endometriosis continúa siendo objeto de investigación y debate. No existe una única teoría que explique todos los mecanismos implicados. Se han descrito factores genéticos, epigenéticos, hormonales, inmunológicos y ambientales que contribuyen a su desarrollo y progresión. Entre ellos se destacan la señalización estrogénica alterada, la resistencia a la progesterona, el estrés oxidativo, la inflamación crónica, los cambios en el microbioma peritoneal y la adhesión celular aberrante.

Estudios recientes han identificado 42 loci genéticos asociados a la endometriosis, con efectos más pronunciados en las formas avanzadas (estadios III/IV), principalmente ante la presencia de endometriomas y una correlación genética significativa con otras condiciones dolorosas e inflamatorias, como migraña, dolor crónico de espalda, asma y osteoartritis. Estos hallazgos refuerzan el carácter sistémico de la afección y su interrelación con mecanismos de dolor e inflamación. Por otra parte, un estudio de cohorte a gran escala mostró que las personas con endometriosis presentan entre dos y seis veces más probabilidades de recibir un diagnóstico de enfermedades autoinmunes, como Hashimoto, artritis reumatoide, lupus, síndrome de Sjögren o miositis, dentro de los dos años posteriores al diagnóstico.

Desde el punto de vista histopatológico, se ha cuestionado la teoría clásica del autotrasplante (teoría de Sampson), ya que el tejido ectópico presenta diferencias sustanciales respecto al endometrio eutópico en términos de expresión génica, actividad enzimática, morfología y clonación celular. Esto sugiere que la endometriosis podría tener un origen distinto al endometrio nativo, o bien que este sufre

modificaciones profundas durante el proceso de implantación ectópico.

La endometriosis afecta significativamente la calidad de vida de las mujeres, tanto en sus dimensiones físicas como psicoemocionales. Su impacto se extiende más allá del dolor pélvico y la infertilidad, abarcando alteraciones en la salud mental, la función sexual, la productividad laboral y las relaciones sociales. Si bien el diagnóstico precoz y el abordaje multidisciplinario pueden mejorar los resultados clínicos, la variabilidad de síntomas y la naturaleza sistémica de la afección dificultan su manejo efectivo.

Impacto psicoemocional

La endometriosis se considera una condición que puede afectar profundamente la vida cotidiana, las relaciones sociales, la sexualidad y la salud mental de las personas afectadas. Se ha demostrado una asociación entre enfermedades inflamatorias y trastornos del estado de ánimo. En el caso de la endometriosis, se han identificado correlaciones significativas entre factores inmunopatológicos —como el desequilibrio en la producción de citocinas proinflamatorias (IL-1 β , IL-2, IFN- γ) y antiinflamatorias (IL-4)— y la severidad de los síntomas depresivos, la ansiedad y otros trastornos mentales.

Estos cambios inmunológicos periféricos pueden estimular el sistema nervioso central y desencadenar una “respuesta de enfermedad” caracterizada por astenia, hipofagia, disfunción del sueño, anhedonia y tristeza, lo que afecta negativamente las interacciones sociales y las relaciones íntimas. Además, el estrés crónico, la ansiedad y la depresión pueden retroalimentar el proceso inflamatorio, generando un círculo vicioso entre la afección, el comportamiento y el estado emocional.

Sexualidad y relaciones interpersonales

El dolor físico, la intensidad de los diversos síntomas, la astenia y los síntomas depresivos asociados a la endometriosis pueden interferir en el logro de una función sexual saludable. Esto, en personas involucradas en vínculos sexoafectivos, puede generar frustración, disminución de la autoestima, problemas de comunicación y deterioro de la relación. Estos efectos pueden intensificarse con la edad y la incertidumbre sobre la evolución de la afección y la fertilidad.

Calidad de vida y productividad

La calidad de vida relacionada con la salud está significativamente disminuida en personas con endometriosis, tanto en sus componentes físicos como psíquicos. La patología se asocia con mayor riesgo de diagnósticos de depresión y ansiedad. Estudios poblacionales grandes muestran un aumento relativo de entre el 30 % y el 50 % frente a personas sin endometriosis, con mayor riesgo en el período posterior al diagnóstico y en pacientes con dolor asociado. Por tanto, la salud mental debe incorporarse al abordaje integral de la afección, sin reducir el dolor a una causa psicológica. A su vez, este mayor riesgo debe interpretarse en el contexto de dolor crónico, retraso diagnóstico, invalidación, impacto laboral y educativo, afectación

de los vínculos cercanos e incertidumbre terapéutica, factores que la literatura identifica como contribuyentes al malestar psicológico en la endometriosis.

Para la evaluación del impacto en la calidad de vida, se recomienda utilizar el Health Profile-30 (HP-30), cuestionario validado y específico para endometriosis. Consta de 30 ítems que exploran seis dominios: dolor pélvico, actividad laboral, vida social, función sexual, bienestar emocional e imagen corporal. Su aplicación en el primer nivel permite dimensionar el impacto funcional de la afección más allá de la intensidad del dolor y hacer un seguimiento de la respuesta al tratamiento a lo largo del tiempo.

Referencias bibliográficas

Abril-Coello R, Correyero-León M, Ceballos-Laita L, et al. Benefits of physical therapy in improving quality of life and pain associated with endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2023;162(1):233–243. doi:10.1002/ijgo.14645

Amro B, Ramirez Aristondo ME, Alsuwaidi S, et al. New understanding of diagnosis, treatment and prevention of endometriosis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(11):6725. doi:10.3390/ijerph19116725

Aziz M, Beaton MA, Aziz MA, Opoku-Anane J, Elhadad N. Endometriosis and autoimmunity: a large-scale case-control study of endometriosis and 10 distinct autoimmune diseases. *npj Womens Health*. 2025;3(1):36.

Estes SJ, Huisinigh CE, Chiuve SE, Petruski-Ivleva N, Missmer SA. Depression, anxiety, and self-directed violence in women with endometriosis: a retrospective matched-cohort study. *Am J Epidemiol*. 2021;190(5):843–852.

Facchin F, Barbara G, Saita E, et al. Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2015;36(4):135–141. doi:10.3109/0167482X.2015.1074173

Giese N, Kwon KK, Armour M. Acupuncture for endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Integr Med Res*. 2023;12(4):101003. doi:10.1016/j.imr.2023.101003

Jones G, Kennedy S, Barnard A, Wong J, Jenkinson C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstet Gynecol*. 2001 Aug;98(2):258–64. doi:10.1016/S0029-7844(01)01433-8.

Marí-Alexandre J, García-Oms J, Agababayan C, Belda-Montesinos R, Royo-Bolea S, Varo-Gómez B, et al. Toward an improved assessment of quality of life in endometriosis: evaluation of the Spanish version of the Endometriosis Health Profile 30. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2022;43(3):251–257. doi:10.1080/01

Moïse A, Dzeitova M, de Landsheere L, Nisolle M, Brichant G. Endometriosis and infertility: gynecological examination practical guide. *J Clin Med*. 2025;14(6):1904. doi:10.3390/jcm14061904

Rahmioglu N, Mortlock S, Ghiasi M, et al. The genetic basis of endometriosis and comorbidity with other pain and inflammatory conditions. *Nat Genet*. 2023;55(3):423–436.

Szyplowska M, Tarkowski R, Kułak K. The impact of endometriosis on depressive

and anxiety symptoms and quality of life: a systematic review. *Front Public Health*. 2023;11:1230303. doi:10.3389/fpubh.2023.1230303

Tennfjord MK, Gabrielsen R, Tellum T. Effect of physical activity and exercise on endometriosis-associated symptoms: a systematic review. *BMC Womens Health*. 2021;21(1):355. doi:10.1186/s12905-021-01500-4

Thiel PS, Bougie O, Pudwell J, Shellenberger J, Velez MP, Murji A. Endometriosis and mental health: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2024;230(6):649.e1–649.e13.

van Barneveld E, Manders J, van Osch FHM, et al. Depression, anxiety, and correlating factors in endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2022;31(2):219–230. doi:10.1089/jwh.2021.0021

Wang Y, Li B, Zhou Y, et al. Does endometriosis disturb mental health and quality of life? A systematic review and meta-analysis. *Gynecol Obstet Invest*. 2021;86(4):315–335. doi:10.1159/000516517

Zheng SH, Chen XX, Chen Y, et al. Antioxidant vitamins supplementation reduces endometriosis-related pelvic pain in humans: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Biol Endocrinol*. 2023;21(1):79. doi:10.1186/s12958-023-01126-1

67482X.2020.1795827

Diagnóstico

La endometriosis puede ser sintomática o asintomática, hay estudios que reportan ausencia de síntomas en el 20-25 % de los casos. Los síntomas comúnmente asociados a la patología incluyen, pero no se limitan a:

- **Dismenorrea.** Definida como dolor durante la menstruación, ocurre entre el 60 % y el 80 % de las personas con síntomas por endometriosis. En muchos casos, la dismenorrea es invalidante, afecta la actividad social y la calidad de vida, y determina frecuentemente ausentismo estudiantil y laboral. La presencia de dismenorrea aumenta ocho veces la probabilidad de diagnóstico de endometriosis.
- **Dolor pélvico crónico.** Se presenta en el 40-50 % de los casos sintomáticos y corresponde al dolor crónico no limitado al período menstrual. En muchos casos se refiere como un dolor periovulatorio o premenstrual, mientras que en otros es persistente.
- **Dispareunia.** Afecta al 40-50 % de las pacientes y se caracteriza principalmente por dolor profundo durante o después de las relaciones sexuales. Es particularmente frecuente cuando existe compromiso del compartimento posterior, los ligamentos uterosacros o el tabique rectovaginal.
- **Sangrado uterino anormal.** Se observa en aproximadamente el 10-20 % de los casos. Aunque no constituye una manifestación típica de la afección, puede presentarse como hipermenorrea, sangrado intermenstrual o menstruaciones prolongadas, especialmente cuando coexiste con adenomiosis.
- **Síntomas gastrointestinales.** Hasta el 90 % de las pacientes presenta algún síntoma digestivo. Los más frecuentes son constipación, diarrea, dolor abdominal, náuseas, meteorismo y cambios en el hábito intestinal, con una marcada exacerbación durante la menstruación.
- **Distensión abdominal.** La sensación de distensión está presente en aproximadamente el 82, 8 % de las pacientes. Puede fluctuar a lo largo del ciclo menstrual y generar un importante deterioro de la calidad de vida.
- **Disquecia.** Es un síntoma frecuente, especialmente en pacientes con endo-

metriosis profunda que compromete el recto, el tabique rectovaginal o los ligamentos uterosacros. Se caracteriza por dolor durante la evacuación de materias, habitualmente con exacerbación durante la menstruación.

- **Alteraciones en el tránsito urinario.** Las alteraciones del tracto urinario comprenden disuria, urgencia miccional, polaquiuria, hematuria cíclica y, en casos avanzados, obstrucción ureteral. Su prevalencia varía entre el 0, 3 y el 12 % en la población general con endometriosis, pudiendo alcanzar hasta el 53 % en pacientes con endometriosis profunda.
- **Infertilidad.** Entre el 30 % y el 50 % de las mujeres con endometriosis presenta infertilidad. Asimismo, entre el 25 % y el 50 % de las pacientes que consultan por infertilidad son diagnosticadas con endometriosis. Esta asociación se explica por múltiples mecanismos que comprometen la anatomía pélvica, el ambiente inflamatorio y la reserva ovárica.

La presencia de uno o más de estos síntomas en personas en edad reproductiva debe generar una alta sospecha clínica de endometriosis. Cuando varios de estos síntomas coexisten, la probabilidad de endometriosis puede incrementarse entre 25 y 85 veces.

Se recomienda la utilización de herramientas estandarizadas para la evaluación inicial y seguimiento, como la escala visual analógica (EVA) para el dolor, cuestionarios de calidad de vida y, cuando corresponda, instrumentos específicos para evaluar la sexualidad. Estas herramientas permiten valorar la respuesta al tratamiento y orientar el abordaje clínico integral.

El examen físico también cumple un rol fundamental en el diagnóstico. Los hallazgos sugestivos incluyen la presencia de nódulos en el fondo de saco vaginal posterior, útero inmóvil, dolor a la palpación de puntos específicos, tumoración parauterina compatible con endometrioma y signos funcionales, como contractura del piso pélvico. La identificación de estos hallazgos orienta fuertemente al diagnóstico y puede justificar la realización de estudios por imágenes. No obstante, la ausencia de hallazgos físicos no excluye la afección. Es de destacar también que pacientes asintomáticas pueden presentar signos de endometriosis infiltrativa profunda.

En ciertos casos, el examen físico puede no ser factible, como en personas que no han iniciado relaciones sexuales o cuando el dolor impide una evaluación adecuada.

Tradicionalmente, el diagnóstico de endometriosis se consideraba exclusivamente laparoscópico, siendo la cirugía el “gold standard”. Sin embargo, este enfoque ha sido superado por criterios actuales que priorizan la sospecha clínica y los hallazgos imagenológicos.

El diagnóstico es clínico e imagenológico, con alta precisión diagnóstica; la laparoscopia «diagnóstica» debe reservarse para situaciones excepcionales, cuando existe una alta sospecha clínica sin correlato en los estudios por imágenes. En estos casos, la indicación quirúrgica debe tener un propósito terapéutico claro.

Aunque la imagenología es una herramienta clave en el diagnóstico, la clínica por sí sola —dada la alta prevalencia y sospecha— justifica el inicio de tratamiento. Esto es especialmente relevante en adolescentes o en poblaciones con acceso limitado a estudios de imagen especializados.

Ecografía transvaginal para valoración de endometriosis

La evaluación imagenológica representa un componente esencial en el abordaje diagnóstico de la endometriosis, al facilitar una planificación terapéutica adecuada y personalizada. Una exploración correctamente realizada permite alcanzar un diagnóstico preciso, no invasivo y de alta resolución, optimizando la toma de decisiones clínicas.

La ecografía transvaginal para valoración de endometriosis es el estudio de primera línea para el diagnóstico y el mapeo prequirúrgico. Se trata de una técnica ultrasonográfica de alta definición que permite identificar con precisión los sitios específicos de localización pélvica de la afección.

Su carácter dinámico posibilita la exploración de la movilidad de los órganos pélvicos y la evaluación del dolor específico. Mediante la movilización uterina se analiza la relación entre el útero, el recto y la vejiga. La pérdida de movilidad entre estas estructuras puede sugerir la presencia de adherencias entre dichos órganos y el útero.

Este estudio permite diagnosticar, con alta sensibilidad y especificidad, nódulos de endometriosis profunda. Desde 2016, el consenso IDEA (International Deep Endometriosis Analysis) plantea la evaluación de cuatro pasos en estos estudios:

1. Examen rutinario de útero y anexos. Búsqueda de elementos de adenomiosis o endometriomas ováricos.
2. Búsqueda de «marcadores blandos» en la ecografía transvaginal; p. ej.: ovarios fijos y dolor sitio-específico.
3. Evaluación del fondo de saco de Douglas mediante ecografía transvaginal dinámica (signo de deslizamiento posterior).
4. Búsqueda de focos de endometriosis profunda en los compartimentos anterior (vejiga) y posterior (ligamentos uterosacros [LUS], tabique rectovaginal [TRV], torus uterino y pared rectal anterior).

Los focos endometriósicos se observan como nódulos hipoecoicos, con bordes irregulares, retracciones y adherencias. En los casos de endometriosis profunda infiltrativa de rectosigmoides, permite evaluar el tamaño del nódulo, el grado de infiltración y la distancia del margen anal, lo que posibilita realizar una correcta planificación quirúrgica. El diagnóstico de endometriomas mediante ecografía presenta una sensibilidad del 89 % y una especificidad del 95 %. Las características más típicas incluyen:

- Tumoración quística unilocular (no más de cuatro lóculos).
- Contenido en “vidrio esmerilado”.
- Ausencia de áreas sólidas (puede presentar áreas hiperecogénicas pequeñas sin vascularización).

La asociación entre endometriomas y otros focos de endometriosis profunda es de aproximadamente el 60-80 %, por lo que ante el hallazgo de un endometrioma se recomienda el mapeo completo, dado que rara vez se presentan como lesiones únicas.

Para la endometriosis superficial, la sensibilidad y especificidad son menores, alrededor del 60 %. Se recomienda utilizar marcadores específicos para el diagnóstico tanto de endometriosis superficial como a nivel parametrial. Estos estudios requieren de entrenamiento específico.

La ecografía también permite el diagnóstico de adenomiosis. Se utilizan los criterios descritos por el grupo MUSA (Morphological Uterus Sonographic Assessment). Sus principales características ecográficas son:

- Engrosamiento asimétrico de las paredes uterinas.
- Islas hiperecogénicas en el miometrio.
- Áreas quísticas miometriales (hipoecogénicas) con sombra posterior.
- Zona de unión endometrio-miometrial irregular ("Zona J").
- Útero en "signo de pregunta".

La ecografía es un buen método diagnóstico para la adenomiosis. Estudios que correlacionan histología de piezas extraídas, reportan una sensibilidad del 75 % y una especificidad del 90 %. En estos casos, se debe definir la presencia de adenomiosis, su tipo (difusa o localizada) y su localización.

Se recomienda que el informe ecográfico sea completo y sistemático, utilizando clasificaciones avaladas para su uso en esta afección, a fin de estandarizar la descripción de las lesiones y el mapeo.

La ecografía para valoración de endometriosis es un estudio realizado por personal médico específicamente entrenado, con un equipo de ultrasonido adecuado y en un tiempo apropiado (alrededor de 30 minutos). Sus beneficios incluyen el carácter no invasivo, la reproducibilidad, la utilidad para el diagnóstico y el seguimiento, y la especial eficacia para el mapeo prequirúrgico. La precisión diagnóstica depende de la experiencia del personal actuante, por lo que es clave un entrenamiento específico en esta patología.

Resonancia magnética de abdomen y pelvis

La resonancia magnética es una herramienta diagnóstica de gran utilidad en el manejo de pacientes con endometriosis, especialmente en casos de enfermedad profunda infiltrativa o compromiso extrapélvico. Presenta una sensibilidad y especificidad superiores al 90 % para el diagnóstico de endometriosis profunda y endometriomas, y permite realizar un mapeo prequirúrgico detallado.

La utilización de gel intravaginal mejora significativamente la detección de lesiones en el compartimento posterior, incluyendo el torus uterino, ligamentos uterosacros, tabique rectovaginal y recto.

Este estudio requiere entrenamiento específico para la correcta interpretación de las imágenes. En el diagnóstico de endometriomas, la sensibilidad y especificidad

también superan el 95 %.

Las lesiones de endometriosis profunda infiltrativa suelen visualizarse como áreas nodulares hipointensas en secuencias T2, con retracciones periféricas.

La resonancia magnética está particularmente indicada en pacientes con sospecha de enfermedad extrapélvica.

Consideraciones clínicas

Aspecto	Consideración clínica
Importancia del diagnóstico precoz	Permite iniciar tratamiento oportuno, reducir complicaciones y mejorar la calidad de vida.
Método diagnóstico principal	Basado en sospecha clínica y estudios imagenológicos: ecografía transvaginal específica y/o resonancia magnética de pelvis
Rol de la laparoscopia	No debe considerarse método diagnóstico de rutina; su indicación es terapéutica
Limitaciones de la imagenología	La ausencia de hallazgos imagenológicos no excluye la afección

Referencias bibliográficas

Bulletti C, Coccia ME, Battistoni S, Borini A. Endometriosis and infertility. J Assist Reprod Genet. 2010;27(8):441–447.

Condous G, Gerges B, Thomassin-Naggara I, et al. Non-invasive imaging and classification systems for pelvic deep endometriosis: international consensus. J Minim Invasive Gynecol. 2024;31(7):557–573. doi:10.1016/j.jmig.2024.04.006

Di Giovanni A, Montanari E, Hudelist G, et al. Comparison between sonography-based and surgical evaluation of endometriotic lesions using #Enzian classification. Ultraschall Med. 2023;44(3):290–298. doi:10.1055/a-1713-3573

Exacoustos C, Brienza L, Di Giovanni A, et al. Adenomyosis: 3D sonographic findings of the junctional zone and histologic correlation. Ultrasound Obstet Gynecol. 2011;37(4):471–479. doi:10.1002/uog.8900

Exacoustos C, De Felice G, Pizzo A, et al. Isolated ovarian endometrioma: myth vs reality. J Minim Invasive Gynecol. 2018;25(5):884–891. doi:10.1016/j.jmig.2017.12.026

Exacoustos C, Malzoni M, Di Giovanni A, et al. Ultrasound mapping system for surgical management of deep infiltrating endometriosis. Fertil Steril. 2014;102(1):143–150. e2. doi:10.1016/j.fertnstert.2014.03.043

Fleischer K, Bachi A, Kam J, Narayanan P, Nair R, Khazali S. Bladder Endometriosis: What do we know and what is left to find out? A narrative review. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2024;96:102536.

Guerriero S, Condous G, Rolla M, Hudelist G, Ferrero S, Alcazar JL, Ajossa S, Bafort

C, Van Schoubroeck D, Bourne T, Van den Bosch T, Singh SS, Abrao MS, Szabó G, Testa AC, Di Giovanni A, Fischerova D, Tomassetti C, Timmerman D. Addendum to consensus opinion from International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group: sonographic evaluation of the parametrium. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2024 Aug;64(2):275-280. doi:10.1002/uog.27558.

Guerriero S, Condous G, Rolla M, Pedrassani M, Leonardi M, Hudelist G, Ferrero S, Alcazar JL, Ajossa S, Bafort C, Van Schoubroeck D, Bourne T, Van den Bosch T, Singh SS, Abrao MS, Di Giovanni A, Tomassetti C, Timmerman D. Addendum to consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group: sonographic evaluation of superficial endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2025 Oct;66(4):541-547. doi:10.1002/uog.29288.

Guerriero S, Condous G, van den Bosch T, et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis: a consensus opinion from the IDEA group. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016;48(3):318-332. doi:10.1002/uog.15955

Harmsen MJ, Van den Bosch T, de Leeuw RA, et al. Revised definitions of MUSA features of adenomyosis: results of a modified Delphi procedure. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2022;60(1):118-131. doi:10.1002/uog.24786

Kadam N, Khalid S, Jayaprakasan K. Reproducibility of ultrasound features of adenomyosis defined by revised MUSA consensus. *J Clin Med*. 2025;14(2):456. doi:10.3390/jcm14020456

Keckstein J, Becker CM, Canis M, et al. Recommendations for surgical treatment of deep endometriosis. *Hum Reprod Open*. 2020;2020(1):hoaa002. doi:10.1093/hropen/hoaa002

Malzoni M, Casarella L, Coppola M, et al. Preoperative ultrasound indications determine excision technique for bowel surgery in deep infiltrating endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2020;27(5):1141-1147. doi:10.1016/j.jmig.2019.08.034

Maroun P, Cooper MJ, Reid GD, Keirse MJ. Relevance of gastrointestinal symptoms in endometriosis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2009;49(4):411-414.

Montanari E, Bokor A, Szabó G, et al. Accuracy of sonography for non-invasive detection of ovarian and deep endometriosis using #Enzian classification: prospective multicenter diagnostic accuracy study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2022;59(3):385-391. doi:10.1002/uog.24833

Pontes Fernandez CFR, Oliveira BC, Franco IP, et al. Imaging anatomy of the lateral pelvic compartment in endometriosis. *Abdom Radiol (NY)*. 2025;50(2):936-952. doi:10.1007/s00261-024-04541-z

Rousset P, Florin M, Bharwani N, et al. Deep pelvic infiltrating endometriosis: MRI lexicon and compartment-based approach. *Diagn Interv Imaging*. 2023;104(3):95-112. doi:10.1016/j.diii.2022.09.004

Sokalska A, Timmerman D, Testa AC, et al. Diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound for adnexal masses. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009;34(4):462-470. doi:10.1002/uog.6444

Van den Bosch T, Dueholm M, Leone FP, et al. Terms, definitions and measurements to describe sonographic features of myometrium and uterine masses: a consensus from the MUSA group. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2015;46(3):284-298. doi:10.1002/uog.14806

Yuruk YY, Ozdemir MS, Simsar M, Sahin H. MRI features of endometriosis: key points for reporting. *Abdom Radiol (NY)*. 2025;50(12):6052-6063. doi:10.1007/s00261-025-05002-x

Zhang X, Meng X, Dou T, Sun H. Diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound for

Clasificación de la endometriosis

La clasificación de la endometriosis ha sido objeto de revisión constante, con el objetivo de mejorar la precisión diagnóstica, la planificación terapéutica y el seguimiento clínico. Los criterios utilizados incluyen la profundidad de las lesiones, su localización anatómica y la intensidad de la sintomatología asociada.

Tipos clásicos de presentación

Tradicionalmente, la endometriosis se ha subdividido en cuatro formas clínicas principales, aunque se reconoce que los síntomas pueden variar ampliamente entre pacientes:

- Endometriosis peritoneal superficial: presencia de implantes endometriósicos en la superficie del peritoneo o en la serosa de órganos abdominales.
- Endometriosis profunda infiltrativa: lesiones que penetran más de 5 mm por debajo de la superficie peritoneal, afectando estructuras como el tabique rectovaginal, ligamentos uterosacros o el recto.
- Endometriomas ováricos: quistes ováricos con contenido hemático, revestidos internamente por células endometriósicas.
- Endometriosis extrapélvica: nódulos endometriósicos localizados fuera de la pelvis, incluyendo diafragma, pared abdominal, tórax, región umbilical y otros órganos.

Sistemas de clasificación especializados

Para fines quirúrgicos, de investigación y de seguimiento, se han desarrollado sistemas de clasificación más detallados que permiten una descripción anatómica precisa de las lesiones:

- **Clasificación AAGL (2021):** sistema intraoperatorio basado en la complejidad anatómica, que correlaciona la severidad de la afección con dolor e infertilidad. Esta clasificación también puede aplicarse de forma preoperatoria a partir de

hallazgos ecográficos (transvaginales o transabdominales), sin requerir cirugía. Un estudio multicéntrico mostró que la estadificación obtenida por ecografía es altamente concordante con la clasificación intraoperatoria por laparoscopia y permite distinguir estadios iniciales de avanzados.

- **Clasificación ASRM (American Society for Reproductive Medicine):** ampliamente utilizada, clasifica la afección en estadios I a IV según la localización, tamaño y profundidad de las lesiones observadas durante la cirugía
- **Clasificación #Enzian:** ofrece una descripción topográfica más completa, aplicable tanto en estudios preoperatorios como intraoperatorios. Clasifica las lesiones peritoneales, ováricas y tubáricas, y en casos de endometriosis profunda infiltrativa, segmenta en compartimentos pélvicos:
 - » A: tabique rectovaginal, retrocervical, vagina.
 - » B: ligamentos uterosacros, parametrios, pared pélvica.
 - » C: recto.

Cada compartimento se clasifica según el tamaño del nódulo (<1 cm, 1–3 cm, >3 cm). Además, incluye extensiones como adenomiosis (FA), compromiso vesical (FB), intestinal (FI), ureteral (FU) y extrapélvico (diafragma, nervios, pulmón, pared abdominal)

La clasificación #Enzian está disponible en formato electrónico y aplicaciones móviles, lo que facilita su implementación clínica y quirúrgica.

Clasificación pronóstica en fertilidad

Para estimar la probabilidad de embarazo espontáneo en pacientes con endometriosis, se han desarrollado herramientas como el **EFI Score (Endometriosis Fertility Index)**, que integra variables quirúrgicas y clínicas para predecir el potencial reproductivo.

Perspectivas futuras

Actualmente se trabaja en el desarrollo de sistemas de clasificación que incorporen no solo la extensión anatómica de la afección, sino también el impacto en la calidad de vida, el dolor y otros síntomas subjetivos, con el fin de lograr un abordaje más integral y centrado en la persona.

Recomendación:

Se sugiere la utilización de la clasificación #Enzian para el mapeo de lesiones, tanto mediante estudios de imagen como en el contexto intraoperatorio, por su capacidad de describir con precisión la anatomía afectada y orientar el tratamiento.

Referencias bibliográficas

AAGL Endometriosis Classification Task Force. AAGL 2021 Endometriosis Classification: an anatomy-based surgical complexity score. *J Minim Invasive Gynecol.* 2021;28(9):1571–1578. doi:10.1016/j.jmig.2021.06.007

Abrao et al. 2023

Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, et al. The #Enzian classification: a comprehensive non-invasive and surgical description system for endometriosis. *Arch Gynecol Obstet.* 2021;303(1):1–15. doi:10.1007/s00404-020-05805-5

European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Endometriosis Guideline. ESHRE; 2022. Disponible en: www.eshre.eu/guidelines

Hudelist G, Fritzer N, Thomas A, et al. Endometriosis and infertility: prognostic value of #Enzian classification compared to rASRM and EFI score. *Reprod Biomed Online.* 2022;44(1):45–52. doi:10.1016/j.rbmo.2021.09.006

Johnson NP, Hummelshoj L. Endometriosis classification systems: an international survey to map current knowledge and uptake. *Fertil Steril.* 2017;108(5):843–855. doi:10.1016/j.fertnstert.2017.08.001

Keckstein J, Ulrich U, Possover M, et al. The Enzian classification: a comprehensive approach to the surgical assessment of deep infiltrating endometriosis. *Gynecol Surg.* 2005;2(3):129–133. doi:10.1007/s10397-005-0114-4

Kvaskoff M, Mahamat-Saleh Y, Farland LV, et al. Endometriosis and cancer: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 2021;27(2):393–420. doi:10.1093/humupd/dmaa045

Palep-Singh M, Gupta S. Endometriosis: associations with menopause, hormone replacement therapy and cancer. *Menopause Int.* 2009;15(4):169–174. doi:10.1258/mi.2009.009041

Rahmioglu N, Mortlock S, Ghiasi M, et al. The genetic basis of endometriosis and comorbidity with other pain and inflammatory conditions. *Nat Genet.* 2023;55(3):423–436. doi:10.1038/s41588-023-01323-z

Shafir AL, Farland LV, Ginsburg ES, et al. Risk for and consequences of endometriosis: a critical epidemiologic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018;51:1–15. doi:10.1016/j.bpobgyn.2018.06.001

Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, et al. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women treated in referral centres. *Hum Reprod.* 2012;27(5):1292–1299. doi:10.1093/humrep/des073

Tomassetti C, Meuleman C, Pexsters A, et al. The Improved-EFI Score: a multi-omics-based predictive tool for natural fertility in endometriosis. *Reprod Biomed Online.* 2023;46(2):e23. doi:10.1016/j.rbmo.2022.11.004

Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med.* 2020;382(13):1244–1256. doi:10.1056/NEJMra1810764

Tratamiento

La endometriosis es una patología con alta incidencia, presente en alrededor del 10 % de las mujeres en edad reproductiva. Su presentación clínica es heterogénea y puede afectar múltiples dimensiones de la vida de la persona.

El abordaje integral requiere un análisis exhaustivo de la sintomatología, los cambios anatómicos y las expectativas individuales de las personas afectadas para orientar adecuadamente el tratamiento. El motivo de consulta suele constituir el eje central que guía las decisiones terapéuticas.

En la mayoría de los casos, el dolor es el síntoma predominante, manifestado como dismenorrea, dolor pélvico crónico, dolor cíclico o no, dispareunia, disuria o disquencia cíclicas, y sensación de distensión abdominal. También puede presentarse por infertilidad o por afectación de la calidad de vida en otras dimensiones.

El dolor puede tener componentes nociceptivos (mediados por vías inflamatorias), neuropáticos (causados por lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial) y nociplásticos (perpetuados por mecanismos de sensibilización periférica y central). A menudo coexisten múltiples mecanismos en el contexto de dolor crónico.

Es importante destacar que la intensidad de los síntomas *no* se correlaciona necesariamente con la extensión anatómica de la afección. Algunas personas con focos mínimos pueden presentar dolor incapacitante, mientras que otras con endometriosis profunda infiltrativa pueden permanecer paucisintomáticas o asintomáticas.

Recomendación:

Se recomienda tratamiento individualizado, centrado en la persona y respetuoso de sus prioridades, expectativas y objetivos personales.

Existen múltiples herramientas terapéuticas, incluyendo tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, modificaciones en el estilo de vida, terapias físicas, intervenciones nutricionales, abordajes biopsicosociales y tratamientos quirúrgicos.

El **enfoque multidisciplinario**, que integra especialidades médicas y otras disciplinas de la salud, mejora los resultados clínicos y funcionales.

Objetivos terapéuticos

- Alivio del dolor y otros síntomas asociados.
- Mejora de la calidad de vida.
- Optimización de la función reproductiva y apoyo en la búsqueda de embarazo.
- Limitación de la progresión de la afección .
- Reducción de recurrencias.

El abordaje terapéutico de la endometriosis en el contexto de la búsqueda de embarazo requiere la intervención de un equipo multidisciplinario con experiencia tanto en endometriosis como en medicina reproductiva. Se trata de una situación clínica particular que demanda estrategias individualizadas, adaptadas a las características y posibilidades de cada persona, como se desarrollará en el apartado correspondiente.

Consideraciones clínicas

En pacientes asintomáticas, no existe evidencia que respalde el tratamiento preventivo de la endometriosis con el objetivo de evitar su progresión o una eventual transformación maligna. En consecuencia, el abordaje terapéutico se orienta al control sintomático, con énfasis en el manejo del dolor. Es esencial comunicar que se trata de una afección crónica, sin cura definitiva, cuyo propósito principal es mejorar la calidad de vida de quienes la padecen. Cabe destacar que los síntomas pueden recurrir o intensificarse, en particular tras la suspensión del tratamiento.

Tratamiento del dolor

El dolor asociado a endometriosis puede ser nociceptivo o neuropático y suele coexistir con mecanismos de sensibilización central (neuroplástico). Su manejo requiere una estrategia multimodal.

Tratamiento medicamentoso

Tratamiento farmacológico no hormonal

El tratamiento analgésico inicial se basa en el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y/o paracetamol, pudiendo requerir la incorporación de otros grupos farmacológicos, como neuromoduladores u opioides, según la intensidad y persistencia del dolor. No obstante, su eficacia resulta limitada en un porcentaje considerable de pacientes.

En casos de dolor pélvico crónico, puede contemplarse el empleo de neuromoduladores, tales como antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), gabapentina o pregabalina. Sin embargo, la evidencia disponible no respalda su uso sistemático, y aunque la gabapentina es uno de los fármacos más utilizados en este contexto, su efectividad continúa siendo motivo de debate.

El dolor crónico asociado a endometriosis puede representar un desafío terapéutico, y en determinadas situaciones puede ser necesario recurrir a opioides. En tales casos, es fundamental considerar los posibles efectos adversos, incluyendo el desarrollo de tolerancia y dependencia. Por ello, se recomienda su utilización en períodos limitados y se desaconseja su uso como tratamiento de base a largo plazo.

Cabe señalar que no existe evidencia que indique que el tratamiento analgésico tenga impacto sobre la evolución o progresión de la afección .

Recomendación:

Ante la primera consulta por dolor, se recomienda iniciar tratamiento analgésico con AINEs o paracetamol. En pacientes seleccionadas, puede añadirse gabapentina como coadyuvante en el tratamiento del dolor crónico.

El uso de opioides debe reservarse para situaciones en las que no existan alternativas analgésicas eficaces, procurando su administración durante el menor tiempo posible y a la dosis más baja efectiva.

Tratamiento hormonal

Primera línea

El tratamiento hormonal constituye la primera línea terapéutica en pacientes con dolor asociado a endometriosis que no se encuentren en búsqueda de embarazo. Esta estrategia incluye el uso de anticonceptivos orales (ACO) combinados y progestinas en monoterapia, ambos con eficacia clínicamente significativa en la reducción del dolor. Sin embargo, se ha documentado que entre un 11 % y un 19 % de las mujeres no presentan mejoría clínica, y más del 30 % experimentan recurrencia sintomática dentro del año posterior a la suspensión del tratamiento.

El inicio puede realizarse con ACO combinados, administrados en régimen cíclico o continuo, o con progestinas solas. Estos esquemas inducen supresión hormonal y mejoría sintomática, cuya eficacia debe evaluarse tras un mínimo de tres meses de uso.

Según una revisión Cochrane publicada en 2018, el uso de ACO combinados se asocia con una reducción estadísticamente significativa de la dismenorrea relacionada con endometriosis, así como con mejoría de la dispareunia y mayor satisfacción reportada por las pacientes. No obstante, su uso puede provocar alteraciones en el patrón de sangrado menstrual, incluyendo spotting. El régimen continuo o extendido (sin comprimidos de placebo) tiene como objetivo inducir amenorrea, lo que ha demostrado ser más eficaz en el control de la dismenorrea que el régimen cíclico. Una revisión Cochrane más reciente (2023) confirmó beneficios adicionales en la reducción de la dismenorrea y de la distensión abdominal percibida por las pacientes.

Las progestinas en monoterapia constituyen una opción de primera línea, con eficacia estadísticamente significativa en la reducción de los síntomas. Su eficacia es similar entre los distintos fármacos, y no existe evidencia que oriente la elección de uno sobre otro. Dado que la respuesta es variable según cada paciente, se recomienda mantener su uso durante al menos 3 meses antes de evaluar la eficacia.

Entre los compuestos aprobados se incluyen el dienogest, el acetato de noretisterona y el acetato de medroxiprogesterona. Asimismo, se utilizan el desogestrel y la drospirenona, aunque no cuentan con aprobación específica para esta indicación.

El dienogest ha demostrado eficacia en el tratamiento de la dismenorrea, dispareunia y disquecia asociadas a endometriosis profunda infiltrativa, y se considera el fármaco de elección en el manejo postquirúrgico para prevenir recurrencias. Por su parte, el desogestrel, pese a no estar específicamente aprobado para esta indicación, ha evidenciado eficacia en algunos estudios, con buen perfil de seguridad y bajo costo. La drospirenona es una posibilidad de tratamiento, con buen resultado y perfil de seguridad.

Este abordaje se refiere principalmente a formulaciones orales de progestinas. No obstante, el uso de implantes subdérmicos y progestinas inyectables de depósito también es recomendado por diversas sociedades científicas internacionales. Asimismo, los dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel han mostrado resultados favorables en el tratamiento de los síntomas de endometriosis, y especialmente de adenomiosis, con mejoría en la dismenorrea y en el sangrado uterino anormal.

En pacientes sometidas a cirugía por endometriosis, existe evidencia que respalda el uso de tratamiento hormonal durante al menos seis meses en el postoperatorio, con el objetivo de reducir la recurrencia sintomática. Puede realizarse con progestinas solas, con ACO combinados o incluso con agonistas de GnRH.

Segunda línea

Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), como acetato de leuprolide y goserelina, constituyen opciones terapéuticas de segunda línea en el tratamiento médico de la endometriosis. Su indicación se limita a casos seleccionados, debido a su elevado costo y a los efectos adversos derivados de la inducción de una menopausia farmacológica, entre los que se destacan los síntomas vasomotores y la pérdida de densidad ósea. Para atenuar estos efectos, se recomienda la administración concomitante de anticonceptivos orales combinados (ACO) con estrógenos y progestinas, en lo que se conoce como “terapia add-back”. Los agonistas de GnRH se administran por vía inyectable.

Por su parte, los antagonistas de GnRH, como el relugolix, actúan mediante el bloqueo de los receptores periféricos de GnRH. Se administran por vía oral, presentan un inicio de acción rápido y permiten una recuperación más expedita del ciclo menstrual tras su suspensión. El uso de relugolix en combinación con terapia add-back ha demostrado una mejoría sintomática significativa en un número considerable de pacientes, además de asociarse con una reducción en el consumo de opioides. Dado que comparten un perfil de efectos adversos similar al de los agonistas de GnRH, también se recomienda su administración conjunta con terapia add-back. Se pueden usar de forma ininterrumpida hasta por 2 años, dado su perfil de seguridad demostrado.

Tercera línea

Los inhibidores de la aromatasa, como letrozol y anastrozol, han sido empleados

como tratamiento médico de tercera línea en el manejo de la endometriosis. Sin embargo, no han demostrado clara eficacia en el tratamiento y no cuentan con aprobación específica por parte de las agencias regulatorias para esta indicación, lo que limita su uso clínico.

En cuanto a los moduladores de los receptores de estrógenos, la evidencia disponible no es suficiente para respaldar su utilización en el tratamiento de la endometriosis. Algunos compuestos, como la mifepristona y el acetato de ulipristal, carecen de validación clínica en este contexto, mientras que otros, como la gestrinona, presentan efectos adversos que restringen su indicación. En el caso de moduladores selectivos de receptores de estrógenos, como el raloxifeno, se ha observado un efecto incierto sobre el dolor pélvico, así como un impacto negativo en la salud mental y en la calidad de vida de pacientes sometidas a cirugía por endometriosis.

Tratamiento médico de la endometriosis

Línea terapéutica	Grupo farmacológico	Fármacos	Vía de administración	Eficacia clínica	Consideraciones y efectos adversos
Primera línea	ACO combinados	Etinilestradiol, estradiol o estetrol + progestina	Oral (cíclico o continuo)	Mejora dismenorrea, disquemia y satisfacción; el régimen continuo es más eficaz que el cíclico para el control de la dismenorrea	Spotting, alteraciones del sangrado menstrual
	Progestinas solas	Dienogest, Desogestrel, Drospirenona, Acetato de noretisterona, Acetato de medroxiprogesterona, otras	Oral continua	Reducción de síntomas	Eficacia similar entre agentes; respuesta variable según cada paciente, probar durante al menos 3 meses
	DIU con levonorgestrel	Levonorgestrel	Intrauterino	Mejora dismenorrea y sangrado uterino anormal; especialmente útil en dismenorrea	Spotting/sangrado irregular inicial; requiere colocación
	Implante subdérmico	Etonogestrel	Subdérmico	No inferior al DIU-LNG en ECA para dolor asociado a endometriosis	Uso off-label para esta indicación; requiere colocación

Línea terapéutica	Grupo farmacológico	Fármacos	Vía de administración	Eficacia clínica	Consideraciones y efectos adversos
Segunda línea	Agonistas de GnRH	Leuprolide, Goserelina	Injectable	Supresión hormonal potente	Menopausia farmacológica, síntomas vasomotores, pérdida ósea. Requiere terapia add-back
	Antagonistas de GnRH	Relugolix	Oral	Mejora síntomas, reduce uso de opioides; inicio de acción rápido	Perfil adverso similar a agonistas. Requiere terapia add-back. Uso continuo hasta 2 años, dado su perfil de seguridad demostrado
Tercera línea	Inhibidores de aromatasa	Letrozol, Anastrozol	Oral	Uso experimental	Sin aprobación oficial para endometriosis
No recomendados	Moduladores de receptores de estrógenos	Mifepristona, Ulipristal, Gestrinona, Raloxifeno	Oral	Mifepristona y Ulipristal: sin validación clínica en este contexto. Gestrinona y Raloxifeno: efecto evaluado, pero desfavorable	Gestrinona: efectos adversos que restringen su indicación. Raloxifeno: efecto incierto sobre el dolor pélvico e impacto negativo en salud mental y calidad de vida

Tratamiento no medicamentoso

El tratamiento no medicamentoso en la endometriosis incluye una serie de intervenciones orientadas al alivio del dolor y a la mejora de la calidad de vida. Si bien la evidencia disponible es limitada, se han propuesto diversas estrategias complementarias con resultados variables. A continuación, se describen las principales alternativas y el respaldo científico que sustenta su uso.

Intervenciones nutricionales

La nutrición no constituye un tratamiento primario para la endometriosis. Su contribución reside en la posibilidad de modular los ejes inflamatorio, hormonal y oxidativo que perpetúan la progresión de las lesiones, condicionan la intensidad sintomática y afectan la calidad de vida y la fertilidad de las pacientes.

La evidencia actual no respalda ninguna estrategia dietética específica como tratamiento eficaz para la endometriosis. Las dietas restrictivas, como las dietas «sin gluten», «sin lácteos» o las denominadas dietas «antiinflamatorias», no cuentan con suficiente respaldo de ensayos clínicos de alta calidad y pueden exponer a las personas con endometriosis a deficiencias nutricionales y a una carga psicológica evitable.

En relación con el riesgo de desarrollar la afección, estudios observacionales y un metaanálisis reciente sugieren que una ingesta elevada de carnes rojas y ácidos grasos saturados y trans se asocia con un mayor riesgo, aunque la evidencia es de naturaleza epidemiológica. En ese sentido, los patrones dietéticos globales, como la dieta mediterránea o la dieta DASH, cuentan con un sólido respaldo de evidencia en salud pública y pueden ofrecer beneficios indirectos sobre la inflamación sistémica,

la salud cardiometabólica y el bienestar general, aunque los datos específicos para la afección siguen siendo limitados.

Se pueden considerar intervenciones específicas en pacientes seleccionadas, siempre que estén supervisadas por un licenciado en Nutrición.

Es frecuente que las pacientes con endometriosis lleguen a la consulta tras haber recibido múltiples recomendaciones dietéticas: eliminar gluten, lácteos, carnes rojas o soja, y tomar una larga lista de suplementos. Este exceso de información —a menudo proveniente de fuentes sin rigor científico— genera confusión y ansiedad, deteriora la relación con la alimentación y, paradójicamente, puede empeorar la calidad de vida. El equipo de salud tiene el rol de validar la experiencia de la paciente, ordenar la información a partir de la evidencia disponible y orientar hacia cambios sostenibles y proporcionales —priorizando aquellos con mayor impacto demostrable—, en lugar de indicar prescripciones restrictivas generalizadas.

En este contexto, es importante destacar que hasta el momento no hay evidencia suficiente que permita recomendar de forma rutinaria ningún tipo de suplemento nutricional para la prevención o el tratamiento de la endometriosis.

Con un enfoque integral para el bienestar general de la mujer, se recomienda seguir los lineamientos de la «Guía alimentaria para la población uruguaya» (MSP, 2016), disminuyendo el consumo de grasas saturadas y trans, productos ultraprocesados, alcohol, azúcares y carnes procesadas, y aumentando el consumo de fibra proveniente de frutas, verduras y leguminosas, así como fomentando el consumo de lácteos y alimentos fuente de omega-3, en especial pescados grasos.

En mujeres con endometriosis, se recomienda un manejo nutricional individualizado, prudente y guiado por un licenciado en Nutrición, para prevenir excesos y deficiencias nutricionales, sobre todo en quienes llegan a la consulta siguiendo una dieta de exclusión. El profesional orientará para lograr una alimentación completa y balanceada, adaptada a la situación particular de cada persona.

Intervenciones psicológicas

Las estrategias en salud mental han sido incorporadas progresivamente como parte del abordaje integral de la endometriosis. Esta patología, caracterizada por dolor crónico e invalidante, impacta negativamente en múltiples dimensiones de la vida de las personas con esta afección, incluyendo las actividades cotidianas, el desempeño laboral, las relaciones interpersonales y, en consecuencia, la calidad de vida. A ello se suman los frecuentes retrasos diagnósticos y la limitada eficacia de los tratamientos disponibles, factores que pueden contribuir al deterioro de la salud mental y al aumento de la carga emocional tanto para las pacientes como para su entorno.

Entre las intervenciones exploradas, la psicoterapia ha mostrado beneficios en la disminución de la percepción del dolor y mejoría en calidad de vida, aunque los estudios disponibles presentan heterogeneidad metodológica y limitaciones en cuanto a la calidad de la evidencia.

Por su parte, las intervenciones basadas en *mindfulness*, aplicadas en sesiones semanales durante al menos tres semanas, se han asociado con una reducción del dolor severo en cerca de una de cada cuatro pacientes, así como con mejoras en

la calidad de vida. Al igual que en el caso de la psicoterapia, la evidencia científica que respalda estas intervenciones es aún limitada y de baja calidad.

Estas estrategias no deben considerarse tratamientos únicos para los síntomas asociados a la endometriosis, sino intervenciones complementarias que se integran al tratamiento farmacológico y a otras medidas terapéuticas no farmacológicas. Su implementación puede iniciarse desde las primeras etapas del abordaje clínico y debe adaptarse a las características y necesidades individuales de cada paciente. Es fundamental que estas intervenciones sean diseñadas, indicadas y supervisadas por profesionales de salud mental.

Recomendación

Las intervenciones en salud mental deben formar parte del enfoque multidisciplinario en el manejo de la endometriosis, especialmente en pacientes con dolor crónico y deterioro de la calidad de vida. Se recomienda su incorporación temprana como complemento al tratamiento médico, con una planificación individualizada y bajo la conducción de profesionales de salud mental, con el objetivo de mejorar el afrontamiento, reducir el impacto emocional de la afección y optimizar los resultados terapéuticos globales.

Fisioterapia y ejercicio físico

La fisioterapia pelvipereineal forma parte del abordaje multidisciplinario para el tratamiento de la endometriosis. Permite un enfoque integral, individualizado y centrado en la paciente, y aborda las consecuencias funcionales y psicosociales de la afección. Es una alternativa no invasiva que puede reducir la dependencia de analgésicos y sus efectos secundarios. Es especialmente valiosa en pacientes con contraindicaciones para ciertos fármacos o que no han obtenido alivio suficiente con la cirugía.

Beneficios de la fisioterapia en el manejo de la endometriosis

1. Reducción del dolor pélvico

La evidencia disponible muestra que la fisioterapia puede reducir el dolor pélvico crónico y la dismenorrea tanto a corto como mediano plazo.

Las intervenciones efectivas incluyen el ejercicio terapéutico, la rehabilitación muscular del suelo pélvico, la terapia manual y la aplicación de agentes electrofísicos.

2. Mejora de la calidad de vida

Las intervenciones fisioterapéuticas pueden mejorar la función física, reduciendo la discapacidad asociada a la afección. Al disminuir los niveles de dolor, las pacientes reportan una mayor autonomía y capacidad para realizar actividades de la vida diaria.

3. Restauración de la función musculoesquelética

La endometriosis suele provocar disfunciones musculoesqueléticas, como hipertonia del suelo pélvico y puntos gatillo miofasciales. La fisioterapia busca normalizar el tono muscular de la zona abdominolumbopélvica, eliminar las restricciones de movilidad y aliviar el dolor lumbopélvico y la dispareunia.

Por otro lado, la actividad física y el ejercicio físico regular —al menos tres veces por semana, durante 45 a 60 minutos por día— se han asociado con una mejoría en la percepción del dolor, una reducción de las comorbilidades y un menor uso de analgésicos. Esta disminución del dolor se ha relacionado con el aumento del nivel de endorfinas generadas por el ejercicio. Los músculos esqueléticos activos tienen acciones antioxidantes, hormonales y antiinflamatorias al liberar citoquinas antiinflamatorias, aumentar los niveles de cortisol, leucocitos y adrenalina, y disminuir los niveles de estrógenos, interviniendo así en procesos metabólicos e inmunológicos.

La evidencia muestra que estos efectos dependen de la dosis y, sobre todo, de la intensidad y del tipo de actividad. Por ejemplo, las actividades aeróbicas de baja a moderada intensidad son beneficiosas, a diferencia del ejercicio excesivo, que puede tener un efecto contraproducente. Por este motivo, la indicación de actividad física debe contemplar la disminución del comportamiento sedentario, y la prescripción debe ser dosificada y adaptada a la persona mediante el principio FITT: frecuencia o días por semana, intensidad o nivel de esfuerzo, tiempo o duración del ejercicio y tipo de actividades (aeróbicas, como caminatas, bicicleta, yoga, taichí, pilates o natación; de fortalecimiento muscular; y de flexibilidad). Para medir la intensidad se puede indicar el test del habla, la escala de Borg o la frecuencia cardíaca.

Recomendación

La fisioterapia es una estrategia complementaria dentro del enfoque multidisciplinario para el manejo de la endometriosis, especialmente en pacientes con dolor crónico y disfunción del piso pélvico. Se recomienda priorizar intervenciones con mayor respaldo clínico, como el ejercicio físico regular, e individualizar el abordaje bajo supervisión profesional especializada, en función de la sintomatología y los objetivos terapéuticos de cada persona.

Acupuntura

La acupuntura ha sido estudiada como tratamiento complementario para el dolor asociado a endometriosis. Aunque existen ensayos clínicos aleatorizados, su calidad metodológica ha sido cuestionada.

La acupuntura manual ha demostrado mejoría en los puntajes de dolor para dismenorrea, dispareunia y dolor pélvico crónico, especialmente en las primeras 12 semanas de tratamiento.

Su uso no se recomienda como tratamiento exclusivo, pero puede considerarse como complemento en pacientes seleccionadas.

Medicina herbal

Diversos suplementos herbales y vitamínicos han sido evaluados para el manejo del dolor, particularmente la dismenorrea. La manzanilla, el jengibre y la vitamina B1 han mostrado efectos beneficiosos en algunos estudios, aunque sin evidencia que permita su recomendación de rutina.

No se recomienda el uso de medicina herbal china ni suplementos como tratamiento principal, aunque pueden considerarse como complemento.

Referencias bibliográficas

- Abril-Coello R, Correyero-León M, Ceballos-Laita L, Jiménez-Barrio S. Benefits of physical therapy in improving quality of life and pain associated with endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2023;162(1):233–243. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14645>
- Abulughod N, Valakas S, El-Assaad F. Dietary and nutritional interventions for the management of endometriosis. *Nutrients*. 2024;16(23):3988. <https://doi.org/10.3390/nu16233988>
- Al Hussaini HAD, Alatawi ESE, Shabani JAJ, et al. Management of endometriosis-related pain: comparing the effectiveness of hormonal therapy, surgical interventions, and complementary therapies. *Cureus*. 2024;16(12):e75590. <https://doi.org/10.7759/cureus.75590>
- Allen C, Hopewell S, Prentice A, Gregory D. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD004753. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004753.pub3>
- Arab A, Karimi E, Vingrys K, et al. Food groups and nutrients consumption and risk of endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Nutr J*. 2022;21(1):58. <https://doi.org/10.1186/s12937-022-00812-x>
- As-Sanie S, Mackenzie SC, Morrison L, et al. Endometriosis: a review. *JAMA*. 2025;334(1):64–78. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.2975>
- Baker JM, Al-Nakkash L, Herbst-Kralovetz MM. Estrogen-gut microbiome axis: physiological and clinical implications. *Maturitas*. 2017;103:45–53. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.06.021>
- Baraut MC. Nutrition and endometriosis: Evidence, limits and clinical perspectives. *Clin Nutr ESPEN*. 2026 Apr;72:102954. doi:10.1016/j.clnesp.2026.102954. Epub 2026 Jan 31. PMID: 41628666.
- Baraut MC. Nutrition and endometriosis: Evidence, limits and clinical perspectives. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2026;72:102954. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2026.102954>
- Barnard ND, Holtz DN, Schmidt N, et al. Nutrition in the prevention and treatment of endometriosis: a review. *Front Nutr*. 2023;10:1089891. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1089891>
- Barnard ND, Holtz DN, Schmidt N, Crosby L, Kahleova H. Nutrition in the prevention and treatment of endometriosis: A review. *Frontiers in Nutrition*. 2023;10:Article 1089891. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1089891>
- Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, King K, Kwawukume M, Lisiecki J, Missmer S, Nabeshima H, Petersen E, Vermeulen N, Woodward B, De Bie B, ESHRE Endometriosis Guideline Group. ESHRE guideline: endometriosis. *Human Reproduction Open*. 2022;2022(2):hoac009. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac009>
- Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, et al. ESHRE guideline: endometriosis. *Hum Reprod Open*. 2022;2022(2):hoac009. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac009>
- Brown J, Crawford TJ, Allen C, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;1(1):CD004753. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004753.pub4>
- Can G, Amorim das Virgens IP, Fehér B, et al. Physiotherapy for endometriosis-associated pelvic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain Med*. 2025. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaf083>
- Can G, das Virgens IPA, Fehér B, Orbán EP, Fehérvári P, Bánhidly F, Hegyi P, Mayer

ÁA, Ács N. Physiotherapy for endometriosis-associated pelvic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain Med.* 2025/2026. PMID: 40705433.

Del Forno S, Cocchi L, Arena A, et al. Effects of pelvic floor muscle physiotherapy on urinary, bowel, and sexual functions in women with deep infiltrating endometriosis: a randomized controlled trial. *Medicina (Kaunas).* 2023;60(1):67. <https://doi.org/10.3390/medicina60010067>

Diet associations in endometriosis: a critical narrative assessment with special reference to gluten. *Front Nutr.* 2023;10:1166929. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1166929>

Edelman A, Micks E, Gallo MF, et al. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014(7):CD004695. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004695.pub3>

Flower A, Liu JP, Lewith G, et al. Chinese herbal medicine for endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(5):CD006568. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006568.pub3>

Flower A, Liu JP, Lewith G, et al. Chinese herbal medicine for endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(5):CD006568. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006568.pub3>

Gołabek A, Kowalska K, Olejnik A. Polyphenols as a diet therapy concept for endometriosis: current opinion and future perspectives. *Nutrients.* 2021;13(4):1347. <https://doi.org/10.3390/nu13041347>

Hansen S, Sverrisdóttir UÁ, Rudnick M. Impact of exercise on pain perception in women with endometriosis: A systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2021;100(9):1595-1601.

Harlev A, Gupta S, Agarwal A. Targeting oxidative stress to treat endometriosis. *Expert Opinion on Therapeutic Targets.* 2015;19(11):1447-1464. <https://doi.org/10.1517/14728222.2015.1065818>

Harris HR, Chavarro JE, Malspeis S, Willett WC, Missmer SA. Dairy-food, calcium, magnesium, and vitamin D intake and endometriosis: a prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology.* 2013;177(5):420-430. <https://doi.org/10.1093/aje/kws247>

Hearn-Yeates F, Edgley K, Horne AW, O'Mahony SM, Saunders PTK. Dietary Modification and Supplement Use For Endometriosis Pain. *JAMA Netw Open.* 2025;8(3):e253152. [doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.3152](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.3152)

Horne AW, Vincent K, Hewitt CA, et al. Gabapentin for chronic pelvic pain in women (GaPP2): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2020;396(10255):909-917. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31693-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31693-7)

Huijs E, Nap A. The effects of nutrients on symptoms in women with endometriosis: a systematic review. *Reproductive BioMedicine Online.* 2020;41(2):317-328. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.04.014>

Katja M. Physical Activity in Women with endometriosis: Less or More compared with a Healthy control? *Int J Environ Res Public Health.* 2023;1-13.

Kolberg Tennfjord M, Gabrielsen R, Tellum T. Efecto de la actividad física y el ejercicio sobre los síntomas asociados a la endometriosis. *BMC Women's Health.* 2021.

Li PS, Peng XM, Niu XX, et al. Efficacy of acupuncture for endometriosis-associated pain: a multicenter randomized single-blind placebo-controlled trial. *Fertil Steril.* 2023;119(5):815-823. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.01.034>

Li PS, Peng XM, Niu XX, et al. Efficacy of acupuncture for endometriosis-associated pain: a multicenter randomized single-blind placebo-controlled trial. *Fertil Steril.*

2023;119(5):815–823. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.01.034>

Marcinkowska A, Górnicka M. The role of dietary fats in the development and treatment of endometriosis. *Life (Basel)*. 2023;13(3):654. <https://doi.org/10.3390/life13030654>

Mcknigh K, Omotosho O, Jassim S, Cotter A. Exercise and endometriosis- is there a promising future? A narrative review. (Online). 2024.

Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Manual para prescripción de actividad física. 2022;65-70. MSP_MANUAL_PARA_PRESCRIPCION_ACTIVIDAD_FISICA.pdf

Missmer SA, Chavarro JE, Malspeis S, Bertone-Johnson ER, Hornstein MD, Spiegelman D, Barbieri RL, Willett WC, Hankinson SE. A prospective study of dietary fat consumption and endometriosis risk. *Human Reproduction*. 2010;25(6):1528–1535. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq044>

Nirgianakis K, Egger K, Kalaitzopoulos DR, et al. Effectiveness of dietary interventions in the treatment of endometriosis: a systematic review. *Reprod Sci*. 2022;29(1):26–42. <https://doi.org/10.1007/s43032-020-00418-w>

Orange S, Leslie J, Ross M, Mann D, Wackerhage H. The exercise IL-6 enigma. (Online). 2023.

Pattanittum P, Kunyanone N, Brown J, et al. Dietary supplements for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3(3):CD002124. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002124.pub2>

Pattanittum P, Kunyanone N, Brown J, et al. Dietary supplements for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3(3):CD002124. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002124.pub2>

Proctor ML, Murphy PA, Pattison HM, et al. Behavioural interventions for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD002248. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002248.pub3>

Proctor ML, Murphy PA, Pattison HM, et al. Behavioural interventions for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD002248. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002248.pub3>

Proserpio M, Frawley H, Bø K, Morin M. Effectiveness of Nonpharmacological Conservative Therapies for Chronic Pelvic Pain in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2025;232(3):285–301. doi:10.1016/j.ajog.2024.09.015.

Qi X, Zhang W, Ge M, Sun Q, Peng L, Cheng W, Li X. Relationship Between Dairy Products Intake and Risk of Endometriosis: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. *Frontiers in Nutrition*. 2021;8:Article 701860. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.701860>

Razzi S, Luisi S, Ferretti C, et al. Use of a progestogen-only preparation containing desogestrel in the treatment of recurrent pelvic pain after conservative surgery for endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007;135(2):188–190. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2006.08.002>

Rodríguez-Ruiz Á, Sierra-Artal B, Lozano-Lozano M, Artacho-Cordón F. Impact of Physical Rehabilitation on Endometriosis and Adenomyosis-Related Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2025;14(2):412. doi:10.3390/jcm14020412.

Römer T. Long-term treatment of endometriosis with dienogest: retrospective analysis of efficacy and safety in clinical practice. *Arch Gynecol Obstet*. 2018;298(4):747–753. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4864-8>

- Salliss ME, Farland LV, Mahnert ND, Herbst-Kralovetz MM. The role of gut and genital microbiota and the estrobolome in endometriosis, infertility and chronic pelvic pain. *Human Reproduction Update*. 2022;28(1):92–131. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmab031>
- Sator-Katzenschlager SM, Scharbert G, Kress HG, et al. Chronic pelvic pain treated with gabapentin and amitriptyline: a randomized controlled pilot study. *Wien Klin Wochenschr*. 2005;117(21–22):761–768. <https://doi.org/10.1007/s00508-005-0464-2>
- Schwartz NRM, Afeiche MC, Terry KL, et al. Glycemic index, glycemic load, fiber, and gluten intake and risk of laparoscopically confirmed endometriosis in premenopausal women. *J Nutr*. 2022;152(9):2088–2096. <https://doi.org/10.1093/jn/nxac107>
- Tennfjord MK, Gabrielsen R, Bø K, et al. Can general exercise training and pelvic floor muscle training be used as an empowering tool among women with endometriosis? *BMC Womens Health*. 2024;24(1):505. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03356-w>
- Tennfjord MK, Gabrielsen R, Tellum T. Effect of physical activity and exercise on endometriosis-associated symptoms: a systematic review. *BMC Womens Health*. 2021;21(1):355. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01500-4>
- Thabet AAE-M, Alshehri MA. Effect of pulsed high-intensity laser therapy on pain, adhesions, and quality of life in women with endometriosis: a randomized controlled trial. *Photomed Laser Surg*. 2018;36(7):363–369. <https://doi.org/10.1089/pho.2017.4419>
- Vercellini P, Bracco B, Mosconi P, et al. Norethindrone acetate or dienogest for the treatment of symptomatic endometriosis: a before and after study. *Fertil Steril*. 2016;105(3):734–743.e3. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.11.016>
- Wang Y, Coyle ME, Hong M, et al. Acupuncture and moxibustion for endometriosis: a systematic review and analysis. *Complement Ther Med*. 2023;76:102963. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2023.102963>
- Wang Y, Coyle ME, Hong M, et al. Acupuncture and moxibustion for endometriosis: a systematic review and analysis. *Complement Ther Med*. 2023;76:102963. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2023.102963>
- Wójcik M, Szczepaniak R, Placek K. Physiotherapy management in endometriosis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(23):16148. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316148>
- Wójcik M, Szczepaniak R, Placek K. Physiotherapy Management in Endometriosis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(23):16148. doi:10.3390/ijerph192316148.
- Xu T, Zhuang Y, Cao H. The association between vitamin intake and endometriosis: a cross-sectional study of the NHANES 1999–2006. *Reproductive Health*. 2024;21(1):Article 158. <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01895-x>
- Zhao L, Liu X, Xiao S, Guo SW. Melatonin and its potential in the treatment of endometriosis. *Reproductive BioMedicine Online*. 2023;46(3):497–514. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.12.002>
- Zheng X, Wang Y, Li H, Zhang J, Liu J, Zheng X, et al. Comparative Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions for Pain and Quality of Life in Women with Endometriosis: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *J Pain Res*. 2026.
- Zhu X, Hamilton KD, McNicol ED. Acupuncture for pain in endometriosis. *Cochrane Database Sys*.
- Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2020;382(13):1244–1256. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1810764>

Endometriomas

Los ovarios representan una localización frecuente de la endometriosis. La génesis de los endometriomas —quistes endometriósicos ováricos— continúa siendo objeto de controversia. No obstante, entre las teorías más aceptadas se encuentra la propuesta por Brosens, que postula su origen a partir de un foco endometriósico superficial ovárico. Este foco induciría retracción e invaginación de la superficie ovárica, generando una cavidad quística. Esta hipótesis se sustenta en dos hallazgos principales: por un lado, los endometriomas presentan zonas de debilidad superficial con escaso contenido de parénquima ovárico, lo que favorece su ruptura; por otro, carecen de cápsula bien definida, y al ser extirpados, se observa tejido ovárico en las piezas anatomopatológicas.

Otras teorías etiopatogénicas incluyen la metaplasia endometrial de células ováricas y la invasión de células endometriales en quistes funcionales, favorecida por menstruación retrógrada, como plantea la teoría de Sampson.

Desde el punto de vista clínico, los endometriomas se manifiestan con dolor pélvico, infertilidad y la presencia de una tumoración parauterina, uni o bilateral, habitualmente fija y dolorosa a la palpación.

La ecografía transvaginal y la resonancia magnética constituyen herramientas diagnósticas de alta sensibilidad y especificidad. Un metaanálisis reciente reporta para la ecografía transvaginal una sensibilidad del 89 % y una especificidad del 95 %, mientras que para la resonancia magnética se informan valores de sensibilidad y especificidad del 94 %.

La imagenología permite no solo caracterizar las lesiones ováricas, sino también realizar un mapeo completo de la afección y detectar lesiones atípicas que requieran abordaje específico.

La asociación entre endometriomas y nódulos de endometriosis profunda infiltrativa alcanza entre el 70 % y el 90 %, según distintas series, lo que subraya la importancia de su identificación y evaluación sistemática. Esta asociación es particularmente relevante en pacientes con dolor severo, en quienes la presencia de endometriosis profunda debe ser activamente pesquisada. En algunas cohortes, se ha observado que los endometriomas de menor tamaño y sin focos peritoneales o profundos concomitantes se asocian con sintomatología menos intensa.

Nota

La presencia de endometriomas ováricos debe alertar sobre la posible coexistencia de endometriosis profunda infiltrativa, especialmente en pacientes con dolor severo. Su identificación mediante imagenología de alta resolución es clave para orientar el abordaje terapéutico y evitar subdiagnósticos que comprometan la eficacia del tratamiento.

Endometriomas e infertilidad

Los endometriomas se originan por la invaginación de la corteza ovárica inducida por focos de endometriosis, lo que da lugar a la formación de una cápsula compuesta por tejido endometriósico y fibrosis. El tejido endometriósico reviste la cara interna de la cápsula, con un espesor habitualmente inferior a 2 mm.

Se estima que los endometriomas están presentes en aproximadamente el 44 % de las mujeres con diagnóstico concomitante de esterilidad y endometriosis. Su presencia puede generar múltiples alteraciones funcionales y estructurales, entre ellas: reducción del número de ovulaciones, disminución de la reserva ovárica, pérdida folicular, inflamación local, distorsión anatómica tubo-ovárica y disfunción del peritoneo pélvico.

Incluso en ausencia de otros focos endometriósicos, la sola presencia de endometriomas se ha asociado con niveles más bajos de hormona antimülleriana (AMH) y con una mayor tasa de declinación de dicha hormona a lo largo del tiempo, lo que refleja un impacto negativo sobre la función ovárica.

Nota

La presencia de endometriomas ováricos constituye un marcador clínico relevante en mujeres con diagnóstico de endometriosis e infertilidad. Su impacto sobre la reserva ovárica y la función reproductiva debe ser cuidadosamente valorado, especialmente en el contexto de planificación reproductiva o abordaje quirúrgico.

Tratamiento de endometriomas

El abordaje terapéutico de los endometriomas debe enmarcarse dentro de los principios generales del tratamiento de la endometriosis: control del dolor, manejo de la infertilidad y mejora de la calidad de vida.

Los endometriomas pueden presentarse de forma sintomática o asintomática. En los casos asintomáticos, sin signos ecográficos sugestivos de malignidad, no se recomienda un tratamiento sistemático. Según guías internacionales, en endometriomas menores de 10 cm se sugiere un seguimiento ecográfico a los 3, 6 y 12 meses. No existe evidencia que respalde el tratamiento para evitar la progresión espontánea de los endometriomas ni un aumento sostenido de su tamaño en el tiempo. El tratamiento médico puede contribuir al alivio sintomático y a una discreta reducción del volumen quístico.

La indicación quirúrgica en pacientes con deseo gestacional representa un desafío clínico. Por un lado, la cirugía puede ser necesaria en casos de dolor severo o dificultades en la aspiración ovocitaria —por contaminación hemática del aspirado—; por otro, la intervención quirúrgica implica una agresión al parénquima ovárico,

con reducción de la reserva ovárica, evidenciada por el descenso de los niveles de hormona antimülleriana (AMH).

En mujeres con deseo reproductivo sin indicación quirúrgica urgente, se recomienda una evaluación por un equipo multidisciplinario que incluya especialistas en medicina reproductiva y especialistas en ginecología con experiencia en cirugía de endometriosis. En este contexto, debe considerarse la criopreservación de ovocitos antes de la cirugía, dado que puede mejorar las tasas de nacidos vivos en mujeres con endometriomas.

Diversos estudios han demostrado que la cirugía puede mejorar la tasa de embarazo espontáneo, lo que sugiere un efecto negativo intrínseco del endometrioma sobre la fertilidad. Aunque las tasas de embarazo mediante técnicas de reproducción asistida son comparables entre personas con y sin endometriomas, la tasa de cancelación de ciclos es significativamente mayor en las primeras. Además, la resección quirúrgica de un endometrioma conlleva un riesgo hasta diez veces mayor de extirpación de tejido ovárico sano en comparación con otras patologías benignas.

Por estas razones, la decisión quirúrgica debe ser individualizada y consensuada en el marco de un equipo multidisciplinario con experiencia en fertilidad y endometriosis.

Las principales técnicas quirúrgicas recomendadas son:

- **Quistectomía:** sugerida por guías internacionales por su menor tasa de recurrencia.
- **Drenaje y coagulación** (preferentemente con láser de CO₂): recomendada en personas con deseo gestacional por su menor impacto sobre el parénquima ovárico y mayor recuento de folículos antrales postoperatorios.

El drenaje y la esclerosis con agentes como alcohol o metotrexato se encuentran en evaluación como técnica, con resultados preliminares promisorios.

La indicación quirúrgica debe considerar la sintomatología, los objetivos terapéuticos y las características individuales de cada paciente. Es fundamental que el procedimiento sea realizado por equipos quirúrgicos con formación específica en endometriosis, a fin de minimizar el daño térmico y preservar la reserva ovárica. En el postoperatorio, se recomienda tratamiento hormonal para el control sintomático y la prevención de recurrencias, siendo de primera línea los anticonceptivos orales en esquema continuo o las progestinas.

Sumario de recomendaciones clínicas para el manejo de endometriomas

- **Endometriomas asintomáticos sin sospecha de malignidad:** no requieren tratamiento sistemático; realizar seguimiento ecográfico a los 3, 6 y 12 meses.
- **Tratamiento médico:** útil para control sintomático y reducción leve del volumen quístico.
- **Evaluación quirúrgica en pacientes con deseo gestacional:**
 - » Indicar cirugía solo ante dolor severo o dificultades en la aspiración ovocitaria.
 - » Considerar criopreservación de ovocitos prequirúrgica.
 - » Evaluar en equipo multidisciplinario con experiencia en fertilidad y cirugía de endometriosis.
- **Técnicas quirúrgicas recomendadas:**
 - » Quistectomía (menor recurrencia).
 - » Drenaje y coagulación con láser de CO2 (menor daño ovárico).
 - » Drenaje y esclerosis (en evaluación).
- **Postoperatorio:** iniciar tratamiento hormonal (ACO en esquema continuo o progestinas) para prevenir recurrencias.

Referencias bibliográficas

Alborzi S, et al. Analysis of risk factors for the removal of normal ovarian tissue during laparoscopic cystectomy. *Fertil Steril*. 2011;95(6):1938–42.

Ballard KD, Seaman HE, de Vries CS, Wright JT. Pelvic pain in women with ovarian endometrioma is mostly associated with coexisting peritoneal lesions. *Hum Reprod*. 2008;23(2):273–8.

Chapron C, Marcellin L, Borghese B, Santulli P. The severity and frequency distribution of endometriosis subtypes at different ages: a model to understand the natural history of endometriosis. *Hum Reprod*. 2019;34(10):1902–10.

Editorial. The singer, not the song. *Hum Reprod*. 2006;21(10):2543.

ESHRE Guideline Group on Endometriosis. Endometriosis: guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology. ESHRE; 2022.

Giudice LC. New understanding of diagnosis, treatment and prevention of endometriosis. *N Engl J Med*. 2010;362(25):2389–98.

Hamdan M, et al. The impact of endometrioma on IVF/ICSI outcomes: a systematic review. *Reprod Biomed Online*. 2015;30(6):681–93.

Harada T, et al. Effect of dienogest therapy on the size of the endometrioma. *Fertil Steril*. 2010;94(7):2436–9.

Hudelist G, et al. Ovarian endometrioma: severe pelvic pain is associated with deeply infiltrating endometriosis. *Fertil Steril*. 2012;98(3):687–93.

Hughesdon PE. Histologic analysis of endometriomas: what the surgeon needs to know. *Obstet Gynecol*. 1957;10(3):316–23.

Kitajima M, et al. Endometrioma-related reduction in ovarian reserve (ERROR): a prospective longitudinal study. *Fertil Steril*. 2011;95(2):524–6.

Koninckx PR, Ussia A, Adamyan L, Wattiez A, Donnez J. Pathogenesis based diagnosis and treatment of endometriosis. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021;12:745548.

Muzii L, et al. The effect of laparoscopic endometrioma surgery on anti-Müllerian hormone: a systematic review. *Reprod Biomed Online*. 2014;28(6):592–600.

Raffi F, et al. Impact of cystectomy versus ablation for endometrioma on ovarian reserve: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2012;18(6):646–55.

RANZCOG. Endometriosis: Evidence-based guideline. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists; 2020.

Roman H, et al. Fertility outcomes after ablation using plasma energy versus cystectomy. *Hum Reprod*. 2018;33(4):558–66.

Somigliana E, et al. Managing endometriomas to optimize future fertility. *Hum Reprod Update*. 2015;21(6):762–81.

Vercellini P, et al. Postoperative hormonal treatment for prevention of endometrioma recurrence: a systematic review. *Fertil Steril*. 2013;99(1):7–14.

Vercellini P, Vigano P, Somigliana E, Fedele L. Pathophysiology and clinical implications of ovarian endometriomas. *Hum Reprod Update*. 2008;14(2):93–100.

Derivación a equipos entrenados en endometriosis y aspectos generales del tratamiento quirúrgico

Introducción

Las consultas en el primer nivel de atención por síntomas compatibles con endometriosis o adenomiosis son frecuentes. En este contexto, tras una valoración inicial que incluya historia clínica detallada y examen físico completo, es posible iniciar el tratamiento en la mayoría de los casos.

Se recomienda comenzar con analgesia de primera línea —principalmente antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o paracetamol— y tratamiento hormonal, siempre que no existan contraindicaciones y la paciente no se encuentre en búsqueda de embarazo. Estas intervenciones, complementadas con estrategias no farmacológicas, permiten alcanzar un adecuado control sintomático en aproximadamente el 80 % de las personas afectadas.

Indicaciones para derivación

Entre un 11 % y un 19 % de las usuarias no presentan una respuesta adecuada al tratamiento hormonal de primera línea, lo que justifica la derivación a equipos con experiencia específica en endometriosis. Asimismo, las mujeres con deseo gestacional pueden requerir un abordaje personalizado por equipos multidisciplinarios que integren especialistas en medicina reproductiva.

Se recomienda la derivación a equipos con profesionales con experiencia y formación en endometriosis ante las siguientes situaciones clínicas:

- Falta de respuesta, intolerancia o contraindicación al tratamiento analgésico inicial.
- Presencia de síntomas severos, persistentes o recurrentes.

- Sospecha de endometriosis infiltrativa profunda o endometriomas en estudios de imagen.
- Preocupación o dificultad relacionada con la fertilidad.

La disponibilidad de equipos con formación específica puede optimizar la atención de la población afectada. Aunque no existe una estandarización formal sobre la conformación de estos equipos, se ha demostrado que el abordaje multidisciplinario mejora los resultados clínicos, funcionales y reproductivos. En general, estos equipos están liderados por especialistas en ginecología con entrenamiento específico en endometriosis, e integran especialidades médicas y otras disciplinas de la salud, según las necesidades individuales de cada paciente.

Tratamiento quirúrgico

La cirugía no debe considerarse una herramienta diagnóstica, sino una alternativa terapéutica en casos seleccionados. Su indicación debe fundamentarse en el fracaso de tratamientos previos, en la recomendación conjunta con equipos de medicina reproductiva, o en situaciones que impliquen riesgo de complicaciones vitales. Requiere un mapeo preoperatorio detallado mediante estudios de imagen, y debe planificarse en conjunto con la persona, considerando los objetivos terapéuticos, la posibilidad de recurrencia de la afección, los riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico y sus potenciales complicaciones.

La planificación quirúrgica debe ser realizada por equipos con experiencia específica en endometriosis, especialmente en casos complejos, con el fin de minimizar riesgos y optimizar los resultados clínicos y funcionales. El objetivo general del tratamiento quirúrgico es mejorar los síntomas y la calidad de vida, adoptando un enfoque radical frente a la afección, pero conservador respecto de la funcionalidad ovárica y orgánica. Es esencial respetar los deseos, las prioridades y las expectativas de cada usuaria.

Las indicaciones más frecuentes para el tratamiento quirúrgico en endometriosis incluyen:

- Fracaso del tratamiento médico, tanto hormonal como no hormonal, considerando al menos opciones de primera y segunda línea.
- Contraindicación para el uso de tratamiento médico.
- Riesgo de compromiso funcional de órganos, como estenosis intestinal severa o estenosis ureteral con afectación digestiva y/o urinaria.
- Recomendación conjunta con equipos especializados en medicina reproductiva.

En términos generales, se sugiere la resección completa de los focos endometriósicos (escisión), dado que se ha demostrado mayor eficacia en la resolución de los síntomas y menor tasa de recurrencia en comparación con la fulguración. No obstante, en casos seleccionados —como en adolescentes— la fulguración puede considerarse una opción válida.

La resección de los focos de endometriosis puede implicar desafíos quirúrgicos particulares, determinados por su localización anatómica (topografía) y extensión.

En situaciones de compromiso de estructuras digestivas o urinarias, puede ser necesario integrar al equipo quirúrgico especialistas de otras disciplinas, como cirugía general o urología, a fin de garantizar un abordaje seguro y completo.

En cuanto a la vía de abordaje, la laparoscopia constituye la técnica de elección, ya que ofrece una visualización superior de los focos endometriósicos y facilita su resección precisa. Además, presenta las ventajas inherentes a las técnicas mínimamente invasivas: menor dolor postoperatorio, reducción de la estancia hospitalaria, reintegro laboral más precoz, menor requerimiento de analgésicos y menor incidencia de complicaciones parietales. Asimismo, permite un acceso más adecuado que la laparotomía a determinadas localizaciones profundas o de difícil visualización.

Referencias bibliográficas

Bendifallah S, Puchar A, Vesale E, Moawad G, Daraï E, Roman H. Surgical Outcomes after Colorectal Surgery for Endometriosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2021 Mar;28(3):453-466. doi: 10.1016/j.jmig.2020.08.015. Epub 2020 Aug 22. PMID: 32841755.

Bendifallah S, Roman H, Rubod C, Leguevaque P, Watrelot A, Bourdel N, Ballester M, Daraï E. Impact of hospital and surgeon case volume on morbidity in colorectal endometriosis management: a plea to define criteria for expert centers. *Surg Endosc*. 2018 Apr;32(4):2003-2011. doi: 10.1007/s00464-017-5896-z. Epub 2017 Oct 24. PMID: 29067577.

Byrne D, Curnow T, Smith P, et al. Laparoscopic excision of deep rectovaginal endometriosis in BSGE endometriosis centres: a multicentre prospective cohort study. *BMJ Open* 2018;8:e018924. doi:10.1136/bmjopen-2017-018924

Canis M, Guo SW. In the thicket of fears, doubts, and murky facts: some reflections on treatment modalities for endometriosis-associated pain. *Hum Reprod*. 2023 Jul 5;38(7):1245-1252. doi: 10.1093/humrep/dead061. PMID: 37023473.

European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Endometriosis Guideline. ESHRE; 2022. Disponible en: www.eshre.eu/guidelines

Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Guidelines for the management of endometriosis.

Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2020;382(13):1244-1256. doi:10.1056/NEJMra1810764

Manejo de la endometriosis cuando la fertilidad es prioridad

La preservación de la fertilidad es una estrategia clave en mujeres cuya función reproductiva puede verse comprometida por patologías ginecológicas o intervenciones médicas. En el contexto de la endometriosis, la preservación de la fertilidad adquiere especial relevancia debido al impacto negativo que esta enfermedad ejerce sobre la reserva ovárica, la calidad ovocitaria y la anatomía pélvica.

Marco legal en Uruguay

La Ley N.º 19.167, promulgada en noviembre de 2013, regula el acceso y uso de las técnicas de reproducción humana asistida (TRA). Reconoce el derecho de toda persona a acceder a estos procedimientos por causas médicas, sociales o personales, incluyendo la endometriosis. En este marco, se habilita:

- Cobertura progresiva en el sistema de salud público y privado, según criterios clínicos definidos por el MSP.
- Protección de derechos reproductivos: consentimiento informado, confidencialidad y equidad en el acceso.
- Acceso a técnicas de alta complejidad (FIV, ICSI).
- Preservación de fertilidad por indicación médica en pacientes con riesgo de disminución de la reserva ovárica.

Relación entre endometriosis y fertilidad

La endometriosis se asocia con infertilidad por mecanismos inflamatorios, anatómicos y funcionales. A nivel molecular, se observan alteraciones en la esteroidogénesis, estrés oxidativo y disfunción folicular que afectan la calidad ovocitaria y embrionaria. La cirugía de endometriomas puede reducir la reserva ovárica, especialmente en casos bilaterales o recurrentes, aumentando el riesgo de insuficiencia ovárica prematura. La edad avanzada y la baja reserva ovárica agravan este escenario.

Abordaje clínico

La evaluación de la fertilidad debe integrarse desde el inicio, incluso cuando no sea el motivo principal de consulta. El manejo debe ser multidisciplinario, con participación de especialistas en medicina reproductiva, y adaptarse al tipo de endometriosis, el deseo gestacional y el momento clínico de cada persona.

La **preservación de la fertilidad** puede ser una opción válida en mujeres con endometriosis que presentan riesgo de progresión de la afección o requieren cirugía, con el objetivo de mejorar sus posibilidades reproductivas futuras. Las principales estrategias incluyen la *criopreservación de ovocitos, embriones y tejido ovárico*.

Actualmente, la vitrificación de ovocitos y embriones es una práctica rutinaria en clínicas de fertilización in vitro, siendo la vitrificación de ovocitos la opción preferida por su menor riesgo de complicaciones. Sin embargo, este procedimiento requiere estimulación ovárica, posibles ciclos repetidos y conlleva riesgos como infecciones y, en casos raros, formación de abscesos pélvicos tras la aspiración folicular en pacientes con endometriomas.

La *criopreservación de tejido ovárico* implica una cirugía laparoscópica, que puede realizarse durante la intervención por endometriosis. El tejido puede extraerse de la cápsula del quiste —con riesgo de alteración en número y calidad ovocitaria— o de zonas alejadas de la lesión, lo que podría comprometer aún más la reserva ovárica.

Actualmente, la vitrificación de ovocitos se considera la estrategia más viable para preservar la fertilidad en mujeres con endometriosis.

Tratamiento quirúrgico

- No indicar cirugía con fines exclusivamente reproductivos en endometriosis profunda.
- En estadios I-II, la cirugía puede mejorar modestamente las tasas de embarazo (OR: 1, 65; NNT = 12).
- En endometriomas, la escisión mejora las tasas de embarazo espontáneo frente al drenaje o la ablación (aproximadamente cinco veces), pero reduce la reserva ovárica.
- Evitar cirugía repetida: impacta negativamente en los resultados de FIV.
- La cirugía puede considerarse para mejorar el dolor o facilitar el acceso folicular.
- Informar a la paciente sobre los riesgos reproductivos de la intervención.

Tratamiento médico

Las terapias supresoras (ACO, GnRH) no mejoran la fertilidad espontánea. Pueden ofrecerse postcirugía si no hay deseo gestacional inmediato.

- No se recomienda tratamiento combinado hormonal + cirugía para mejorar fertilidad. La supresión hormonal prequirúrgica tiene beneficio incierto.

Tratamientos de reproducción asistida (TRA)

Estos tratamientos están indicados en casos de:

- Compromiso tubario.
- Factor masculino (o ausencia de dador de gametos).
- Índice de Fertilidad en endometriosis (EFI) bajo.
- Fracaso de tratamientos previos.

No se ha identificado un protocolo de estimulación ovárica que demuestre superioridad sobre otros en mujeres con endometriosis. Asimismo, no se recomienda realizar cirugía previa a técnicas de reproducción asistida (TRA) en estadios I/II ni en casos de endometriomas cuando el objetivo es mejorar las tasas de nacidos vivos, dado que la evidencia disponible no respalda beneficios significativos y existe riesgo de afectación de la reserva ovárica. Tampoco se recomienda la administración prolongada de agonistas de GnRH ni anticonceptivos orales combinados como pretratamiento para optimizar los resultados reproductivos, debido a la falta de evidencia concluyente sobre su eficacia.

Importante

La terapia de reproducción asistida (TRA) no aumenta la recurrencia de endometriosis.

Inseminación intrauterina (IIU)

En mujeres infértiles con endometriosis estadio I/II se recomienda la inseminación intrauterina (IIU) con estimulación ovárica controlada, ya que se ha demostrado que mejora las tasas de recién nacidos vivos. Se recomienda considerarla dentro de los seis meses posteriores a la cirugía. En estadios III/IV, el beneficio de esta intervención es incierto, por lo que su indicación debe evaluarse individualmente según las características clínicas de cada paciente.

Manejo del dolor en pacientes con deseo gestacional

El tratamiento inicial en usuarias con endometriosis y deseo reproductivo debe considerar el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), progestágenos, anticonceptivos orales combinados o agonistas de GnRH, según la sintomatología y el perfil clínico. Se recomienda evitar formulaciones de depósito, debido al retraso que generan en la reanudación de la ovulación, lo cual puede interferir con los objetivos reproductivos a corto plazo.

En el contexto postquirúrgico, se sugiere utilizar el Endometriosis Fertility Index (EFI) como herramienta validada y costo-efectiva para estimar la probabilidad de embarazo espontáneo y guiar la indicación de técnicas de reproducción asistida. Asimismo, en los casos que corresponda, es fundamental realizar una evaluación integral de la pareja, que incluya el análisis del factor masculino mediante espermograma.

Estrategias de manejo no medicamentoso

No se recomienda el uso rutinario de intervenciones no farmacológicas —como nutrición, acupuntura, fisioterapia, entre otras— con el objetivo de mejorar la fertilidad en mujeres con endometriosis, dado que no existe evidencia concluyente que respalde su eficacia.

Referencias bibliográficas

Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, et al. ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open. 2022;2022(2):hoac009. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac009>

Cobo A, García-Velasco JA, Remohí J, Pellicer A. Oocyte vitrification for fertility preservation for both medical and nonmedical reasons. Fertil Steril. 2021;115(5):1091–1101. doi:10.1016/j.fertnstert.2021.02.006

Coccia, M. E., Nardone, L., & Rizzello, F. (2022). Endometriosis and Infertility: A Long-Life Approach to Preserve Reproductive Integrity. International journal of environmental research and public health, 19(10), 6162. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106162>

Decanter C, d'Argent EM, Boujenah J, et al. Endométriose et préservation de la fertilité, RPC Endométriose, CNGOF-HAS. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018;46(3):368–372. doi:10.1016/j.gofs.2018.02.010

Donnez J, García-Solares J, Dolmans MM. Ovarian endometriosis and fertility preservation: a challenge in 2018. Minerva Ginecol. 2018;70(4):408–414. doi:10.23736/S0026-4784.18.04229-6

Gazzo I, Moffa F, Ferrero S. Fertility preservation in women with endometriosis: Oocyte cryopreservation and other techniques. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2024;95:102503. doi:10.1016/j.bpobgyn.2024.102503

Ley N.º 19.167. Reproducción humana asistida. Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay. 2013 Nov 22 [citado 2025 Oct 23]; Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19167-2013>

Practice bulletin no. 114: management of endometriosis. (2010). Obstetrics and gynecology, 116(1), 223–236. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181e8b073>

Roman H. Endometriosis surgery and preservation of fertility, what surgeons should know. J Visc Surg. 2018;155 Suppl 1:S31–S36. doi:10.1016/j.jviscsurg.2018.03.002

Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Guidelines for the management of endometriosis.

Adolescentes y endometriosis

Introducción e importancia

La dismenorrea primaria y la endometriosis representan causas frecuentes de dolor pélvico en adolescentes, con impacto significativo en su calidad de vida, salud mental y desempeño académico. Este manual establece criterios clínicos, diagnósticos y terapéuticos para su abordaje integral en el primer y segundo nivel de atención.

Consideraciones especiales en esta población

La presentación clínica de la endometriosis en adolescentes puede diferir de la observada en mujeres adultas (cuadro 1). Los síntomas incluyen dismenorrea severa, dolor pélvico no cíclico, sangrado uterino irregular, náuseas, dispareunia y síntomas gastrointestinales o genitourinarios que pueden confundirse con otros diagnósticos. Se ha documentado una alta prevalencia de asociación de endometriosis con síndrome de intestino irritable, cistitis intersticial, cefaleas crónicas y fibromialgia.

La normalización de los síntomas por parte de pares, familiares y profesionales de la salud contribuye a retrasos diagnósticos. Las adolescentes suelen consultar a múltiples médicos antes de recibir un diagnóstico definitivo. Es fundamental mantener un umbral bajo de sospecha clínica y fomentar un entorno de atención empático y no estigmatizante.

Asimismo, se debe considerar la identidad de género en la evaluación clínica. Adolescentes transgénero pueden presentar síntomas de endometriosis incluso bajo terapia hormonal afirmativa con testosterona. Las disparidades raciales y de acceso a la salud también afectan el diagnóstico oportuno, lo que subraya la necesidad de enfoques equitativos y culturalmente sensibles.

Se recomienda ofrecer tiempo a solas en cada visita de seguimiento para garantizar que la persona pueda expresar todos sus síntomas y preocupaciones.

Cuadro 1. Presentación de síntomas en adolescentes

Categoría	Síntomas
Dismenorrea	Dismenorrea severa; sangrado uterino irregular; dolor con la ovulación
Dolor pélvico	Dolor pélvico cíclico y no cíclico; dolor lumbosacro; dispareunia (si hubo inicio de relaciones sexuales)
Gastrointestinales	Náuseas; constipación o diarrea; distensión abdominal; disquecia
Genitourinarios	Alteraciones en el tránsito urinario; síntomas confundibles con cistitis intersticial
Sistémicos / comorbilidades asociadas	Cefaleas crónicas; fibromialgia; cansancio o fatiga crónica; considerar síndrome de intestino irritable
Impacto funcional	Ausentismo escolar; limitación en actividades cotidianas y deportivas

Evaluación clínica inicial

La evaluación diagnóstica debe ser individualizada. La anamnesis detallada y la exploración física, incluida la palpación abdominal, son fundamentales. La exploración pélvica debe considerarse cuidadosamente, especialmente si es la primera para la usuaria, dado el potencial impacto emocional, como se resume en el cuadro 2.

Cuadro 2. Abordaje inicial de la consulta en adolescentes

Historia clínica • Edad de menarquia y patrón menstrual • Intensidad, localización y periodicidad del dolor • Impacto funcional: ausentismo escolar, limitación en actividades • Historia sexual y antecedentes ginecológicos Exploración física • Palpación abdominal • Evaluación pélvica según edad, desarrollo y consentimiento • Considerar examen ginecológico en casos de dolor severo o persistente

Se debe indagar respecto a la presencia de dismenorrea y sus características.

Cuadro 3. Clasificación de la dismenorrea

Tipo	Definición	Características
Primaria	Sin patología pélvica	Dolor cíclico, mejora con AINEs
Secundaria	Asociada a patología	Persistente, refractaria a tratamiento

Tratamiento de la dismenorrea

Dismenorrea primaria

- AINEs como primera línea.
- Anticonceptivos orales combinados (ACO) para supresión menstrual.
- Registro de síntomas mediante calendario menstrual.

Dismenorrea secundaria

- Sospechar endometriosis en casos refractarios.
- Evaluar adherencia terapéutica y respuesta clínica.
- Derivar a especialista si persiste tras 3–6 meses de tratamiento.

Estudios diagnósticos

En la población adolescente, los estudios imagenológicos no son esenciales para el planteo diagnóstico y el inicio de las medidas terapéuticas. En este grupo de población usuaria es menos frecuente el hallazgo de endometriosis profunda infiltrante que requiera un tratamiento específico, en comparación con las personas con endometriosis mayores de 20 años; por lo tanto, si bien las herramientas diagnósticas imagenológicas son importantes, deben balancearse con la molestia y la incomodidad que producen.

La ecografía pélvica transabdominal es el estudio inicial recomendado para minimizar molestias. En casos seleccionados, puede utilizarse la vía transvaginal o transrectal, de acuerdo con el inicio de relaciones sexuales y la aceptación de la persona.

En una cohorte de adolescentes, se identificaron características ecográficas de endometriosis en el 13,3 % de los casos, incluidos endometriomas ováricos, adenomiosis y enfermedad infiltrativa profunda.

La resonancia magnética puede ser útil para evaluar anomalías congénitas obstructivas del tracto genital o fenotipos severos de endometriosis.

En casos seleccionados refractarios a tratamiento empírico se recomienda derivar a equipos con experiencia en endometriosis.

Tratamiento

El manejo de la endometriosis en adolescentes debe ser multidisciplinario, considerando aspectos médicos, quirúrgicos, psicológicos y sociales.

1. Los antiinflamatorios no esteroides (AINEs) constituyen la primera línea para el alivio del dolor.
2. En casos refractarios, se recomienda la supresión hormonal continua con anticonceptivos combinados, progestágenos o dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel.
3. El uso de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) debe reservarse para casos refractarios, siempre acompañado de terapia add-back para proteger la salud ósea, dado que la adolescencia es un período crítico para la adquisición de masa ósea.

Además del tratamiento médico, se recomienda la educación sobre la fisiología del dolor, el abordaje de la sensibilización central y el apoyo psicológico. El dolor pélvico crónico puede afectar profundamente la vida académica y social de las adolescentes, por lo que validar su experiencia y ofrecer estrategias de afrontamiento es esencial.

Recomendaciones finales

- No normalizar la dismenorrea en adolescentes.
- Iniciar tratamiento médico oportuno.
- Considerar cirugía si no hay respuesta terapéutica.
- Promover educación, apoyo emocional y seguimiento integral.

Referencias bibliográficas

ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. *Obstet Gynecol.* 2018;132(6):e249-e258. doi:10.1097/AOG.0000000000002978

ACOG Practice Bulletin No. 110: Noncontraceptive uses of hormonal contraceptives. *Obstet Gynecol.* 2010;115(1):206-218. doi:10.1097/AOG.0b013e3181cb50b3

Ballard K, Lane H, Hudelist G, et al. Can specific pain symptoms help in the diagnosis of endometriosis? A cohort study of women with chronic pelvic pain. *Fertil Steril.* 2010;94(1):20-27. doi:10.1016/j.fertnstert.2009.12.118

Bazot M, Daraï E. Role of transvaginal sonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of uterine adenomyosis. *Fertil Steril.* 2018;109(3):389-397. doi:10.1016/j.fertnstert.2018.01.002

- Bougie O, Yap MI, Sikora L, et al. Influence of race and ethnicity on diagnosis and management of endometriosis. *Obstet Gynecol.* 2019;134(5):1005-1013. doi:10.1097/AOG.0000000000003521
- Brosens I, Puttemans P, Benagiano G. Endometriosis: a life cycle approach. *Front Biosci (Elite Ed).* 2013;5:709-720. doi:10.2741/E637
- Dawood MY. Ibuprofen and other nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of primary dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol.* 1983;146(1):96-101. doi:10.1016/0002-9378(83)90906-3
- Ferrando CA, King LP. Endometriosis in transgender adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2022;35(2):135-137. doi:10.1016/j.jpag.2021.10.002
- Hirsch M, Duffy JMN, Missmer SA, et al. Endometriosis diagnosis and management: systematic review. *BMJ.* 2023;380:e072803. doi:10.1136/bmj-2022-072803
- Kido A, Togashi K, Nishino M, et al. MR imaging of uterine anomalies. *Radiographics.* 2003;23(3):725-746. doi:10.1148/rg.233025122
- Laufer MR. Adolescent endometriosis: a guide for clinicians. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2011;24(1):1-6. doi:10.1016/j.jpag.2010.10.001
- Sachedina A, Todd N. Dysmenorrhea, Endometriosis and Chronic Pelvic Pain in Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2020;12(Suppl 1):7-17. doi:10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0217
- Shim JY, Laufer MR, King CR, et al. Evaluation and Management of Endometriosis in the Adolescent. *Obstet Gynecol.* 2024;143(1):44-51. doi:10.1097/AOG.0000000000005448
- Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, et al. Endometriosis: current therapies and new pharmacological developments. *Drugs.* 2009;69(6):649-675. doi:10.2165/00003495-200969060-00002

Varones trans con endometriosis

Introducción e importancia

La endometriosis ha sido históricamente estudiada casi exclusivamente en mujeres cis, dejando un vacío de conocimiento sobre su presentación, diagnóstico y tratamiento en varones trans y personas no binarias con útero. Esta invisibilización no responde a una menor prevalencia, sino en gran medida a la escasez de investigación específica y a las barreras estructurales de acceso a la salud que enfrenta esta población. Incorporar este apartado responde a un compromiso de equidad y a una necesidad clínica concreta: estas personas pueden desarrollar endometriosis, presentar dolor pélvico crónico y requerir seguimiento ginecológico a lo largo de la vida, incluso bajo tratamiento hormonal con testosterona. El primer nivel de atención cumple un rol central en sostener la sospecha clínica y facilitar una derivación oportuna y respetuosa.

Epidemiología y barreras de acceso

Sigue habiendo brechas relevantes en la atención en salud de personas trans y de género diverso: hasta un tercio reporta experiencias negativas con proveedores de salud, y una proporción similar evita consultar por temor a la discriminación. Estas barreras se profundizan frente a una condición identificada culturalmente como propia de las mujeres, lo que retrasa la sospecha clínica y contribuye a la demora diagnóstica. Se ha estimado que los síntomas ginecopélvicos crónicos afectan entre el 51 % y el 72 % de esta población, cifras muy superiores al 26,6 % descrito en mujeres cis.

La prevalencia real de endometriosis en varones trans no está bien establecida, con cifras variables según el diseño metodológico y la población estudiada. Una revisión sistemática de mayor tamaño muestral ($n = 1.423$) estimó una prevalencia agrupada del 8,9 % (IC del 95 %: 7,4–10,5 %), con dolor pélvico no menstrual presente en el 53,9 % de la población relevada.

Fisiopatología y efecto de la testosterona

Cabe aclarar que no todos los varones trans y personas no binarias con útero reciben tratamiento hormonal con testosterona; en quienes no lo utilizan, la evaluación y el manejo de la endometriosis siguen los mismos principios que en la población general. En quienes sí la utilizan, la testosterona no garantiza la supresión completa de la actividad endometrial ni de la función ovárica: algunas series describen endometrio

funcionante en la mayoría de las muestras analizadas bajo tratamiento prolongado, mientras que otras describen un endometrio predominantemente inactivo. Una explicación propuesta es la aromatización periférica de la testosterona exógena en estradiol, que podría sostener cierta actividad estrogénica local pese a niveles séricos de testosterona en rango masculino. En consecuencia, la amenorrea inducida por testosterona —presente en cerca del 80 % de quienes la utilizan durante el primer año— no debe interpretarse como supresión completa de la afección ni como ausencia de riesgo de progresión.

El dolor pélvico es, además, un motivo de consulta frecuente y de origen multifactorial en personas bajo testosterona: los estudios reportan cifras de dolor pélvico nuevo de entre 23 % y 72 %. La persistencia de sangrado o manchado, el dolor con el orgasmo y el antecedente de trastorno de estrés postraumático se asocian a mayor probabilidad de dolor pélvico bajo tratamiento.

Presentación clínica, diagnóstico y atención afirmativa

La sospecha clínica debe mantenerse activa incluso en presencia de amenorrea inducida por testosterona. El dolor pélvico persistente o de inicio reciente, el dolor asociado a la actividad sexual, el sangrado intermenstrual y los síntomas digestivos o urinarios cíclicos orientan el diagnóstico. En series preoperatorias de personas sometidas a histerectomía de afirmación de género, el dolor pélvico estuvo presente en aproximadamente la mitad de los casos, y se confirmó endometriosis en cerca de un cuarto de las piezas quirúrgicas analizadas.

La atención centrada en la persona —uso del nombre y los pronombres correctos, explicación anticipada de los procedimientos y posibilidad de decidir la vía de abordaje diagnóstico, por ejemplo evitar la vía transvaginal cuando no resulte aceptable— mejora la experiencia de atención y la adherencia al seguimiento.

Tratamiento

El tratamiento combina los mismos principios utilizados en la población general, con adaptaciones que consideran los objetivos de afirmación de género de cada persona:

- El tratamiento hormonal se evalúa junto con el esquema de testosterona en curso si la persona se encuentra recibiendo hormonización. Los progestágenos (noretisterona, dienogest) son eficaces para el control del dolor y suelen tolerarse bien en combinación con testosterona.
- Los anticonceptivos combinados pueden considerarse en casos seleccionados, dado que algunos varones trans prefieren evitar formulaciones con estrógenos.
- Los agonistas de GnRH son una alternativa en casos refractarios, siempre con terapia add-back para proteger la salud ósea.
- La laparoscopia es el abordaje quirúrgico de elección cuando el tratamiento hormonal resulta insuficiente. La histerectomía tiene un rol terapéutico definitivo cuando coexiste adenomiosis; en ausencia de adenomiosis, no constituye un tratamiento resolutivo de la endometriosis, aunque puede indicarse igualmente como cirugía de afirmación de género. Se recomienda una evaluación

intraoperatoria minuciosa en busca de focos endometriósicos, dado que su hallazgo es frecuente en este contexto.

- Debe ofrecerse la preservación de la fertilidad de forma temprana e independiente del tratamiento de la endometriosis, ya que la afección y la cirugía pueden comprometer la reserva ovárica; las opciones de criopreservación deben ofrecerse con lenguaje afirmativo y apoyo psicológico.

Impacto en la calidad de vida

La endometriosis en personas trans se asocia a un impacto psicológico adicional al descrito en mujeres cis. Se describe un proceso que va desde el malestar por la desconexión entre el cuerpo y la identidad de género hasta una mayor aceptación y bienestar cuando la persona accede a un diagnóstico certero y a una atención de salud afirmativa. El abordaje integral debe contemplar apoyo en salud mental, espacios de acompañamiento entre pares y articulación con equipos especializados en atención a personas trans [1, 3, 4, 13].

Recomendaciones finales

- Mantener la sospecha clínica de endometriosis en varones trans con dolor pélvico persistente, incluso con amenorrea inducida por testosterona.
- No asumir que la testosterona suprime completamente la actividad endometrial ni el riesgo de progresión.
- Utilizar lenguaje afirmativo y adaptar el examen físico y los estudios complementarios a la aceptación de la persona.
- Individualizar el tratamiento hormonal según el esquema de testosterona vigente y los objetivos de afirmación de género.
- Ofrecer la preservación de la fertilidad en forma temprana e independiente del tratamiento de la endometriosis.
- Derivar a equipos con experiencia en salud trans y en endometriosis ante sospecha diagnóstica o necesidad de tratamiento quirúrgico.

Referencias bibliográficas

- Eder C, Roomaney R. Transgender and non-binary people's experience of endometriosis. *J Health Psychol.* 2025;30(7):1610-1623. doi:10.1177/13591053241266249
- Ferrando CA. Endometriosis in transmasculine individuals. *Reprod Fertil.* 2022;3(2):C7-C10. doi:10.1530/RAF-21-0096
- Ferrando CA, Chapman G, Pollard R. Preoperative Pain Symptoms and the Incidence of Endometriosis in Transgender Men Undergoing Hysterectomy for Gender Affirmation. *J Minim Invasive Gynecol.* 2021;28(9):1579-1584. doi:10.1016/j.jmig.2021.01.018
- Gerstl B, Sheppard M, Guo B, Tjoa C, Sarjapuram Niranjana M, Abbott J. A Systematic Review of the Prevalence of Endometriosis in Trans Men. *J Minim Invasive Gynecol.* 2026;33(3):266-274. doi:10.1016/j.jmig.2025.08.009
- Giacomozzi M, Brazelton J, Jeswani K, Ruumpol D, Verdonk P, Nap A. Insights from focus groups with trans and gender-diverse people with endometriosis: stories you tell, stories you don't. *Sex Reprod Health Matters.* 2025;33(1):2562682. doi:10.1080/26410397.2025.2562682
- Giacomozzi M, Bouwens J, Pieri M, Aubin SG, Verdonk P, Nap AW. TRANSformative perspectives on endometriosis research policy, and practice: Insights from multidisciplinary focus groups. *Glob Public Health.* 2026;21(1):2703331. doi:10.1080/17441692.2026.2703331
- Giacomozzi M, Ruumpol D, de Leeuw R, van Mello N, Krasinski M, Cartwright R, Flint R, Spinnewijn L, Verdonk P, Nap A. Endometriosis Among Transgender and Gender Diverse Patients Imaging Study (ETRIS). *J Minim Invasive Gynecol.* 2026;33(3):308-315. doi:10.1016/j.jmig.2025.08.021
- Grimstad FW, Boskey ER, Clark RS, Ferrando CA. Prevalence of pelvic pain in transgender individuals on testosterone. *J Sex Med.* 2023;20(12):1459-1465. doi:10.1093/jsxmed/qdad135
- Jeffrey S, Ashton L, Ferfolja T, Armour M. Transgender and gender diverse people with endometriosis: A perspective on affirming gynaecological care. *Womens Health (Lond).* 2024;20:17455057241251974. doi:10.1177/17455057241251974
- Jones CE. Queering gendered disabilities. *J Lesbian Stud.* 2021;25(3):195-211. doi:10.1080/10894160.2020.1778852
- Kaltsas A, Stavropoulos M, Symeonidis EN, Kratiras Z, Zachariou A, Zikopoulos A, Chrisofos EE, Dimitriadis F, Sofikitis N, Chrisofos M. Endometriosis in Transgender Men: Bridging Gaps in Research and Care-A Narrative Review. *Biomedicines.* 2024;12(7):1481. doi:10.3390/biomedicines12071481
- Shim JY, Laufer MR, Grimstad FW. Dysmenorrhea and Endometriosis in Transgender Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2020;33(5):524-528. doi:10.1016/j.jpag.2020.06.001
- Zwickl S, Burchill L, Wong AFQ, Leemaqz SY, Cook T, Angus LM, Eshin K, Elder CV, Grover SR, Zajac JD, Cheung AS. Pelvic Pain in Transgender People Using Testosterone Therapy. *LGBT Health.* 2023;10(3):179-190. doi:10.1089/lgbt.2022.0187

Menopausia y endometriosis

Aunque la endometriosis suele involucionar tras la menopausia debido a su dependencia estrogénica, entre el 2 % y el 5 % de las mujeres —incluso aquellas con menopausia natural o quirúrgica— pueden continuar presentando síntomas. Esta condición en la etapa posmenopáusica plantea desafíos clínicos relevantes por su potencial sintomatología, riesgo de recurrencia y posibilidad de transformación maligna.

La evaluación diagnóstica y terapéutica debe ser individualizada, especialmente en usuarias que reciben terapia hormonal menopáusica (THM) o fármacos como tamoxifeno, dado que estos pueden reactivar focos endometriósicos residuales y agravar los síntomas.

Prevalencia y fisiopatogenia

La evidencia sobre la prevalencia de endometriosis posmenopáusica es limitada y se estima entre el 2 % y el 5 %, según revisiones narrativas y estudios retrospectivos. Aunque la THM —especialmente con estrógenos sin oposición— puede estimular el crecimiento de lesiones, también se han reportado casos en mujeres sin tratamiento hormonal, lo que sugiere mecanismos fisiopatológicos adicionales.

Se postula que la actividad residual podría estar mediada por la producción extragonadal de estrógenos (tejido adiposo, dérmico) o por la síntesis local en las lesiones, a través de la sobreexpresión de aromatasa y otras enzimas esteroideogénicas.

Factores de riesgo asociados a endometriosis posmenopáusica

- Antecedentes personales de endometriosis o síntomas ginecológicos crónicos (dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico).
- Cirugías ginecológicas previas, especialmente histerectomía con o sin ooforectomía, que pueden dejar focos microscópicos residuales.
- Uso de terapia hormonal menopáusica, particularmente esquemas con estrógenos sin oposición.

- Obesidad, por su rol en la producción periférica de estrógenos.
- Tratamiento con tamoxifeno, debido a su efecto agonista sobre el tejido endometrial y endometriósico.

Estudios diagnósticos

El diagnóstico en mujeres posmenopáusicas puede ser complejo debido a la inespecificidad de los síntomas, que incluyen dolor pélvico, sangrado vaginal anormal o hallazgos incidentales en estudios por imágenes. Las localizaciones más frecuentes son los ovarios, los ligamentos uterosacros y las superficies peritoneales pélvicas, aunque también se han descrito casos en el tracto urinario, el intestino, la piel, el diafragma e incluso la vena cava inferior.

La evaluación debe incluir:

- Historia clínica detallada.
- Estudios de imagen (ecografía transvaginal para valoración de endometriosis y resonancia magnética).

Tratamiento

El abordaje terapéutico se basa en la sintomatología, localización de las lesiones y riesgo oncológico:

- **Cirugía:** es el tratamiento de elección en casos sintomáticos o con sospecha de malignidad. La resección completa es ideal, aunque puede estar limitada por comorbilidades o cirugías previas.
- **Tratamiento médico:** en casos no quirúrgicos, se consideran opciones como progestágenos, sistemas intrauterinos liberadores de levonorgestrel (LNG-IUS) o inhibidores de aromatasa (anastrozol, letrozol), aunque estos últimos pueden asociarse a efectos adversos como osteoporosis.

Riesgo de transformación maligna

La evidencia disponible no permite estimar con precisión el riesgo de transformación maligna en mujeres posmenopáusicas con endometriosis, ya que los datos provienen principalmente de casos con menopausia quirúrgica. En mujeres con menopausia natural —generalmente de mayor edad— el riesgo oncológico global es más elevado, lo que exige una evaluación cuidadosa.

Ante la presencia de signos de endometriosis o dolor pélvico en esta etapa, puede considerarse el tratamiento quirúrgico con fines diagnósticos, especialmente para confirmar histológicamente la afección.

Impacto de la menopausia quirúrgica en la salud general

- La ooforectomía, frecuente en el tratamiento de la endometriosis, suele realizarse a edades más tempranas que en la población general. Esta menopausia

inducida se asocia a un aumento del riesgo de:

- Osteoporosis o disminución de la densidad ósea.
- Deterioro cognitivo y demencia.
- Otras complicaciones vinculadas al estado hipoestrogénico.

Además, una revisión reciente identificó mayor prevalencia de enfermedades crónicas en mujeres con endometriosis, incluyendo:

- Asma.
- Enfermedades autoinmunes.
- Patología cardiovascular.

Terapia hormonal menopáusica (THM)

El uso de THM combinada (estrógeno-progestágeno) puede considerarse en mujeres con antecedentes de endometriosis, tanto en menopausia natural como quirúrgica. Se recomienda evitar los esquemas exclusivamente estrogénicos, dado su posible vínculo con un mayor riesgo de transformación maligna. En casos de menopausia quirúrgica, se sugiere mantener la THM combinada al menos hasta alcanzar la edad esperada de menopausia fisiológica.

Referencias bibliográficas

- Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, et al. ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open. 2022;2022(2):hoac009. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac009>
- Cassani C, Tedeschi S, Cucinella L, Morteo V, Camnasio CA, Tiranini L, et al. Menopause and endometriosis. Maturitas. 2024;190:108129. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2024.108129>
- Cope AG, VanBuren WM, Sheedy SP. Endometriosis in the postmenopausal female: clinical presentation, imaging features, and management. Abdom Radiol (NY). 2020;45(6):1790–9. <https://doi.org/10.1007/s00261-019-02309-4>
- Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D’Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. Hum Reprod. 2014;29(3):400–12. <https://doi.org/10.1093/humrep/det457>
- Gambacciani M, et al. Tibolone and endometriosis. Climacteric. 2005;8(4):292–8.
- Gemmell LC, Webster KE, Kirtley S, Vincent K, Zondervan KT, Becker CM. The management of menopause in women with a history of endometriosis: a systematic review. Hum Reprod Update. 2017;23(4):481–500. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmx011>
- Inceboz U. Endometriosis after menopause. Womens Health (Lond). 2015;11(5):711–5. <https://doi.org/10.2217/whe.15.59>
- Leenen S, Hermens M, de Vos van Steenwijk PJ, Bekkers RLM, van Esch EMG.

Immunologic factors involved in the malignant transformation of endometriosis to endometriosis-associated ovarian carcinoma. *Cancer Immunol Immunother.* 2021;70(7):1821–9. <https://doi.org/10.1007/s00262-020-02831-1>

Palep-Singh M, Gupta S. Endometriosis: associations with menopause, hormone replacement therapy and cancer. *Menopause Int.* 2009;15(4):169–74. <https://doi.org/10.1258/mi.2009.009041>

Punnonen R, Klemi PJ, Nikkanen V. Postmenopausal endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1980;11(3):195–200. [https://doi.org/10.1016/0028-2243\(80\)90069-6](https://doi.org/10.1016/0028-2243(80)90069-6)

Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Guidelines for the management of endometriosis.

Cáncer y endometriosis

La endometriosis se considera una enfermedad benigna, pero se ha documentado una transformación maligna en cerca del 1 % de los casos, especialmente en el ovario.

Un metaanálisis sistemático de 49 estudios de cohortes y de casos y controles evaluó la asociación entre endometriosis y riesgo de cáncer. Los resultados mostraron que la endometriosis no se asocia con un aumento estadísticamente significativo del riesgo global de cáncer. Sin embargo, se observó un mayor riesgo específico de cáncer de ovario, particularmente de los subtipos de células claras y endometrioides. No se encontró un aumento del cáncer colorrectal y se reportó un menor riesgo de cáncer de cuello uterino, posiblemente debido a una mayor vigilancia ginecológica en mujeres con endometriosis. La evidencia sobre otros tipos de cáncer, como el endometrial o el melanoma cutáneo, fue inconsistente o insuficiente.

Los cánceres de ovario de células claras y endometrioides son muy poco frecuentes en la población general (representan menos del 5 % y del 14 %, respectivamente). No se ha reportado una asociación con el carcinoma seroso de alto grado de ovario, que representa más del 70 % de los casos en la población general.

El riesgo de cáncer ovárico es levemente mayor en mujeres con endometriomas, aunque este hallazgo debe interpretarse con cautela por posibles sesgos metodológicos. La influencia de la edad o del estado menopáusico en estas asociaciones aún no está claramente establecida; ambos pueden ser factores confundentes al evaluar estos resultados.

Se recomienda informar a las mujeres con endometriosis que el riesgo absoluto de desarrollar cáncer es bajo y similar a la población general, aunque existe una asociación moderada con ciertos tipos específicos como el cáncer de ovario.

Cáncer de ovario y endometriosis

Factores de riesgo asociados a malignidad

La transformación maligna de la endometriosis se ha atribuido a múltiples factores, incluidos la estimulación estrogénica persistente, la inflamación crónica y la inactivación de genes supresores tumorales (tabla 1).

El cáncer de ovario asociado a endometriosis representa un desafío clínico relevante, especialmente en mujeres posmenopáusicas, que requiere estrategias de detección precoz y manejo individualizado.

Se debe tener en cuenta que en mujeres posmenopáusicas, la endometriosis puede persistir o reactivarse, especialmente en contexto de terapia hormonal, lo que se ha asociado con mayor riesgo de transformación maligna.

Tabla 1. Factores de riesgo clínicos y bioquímicos asociados a mayor riesgo de cáncer de ovario vinculado a endometriosis.

- Edad avanzada y estado posmenopáusico
- Menarquia temprana y dismenorrea intensa
- Curso prolongado de la afección (>10 años)
- Infertilidad asociada
- Terapia estrogénica sin oposición
- Uso de tamoxifeno en contexto oncológico
- Niveles elevados de marcadores serológicos como CA125 y HE4
- Características ecográficas sospechosas: tamaño quístico, vascularización aumentada

Diagnóstico

El diagnóstico de cáncer de ovario asociado a endometriosis se basa en la integración de hallazgos clínicos, bioquímicos e imagenológicos y en la confirmación histológica. La ecografía transvaginal es el estudio inicial, complementado por resonancia magnética pélvica en casos sospechosos de malignidad.

Recomendación

El abordaje terapéutico de usuarias con riesgo de malignidad debe ser llevado a cabo en unidades especializadas en cáncer ginecológico.

Respecto a la vigilancia oncológica, no se aconseja realizar estudios sistemáticos adicionales a los programas poblacionales de tamizaje en personas con endometriosis, salvo en casos con antecedentes familiares relevantes o mutaciones germi-

nales específicas. No existe tamizaje específico para cáncer de ovario dado que sus signos y síntomas son inespecíficos, por lo cual el control ginecológico periódico adquiere especial relevancia.

En usuarias con endometriomas no resecados, se recomienda al menos una ecografía anual para evaluar cambios morfológicos, especialmente en aquellas con factores de riesgo.

Referencias bibliográficas

Chiaffarino F, Cipriani S, Ricci E, et al. Histologic Subtypes in Endometriosis-Associated Ovarian Cancer and Ovarian Cancer Arising in Endometriosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Reprod Sci*. 2024;31(6):1642-1650. doi:10.1007/s43032-024-01489-9.

Cope AG, VanBuren WM, Sheedy SP. Endometriosis in the postmenopausal female: clinical presentation, imaging features, and management. *Abdom Radiol (NY)*. 2020;45(6):1790-1799. doi:10.1007/s00261-019-02309-4.

ESHRE Endometriosis Guideline Development Group. Endometriosis Guideline. European Society of Human Reproduction and Embryology; 2022. Disponible en: www.eshre.eu/guidelines.

Inceboz U. Endometriosis after menopause. *Womens Health (Lond)*. 2015;11(5):711-5. doi:10.2217/whe.15.59.

Kvaskoff M, Mahamat-Saleh Y, Farland LV, et al. Endometriosis and cancer: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2021;27(2):393-420. doi:10.1093/humupd/dmaa045.

Liu J, Ma Y, Jiang W, Xie P. Research progress on correlative prediction factors and prediction models of endometriosis associated ovarian carcinoma. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(42):e40131. doi:10.1097/MD.00000000000040131.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Ovarian Cancer Including Fallopian Tube and Primary Peritoneal Cancer. Version 3.2025. 2025 Jul 16. Available from: <https://www.nccn.org>.

Palep-Singh M, Gupta S. Endometriosis: associations with menopause, hormone replacement therapy and cancer. *Menopause Int*. 2009;15(4):169-74. doi:10.1258/mi.2009.009041.

Zafrakas M, Grimbizis G, Timologou A, Tarlatzis BC. Endometriosis and ovarian cancer risk: a systematic review of epidemiological studies. *Front Surg*. 2014;1:14. doi:10.3389/fsurg.2014.00014.

Endometriosis en pacientes asintomáticas

En mujeres asintomáticas, el diagnóstico de endometriosis puede surgir de manera incidental durante el examen físico, un estudio de imagen o una intervención quirúrgica. En estos casos, la evolución natural de la afección —ya sea regresión o progresión— resulta difícil de predecir. Esto ocurre en un 20–25 % de las mujeres con endometriosis. No existen datos que respalden el uso de tratamiento médico con fines preventivos, y la decisión de realizar tratamiento quirúrgico debe individualizarse según el contexto clínico.

Se ha reportado endometriosis peritoneal en hasta el 45 % de las mujeres sometidas a ligadura tubárica laparoscópica, aunque no se ha confirmado que todas ellas fueran completamente asintomáticas.

La **endometriosis asintomática** se define como la presencia incidental de lesiones peritoneales, ováricas o profundas en ausencia de dolor pélvico y/o infertilidad.

¿Es beneficioso el tratamiento ante un hallazgo incidental?

Por definición, las personas con endometriosis asintomática no presentan síntomas que justifiquen tratamiento. No obstante, podría considerarse la intervención con el objetivo de prevenir una eventual progresión. Sin embargo, la evidencia disponible indica que el riesgo de que una enfermedad mínima asintomática se torne sintomática es bajo.

Hasta la fecha, no se han realizado ensayos clínicos que comparen el beneficio de la cirugía frente al manejo expectante. Además, como en cualquier procedimiento quirúrgico, la escisión o ablación de lesiones conlleva riesgos inherentes, como daño a estructuras anatómicas adyacentes. Por lo tanto, no se recomienda la intervención quirúrgica sistemática ante hallazgos incidentales de endometriosis asintomática.

Se debe considerar el tratamiento ante situaciones de compromiso por oclusión de la vía urinaria o digestiva que afecten la función.

En ausencia de signos de progresión, tampoco se justifica el uso de tratamiento médico.

Recomendaciones de manejo en personas asintomáticas

- Se recomienda informar y asesorar adecuadamente a las usuarias sobre cualquier hallazgo incidental de endometriosis.
- No se recomienda realizar de forma rutinaria escisión o ablación quirúrgica de lesiones endometriósicas asintomáticas encontradas durante una cirugía.
- No se recomienda indicar tratamiento médico en mujeres con hallazgos incidentales de endometriosis.

Referencias bibliográficas

Australian Government Department of Health. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Endometriosis. 2021.

ESHRE Endometriosis Guideline Development Group. Endometriosis Guideline. 2022.

Facchin F, Barbara G, Saita E, Mosconi P, Roberto A, Fedele L, Vercellini P. Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2015;36(4):135-41. doi: 10.3109/0167482X.2015.1074173. Epub 2015 Aug 27. PMID: 26328618.

Gylfason JT, Kristjansdottir GV, Sverrisdottir G, et al. Pelvic endometriosis diagnosed in an entire nation over 20 years. *Am J Epidemiol*. 2010;172(3):237-243.

Johnson NP, Hummelshoj L. Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod*. 2013;28(6):1552-1568.

Moen MH, Stokstad T. Endometriosis in pregnant and non-pregnant women at tubal sterilization. *Hum Reprod*. 2002;17(3):832-835.

Rawson JM. Prevalence of endometriosis in asymptomatic women. *J Reprod Med*. 1991;36(7):513-515.

Anexo

Visión de las personas que viven con endometriosis

Este anexo ha sido escrito por pacientes con endometriosis. No somos médicas ni especialistas en la enfermedad; somos personas que, por necesidad y supervivencia, nos hemos convertido en “expertas” en analizar y escuchar nuestro propio cuerpo. A lo largo de los años, hemos investigado, aprendido y conectado con otras personas para comprender mejor lo que nos sucede, no por elección, sino por la urgencia de hallar respuestas.

La endometriosis afecta a una de cada nueve personas que nacen con útero, y el tiempo promedio para recibir un diagnóstico es de siete a diez años. Durante ese tiempo, a menudo somos desestimadas, y nuestro dolor es minimizado y normalizado.

La historia de cualquier Endochica

Desde los 11 años a Cualquier Endochica le decían que ese dolor insoportable que sentía era “parte de ser mujer y crecer” que tenía que acostumbrarse porque eso iba a ser “siempre parte de su vida”. Cada mes, el sufrimiento se intensificaba, pero su voz fue desestimada una y otra vez; “Es normal”, “son molestias menstruales”, le decían, mientras a ella le costaba comprender porque a ella le “había tocado la mala suerte” y esperaba que “una vez crezca y se regularice” todo mejor.

Pasaba el tiempo y lejos de mejorar cada vez surgían nuevos síntomas que solo sumaban a la confusión y complicaban el camino. La primera consulta fue con pediatra y de ahí se abrió todo el abanico de especialidades: gastroenterología, urología, psicología, psiquiatría, ginecología y la lista sigue.

La vieron muchos médicos, alguno de ellos los mejores en su área, pero seguía sin haber explicaciones. Las ecografías dan normal, los análisis dan normal y no hay nada que explique lo que le pasa. “Será que todo lo que me pasa está conectado? ¿Será que el Dr. leyó toda mi historia? ¿Será que no me creen? ¿Será que estoy loca?” su

cabeza no paraba de pensar y a esta altura no sabía si estaba ansiosa por el dolor o si la ansiedad era lo que la hacía sentirse así. Nunca había estado tan confundida.

Mientras tanto, el dolor afectaba no solo su bienestar físico, sino también su vida cotidiana, sus estudios y sus relaciones; ahora ya no solo eran molestias menstruales, ahora ya no entendía a su propio cuerpo.

Sabía que no debía de googlear sus síntomas que eso era peligroso, pero ante la desesperación aun así lo hizo: “dolores menstruales, dolores pélvicos, dolor al ovular, dolores con las relaciones sexuales, diarreas, urgencia para orinar y dificultad para evacuar, náuseas, fatiga, neblina mental” tipeó mientras pensaba que con eso maso menos cubría lo que le pasaba. El resultado arrojó varias posibilidades, pero una le resonó: Endometriosis.

Se propuso aprender todo lo más que pudiera sobre el tema antes de ir a cualquier otra consulta médica, se unió a grupos de pacientes, comenzó a seguir a referentes y cuanto más aprendía más sentido tenía todo. “Tengo que armar mi caso” pensó y se dispuso a crear la carpeta más comprehensiva que pudo con todos los archivos, estudios, tratamientos e información de los últimos 10 años. Si, casi sin darse cuenta ya había pasado toda su adolescencia y aun no tenía ni respuestas ni alivio, “estaba convencida que tenía endometriosis” pero necesitaba la confirmación médica

Su caso está perfectamente armado, desde un enfoque integral donde cruzaba información de todos los especialistas y “unía los puntos”, tanto es así que finalmente llegó el diagnóstico. “La endometriosis no empezó cuando me diagnosticaron; comenzó años antes, cuando mi cuerpo pedía ayuda y nadie sabía escuchar” pensó, pero ahora se sentía validada, ahora sabía que su dolor era real.

Nada le iba a devolver el tiempo perdido, los miles de fiesta, reuniones y partidos a los que no pudo ir, pero al menos ahora podía “defenderse” de los cuestionamientos, “no, no estoy loca, no, no estoy exagerando”

El camino que seguía tampoco iba a ser fácil, su cuerpo no era el mismo, había sido maltratado, mutilado y sufrido por muchos años, el diagnóstico tardío hizo que su cuerpo sufra y mucho, pero al menos esta vez Endochica tiene las respuestas.

Este es un relato ficticio creado usando los testimonios de las pacientes de endometriosis y que representa un caso común a todas. Todos los entrecomillados son citas textuales de dichos testimonios y pretende llamar la atención sobre la importancia de escuchar a las pacientes como seres integrales.

La endometriosis es una enfermedad sistémica que puede manifestarse de múltiples maneras por lo que la evaluación primaria de las pacientes es fundamental y debe de ser holística para acortar caminos en el diagnóstico, pero fundamentalmente para cuidar al paciente integralmente haciéndole sentir escuchado, comprendido, validado y acompañado.

Al prestar atención a las historias de las personas, los médicos pueden cambiar el rumbo de sus vidas. Es fundamental ir más allá de los diagnósticos superficiales y considerar el impacto emocional y social del dolor crónico. Necesitamos ser aliados en la lucha contra la desinformación y el ostracismo, necesitamos acortar los caminos y necesitamos enriquecer la práctica con cuidado humano y compasión.

Con la idea de colaborar con el Manual las pacientes hicimos un relevamiento de qué nos habría gustado que los médicos incluyeran en sus consultas. Armamos el decálogo de preguntas infaltables, sin orden particular, simplemente aquello que nos habría ayudado a acortar tiempos diagnósticos o abordar tratamientos.

1- ¿Podés describir el tipo y la intensidad de tu dolor?

No todos los dolores son iguales y entender los diferentes tipos de dolores puede ser una buena guía para explorar, ayuda a entender al paciente y a dimensionar la afectación que el dolor genera.

2- ¿Cuáles son los síntomas que has estado experimentando, además del dolor?

Es necesario que las evaluaciones tengan una visión integral de síntomas físicos y emocionales, no solo para saber cómo derivar si no para acortar caminos.

3- ¿Cómo te afectan el dolor y los síntomas en tu vida diaria?

Muchas veces los síntomas de la endometriosis invalidan y limitan a las personas. El dolor, los síntomas gastrointestinales, la fatiga, etc suelen condicionar actividades sociales y laborales de los pacientes, comprender y dimensionar cuánto afecta a cada persona es fundamental para encarar un tratamiento multidisciplinario correcto.

4- ¿Has notado algún patrón en tus síntomas a lo largo del tiempo?

Esta es una forma de guía para entender la progresión de la enfermedad

5- ¿Qué cambios de estilo de vida has intentado para manejar tus síntomas?

Esta información es fundamental para un abordaje integral y holístico. La experiencia del paciente debe de ser otra herramienta.

6- ¿Tenés deseo gestacional o planes para el futuro en cuanto a la maternidad?

Los deseos reproductivos del paciente deben ser considerados siempre, incluso si implica cambios en el tratamiento.

7- ¿Te sientes escuchada y comprendida en tu experiencia con el dolor?

Dimensionar el dolor ajeno es de las tareas más difíciles. Aunque la clínica indique que el paciente no debería de tener ciertos síntomas o dolores, lo que expresa el paciente debe ser escuchado y tomado como real.

8- ¿Te gustaría explorar otras opciones de tratamiento más allá de la medicación hormonal?

El abordaje clínico de los pacientes debería de ser integral y multidisciplinario. El tratamiento hormonal es uno de los tantos que existen para manejar la enfermedad y no son una solución por si solos.

9- ¿Has recibido información clara sobre la endometriosis y su naturaleza crónica?

Asegurarse de que el paciente esté bien informado es esencial para la toma de decisiones, el médico es el referente y la información que debe de proveer tiene que ser completa.

10- ¿Te gustaría que trabajáramos juntos para abordar todos tus síntomas como un todo?

El mejor tratamiento es aquel individualizado que aborda todos los aspectos que la enfermedad afecta a cada persona. La calidad del tratamiento está directamente vinculada con un abordaje integral.

