

SIMPOSIO ENDOMETRIOSIS

1. Centro de Endometriosis. Clínica INDISA. Santiago de Chile.
2. Unidad de Medicina Reproductiva (UMR). Clínica INDISA. Santiago de Chile.
3. Facultad de Medicina. Universidad Andres Bello. Santiago de Chile.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno de los autores de este manuscrito declara conflictos de interés.

Recibido: 29 de septiembre 2025

Aceptado: 20 de octubre 2025

Publicación en línea: 8 de diciembre 2025

Correspondencia:

Dr. Pablo Céspedes.

 pacespedesp@gmail.com

Citar como: Céspedes P, Muñoz S, Drogue C, Poveda K, Ortiz C, Costoya A. Tratamiento médico y otras herramientas terapéuticas no quirúrgicas en endometriosis sintomática. Rev Peru Ginecol Obstet. 2025;71(3). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgv71i2812>

Tratamiento médico y otras herramientas terapéuticas no quirúrgicas en endometriosis sintomática

Medical treatment and other non-surgical therapeutic tools in symptomatic endometriosis

Pablo Céspedes^{1,2,3}, Sebastián Muñoz¹, Claudia Drogue¹, Karin Poveda¹, Camila Ortiz¹, Alberto Costoya^{1,2,3}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgv71i2812>

RESUMEN

La Endometriosis es una enfermedad que afecta a millones de mujeres globalmente y que impacta significativamente su calidad de vida, incluyendo aspectos laborales y psicológicos. En este artículo se aborda el manejo integral de la endometriosis sintomática en sus alternativas no quirúrgicas. El tratamiento de la endometriosis sintomática requiere un enfoque personalizado y multidisciplinario, combinando terapias médicas (hormonales y no hormonales), rehabilitación pelviperineal y apoyo psicológico. La combinación de terapia médica a largo plazo, incluso postcirugía, es a menudo recomendada para controlar el dolor y reducir la recurrencia, siempre priorizando las necesidades y la participación activa de la paciente en las decisiones de su tratamiento.

Palabras clave: endometriosis / dolor pélvico / dismenorrea / tratamiento médico.

ABSTRACT

Endometriosis is a disease that affects millions of women worldwide and significantly impacts their quality of life, including professional and psychological aspects. This article addresses the comprehensive management of symptomatic endometriosis, focusing on non-surgical therapeutic alternatives. The treatment of symptomatic endometriosis requires a personalized and multidisciplinary approach, combining medical therapies (both hormonal and non-hormonal), pelvic floor rehabilitation, and psychological support. Long-term medical therapy, including maintenance treatment after surgery, is often recommended to control pain and reduce recurrence. Throughout the process, the patient's needs and active participation in treatment decisions should be prioritized.

Keywords: endometriosis / pelvic pain / dysmenorrhoea / medical treatment.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la OMS, la endometriosis afecta a un 10% de las mujeres en edad reproductiva, lo que equivale a que aproximadamente 190 millones de mujeres en todo el mundo padecen esta enfermedad. Sus manifestaciones más frecuentes son la infertilidad y el dolor cíclico o continuo, asociado o no a dispareunia, disquicia, síntomas urinarios, acompañados en ocasiones de ansiedad y depresión significativas.⁽¹⁾

Según un reciente estudio en mujeres escandinavas la endometriosis está asociada además a problemas laborales o ausentismo, días de enfermedad o incapacidad, lo que está en línea con estudios realizados en otros países.^(2,3,4)

En este capítulo se describirán principalmente los tratamientos médicos relacionados al dolor, ya que se estima que el 40-70% de las mujeres que padecen dolor pélvico crónico y aproximadamente el 50% de las mujeres que presentan dismenorrea secundaria padecen de una endometriosis.^(5,6) Se incluirán en esta revisión los tratamientos médicos no hormonales incluyendo antinflamatorios no esteroidales y neuromo-



duladores, los hormonales, incluyendo agonistas y antagonistas de GnRh, así como el apoyo kinesiológico y psicológico en estas pacientes.

MANEJO NO HORMONAL DEL DOLOR EN ENDOMETRIOSIS

El manejo del dolor en pacientes con endometriosis es complejo y requiere una evaluación cuidadosa para identificar el tipo de dolor presente. La diferenciación de las modalidades de dolor es fundamental para instaurar un tratamiento adecuado. En este contexto, el dolor en la endometriosis puede clasificarse en tres tipos según la definición de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP):

1. Dolor nociceptivo: Surge por mecanismos inflamatorios relacionados con la presencia de lesiones tisulares. En la endometriosis, este dolor se origina por inflamación de las lesiones endometriales ectópicas, activándose los nociceptores periféricos.⁽⁷⁾
2. Dolor neuropático: Resulta de daño o disfunción del sistema nervioso somatosensorial, y puede coexistir con el dolor nociceptivo en pacientes con endometriosis, especialmente cuando existe compromiso de estructuras nerviosas.⁽⁸⁾
3. Dolor nociplástico: Es generado por alteraciones en la nocicepción, sin presencia de daño tisular o lesión conocida del sistema nervioso. En algunos casos de endometriosis, puede existir un componente nociplástico que contribuye al dolor crónico, caracterizado por sensibilización central y periférica.⁽⁹⁾

La coexistencia de estos tipos de dolor en la endometriosis exige un abordaje multidisciplinario y personalizado, con terapias dirigidas a cada componente.

MANEJO DEL DOLOR NOCICEPTIVO

El dolor nociceptivo en la endometriosis se debe principalmente a la inflamación causada por las lesiones endometriales. Los siguientes tratamientos son efectivos:

1. Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y paracetamol:

- Mecanismo de acción: Los AINE inhiben la ciclooxygenasa (COX), reduciendo la producción de prostaglandinas, mediadores clave de la inflamación y el dolor. El paracetamol actúa principalmente a nivel central, inhibiendo la síntesis de prostaglandinas en el sistema nervioso central.

Dosis:

- Ibuprofeno: 400-600 mg cada 8 horas, hasta un máximo de 2400 mg/día. Estudios demuestran su eficacia en la reducción del dolor inflamatorio.⁽¹⁰⁾
- Naproxeno: 250-500 mg cada 12 horas. Es preferido por su vida media más larga y menor frecuencia de administración.
- Paracetamol: 500-1000 mg cada 8-12 horas, máximo 4 g/día. Es útil en pacientes con contraindicaciones para AINE.
- Combinación: La combinación de AINE con paracetamol ha demostrado mayor eficacia en la reducción del dolor en comparación con el uso de monoterapia.⁽¹⁰⁾

2. Opioides:

- Mecanismo de acción: Actúan sobre los receptores opioides en el sistema nervioso central, modulando la percepción del dolor.

Dosis y evidencia:

- Tramadol: 50-100 mg cada 6-8 horas, no excediendo 400 mg/día. Es un opioide débil con actividad dual (opioide y serotoninérgica).
- Codeína: 15-60 mg cada 4-6 horas, máxima de 120 mg/día. Requiere conversión a morfina para su actividad analgésica.
- Opioides potentes (morfina, oxicodeona): Reservados para casos severos y refractarios, bajo supervisión estricta.
- Consideraciones: Su uso debe limitarse debido al riesgo de dependencia, tolerancia y efectos adversos como estreñimiento y sedación.⁽¹¹⁾



MANEJO DEL DOLOR NEUROPÁTICO

El dolor neuropático en la endometriosis puede resultar de la afectación de estructuras nerviosas o de la sensibilización central.

1. Anticonvulsivantes: han demostrado eficacia en el manejo del dolor neuropático asociado a endometriosis.⁽¹²⁾

- Mecanismo de acción: Modulan la transmisión del dolor al reducir la excitabilidad neuronal y la liberación de neurotransmisores excitatorios.

- Dosis:

- Pregabalina:

- » Dosis inicial: 75 mg. dos veces al día.
 - » Aumentar progresivamente hasta 150 mg. dos veces al día, según tolerancia y respuesta.
 - » Dosis máxima: 300 mg/día.

- Gabapentina:

- » Dosis inicial: 300 mg al día, en una o dos tomas.
 - » Incremento progresivo: hasta 900-1800 mg/día en 3-4 tomas, según tolerancia.

2. Antidepresivos duales (IRSN): Efectivos en el manejo del dolor neuropático crónico.⁽¹³⁾

- Mecanismo de acción: Inhiben la recaptación de serotonina y noradrenalina, modulando la transmisión del dolor a nivel central.

- Dosis:

- Duloxetina: Dosis habitual: 30-60 mg una vez al día. Máximo: 60 mg/día.
 - Venlafaxina: Dosis inicial: 37.5-75 mg una vez al día. Ajustes: hasta 225 mg/día en casos refractarios.

3. Antidepresivos tricíclicos (ATC): Útil en pacientes con dolor neuropático y trastornos del sueño asociados.⁽¹³⁾

- Mecanismo de acción: Bloquean la recaptación de serotonina y noradrenalina, además de tener efectos antihistamínicos y anticolinérgicos.
- Dosis: Amitriptilina: Dosis inicial: 10-25 mg en la noche. Dosis de mantenimiento: 25-75 mg/día, ajustando según tolerancia y respuesta.

MANEJO DEL DOLOR NOCIPLOPLÁSTICO

El dolor nociplástico requiere un abordaje multidisciplinario que incluya terapia farmacológica y no farmacológica.

1. Coadyuvantes:

- Ácidos grasos omega-3 (EPA y DHA): Estudios sugieren que reducen la inflamación y mejoran los síntomas de dolor crónico.⁽¹⁴⁾
 - Mecanismo de acción: Modulan la inflamación al inhibir la producción de citocinas proinflamatorias y promover la síntesis de mediadores antiinflamatorios.
 - Dosis: 1-3 gramos al día.
- Citrato de Magnesio: Efectivo en la reducción del dolor crónico y la mejora de la calidad de vida.⁽¹⁵⁾
 - Mecanismo de acción: Regula la excitabilidad neuronal y reduce la sensibilización central.
 - Dosis: 200-400 mg al día.

2. Terapias no farmacológicas:

- Fisioterapia: Ejercicios de relajación y fortalecimiento muscular.
- Terapia cognitivo-conductual (TCC): Ayuda a manejar el impacto psicológico del dolor crónico.
- Acupuntura: Puede modular la percepción del dolor y reducir la sensibilización central.



Otras terapias en caso de dolor refractario a tratamiento:

Infusiones de ketamina:

La ketamina se utiliza en ciertos casos de dolor neuropático, debido a sus propiedades analgésicas y moduladoras del sistema nervioso. Su mecanismo de acción al ser un antagonista de los receptores NMDA (N-metil-D-aspartato) están implicados en la transmisión del dolor y en la sensibilización central. Estudios muestran una reducción efectiva del dolor y mejora en la calidad de vida, pero los efectos pueden ser temporales y variarán entre individuos.^(16,17) La infusión de ketamina es un tratamiento especializado, idealmente administrado en un entorno clínico controlado, y debe ser considerado como parte de un abordaje multidisciplinario en el manejo del dolor neuropático.

Indicaciones para Dolor Neuropático

- Dolor crónico refractario: Especialmente útil en casos en los que otros tratamientos no han sido efectivos.⁽¹⁶⁾
- Síndromes de dolor regional complejo (SDRC).⁽¹⁸⁾
- Dolor asociado a lesiones nerviosas o de origen central.⁽¹⁷⁾

Protocolo de Infusión:

- Dosis: Varía según el protocolo, generalmente iniciando con dosis bajas (0.1-0.5 mg/kg/h).⁽¹⁹⁾
- Duración: Puede variar de unas pocas horas a algunas sesiones distribuidas en días o semanas.
- Vía de administración: Intravenosa bajo supervisión monitorizada.

Efectos Secundarios:

- Inmediatos: Náuseas, mareos, sedación, alteraciones perceptuales.
- A largo plazo: Complicaciones renales o vesicales con uso prolongado.

Contraindicaciones:

- Pacientes con antecedentes de enfermedad psiquiátrica grave o hipertensión no controlada.

Infusiones de lidocaína:

Las infusiones de lidocaína son otra opción para el manejo del dolor neuropático y algunos tipos de dolor crónico. Su mecanismo de acción se basa en bloquear los canales de sodio en las membranas neuronales, reduciendo la excitabilidad de las fibras nerviosas.

Indicaciones para Dolor Neuropático

- Dolor neuropático crónico: Utilizado cuando otros tratamientos no han sido efectivos.⁽²⁰⁾
- Dolor postoperatorio persistente.
- Síndrome de dolor regional complejo (SDRC).⁽²¹⁾

Protocolo de Infusión:

- Dosis: Generalmente comienza entre 1 mg/kg/hora por 5 horas.
- Duración: El protocolo depende del paciente y del tipo de dolor.
- Vía de administración: Intravenosa en un entorno clínico controlado.

Efectos Secundarios:

- Inmediatos: Mareos, náuseas, tinnitus, somnolencia.
- Toxicidad: En niveles elevados, puede causar efectos más serios como convulsiones o bloqueo cardíaco.⁽²²⁾

Consideraciones:

- Monitorización: Necesaria durante la infusión para observar signos de toxicidad.
- Contraindicaciones: Pacientes con alergias a anestésicos locales o problemas cardíacos severos.

Terapias de dolor intervencional:

El manejo intervencional del dolor crónico en la endometriosis a menudo incluye técnicas de bloqueos nerviosos y simpáticos. Estas intervenciones están dirigidas a aliviar el dolor localizado y visceral asociado con esta condición. Aquí se detallan las técnicas más comúnmente utilizadas, según el tipo de dolor:



1. Dolor Pélvico y Abdominal

Bloqueo del plexo hipogástrico superior

Efectivo para aliviar dolor en cáncer ginecológico y algunas condiciones no malignas.⁽²³⁾

- Indicaciones: Dolor visceral de la pelvis, en particular relacionado con el útero y vejiga.
- Técnica: Se realiza una inyección de anestésico local en la región anterior de L5-S1 bajo guía imagenológica.

Bloqueo del ganglio impar

Alivio significativo del dolor pélvico crónico y del síndrome de dolor regional complejo.⁽²⁴⁾

Indicaciones: Dolor visceral pélvico y perineal.

Técnica: Inyecciones en la región presacra, entre el sacro y el coxis.

2. Dolor Perineal

Bloqueo del nervio pudendo:

Utilizado con éxito en neuralgia del pudendo y dolores perineales crónicos.⁽²⁵⁾

- Indicaciones: Dolor vulvar y perineal.
- Técnica: Inyección en el canal de Alcock bajo guía de ultrasonido.

Estos bloqueos, realizados en un entorno clínico controlado por especialistas, pueden proporcionar alivio significativo y mejorar la calidad de vida de pacientes con dolor crónico asociado a la endometriosis.

El manejo no hormonal del dolor en la endometriosis requiere un enfoque personalizado que considere los diferentes tipos de dolor presentes. La combinación de terapias farmacológicas y no farmacológicas, junto con un

TABLA 1. CUADRO RESUMEN DE MEDICAMENTOS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN ENDOMETRIOSIS SEGÚN TIPO DE DOLOR.

Tipo de Dolor	Medicamento	Mecanismo de Acción	Dosis	Máximo Diario	Consideraciones
Nociceptivo	Ibuprofeno	Inhibe la COX, reduciendo prostaglandinas inflamatorias.	400-600 mg cada 8 horas.	2400 mg/día	Primera línea. Efectivo en dolor inflamatorio.
	Naproxeno	Inhibe la COX, con vida media prolongada.	250-500 mg cada 12 horas.	1000 mg/día	Preferido por menor frecuencia de administración.
	Paracetamol	Inhibe síntesis de prostaglandinas en el SNC.	500-1000 mg cada 8-12 horas.	4000 mg/día	Útil en pacientes con contraindicaciones para AINE.
	Tramadol	Actúa sobre receptores opioides y modula serotonina.	50-100 mg cada 6-8 horas.	400 mg/día	Opiode débil. Riesgo de dependencia.
	Codeína	Se convierte en morfina para su actividad analgésica.	15-60 mg cada 4-6 horas.	120 mg/día	Riesgo de estreñimiento y sedación.
Neuropático	Morfina	Actúa sobre receptores opioides en el SNC.	Dosis individualizada según necesidad.	Según prescripción	Reservado para casos severos y refractarios.
	Pregabalina	Modula canales de calcio dependientes de voltaje, reduciendo excitabilidad neuronal.	Inicial: 75 mg dos veces al día. Ajustar hasta 150 mg dos veces al día.	300 mg/día	Efectivo en dolor neuropático.
	Gabapentina	Similar a pregabalina, modula transmisión del dolor.	Inicial: 300 mg al día. Ajustar hasta 900-1800 mg/día en 3-4 tomas.	1800 mg/día	Requiere titulación gradual.
	Duloxetina	Inhibe recaptación de serotonina y noradrenalina.	30-60 mg una vez al día.	60 mg/día	Útil en dolor neuropático crónico.
Nociplástico	Venlafaxina	Inhibe recaptación de serotonina y noradrenalina.	Inicial: 37.5-75 mg una vez al día. Ajustar hasta 225 mg/día.	225 mg/día	Efectivo en casos refractarios.
	Amitriptilina	Bloquea recaptación de serotonina y noradrenalina.	Inicial: 10-25 mg en la noche. Ajustar hasta 25-75 mg/día.	75 mg/día	Útil en pacientes con trastornos del sueño asociados.
	Ácidos grasos omega-3	Modulan inflamación y reducen citocinas proinflamatorias.	1-3 gramos al día.	3 gramos/día	Complemento nutricional.
	Citrato de Magnesio	Regula excitabilidad neuronal y reduce sensibilización central.	200-400 mg al día.	400 mg/día	Efectivo en dolor crónico.



abordaje multidisciplinario, ofrece la mejor oportunidad para mejorar la calidad de vida de las pacientes.

TRATAMIENTO HORMONAL:

Un denominador común de todos los fármacos hormonales es la detención de la menstruación cíclica, ya sea mediante la supresión de la secreción ovárica de estrógenos o la inducción de un estado de pseudogestación.

Estos fármacos incluyen anticonceptivos orales combinados (AOC), progestinas, análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), sistemas de larga duración (LARCS), danazol e inhibidores de aromatasa.

El efecto de la terapia hormonal es inducir la remisión de la enfermedad, pero la reaparición de los síntomas será esperable cuando se suspendan los medicamentos por cualquier motivo. Esto se debe a que los medicamentos controlan, pero no eliminan, los focos endometrióticos.⁽²⁶⁾

Se ha descrito que además de su efecto sobre el dolor, este tipo de terapias hormonales también pueden lograr una reducción significativa en el tamaño de los endometriomas ováricos.⁽²⁷⁾

Los fármacos disponibles para el tratamiento médico hormonal del dolor producido por la Endometriosis incluyen:

- Anticonceptivos orales combinados (AOC).
- Progestinas.
- Sistemas de larga duración.

TABLA 2. ANTI INFLAMATORIOS NO ESTEROIDALES (AINEs) USADOS EN ENDOMETRIOSIS.

Fármaco	Dosis
Paracetamol	500 mg a 1000 mg cada 8 horas.
Diclofenaco	50 – 75 mg cada 12 horas.
Ibuprofeno	Dosis inicial 800 mg seguido en 400 a 800 mg cada 8 horas.
Naproxeno Sódico	Dosis inicial 440-550 mg seguido de 220 – 550 cada 12 horas.
Ácido Mefenámico	500 mg seguido de 250 mg cada 6 horas.
Celecoxib	400 mg, luego 200 mg cada 12 horas.

d. Análogos de GnRH.

e. Otros: Danazol e Inhibidores de Aromatasa.

- Anticonceptivos orales combinados (AOC).

Jensen y cols., basándose en los resultados de una revisión sistemática de los efectos de los AOC en mujeres con endometriosis sintomática, concluyeron que la anticoncepción hormonal combinada o solo con progestinas resultan opciones de tratamiento asequibles y efectivas para mujeres con endometriosis. Estos métodos reducen el dolor menstrual y no menstrual y mejoran la calidad de vida.⁽²⁸⁾

El uso continuo de los AOC también puede provocar amenorrea y mediante este efecto mejorar aún más los resultados en comparación con el uso cíclico.⁽²⁷⁾

Grandi y cols. confirmaron que los AOC son efectivos para aliviar el dolor menstrual y pélvico asociado a la endometriosis, mejorando con ello la calidad de vida (QoL) de las pacientes.⁽²⁹⁾

Por otro lado, Muzii y cols. encontraron que los AOC usados de manera continua fueron más efectivos en la reducción de las tasas de recurrencia de dismenorrea postoperatoria que los AOC utilizados cíclicamente (relación de riesgo (RR), 0,24; IC del 95 %, 0,06–0,91). Las diferencias entre grupos observadas para la dispareunia y las tasas de recurrencia del dolor no menstrual no fueron estadísticamente significativas.⁽³⁰⁾

- Progestinas.

Según los resultados de la revisión sistemática de Mitchell y cols. (2022), las progestinas mejoraron significativamente los síntomas de dolor asociados a la endometriosis durante 6-12 meses de tratamiento sin diferencias sustanciales entre los distintos tipos de ellas.⁽³¹⁾

La mediana de la tasa de interrupción debido a los efectos secundarios fue del 0,3 % (rango, 0-37%), con solo eventos leves reportados. Estos hallazgos son consistentes con lo publicado por Canis y Guo (2023), quienes afirman que las progestinas podrían generar mala to-



TABLA 3. COMPARATIVA DE ANTAGONISTAS DE GnRH ORALES.

Característica	Elagolix	Relugolix	Linzagolix
Aprobación	FDA (2018) – EE.UU.	Aprobado en Japón y Europa (Gedeon Richter).	EMA (2022), aprobado en Europa.
Nombre comercial	Orilissa.	Relumina (Japón), Ryeqo (combinado en Europa).	Yselty (Europa).
Indicación principal	Dolor por endometriosis.	Endometriosis (combinado con estrógeno y progestina).	Endometriosis moderada-severa.
Dosis	150 mg 1x/día (moderado) o 200 mg 2x/día (severo).	40 mg 1x/día + add-back hormonal.	75 mg (sin add-back) o 200 mg (con add-back).
Inicio de acción	Rápido (días).	Rápido.	Rápido.
Supresión de estradiol	Parcial a completa (dependiente de la dosis).	Completa (con dosis estándar).	Ajustable: parcial (75 mg) o completa (200 mg).
Add-back therapy obligatoria	Solo con 200 mg 2x/día (larga duración).	Sí, como terapia combinada.	Solo con dosis de 200 mg.
Efectos secundarios frecuentes	Sofocos, insomnio, disminución del libido.	Sofocos, cefalea, irregularidad menstrual.	Sofocos, cefalea, pérdida ósea (dosis alta).
Efectos sobre la densidad ósea	Disminución a los 6 meses (dosis alta).	Requiere add-back para evitar pérdida ósea.	Menor con 75 mg; más con 200 mg.
Duración máxima recomendada	6 meses (dosis alta); 24 meses (baja).	Larga duración posible con add-back.	≥24 meses en estudios.
Ventaja distintiva	Primera aprobada, buena flexibilidad de dosis.	Combinado con ACO, buena tolerancia ósea.	Permite tratamiento sin add-back en casos leves.

lerancia y menor adhesión a la terapia debido a un mayor riesgo de depresión y aumento de peso significativo.⁽³²⁾

La mayoría de los otros estudios relacionados a progestinas publicados en los últimos años se han centrado principalmente en el Dienogest, pero se limitan a pequeños estudios retrospectivos y prospectivos.

En dos estudios las pacientes fueron asignadas a tratamiento con dienogest 2 mg/día durante 36 semanas (n=17) o 52 semanas (n=135) (Petruglia, et al., 2012, Strowitzki, et al., 2010). El estudio informó de una mejora en el dolor tanto para el grupo tratado previamente con dienogest como para el grupo tratado previamente con placebo (de $40,73 \pm 21,14$ a $13,49 \pm 14,14$ mm frente a $27,89 \pm 20,24$ a $9,72 \pm 7,44$ mm, respectivamente). Se notificaron efectos adversos en 27 de 168 mujeres, incluyendo malestar mamario (n=7; 4,2%), náuseas (n=5; 3,0 %) e irritabilidad (n=4; 2,4%).^(33,34)

En otro estudio a largo plazo, se evaluó el uso de 52 semanas de dienogest (2 mg/día) (Momoeda, et al., 2009). Se observó una reducción en la puntuación de Escala Visual Análoga (EVA) para el dolor pélvico después de 24 y 52 semanas de tratamiento (- 22,5 ± 32,1 y -28,4 ± 29,9 mm, respectivamente). Todos los pacientes experimentaron algunos

efectos secundarios, como sangrado vaginal (71,9%), dolor de cabeza (18,5%), estreñimiento (10,4%), náuseas (9,6%) y sofocos (8,9%). El porcentaje de pacientes con amenorrea fue del 7,4 % en 5 a 8 semanas y del 40,5 % a las 49-52 semanas de tratamiento.⁽³⁵⁾

c. Sistemas de larga duración.

Diversos estudios han demostrado que el DIU-LNG 52mg tiene una acción local que reduce el dolor pélvico cíclico y no cíclico en forma significativa a 6 meses, con tasas comparables a los análogos GnRH y mayor a los anticonceptivos hormonales combinados.

El uso post operatorio se asoció con una menor tasa de recurrencia de dismenorrea, especialmente en personas con endometriosis profunda o asociado a adenomiosis; como también a una mejor calidad de vida en comparación con el manejo expectante, aunque los ensayos han demostrado un efecto limitado en pacientes con dispareunia profunda.^(36,37)

Un RCT reciente aleatorizó a 103 mujeres con dolor pélvico crónico asociado a la endometriosis y/o dismenorrea a un implante subdérmino liberador de etonogestrel (ENG) o a un sistema intrauterino liberador de levonorgestrel de 52 mg (Margatho, et al., 2020). El estu-



dio informó que tanto el implante ENG como el LNG-IUS redujeron significativamente el dolor relacionado con la endometriosis, la dismenorrea y el dolor pélvico crónico. Sin embargo, el estudio informó de una alta tasa de interrupción y pérdida de seguimiento a los 24 meses en ambos brazos: 65% para el implante ENG y 63% para el LNG-IU de 52 mg.⁽³⁸⁾

d. Análogos de GnRH.

Los análogos GnRH se dividen en agonistas y antagonistas. Los agonistas inducen una liberación de FSH y LH inicialmente, para luego bloquear la secreción de E2 por tiempos prolongados. En el caso de usar inyectables de depósito, la eliminación del efecto puede ser lenta.

Diversos estudios han demostrado que los agonistas de GnRH son más efectivos que los anticonceptivos hormonales combinados en el tratamiento del dolor pélvico asociado a endometriosis y presentan eficacia similar al DIU-LNG 52 mg y los implantes.^(26,35,39,40)

Los antagonistas de GnRH provocan un bloqueo rápido sin liberación de gonadotropinas y caída de los niveles de estradiol en corto tiempo. Este tipo de medicamentos han sido desarrollados para ser utilizados por vía oral, lo que permite efecto más cómodo, a la vez de rápido y reversible. Diversos estudios han demostrado una reducción de 46% a 60% en el dolor pélvico en 6 meses.

Una de las grandes preocupaciones de este grupo de fármacos es la pérdida de densidad mineral ósea, debido al hipoestrogenismo asociado a este tipo de terapia.^(35,40,41) Por lo anterior, se recomienda el uso de terapia sustitutiva con estrógeno y progesterona ("Add-back"). La administración de análogos de GnRH, asociada terapias "add-back" desde el inicio, no reduce la eficacia del tratamiento.

Un estudio demostró que pacientes que usaron terapia combinada de análogos de GnRH y estrógeno y progesterona (E+P) desde el inicio presentaron densidad mineral ósea similar al grupo placebo a los 6 y 12 meses de tratamiento. Un ensayo clínico aleatorizado y controlado, demostró que la administración de análogos GnRH sin terapia sustitutiva de

E+P por más de 6 meses, se asocia con una pérdida significativa de la masa ósea; sin llegar a la osteoporosis. La administración tardía de estrógenos y progesterona se asocia a una recuperación de la masa ósea después de 6 meses de terapia sustitutiva.⁽⁴²⁾

Dos estudios clínicos, llamados SPIRIT 1 y 2, investigaron la eficacia y seguridad de una nueva opción de terapia hormonal oral consistente en la combinación del antagonista de GnRH relugolix, más estradiol y acetato de noretisterona (relugolix 40 mg, estradiol 1 mg y acetato de noretisterona 0,5 mg) para el tratamiento del dolor asociado a la endometriosis en mujeres.⁽⁴³⁾

Estos ensayos doble ciego controlados con placebo demostraron que esta terapia mejoró significativamente el dolor menstrual y pélvico no menstrual, redujo el uso de analgésicos y opioides y mejoró la calidad de vida en comparación con el placebo.

La adición de estradiol y acetato de noretisterona al relugolix tuvo como objetivo el mantener las concentraciones de estradiol dentro de un rango terapéutico similar al de la fase folicular temprana del ciclo menstrual. Esto se hizo para minimizar los síntomas vasomotores y la pérdida de densidad mineral ósea que se observan con los antagonistas de GnRH en monoterapia que suprimen profundamente los niveles de estradiol.

Los efectos adversos fueron generalmente similares entre los distintos grupos de tratamiento y la pérdida de densidad mineral ósea fue mínima con la terapia combinada.

Finalmente, los análogos de GnRH se suelen recomendar como terapia de tercera línea en personas que no responden al uso de tratamiento hormonal oral (combinado o progestinas solas) o a los sistemas de liberación prolongada.^(26,35,40,44)

e. Otros:

Danazol.

Es un derivado sintético de la etisterona con efectos androgénicos, antiestrogénicos y antagonadotrópicos. Suprime la producción



de gonadotropinas (LH y FSH), lo que lleva a una hipoestrogenemia y anovulación, causando atrofia de los implantes endometriósicos.

Danazol puede provocar efectos secundarios severos o molestos, especialmente con tratamientos prolongados.

Entre los más importantes:

- Aumento de peso.
- Acné, piel grasa.
- Hirsutismo, voz grave.
- Cambios en el perfil lipídico (dislipidemia).
- Atrofia mamaria.
- Alteraciones hepáticas.
- Amenorrea.

Estos efectos, especialmente los virilizantes, limitan su uso en mujeres jóvenes y en tratamientos prolongados. Es por ello que el rol actual del danazol en la endometriosis es marginal. Se reserva para casos muy seleccionados y refractarios, debido a sus efectos adversos importantes.^(45,46)

Inhibidores de la aromatasa.

En mujeres con dolor asociado a la endometriosis refractario a otro tratamiento médico o quirúrgico, ha aparecido cierta evidencia que respalda el prescribir inhibidores de la aromatasa, ya que reducen el dolor asociado a la endometriosis. Los inhibidores de la aromatasa se pueden prescribir en combinación con anticonceptivos orales, progestágenos, agonistas de GnRH o antagonistas de GnRH.

La evidencia consiste en una revisión sistemática de 2011, (Ferrero, et al., 2011) que incluye en su mayoría estudios controlados no aleatorios e informes de casos en mujeres con endometriosis rectovaginal o mujeres que son refractarias al tratamiento quirúrgico y médico previo, y 2 estudios más recientes. Faltan pruebas sobre los efectos a largo plazo de los inhibidores de la aromatasa.

Debido a los efectos secundarios severos (sequedad vaginal, sofocos, disminución de la densidad mineral ósea), los inhibidores de la aromatasa solo deben recetarse a las mujeres después de que se agoten todas las demás opciones de tratamiento médico o quirúrgico.⁽⁴⁷⁾

Tratamiento Médico como coadyuvante pre y post operatorio.

El tratamiento médico hormonal preoperatorio ha sido analizado por las guías ESHRE de 2014 y 2022, sin que se existan diferencias claras en relación con dolor pélvico a los 12 meses o después de la cirugía entre las pacientes que usaron y las que no usaron este tratamiento.^(26,48)

Lo mismo en relación con la dismenorrea, dispareunia y recurrencia de la enfermedad. Por lo anterior, la recomendación actualizada es no prescribir tratamiento médico hormonal preoperatorio con el fin de mejorar el resultado inmediato de la cirugía para tratar el dolor debido a la endometriosis, aunque obviamente puede usarse mientras se espera la cirugía.

Con relación al tratamiento médico hormonal post operatorio, y de acuerdo con una extensa publicación de Chen y cols, considerando solo estudios randomizados y un alto número de pacientes (3338 pacientes), éstos muestran evidencia muy moderada en favor del beneficio del tratamiento hormonal hasta los 12 meses post cirugía con el fin de mejorar el efecto sobre el dolor cuando este se emplea solo con el fin de optimizar los resultados de la terapia quirúrgica.⁽⁴⁹⁾

Existe otro estudio randomizado pero con sólo una pequeña cantidad de pacientes que muestra un efecto positivo sobre la dispareunia y dolor pélvico cuando se utiliza un dispositivo intrauterino con levonorgestrel post cirugía (método hormonal no incluido en el meta análisis de Chen y cols).⁽³⁶⁾

Con todo, las Guías ESHRE recomiendan que el tratamiento hormonal post operatorio puede ser ofrecido para mejorar los resultados inmediatos de la cirugía por dolor en endometriosis y siempre que no exista deseo de embarazo inmediatamente después del procedimiento.⁽²⁶⁾



Consideraciones y riesgos de la Terapia Hormonal a largo plazo.

A diferencia de la cirugía, las complicaciones específicas de la terapia hormonal a largo plazo (>1 año), con la posible excepción de los AOCs, no se han delineado completamente.

Existe preocupación por la posibilidad de transformación maligna de las lesiones endometrióticas ováricas con la terapia hormonal a largo plazo, aunque el riesgo es pequeño y no se ha evaluado exhaustivamente.⁽⁴⁶⁾ Una excepción notable son los AOCs, cuyo uso durante >10 años se ha asociado con una reducción del 80% en el riesgo de cáncer de ovario en mujeres con endometriosis.

Otros posibles inconvenientes de la terapia hormonal a largo plazo incluyen la pérdida ósea (especialmente con Dienogest y agonistas de GnRH), un posible aumento del riesgo de depresión con el uso prolongado de Dienogest y anticonceptivos orales combinados^(50,51), aumento de peso asociado con progestinas solas y el riesgo de tromboembolismo venoso con Dienogest y antagonistas de GnRH.

No obstante lo anterior, el tratamiento médico hormonal es una opción válida para el manejo del dolor asociado a la endometriosis. La elección del tratamiento debe ser individualizada y considerar cuidadosamente los beneficios, riesgos y preferencias de cada paciente.

Se ha descrito que tres cuartas partes de las mujeres con endometriosis peritoneal y ovárica superficial y dos tercios de las que tienen lesiones profundas están satisfechas con su tratamiento médico hormonal^(52,53,54), incluyendo pacientes con enfermedad colorrectal no suboclusiva.^(55,56)

Al considerar el uso de tratamientos hormonales para la endometriosis, la calidad de la información entregada a las pacientes sobre los probables efectos secundarios y cómo lidiar con ellos es crucial para garantizar la aceptabilidad óptima y, por lo tanto, la eficacia de la terapia. En un estudio realizado a través de redes sociales entre más de 3000 pacientes con endometriosis, los posibles efectos secundarios que afectaron la salud mental fueron la razón más importante para rechazar las terapias hormonales. Al mismo tiempo, una proporción considerable de mujeres in-

formó tener un conocimiento limitado sobre estos medicamentos e indicó que las redes sociales eran su fuente de información más útil.⁽⁵⁷⁾

REHABILITACIÓN PELVIPERINEAL EN ENDOMETRIOSIS

La rehabilitación pelviperineal en el contexto de la endometriosis se enfoca en el tratamiento de disfunciones del piso pélvico, el manejo del dolor asociado y la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por esta patología. Una proporción significativa de mujeres que presentan síntomas pélvicos ha sido diagnosticada con endometriosis, que como ya ha sido señalado, es una enfermedad crónica e inflamatoria que impacta de manera considerable en las actividades de la vida diaria.⁽⁶⁾

A pesar del creciente reconocimiento de esta condición a nivel mundial, persiste una notoria escasez de estudios que evalúen de forma rigurosa la eficacia de las intervenciones de rehabilitación pelviperineal en esta población. Esta falta de evidencia limita la capacidad de establecer con certeza la efectividad de las distintas estrategias terapéuticas disponibles.⁽²⁶⁾

En el ámbito de la rehabilitación, el tratamiento se orienta principalmente hacia las disfunciones del piso pélvico relacionadas con los órganos ubicados dentro y fuera de la cavidad pélvica, como la vejiga, el útero, la vagina, el intestino y el sistema musculoesquelético. Entre las técnicas e instrumentos comúnmente utilizados en la rehabilitación del piso pélvico se incluyen: el biofeedback de presión o electromiográfico, entrenamiento muscular del piso pélvico (EMPP), la neuromodulación del nervio tibial posterior (NMTP), la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS), la terapia manual y las técnicas de liberación miofascial y el uso de agentes físicos como compresas húmedas.⁽⁵⁸⁾

BIOFEEDBACK ELECTROMIOGRÁFICO

El biofeedback o biorretroalimentación electromiográfica (EMG) es una técnica de reentrenamiento muscular que permite la creación de nuevos sistemas de retroalimentación mediante la conversión de señales mioeléctricas generadas por la actividad muscular en estímulos visuales o auditivos. Este método utiliza electrodos de superficie para registrar variaciones en



la actividad del músculo esquelético, las cuales son posteriormente transmitidas al paciente en forma de señales perceptibles, comúnmente visuales o sonoras. La biorretroalimentación EMG puede emplearse tanto para potenciar la activación en músculos debilitados como para favorecer la inhibición del tono en músculos esqueléticos.^(59,60)

ENTRENAMIENTO MUSCULAR DE PISO PÉLVICO

En 1947, Kegel definió el entrenamiento muscular del piso pélvico (EMSP) como la contracción voluntaria de los músculos del piso pélvico (MSP). Posteriormente, en 2004, Kari Bø propuso cuatro fundamentos clave para el entrenamiento de esta musculatura: 1- la contracción voluntaria de los MSP antes y durante el aumento de la presión intraabdominal (PIA) (por ejemplo, durante la tos), técnica conocida como "Knack" o bloqueo perineal; 2- el entrenamiento funcional, que implica la aplicación sistemática del bloqueo perineal en las actividades de la vida diaria;

3- el entrenamiento de fuerza de los MSP mediante programas estructurados a lo largo del tiempo; y 4- el entrenamiento indirecto de los MSP a través de ejercicios del músculo abdominal (Transverso abdominal).⁽⁶¹⁾

La evidencia disponible respalda la existencia de dos enfoques terapéuticos diferenciados: por un lado, la aplicación inmediata del bloqueo perineal como estrategia preventiva para evitar pérdidas urinarias inducidas por aumentos súbitos de presión intraabdominal (PIA) y, por otro, el fortalecimiento progresivo de los MSP como intervención a largo plazo para mejorar su funcionalidad y resistencia.⁽⁶¹⁾

Con el objetivo de garantizar una progresión adecuada en el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico (MSP), se ha introducido el concepto metodológico de las 5 F: Find (Encontrar), Feel (Sentir), Force (Fuerza), Follow Through (Continuar hacia la funcionalidad), Function training (Entrenamiento funcional). Esta secuencia busca establecer una base sólida para una activación muscular efectiva y específica.⁽⁶²⁾

En las fases iniciales del proceso —Encontrar y Sentir— es fundamental identificar correctamente los músculos del suelo pélvico (MSP) y desarrollar la conciencia corporal necesaria

para percibir su contracción de forma aislada. De acuerdo con los principios del entrenamiento muscular fisiológico orientado al desarrollo de —Fuerza— y funcionalidad, los ejercicios deben consistir en contracciones voluntarias máximas, selectivas y repetitivas, acompañadas de períodos adecuados de relajación entre cada contracción. Para —Continuar hacia la funcionalidad— se requiere un entrenamiento regular, muchas veces prolongado en el tiempo.

El principal desafío del fisioterapeuta pélvico es integrar el entrenamiento funcional de manera eficaz, permitiendo al paciente experimentar una mejoría temprana de los síntomas. Este —Entrenamiento funcional— implica reproducir, durante la rehabilitación, situaciones de la vida cotidiana en las que el paciente solía presentar incontinencia, promoviendo así una activación automática y efectiva de los MSP. Alcanzado este objetivo, la motivación y adherencia al tratamiento.

Una publicación realizada en el año 2021 (Del Forno y cols.) investigó los principales síntomas pélvicos y las disfunciones de la musculatura pelviperineal en mujeres con endometriosis infiltrativa profunda (EIP). El estudio concluyó que todas las pacientes presentaban síntomas de dismenorrea, dolor pélvico crónico, dispareunia, disuria, disquecia y vulvodinia. Asimismo, se evidenció disfunción muscular caracterizada por hipertonia, presencia de puntos gatillo miofasciales, disminución de la capacidad contráctil y dificultad para lograr una adecuada relajación de la musculatura pelviperineal. Además, se reportaron síntomas asociados a dolor muscular abdominal y acortamiento muscular en las extremidades inferiores.

A través de la evaluación ecográfica transperineal, se analizó el área del hiato del elevador del ano (LHA) durante la maniobra de Valsalva en pacientes con EIP. El objetivo principal fue determinar el efecto de la fisioterapia del piso pélvico en mujeres con dispareunia superficial.

Luego de cinco sesiones de tratamiento fisioterapéutico, se observó, mediante ecografía transperineal tridimensional (3D/4D), un aumento del área del LHA durante la maniobra de Valsalva, acompañado de mejoras clínicas en la dispareunia superficial, el dolor pélvico crónico y la capacidad de relajación de la musculatura del piso pélvico.⁽⁶³⁾



NEUROMODULACIÓN

La neuromodulación del tibial posterior es una opción para pacientes con dolor pélvico, crónico, dispareunia y endometriosis profunda, refiere mejoras significativas en términos de la reducción de estrés y mejora la calidad de vida a parte de la función sexual en EHP-30. Es una técnica mínimamente invasiva que muestra una respuesta a un bloqueo nervioso, con leves efectos secundarios, puede ser autoaplicado. La aplicación de la estimulación neuromuscular ha detectado mejoras significativas después de 10 semanas de tratamiento con una frecuencia de 2 a 100Hz por 30 minutos cada sesión, una vez al dia, 3 sesiones a la semana, cambios significativos en la medición del dolor en la escala numérica, escala de gravedad de síntomas de endometriosis y SF-36.^(26,64)

TENS

Es un tipo de corriente analgésica no invasiva, de bajo costo y fácil acceso, utilizada para el tratamiento del dolor, la cual actúa mediante el bloqueo espinal y la liberación de opioides endógenos permitiendo la disminución de la percepción del dolor. Es aplicado mediante un dispositivo que envía corrientes eléctricas de baja intensidad en dos formatos de entrega: superficial y transcutánea. La aplicación en pacientes con endometriosis demostró su eficacia como tratamiento complementario para la modulación del dolor pélvico profundo y superficial (dispareunia), contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de quienes usan esta herramienta.⁽⁶⁵⁾

LIBERACIÓN MIOFASCIAL

El dolor músculo esquelético es una de las causas más frecuentes de dolor crónico, pudiendo abarcar hasta el 56 % de los casos en mayores de 35 años y hasta el 86 % de los casos en mayores de 56 años.⁽⁶⁶⁾

El síndrome de dolor miofascial (SDMF), el cual es un cuadro de dolor regional que se localiza en un músculo o grupo muscular funcional, que se caracteriza por puntos gatillo localizados sobre bandas musculares tensas a la palpación, que evocan los síntomas sensitivos y generan dolor referido.

La intervención con terapia física como educación, modificación de conductas, reentrenamiento neuromuscular, estimulación eléctrica transcutánea, biofeedback auditivo o visual (intravaginal o intrarectal con ejercicios de Kegel) y el desarrollo de un plan de ejercicios en casa, liberación manual de los puntos miofasciales con masaje por vía vaginal o anal, no tienen evidencia concluyente, pero puede llegar a ser útil, en la coexistencia de vulvodinia, la aplicación de frío o calor por medio de baños calientes, toallas sobre la piel o paquetes fríos.

EJERCICIO.

El ejercicio forma parte del tratamiento no farmacológico de los pacientes con dolor pélvico crónico, guías clínicas internacionales sugieren que pacientes con endometriosis practiquen actividad física de manera regular, ya que tiene un impacto beneficioso en aspectos como disminución de los síntomas, mejora en la percepción del dolor y calidad de vida. La literatura disponible sugiere aplicación de pautas de ejercicios personalizadas y supervisadas, en un tiempo mínimo de 8 semanas, que cuenten con rutinas de ejercicio aeróbico, ejercicios de flexibilidad y relajación.⁽⁶⁷⁾

Además, la práctica de ejercicio regular ha demostrado tener un factor protector en personas con enfermedades inflamatorias crónicas debido a que aumentan los niveles sistémicos de citoquinas anti inflamatorias.⁽⁶⁵⁾

Las distintas técnicas terapéuticas descritas desempeñan un papel fundamental en la rehabilitación de pacientes con endometriosis, tanto operadas como no operadas. Estas intervenciones contribuyen significativamente al manejo del dolor crónico, la liberación de adherencias postquirúrgicas, el reacondicionamiento físico y el fortalecimiento del piso pélvico. En conjunto, mejoran la calidad de vida de las pacientes y ofrecen una alternativa terapéutica accesible y de bajo costo, promoviendo el abordaje integral y cercano de esta patología.

MANEJO PSICOLÓGICO DE LA ENDOMETRIOSIS

Es necesario concientizar sobre la importancia de que el tratamiento de la endometriosis tenga un enfoque multidisciplinario, considerando el abordaje psicológico.⁽⁶⁸⁾



Este abordaje debe iniciarse de manera temprana, ya que sienta las bases para una adecuada evaluación y elección de un tratamiento del cual la paciente pueda beneficiarse.⁽⁶⁹⁾ Sin embargo, según la experiencia, su incorporación requiere de una psicoeducación por parte del médico tratante, para aclarar el propósito del apoyo desde el área de salud mental. Abordar tempranamente los aspectos psicológicos implica ofrecer a la paciente oportunidades para aceptar su enfermedad, activar recursos de afrontamiento como la autogestión del dolor⁽⁷⁰⁾, establecer expectativas realistas ante el tratamiento y contar con acompañamiento en decisiones importantes, como los temas de fertilidad.

La experiencia de vivir con endometriosis suele estar asociada a un estado psicológico caracterizado por una sensación de amenaza a la integridad, sentimientos de impotencia debido a fracasos terapéuticos previos y percepción de agotamiento de los recursos personales y psicosociales. Las mujeres con esta condición manifiestan alteraciones en su identidad femenina⁽⁷¹⁾, dificultades en la autoimagen, sentimientos de ser una carga, junto con síntomas de ansiedad y depresión, que afectan negativamente su salud psicológica e impactan sus relaciones interpersonales y calidad de vida.^(72,73,74,75,76)

El primer paso en esta aproximación es una evaluación psicológica, donde se puede generar un espacio seguro para que las mujeres comparten sus preocupaciones, miedos y desafíos emocionales relacionados con la endometriosis. Es necesaria la adaptación de pruebas que evalúen el impacto psicológico⁽⁷⁷⁾, las cuales deben ser realizadas por un profesional del área, con especial atención a los factores psicosociales involucrados.

Conocer cómo la paciente vivencia su enfermedad facilita la comprensión de lo que significa para ella, las emociones asociadas, su estilo de afrontamiento y su disposición al cambio. Evaluar lo conductual —como la disminución de la actividad física, privación de estímulos sensoriales, somnolencia y desgano— es clave, ya que estas conductas pueden derivar en aislamiento y restricción de la participación social.

En el ámbito laboral, el estudio de Baciu et al. (2021) indica que existe un impacto en la autoestima y la confianza en sí mismas, debido a que la

sintomatología limita actividades diarias como trabajar o participar socialmente. Por lo tanto, es relevante valorar sus relaciones interpersonales y el apoyo percibido, considerando que el ausentismo o las quejas frecuentes pueden generar dinámicas conflictivas que deriven en estrés laboral o percepción de rechazo y discriminación.⁽⁷⁸⁾

A nivel familiar, se debe valorar la actitud del entorno frente a la enfermedad y discapacidad, evaluando los patrones de comportamiento y la calidad del apoyo. También es importante considerar el posible impacto en esta área por la presencia de anhedonia, que puede conllevar a la evitación social.⁽⁷⁹⁾

En la relación de pareja, es fundamental investigar el impacto de la endometriosis, incluyendo su efecto en la sexualidad, debido a la dispareunia y otros factores relacionados con el funcionamiento sexual.⁽⁷²⁾

Una herramienta básica en esta evaluación es la entrevista clínica psicológica, que permite obtener información para un diagnóstico oportuno en salud mental, explorando síntomas, estado emocional, recursos psicológicos y adaptación. Esta visión integral de la paciente es esencial para implementar estrategias terapéuticas apropiadas.

Además de la entrevista, pueden incluirse pruebas psicológicas estructuradas.

Dado que esta enfermedad implica desafíos para la adaptación, el autocuidado y la adherencia al tratamiento, diversos autores recomiendan utilizar instrumentos de medición de calidad de vida, como el SF-12 o el Endometriosis Health Profile-5.⁽⁶⁾

Las mujeres con endometriosis y dolor crónico suelen presentar angustia, alteraciones del sueño, irritabilidad y desesperanza, lo cual afecta profundamente su calidad de vida.⁽⁷⁶⁾

En cuanto a los tratamientos psicológicos, se describen algunos de ellos:

Educación en dolor: Es fundamental para que las mujeres puedan entender mejor su condición. Mejora la comprensión, empodera para tomar decisiones informadas y favorece la adherencia



al tratamiento. Implica un diálogo constante, considerando lo que la paciente ya sabe y cree sobre su salud. Reduce el estigma asociado al dolor crónico. Este proceso va más allá de entregar información; requiere sensibilidad clínica para responder al feedback emocional de la paciente y comprender que no todas reaccionan de igual forma ante lo desconocido.

Al entender mejor el dolor, las pacientes pueden reducir el miedo y la ansiedad asociados. Además, este enfoque educativo puede fomentar la participación activa de la paciente en su propio manejo del dolor.⁽⁸⁰⁾

Estrategias de respiración y relajación muscular: La respiración y la relajación pueden ser herramientas útiles. A través de técnicas como la relajación muscular progresiva y la respiración diafragmática, se busca reducir la tensión y la activación fisiológica propias del estrés. Estas estrategias han demostrado ser efectivas tanto en síndromes dolorosos agudos como crónicos.

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): Tiene como objetivo identificar y modificar comportamientos desadaptativos, así como patrones de pensamiento disfuncionales (creencias distorsionadas, pensamientos catastróficos, prejuicios). En la endometriosis, estas creencias pueden relacionarse con la identidad femenina y la maternidad. Se han encontrado en mujeres con endometriosis creencias tales como que las mujeres sin hijos son menos apreciadas socialmente o defectuosas.^(6,75)

La TCC también trabaja sobre:

- Reconocimiento de ambivalencias ante el cambio.
- Flexibilidad cognitiva (modificación de creencias y sesgos).
- Identificación de factores precipitantes y mantenedores del estrés.
- Reestructuración de pensamientos irrationales.

Mindfulness: Las intervenciones basadas en mindfulness han demostrado eficacia en mejorar la autorregulación del dolor, los trastornos del ánimo asociados y la disminución del estrés.⁽⁸¹⁾

Intervenciones con familiares: La endometriosis puede afectar no solo a la persona, sino también a su familia y relaciones cercanas. Incluir a la familia en el proceso terapéutico puede mejorar el bienestar emocional, fortalecer el sentido de apoyo y reducir actitudes críticas hacia la paciente. Las limitaciones físicas dispuestas por la endometriosis pueden alterar la dinámica familiar, requiriendo ajustes en roles, responsabilidades y actividades compartidas.⁽⁷²⁾

DISCUSIÓN:

Un enfoque integral y centrado en la paciente.

El manejo del dolor en mujeres con endometriosis puede requerir una atención integral por parte de un equipo multidisciplinario que incluya psicólogos, kinesiólogos, especialistas en el ámbito gastro intestinal, nutricional, terapeutas del dolor, cirujanos y especialistas en ginecología y medicina reproductiva, entre otros.

Evitar el uso de tratamientos hormonales ineficaces, así como la realización de procedimientos quirúrgicos innecesarios y potencialmente riesgosos, deben ser siempre motivo de análisis en profundidad a la hora de elegir la mejor opción para estas pacientes.

Es fundamental comprender las necesidades y preferencias de cada mujer con endometriosis, de modo de aumentar su capacidad de afrontar adecuadamente la enfermedad y mejorar el cumplimiento del tratamiento. Factores como ser escuchada y comprendida, recibir explicaciones sencillas y claras y participar en las decisiones médicas aumentan la confianza en los equipos médicos a su cargo.

En conclusión, las terapias descritas en esta revisión han demostrado ser eficaces en controlar los síntomas de la endometriosis, especialmente del dolor, sin embargo no curan la enfermedad y es esperable la recurrencia de los síntomas al suspenderlas. Por otro lado, si bien es cierto la cirugía también puede aliviar el dolor y mejora la fertilidad, conlleva riesgos importantes y no siempre previene la recurrencia.

Por lo tanto, en más de una ocasión se recomendará la combinación de las distintas modalidades terapéuticas analizadas, incluso utilizadas a largo plazo después de una cirugía, buscando



sumar su eficacia en el control del dolor y en conjunto conseguir la disminución del riesgo de recurrencia.

El poder ofrecer variadas y complementarias opciones para el manejo de la Endometriosis sintomática, con un enfoque integral y centrado en la paciente, nos permitirá conseguir resultados adecuados y consistentes en el tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Notas descriptivas/ Detalle/ Endometriosis. 24 de marzo 2023.
2. Rossell EL, Plana- Ripoll O ,Josiasen M, et al. Association between endometriosis and working life in Danish Women. *Human Reproduction*, 2025, 40(3), 461–468
3. Bell RJ, Robinson PJ, Skiba MA, et al. The impact of endometriosis on work ability in young Australian women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 2023;63:556–563.
4. Soliman AM, Coyne KS, Gries KS, et al. The effect of endometriosis symptoms on absenteeism in the workplace and at home. *J Manag Care SpecPharm*, 2017;23:745–754.
5. Armour M, Sinclair J, Ng CHM, Hyman MS, Lawson K, Smith CA, et al. Endometriosis and chronic pelvic pain have similar impact on women, but time to diagnosis is decreasing:an Australian survey. *Sci Rep*. 2020; 10:16253.
6. Orientaciones técnicas para la atención de integral de la endometriosis. Programa Nacional de Salud de la Mujer. Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud (MINSAL); 2024.
7. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP). Classification of Chronic Pain [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org>
8. Ben Rimón S. Neuropathic Pain in Endometriosis: Mechanisms and Management. *J Pain Res*. 2018;11:2549-2557.
9. Cervero F, Laird JMA. Nociplastic Pain: From Mechanism to Treatment. *Pain*. 2018;159(1):S1-S10.
10. Vidoris P, et al. Combination Therapy with NSAIDs and Paracetamol in Chronic Pain Management: A Systematic Review. *Pain Med*. 2021;22(3):567-576.
11. Bachmann F, et al. Opioid Use in Chronic Pain: Risks and Benefits. *J Clin Med*. 2019;8(6):823.
12. Liu X, et al. Gabapentin and Pregabalin in Neuropathic Pain: A Comparative Review. *Pain Pract*. 2022;22(1):45-56.
13. Rogers AH, et al. Antidepressants in Chronic Pain Management: A Review of Evidence. *J Pain Res*. 2020;13:307-316.
14. Smith R, et al. Omega-3 Fatty Acids and Inflammation: Implications for Chronic Pain Management. *Nutrients*. 2020;12(9):2774.
15. Dean C, et al. Magnesium Citrate in Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Integr Med*. 2017;15(5):341-349
16. Visser E, et al. Ketamine as a treatment for neuropathic pain. *Pain Med Rev*. 2015;18(2):112-119.
17. Cohen SP, et al. Consensus guidelines on the use of intravenous ketamine infusions for acute pain management. *Pain Med*. 2018;19(4):977-996.
18. Singh JB, et al. Ketamine as a treatment of complex regional pain syndrome in adults . *J Pain*. 2020;21(3):3-14
19. O'Connor M, et al. Clinical use of ketamine for chronic pain management: A review. *Curr Pain Headache Rep*. 2017;21(1):13-25.
20. Challapalli V, et al. Systematic review of intravenous lidocaine for neuropathic pain. *Curr Pain Headache Rep*. 2005;9(3):214-221.
21. Tremont-Lukats IW, et al. Systemic administration of local anesthetics to relieve neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain Physician*. 2006;9(1):29-50.
22. De Oliveira CM, et al. Intravenous lidocaine and magnesium for management of chronic pain and comorbid depression in a patient with refractory chronic pain. *Pain Pract*. 2014;14(5):361-365.
23. Plancarte R, et al. Superior hypogastric plexus block for pelvic cancer pain. *Anesth Analg*. 1990;70(3):291-294.
24. Ho KH, et al. Ganglion impar block for visceral and sympathetically mediated pain: A technical report. *Pain Med*. 2012;13(1):35-39.
25. Baranowski AP, et al. Pudendal nerve blocks for pelvic pain. *Int Urogynecol J*. 1999;10(4):250-252.
26. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Endometriosis Guideline. 2022.
27. Velja Mijatovic, Paolo Vercellini, Towards comprehensive management of symptomatic endometriosis: beyond the dichotomy of medical versus surgical treatment, *Human Reproduction*, Volume 39, Issue 3, March 2024, Pages 464-477, <https://doi.org/10.1093/humrep/dead262>
28. Jensen JT, Schlaff W, Gordon K. Use of combined hormonal contraceptives for the treatment of endometriosis-related pain: a systematic review of the evidence. *Fertil Steril* 2018;110: 137-152.e131.
29. Grandi G, Barra F, Ferrero S, Sileo FG, Bertucci E, Napolitano A, Facchinetto F. Hormonal contraception in women with endometriosis: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2019;24:61-70.
30. Muzii L, Di Tucci C, Achilli C, Di Donato V, Musella A, Palaia I, Panici PB. Continuous versus cyclic oral contraceptives after laparoscopic excision of ovarian endometriomas: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2016;214: 203-211.
31. Mitchell JB, Chetty S, Kathrada F. Progestins in the symptomatic management of endometriosis: a meta-analysis on their effectiveness and safety. *BMC Womens Health* 2022;22:526.
32. 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.
33. Petraglia F, Hornung D, Seitz C, Faustmann T, Gerlinger C, Luisi S, Lazzeri L, Strowitzki T. Reduced pelvic pain in women with endometriosis: efficacy of long-term dienogest treatment. *Arch Gynecol Obstet* 2012;285: 167-173.



34. Strowitzki T, Faustmann T, Gerlinger C, Seitz C. Dienogest in the treatment of endometriosis-associated pelvic pain: a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;151: 193-198.
35. Momoeda M, Harada T, Terakawa N, Aso T, Fukunaga M, Hagi-no H, Taketani Y. Long-term use of dienogest for the treatment of endometriosis. *J Obstet Gynaecol Res* 2009;35: 1069-1076.
36. Laura K, Katharina D, Committee obotG. Diagnosis and management of endometriosis: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2017;358:j4227.
37. Tanmahasamut P, Rattanachaiyanont M, Angsuwathana S, Techatraisak K, Indhavivadhana S, Leerasiri P. Postoperative Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System for Pelvic Endometriosis-Related Pain: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2012;119(3).
38. Margatho D, Carvalho NM, Bahamondes L. Endometriosis-associated pain scores and biomarkers in users of the etonogestrel-releasing subdermal implant or the 52-mg levonorgestrel-releasing intrauterine system for up to 24 months. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2020;25: 133-140.
39. Brown J, Crawford TJ, Datta S, Prentice A. Oral contraceptives for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5(5):CD001019-CD.
40. Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, Ballester M, Bolze PA, Borghese B, et al. Management of endometriosis: CNGOF/HAS clinical practice guidelines - Short version. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2018;47(7):265-74.
41. Donnez J, Dolmans M-M. Endometriosis and Medical Therapy: From Progestogens to Progesterone Resistance to GnRH Antagonists: A Review. *J Clin Med*. 2021;10(5):1085.
42. Wu D, Hu M, Hong L, Hong S, Ding W, Min J, et al. Clinical efficacy of add-back therapy in treatment of endometriosis: a meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2014;290(3):513-23.
43. Osuga Y, Ross D, Saul L, et al. Relugolix Combination Therapy for Women with Endometriosis-Associated Pain: Two Randomized Controlled Trials. *Lancet*. 2021;397(10260):1230-1240. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00527-9
44. Donnez J, Taylor HS, Taylor RN, et al. Linzagolix, an Oral GnRH Antagonist for the Treatment of Endometriosis-Associated Pain: Results from Two Phase 3 Randomized Controlled Trials (PRIMROSE 1 and 2). *Fertil Steril*. 2022;118(4):658-671. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2022.06.011
45. Brown J, Pan A, Hart RJ. Danazol for pelvic pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(12):CD000068.
46. Vercellini P, Vigano P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol*. 2014;10(5):261-275.
47. Ferrero S, Gillott DJ, Venturini PL, Remorgida V. Use of aromatase inhibitors to treat endometriosis-related pain symptoms: a systematic review. *Reprod Biol Endocrinol* 2011;9: 89.
48. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hoo-ghe T, De Bie B, Heikinheimo O, Horne AW, Kiesel L, Nap A et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod* 2014;29: 400-412
49. Chen I, Veth VB, Choudhry AJ, Murji A, Zakhari A, Black AY, Agarao C, Maas JW. Pre- and postsurgical medical therapy for endometriosis surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;11: Cd003678.
50. Cevik EC, Taylor HS. Progestin induced depression in endometriosis. *Fertil Steril*. 2025 Jun;123(6):1155. doi: 10.1016/j.fertnstert.2025.02.033. Epub 2025 Feb 26. PMID: 40021037.
51. Cevik EC, Taylor HS. Mood lability and depression limit oral contraceptive therapy in endometriosis. *Fertil Steril*. 2025 May;123(5):838-845. doi: 10.1016/j.fertnstert.2024.12.011. Epub 2024 Dec 12. PMID: 39672361.
52. Vercellini P, Buggio L, Berlanda N, Barbara G, Somigliana E, Borsari S. Estrogen-progestins and progestins for the management of endometriosis. *Fertil Steril* 2016;106:1552-1571.e2.
53. Vercellini P, Buggio L, Somigliana E. Role of medical therapy in the management of deep rectovaginal endometriosis. *Fertil Steril* 2017;108:913-930.
54. Vercellini P, Buggio L, Frattaruolo MP, Borghi A, Dridi D, Somigliana E. Medical treatment of endometriosis-related pain. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2018b;51:68-91.
55. Vercellini P, Buggio L, Borghi A, Monti E, Gattei U, Frattaruolo MP. Medical treatment in the management of deep endometriosis infiltrating the proximal rectum and sigmoid colon: a comprehensive literature review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2018a;97:942-955
56. Vercellini P, Sergenti G, Buggio L, Frattaruolo MP, Dridi D, Berlanda N. Advances in the medical management of bowel endometriosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2021;71:78-99.
57. Thurnherr N, Burla L, Metzler JM, File B, Imesch P. Attitudes and perceptions of affected women towards endocrine endometriosis therapy: an international survey based on free-word association networks. *Hum Reprod*. 2024 Jan 5;39(1):83-92. doi: 10.1093/humrep/dead221. PMID: 37879845; PMCID: PMC10767788.
58. Fraga MV, Oliveira Brito LG, Yela DA, de Mira TA, Benetti-Pinto CL. Pelvic floor muscle dysfunctions in women with deep infiltrative endometriosis: an underestimated association. *Int J Clin Pract*. 2021;75(8):e14350. doi:10.1111/ijcp.14350.
59. Narayanan SP, Bharucha AE. A practical guide to biofeedback therapy for pelvic floor disorders. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019;21(5):21. http://dx.doi.org/10.1007/s11894-019-0688-3
60. Roy H, Offiah I, Dua A. Neuromodulation for pelvic and urogenital pain. *Brain Sci*. 2018;8(10):180. doi:10.3390/brainsci8100180.
61. Bo K. Mechanisms for pelvic floor muscle training: morphological changes and associations between changes in pelvic floor muscle variables and symptoms of stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse—a narrative review. *Neurorol Urodyn*. 2004;43(8):1977-96. doi:10.1002/nau.25551.
62. Berghmans B, Selcse M. The '5 E's' concept for pelvic floor muscle training: from finding the pelvic floor to functional use. *J Womens Health Dev*. 2021;4(6):630-635. doi:10.26502/jwhd.2644-28840024.
63. Del Forno S, Arena A, Pellizzzone V, Lenzi J, Raimondo D, Cocchi L, et al. Assessment of levator hiatal area using 3D/4D transperineal ultrasound in women with deep infiltrating endometriosis and superficial dyspareunia treated with pelvic floor physical therapy. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2021 May;57(5):726-732. doi: 10.1002/uog.23590. PMID: 33428320.
64. Holly R, Ifeoma Offiah I, Dua A. Neuromodulation for pelvic and urogenital pain. *Brain Sci*. 2018;8(10):180. doi:10.3390/brainsci8100180.



65. Ticiano AA, Mira PC, Giraldo DA, Yela CL. Effectiveness of complementary pain treatment for women with deep endometriosis through Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS): Randomized controlled trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2015;194:1-6.
66. Méndez Vega DA, Arce Gálvez L, Tovar Sanchez MA. Síndrome de dolor miofascial en la musculatura del suelo pélvico femenino. Revisión narrativa de la literatura. *Rev Soc Esp Dolor*. 2022;29(2):88-96. doi:10.20986/resed.2022.4109/2021.
67. Xie M, Qing X, Huang H, Zhang L, Tu Q, Guo H, et al. The effectiveness and safety of physical activity and exercise on women with endometriosis: A systematic review and meta-analysis. 2025;20(2):e0317820. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0317820>
68. Corte, L., Di Filippo, C., Gabrielli, O., Reppuccia, S., La Rosa, V., Ragusa, R., Fichera, M., Commodari, E., Bifulco, G., & Giampaolino, P. (2020). La carga de la endometriosis en la esperanza de vida de las mujeres: Una visión narrativa sobre la calidad de vida y el bienestar psicosocial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4683. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134683>
69. Rivera,H.&Ugalde,F. (2021).Endometriosis: Una visión detrás del estigma. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 5(4), 53–62. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i4.308>
70. Quintero,M.,Vinaccia,S.,&Quiceno,J.(2017). Endometriosis: Aspectos psicológicos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 82(4), 447–452.
71. Márki, G., Vásárhelyi, D., Rigó, A., Kaló, Z., Ács, N., & Bokor, A. (2022). Desafíos y posibles soluciones para vivir con endometriosis: Un estudio cualitativo. *BMC Women's Health*, 22(20). <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01603-6>
72. Aerts, L., Grangier, L., Streuli, I., Dällenbach, P., Marci, R., Wengler, J., & Pluchino, N. (2018). Impacto psicosocial de la endometriosis: De la comorbilidad a la intervención. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 50, 2-10. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.01.008>
73. Chandel, P., Maurya, P., Hussain, S., Vashistha, D., & Sharma, S. (2023). Endometriosis y depresión: Una doble agonía para las mujeres. *Annals of Neurosciences*, 30(3), 205–209. <https://doi.org/10.1177/09727531231152022>
74. Facchin, F., Barbara, G., Dridi, D., Alberico, D., Buggio, L., Somigliana, E., Saita, E., & Vercellini, P. (2017). Salud mental en mujeres con endometriosis: Búsqueda de predictores de estrés psicológico. *Human Reproduction*, 32(9), 1855–1861. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex249>
75. Facchin, F., Buggio, L., Dridi, D., & Vercellini, P. (2021). El valor de una mujer: El impacto de las creencias sobre la maternidad, la identidad femenina y la infertilidad en mujeres sin hijos con endometriosis. *Journal of Health Psychology*, 26(7), 1026–1034. <https://doi.org/10.1177/1359105319863093>
76. Jones, G. L., Budds, K., Taylor, F., Musson, D., Raymer, J., Churchman, D., Kennedy, S. H., & Jenkinson, C. (2024). A systematic review to determine use of the Endometriosis Health Profiles to measure quality of life outcomes in women with endometriosis. *Human Reproduction Update*, 30(2), 186–214. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmad029>
77. Schick, M., Germeyer, A., Böttcher, B., Hecht, S., Geiser, M., Rösner, S., Eckstein, M., Vomstein, K., Toth, B., Strowitzki, T., Wischmann, T., & Ditzen, B. (2022). El bienestar psicosocial de las parejas frente a la endometriosis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 20(86). <https://doi.org/10.1186/s12955-022-01991-1>
78. Baciu, L., Irimie, A., Panaiteescu, A., Peltecu, G., & Gica, C. (2021). Impacto psicológico de la endometriosis en la población urbana rumana. *Revista de Mente y Ciencias Médicas*, 8(16). <https://doi.org/10.22543/7674.81.P120126>
79. Mallorquí, A., Martínez-Zamora, M., & Carmona, F. (2022). Anhedonia en la endometriosis: Un síntoma inexplorado. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.935349>
80. Butler, D. S., & Moseley, G. L. (2017). Explain pain (2nd ed.). Noigroup Publications.
81. Smith, A. et al. (2023). Mindfulness-Based Interventions for Chronic Pain Management in Endometriosis: A Systematic Review. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 29(5), 400-415.