

# Dolor Pélvico y Endometriosis

El dolor pélvico es una de las causas más frecuentes de consulta ginecológica. Puede presentarse como dolor agudo (de inicio súbito) o crónico (persistente  $\geq 6$  meses) y puede originarse en estructuras ginecológicas, urinarias, gastrointestinales o musculoesqueléticas.

## Introducción al Dolor Pélvico

El dolor pélvico es una de las causas más frecuentes de consulta ginecológica. Puede presentarse como dolor agudo (de inicio súbito) o crónico (persistente  $\geq 6$  meses) y puede originarse en estructuras ginecológicas, urinarias, gastrointestinales o musculoesqueléticas.

La endometriosis, por su parte, representa una de las causas más importantes de dolor pélvico crónico e infertilidad en mujeres en edad reproductiva.

Ambas entidades suelen coexistir y comparten mecanismos fisiopatológicos de inflamación, irritación nerviosa y alteraciones hormonales.

## Definición del Dolor Pélvico

Dolor localizado en la pelvis, continuo o intermitente, de intensidad variable, que puede afectar la calidad de vida o la función sexual y laboral.

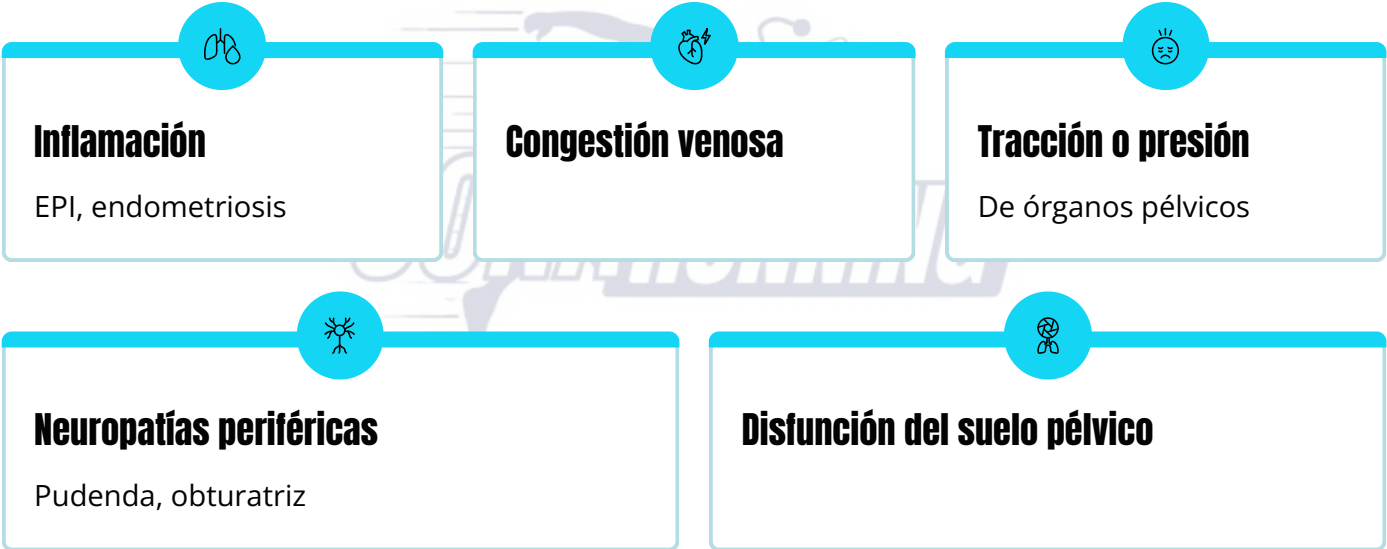
<b>Localización</b> Dolor localizado en la pelvis	<b>Patrón</b> Continuo o intermitente
<b>Intensidad</b> Variable	<b>Impacto</b> Afecta calidad de vida, función sexual y laboral

# Clasificación del Dolor Pélvico

Tipo	Características	Ejemplos comunes
Agudo	Inicio súbito, duración <3 meses	Embarazo ectópico, torsión ovárica, EPI aguda
Crónico	Dolor persistente ≥6 meses, no exclusivamente cíclico	Endometriosis, adherencias, dismenorrea secundaria, síndrome miofascial

## Fisiopatología General del Dolor Pélvico

El Williams explica que el dolor pélvico se origina por activación de nociceptores viscerales y somáticos, con convergencia en las raíces sacras S2–S4. Las causas más frecuentes son:



# Evaluación Diagnóstica del Dolor Pélvico

01	02	03
<b>Historia clínica completa</b>	<b>Examen físico bimanual</b>	<b>Ecografía pélvica</b>
Duración, ciclo menstrual, factores exacerbantes	Puntos dolorosos, masas o nodularidades	Primera línea para descartar patología anatómica
04	05	
<b>RM pélvica</b>	<b>Laparoscopia diagnóstica</b>	
Útil para masas complejas o sospecha de endometriosis profunda	Estándar de oro cuando no se encuentra otra causa	

## Definición de Endometriosis

Presencia de tejido endometrial funcional (glándulas y estroma) fuera de la cavidad uterina, que responde a los estímulos hormonales del ciclo menstrual.

### Las localizaciones más frecuentes son:

- Ovarios (endometriomas)
- Tabique rectovaginal
- Ligamentos uterosacros
- Superficie peritoneal
- Fondo de saco de Douglas

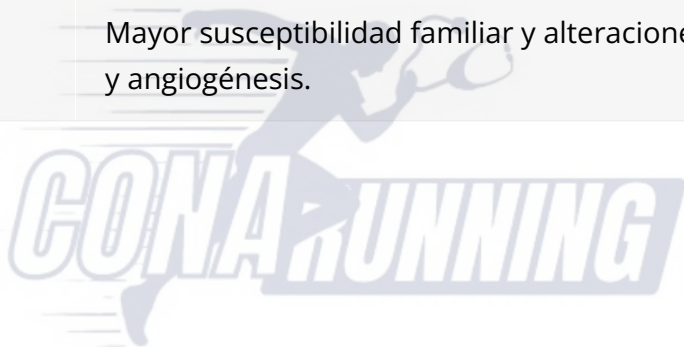
## Epidemiología de la Endometriosis

<b>6-10%</b>	<b>40%</b>	<b>25-35</b>
<b>Mujeres en edad fértil</b>	<b>Pacientes con infertilidad</b>	<b>Edad de diagnóstico</b>
Afecta al 6-10 % de las mujeres en edad fértil	Hasta el 40 % de las pacientes con infertilidad	Promedio de diagnóstico: entre los 25 y 35 años

# Fisiopatología de la Endometriosis


El Williams Ginecología describe varios mecanismos teóricos:

Mecanismo	Descripción
Menstruación retrógrada (Sampson)	Flujo retrógrado de sangre menstrual con células endometriales viables a través de las trompas hacia el peritoneo.
Metaplasia celómica (Meyer)	Transformación del epitelio celómico en tejido endometrial.
Diseminación linfática o hematógena (Halban)	Explica localizaciones extraperitoneales (pulmón, cicatriz umbilical).
Factores inmunológicos	Disminución de la citotoxicidad de células NK, aumento de citoquinas proinflamatorias.
Alteración genética y epigenética	Mayor susceptibilidad familiar y alteraciones en genes de adhesión y angiogénesis.



# Manifestaciones Clínicas de la Endometriosis

Síntoma	Características
Dismenorrea secundaria	Dolor pélvico intenso, progresivo, asociado al ciclo menstrual.
Dispareunia profunda	Dolor con el coito, especialmente en endometriosis del tabique rectovaginal.
Dolor pélvico crónico	No siempre relacionado con el ciclo.
Infertilidad	Por alteración anatómica tubárica o inflamación peritoneal.
Disquecia / disuria cíclica	Si afecta tabique rectovaginal o vejiga.

 **Nota importante:** La severidad de los síntomas no siempre se correlaciona con la extensión de la enfermedad.



# Clasificación de la Endometriosis (ASRM, revisada)

## Estadio I (mínima)

Lesiones superficiales aisladas

**Puntuación:** 1-5

## Estadio II (leve)

Lesiones más profundas, escasas adherencias

**Puntuación:** 6-15

## Estadio III (moderada)

Endometriomas pequeños, adherencias densas

**Puntuación:** 16-40

## Estadio IV (severa)

Endometriomas grandes, obliteración del fondo de saco

**Puntuación:** >40

# Diagnóstico Clínico de la Endometriosis

## 1. Clínico

- Historia compatible: dismenorrea progresiva, dispareunia, infertilidad.
- Dolor cíclico localizado en pelvis baja o flanco.

## 2. Examen físico

**Nódulos dolorosos** en ligamentos uterosacros

**Fijación** del útero

**Masa anexial firme** (endometrioma)

# Estudios Complementarios para Diagnóstico

Estudio	Hallazgo típico
Ecografía transvaginal	Imágenes quísticas homogéneas de contenido espeso ("vidrio esmerilado") en endometriomas.
RM pélvica	Lesiones profundas y tabique rectovaginal.
Marcadores séricos (CA-125)	Elevado en enfermedad extensa, no diagnóstico.
Laparoscopia diagnóstica	Gold standard; permite visualizar lesiones y tomar biopsias.

## Objetivos del Tratamiento



**Aliviar el dolor**



**Mejorar la fertilidad**



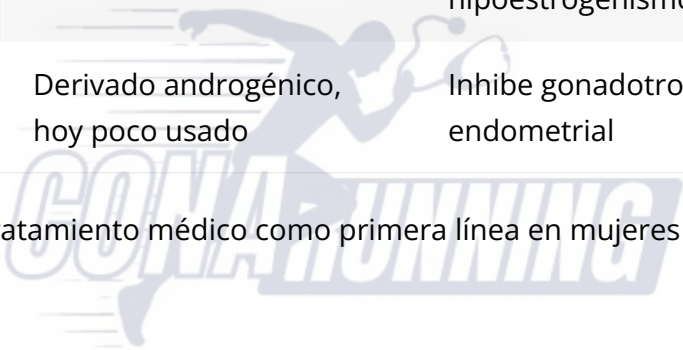
**Prevenir recurrencias**



# Manejo Médico de la Endometriosis

Grupo	Ejemplo	Mecanismo principal
Antiinflamatorios (AINEs)	Ibuprofeno, naproxeno	Inhiben prostaglandinas, reducen dolor
Anticonceptivos hormonales	AOC, anillo, parche	Suprimen ovulación y sangrado cíclico
Progestágenos	Dienogest, medroxiprogesterona	Atrofia endometrial y antiproliferación
Agonistas de GnRH	Leuprolide, goserelina	Inhiben eje hipotalámico → pseudomenopausia
Antagonistas de GnRH	Elagolix (oral)	Supresión reversible, menos hipoestrogenismo
Danazol	Derivado androgénico, hoy poco usado	Inhibe gonadotropinas, induce atrofia endometrial

El Williams recomienda tratamiento médico como primera línea en mujeres que no buscan fertilidad inmediata.





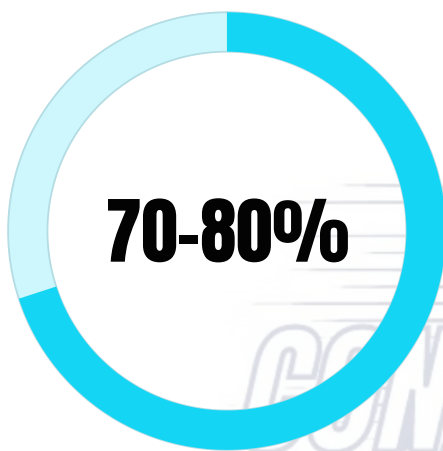
# Manejo Quirúrgico de la Endometriosis

Indicado si falla tratamiento médico o existe deseo de fertilidad.

## Procedimientos:

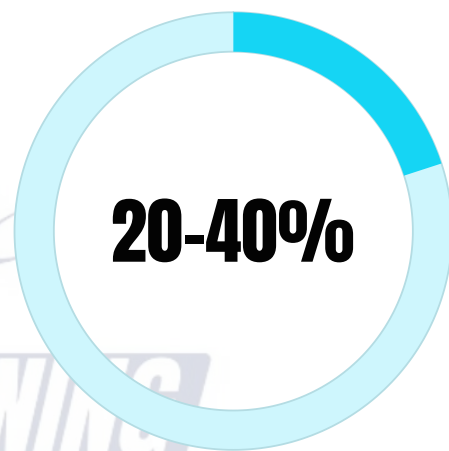
- Laparoscopia con ablación o escisión de lesiones.
- Adhesiolisis.
- Resección de endometriomas.
- Histerectomía total con ooforectomía bilateral en casos severos sin deseo reproductivo.

## Resultados:



### Mejora del dolor

Mejora el dolor en 70-80 % de pacientes



### Riesgo de recurrencia

Riesgo de recurrencia en 20-40 % en 5 años

# Manejo de la Infertilidad Asociada



## Estadios I-II

Estimulación ovárica + inseminación intrauterina



## Casos severos

Fertilización in vitro (FIV) en casos severos o falla previa

# Diferenciación: Dolor Pélvico Crónico vs Endometriosis

Característica	Dolor pélvico crónico funcional	Endometriosis
Duración	>6 meses	Variable, cíclica o continua
Relación con el ciclo	No siempre	Sí, frecuente
Hallazgos en imagen	Normales	Endometriomas, adherencias
Laparoscopia	Negativa	Lesiones típicas (azul, rojo, negro)
Tratamiento	Analgesia, fisioterapia, neuromodulación	Hormonal o quirúrgico

# Complicaciones de la Endometriosis

**Infertilidad**

**Dolor pélvico refractario**






**Adherencias pélvicas extensas**

**Riesgo de transformación maligna**

Riesgo (raro) de transformación maligna en endometriomas >9 años de evolución

**Impacto psicológico y disfunción sexual**

## Puntos Clave

-  La endometriosis es una enfermedad inflamatoria estrogénico-dependiente.
-  El dolor pélvico cíclico y la dismenorrea progresiva son sus manifestaciones más frecuentes.
-  El diagnóstico definitivo se establece mediante laparoscopia con biopsia.
-  El tratamiento médico inicial incluye AOC o progestinas; la cirugía se reserva para refractarias o con deseo de fertilidad.
-  El dolor pélvico crónico requiere abordaje multidisciplinario.