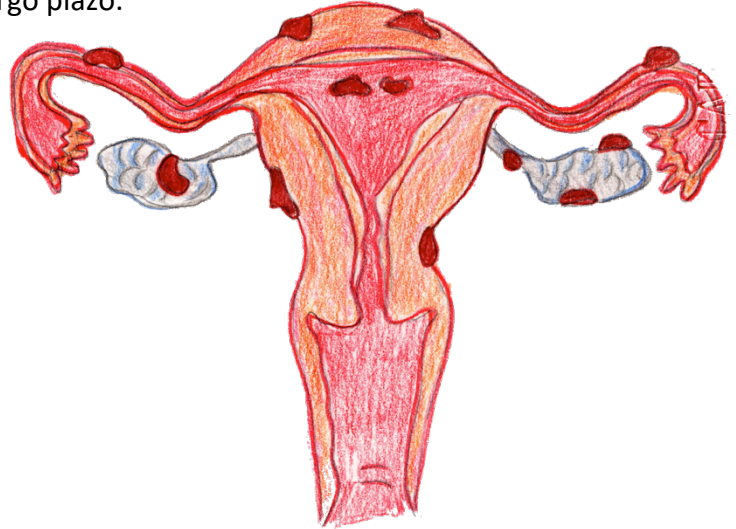




ENDOMETRIOSIS: TRATAMIENTO

Como se explicó en el vídeo anterior, la endometriosis es una patología crónica y, por lo tanto, su tratamiento debe considerarse una terapia a largo plazo.

El tratamiento de la endometriosis depende de los síntomas que presenta el paciente (dolor, infertilidad, efecto masa), así como de sus características individuales y de la localización y extensión de la enfermedad. Por norma general, se busca maximizar el efecto del tratamiento médico, intentando evitar la cirugía debido a las complicaciones asociadas.



TRATAMIENTO MÉDICO

Entre las alternativas de tratamiento médico más utilizadas se encuentran:

- Analgésicos
- Anticonceptivos hormonales
- Análogos de la GnRH

Es importante tener en cuenta que, a priori, el tratamiento médico no mejora la fertilidad, no reduce el tamaño de los endometriomas ni resuelve las complicaciones de la endometriosis profunda cuando afecta el tubo digestivo o el tracto urinario.

DOLOR LEVE A MODERADO: Aunque es difícil establecer objetivamente el grado de dolor, podemos considerar como “leve o moderado” aquel que no provoca absentismo laboral o escolar. En estos casos, el tratamiento de primera línea incluye antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y anticonceptivos hormonales, que pueden combinarse. Estos tratamientos suelen ser efectivos en la mayoría de los pacientes, especialmente en aquellos sin implantes endometriósicos de gran tamaño identificados. Además, presentan un bajo riesgo de efectos adversos graves. Pueden emplearse tanto en pacientes con diagnóstico confirmado de endometriosis como en aquellos con dolor pélvico crónico tipo dismenorrea, incluso si no se observan implantes endometriósicos.

En mujeres que buscan gestación, el tratamiento hormonal no es una opción. En estos pacientes, se pueden utilizar AINE, aunque los inhibidores de la COX-2 podrían dificultar la ovulación y, por ello, no se recomiendan.

Si no hay contraindicaciones, se suele iniciar con anticonceptivos hormonales combinados (con estrógeno y un gestágeno), ya que algunos autores consideran que ofrecen un mejor control de la dismenorrea. Existen múltiples combinaciones, y se puede ajustar el tratamiento probando cuál funciona mejor en cada caso. Si los estrógenos están contraindicados, se pueden emplear anticonceptivos de solo gestágeno (por ejemplo, medroxiprogesterona intramuscular, implante intradérmico o DIU con levonorgestrel).



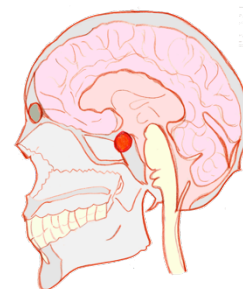
Ambos tipos de anticonceptivos (combinados o de solo gestágeno) buscan suprimir la función ovárica para frenar la progresión de la endometriosis, promoviendo la decidualización y atrofia del endometrio. Esto suele reducir el dolor al limitar el crecimiento de endometriomas e implantes. Según los estudios más recientes, el dienogest, 2 mg/día, (en España Visannette®), ha mostrado eficacia en reducir el dolor y retrasar la necesidad de cirugía, siendo una alternativa antes de los análogos de la GnRH.

Tras iniciar el tratamiento hormonal, se evaluarán los síntomas a los 3-4 meses, considerando también la tolerancia y el cumplimiento. Si el tratamiento inicial no es suficiente, se puede cambiar el anticonceptivo o la vía de administración. No hay evidencia de que un anticonceptivo sea superior a otro, por lo que, aunque se suele comenzar con combinados, se ajusta hasta encontrar la opción mejor tolerada y más efectiva para reducir el dolor.

DOLOR SEVERO: En casos de dolor incapacitante, tras agotar los analgésicos y tratamientos hormonales descritos, se considera el uso de análogos de la GnRH (por ejemplo, triptorelina).

Los análogos de la GnRH actúan uniéndose a los receptores de GnRH en la hipófisis anterior, bloqueándolos de forma permanente. Esto suprime el eje hipofisario-gonadal, generando un estado de hipoestrogenismo que simula una menopausia reversible. Como resultado, se induce amenorrea y atrofia endometrial, lo que busca mejorar el dolor. Sin embargo, esto suele provocar efectos secundarios significativos por la supresión estrogénica, como sofocos, sequedad vaginal, disminución de la libido, cambios de humor, cefaleas y pérdida de densidad ósea.

Algunos estudios proponen combinar análogos de la GnRH con terapia hormonal sustitutiva para mitigar estos efectos secundarios sin reducir su beneficio sobre la endometriosis, aunque esta estrategia aún está en investigación.



Dentro de los análogos de la GnRH, se distinguen:

- **Agonistas** (como triptorelina): su efecto se manifiesta a los 7-14 días, con posible empeoramiento clínico inicial.
- **Antagonistas** (como relugolix): bloquean los receptores hipofisarios de forma inmediata, con un perfil de efectos adversos similares al de los agonistas, (algunos estudios afirman que producen menos pérdida de masa ósea que los agonistas).

La terapia de add-back (estrógenos y progestágenos en dosis bajas) se recomienda de forma rutinaria junto con los análogos de la GnRH para reducir efectos secundarios como sofocos y pérdida ósea, con evidencia sólida de su eficacia.

En casos severos y refractarios se ha propuesto añadir inhibidores de la aromatasa, (como el letrozol), para impedir la síntesis estrogénica periférica, aunque se carece de evidencia suficiente para recomendar su uso en la mayoría de las pacientes.



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

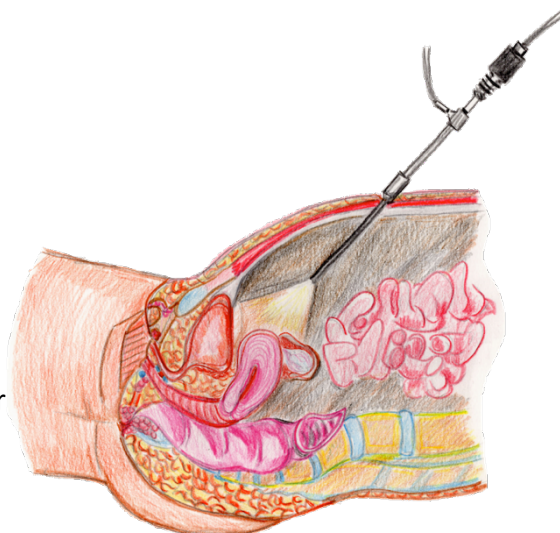
Cuando los síntomas no responden al tratamiento médico, se plantea una laparoscopia terapéutica y exploradora. Esto permite establecer un diagnóstico definitivo y tratar la enfermedad, eliminando implantes endometriósicos, resolviendo endometriomas y liberando adherencias para aliviar el dolor.

La cirugía puede ser:

- **Conservadora:** preservando útero y anejos.
- **Definitiva:** extirpando útero y anejos.
- **Radical:** eliminando todos los implantes endometriósicos en la cavidad abdominal.

Son candidatas a cirugía:

- Pacientes con mala respuesta al tratamiento médico.
- Casos con contraindicación al tratamiento médico.
- Necesidad de confirmación anatomopatológica por dudas diagnósticas.
- Sospecha de malignidad.
- Obstrucción intestinal o ureteral.



Posteriormente, se recomienda un tratamiento hormonal que suprima la función ovárica para prolongar el beneficio de la cirugía.

Se desaconseja la cirugía si:

- No se han explorado otras opciones terapéuticas.
- Persiste el dolor tras múltiples cirugías.
- La paciente está próxima a la menopausia.

La cirugía ofrece confirmación histológica y, a menudo, mejora el dolor, pero conlleva riesgos como lesión de vejiga, uréteres o intestino, disminución de la reserva ovárica (al extirpar tejido ovárico o endometriomas) y formación de adherencias.

La laparoscopia puede beneficiarse de avances como la cirugía robótica o la fluorescencia con indocianina verde, que mejoran la visualización y resección de implantes, especialmente en endometriosis profunda, aunque su disponibilidad es limitada.

En casos de dolor pélvico crónico resistente a todo tratamiento, se ha planteado la sección nerviosa (ablación del nervio uterino-sacro o neurectomía presacra). Sin embargo, estas técnicas son complejas, dependen de la experiencia del cirujano y no garantizan alivio a largo plazo.

En casos de endometriosis profunda con afectación intestinal o ureteral, se recomienda un abordaje multidisciplinario con especialistas en urología y cirugía colorrectal para optimizar resultados y minimizar complicaciones.



TRATAMIENTO EN POBLACIONES ESPECIALES

PACIENTES CON INFERTILIDAD: En estos pacientes, solo se pueden ofrecer analgésicos o cirugía si está indicada. En algunos casos, puede ser necesario derivarlas a unidades de reproducción asistida.

ENDOMETRIOMA: El objetivo es reducir el dolor, los síntomas por efecto masa y las complicaciones (rotura, torsión o infección). La cirugía también permite descartar malignidad, mejorar la función ovárica y aumentar la fertilidad. En mujeres que buscan embarazo espontáneo, la exéresis del endometrioma mejora las tasas de gestación.

En pacientes en reproducción asistida, no se ha demostrado que la exéresis mejore los resultados de FIV/ICSI de forma general, aunque en endometriomas bilaterales grandes (>5 cm) podría facilitar la punción ovocitaria y aumentar tasas de éxito según estudios preliminares.

La recurrencia de endometriomas es del 25%, especialmente en casos de quistes >8 cm, pacientes <25 años o rotura intracavitaria. El tratamiento médico no los resuelve; si son sintomáticos o crecen, se indica cirugía. En endometriomas <5 cm y asintomáticos, se opta por una actitud expectante, con controles cada 6 meses durante 1-2 años, considerando el riesgo de afectar la reserva ovárica con la cirugía.

ENDOMETRIOSIS PROFUNDA: En pacientes asintomáticos, no se pausa tratamiento. En las sintomáticas, se inicia con tratamiento médico, reservando la cirugía para casos de obstrucción intestinal o ureteral.

AFECCIÓN EXTRAGENITAL: En implantes fuera del aparato genital (como en la caja torácica con hemotórax), se tratan las complicaciones y se añade tratamiento médico, a menudo con análogos de la GnRH.

DOLOR PÉLVICO CRÓNICO: En pacientes con dolor pélvico crónico sin diagnóstico confirmado de endometriosis (por falta de histología o imágenes), se ofrecen analgésicos y anticonceptivos hormonales. Si no hay respuesta, se pueden considerar análogos de la GnRH o cirugía, valorando siempre los riesgos.



OTRAS TERAPIAS

Como se mencionó en el tema de la dismenorrea (ver vídeo), existen terapias alternativas. Sobre la acupuntura, un único estudio de calidad sugiere que la acupuntura auricular es superior a las hierbas chinas en pacientes con dismenorrea y endometriosis.



Terapias emergentes, como la modulación del microbioma intestinal o inhibidores de citoquinas (ej. anti-TNF), están en fase experimental y podrían complementar el tratamiento en el futuro, aunque faltan ensayos clínicos concluyentes.

Respecto a la dieta, ninguna ha demostrado superioridad en el tratamiento o prevención de la endometriosis. Sin embargo, el mayor consumo de vegetales verdes, frutas y ácidos grasos omega-3 se asocia a menor riesgo de endometriosis y dismenorrea, mientras que las dietas ricas en carnes rojas incrementan levemente el riesgo. No hay evidencia de asociación con café, alcohol, pescado o lácteos (ver vídeo de dismenorrea).



CONCLUSIÓN

El tratamiento de la endometriosis varía según su gravedad y las circunstancias de cada paciente, cobrando cada vez más importancia la personalización del tratamiento. Los casos leves pueden manejarse en atención primaria o por ginecólogos generalistas bien formados, mientras que los graves o refractarios deben derivarse a unidades especializadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. European Society of Human Reproduction and Embryology. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. Hum Reproducción. 2014;29(3):400-12.
- Becker CM, Gattrell WT, Gude K, Singh SS. Reevaluating response and failure of medical treatment of endometriosis: a systematic review. Fertil Steril. 2017;108(1):125-36.
- Falcone T, Flyckt R. Clinical Management of Endometriosis. Obstet Gynecol. 2018;131(3):557-71.
- Brown J, Farquhar C. Endometriosis: una revisión general de las revisiones Cochrane. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(3):CD009590.
- Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. N Inglés J Med. 2020;382(13):1244-56.
- Taylor HS, Kotlyar AM, Flores VA. Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations. Lancet. 2021 Feb 27;397(10276):839-852.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion. Fertil Steril. 2014 Apr;101(4):927-35.
- Bedaiwy MA, Alfaraj S, Yong P, Casper R. New developments in the medical treatment of endometriosis. Fertil Steril. 2017 Mar;107(3):555-565.
- Vercellini P, Buggio L, Frattaruolo MP, Borghi A, Dridi D, Somigliana E. Medical treatment of endometriosis-related pain. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2018 Aug;51:68-91.
- Horne AW, Saunders PTK, Abokhrais IM, Hogg L; Endometriosis Priority Setting Partnership Steering Group (appendix). Top ten endometriosis research priorities in the UK and Ireland. Lancet. 2017 Jun 3;389(10085):2191-2192.



- Nezhat C, Nezhat F, Nezhat C. Endometriosis: ancient disease, ancient treatments. Fertil Steril. 2012 Dec;98(6 Suppl):S1-62.
- Donnez J, Dolmans MM. Endometriosis and Medical Therapy: From Progestogens to Progesterone Resistance to GnRH Antagonists: A Review. J Clin Med. 2021 Mar 5;10(5):1085.
- Chapron C, Marcellin L, Borghese B, Santulli P. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. Nat Rev Endocrinol. 2019;15(11):666-82.
- Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, Laufer MR, Leyland N, Missmer SA, et al. Clinical diagnosis of endometriosis: call to action. Am J Obstet Gynecol. 2019;220(4):354.e1-354.e12.
- Parazzini F, Vercellini P, Candiani M, Fedele L. Diet and endometriosis risk: a literature review. 2019;71(2):138-43.
- Nisenblat V, Prentice L, Bossuyt PM, Farquhar C, Hull ML, Johnson N. Combination of the non-invasive tests for the diagnosis of endometriosis. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(7):CD012281.
- Grupo de Desarrollo de la Guía de Endometriosis de la ESHRE. Guía sobre el manejo de mujeres con endometriosis. Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología; 2022 [actualizada en 2024]. Disponible en: <https://www.eshre.eu/Guidelines>.
- Missmer SA, Tu FF, Agarwal SK, Chapron C, Soliman AM, Chiuve S, et al. Impact of Endometriosis on Life-Course Potential: A Narrative Review. Int J Gen Med. 2021;14:9-17.

