

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 ≥ 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 ≥ 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.

Localización

Dolor localizado en la pelvis

Patrón

Continuo o intermitente

Intensidad

Variable

Impacto

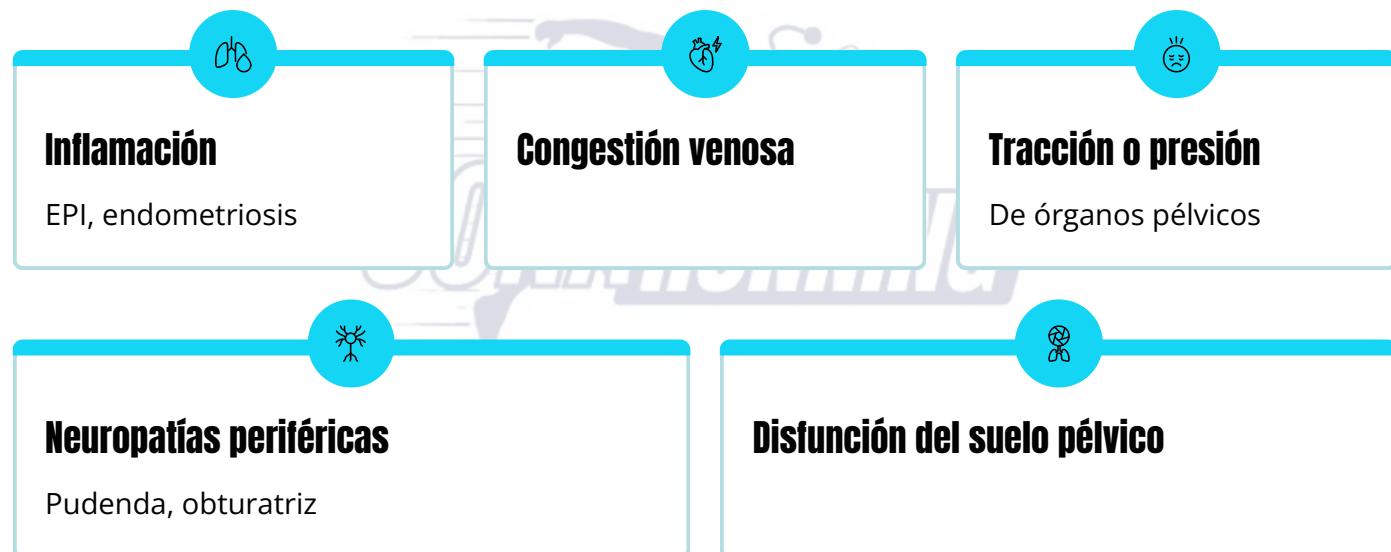
Afecta calidad de vida, función sexual y laboral

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

Historia clínica completa

Duración, ciclo menstrual, factores exacerbantes

02

Examen físico bimanual

Puntos dolorosos, masas o nodularidades

03

Ecografía pélvica

Primera línea para descartar patología anatómica

04

RM pélvica

Útil para masas complejas o sospecha de endometriosis profunda

05

Laparoscopía diagnóstica

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

Epidemiología de la Endometriosis

6-10%

Mujeres en edad fértil

Afecta al 6-10 % de las mujeres en edad fértil

40%

Pacientes con infertilidad

Hasta el 40 % de las pacientes con infertilidad

25-35

Edad de diagnóstico

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.
Laparoscopía 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.

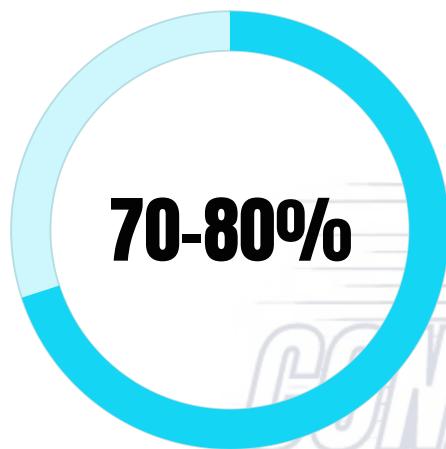
Manejo Quirúrgico de la Endometriosis

Indicado si falla tratamiento médico o existe deseo de fertilidad.

Procedimientos:

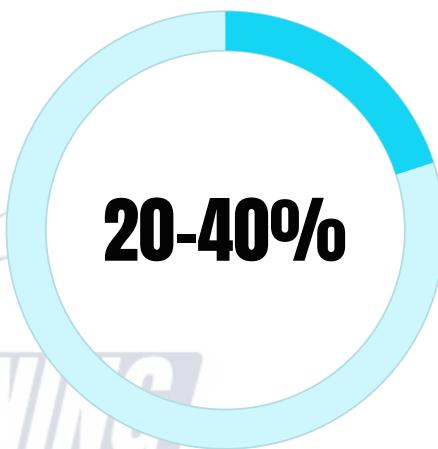
- Laparoscopía con ablación o escisión de lesiones.
- Adhesiolisis.
- Resección de endometriomas.
- Histerectomía total con ooforectomía bilateral en casos severos sin deseo reproductivo.

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
Laparoscopía	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 laparoscopía 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.