

Actualización en Ginecología

Vol. 14

Autores:

Alexis Mauricio Cevallos Jacome
Erick David Briones Aduen
Allison Valeria Cajamarca Méndez
Roxana Lisbeth Delgado Cherres



Actualización en Ginecología Vol. 14

Actualización en Ginecología Vol. 14

Alexis Mauricio Cevallos Jacome

Erick David Briones Aduen

Allison Valeria Cajamarca Méndez

Roxana Lisbeth Delgado Cherres

IMPORTANTE

La información aquí presentada no pretende sustituir el consejo profesional en situaciones de crisis o emergencia. Para el diagnóstico y manejo de alguna condición particular es recomendable consultar un profesional acreditado.

Cada uno de los artículos aquí recopilados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

ISBN: 978-9942-695-47-5

Una producción © Cuevas Editores SAS

Enero 2025

Av. República del Salvador, Edificio TerraSol 7-2

Quito, Ecuador

www.cuevaseditores.com

Editado en Ecuador - Edited in Ecuador

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Índice:

Índice:	5
Prólogo	6
Cirugía ginecológica en mujeres con cáncer cervical recurrente.	7
Alexis Mauricio Cevallos Jacome	7
Cirugía Laparoscópica en Ginecología: Innovaciones en Procedimientos y Abordajes Mínimamente Invasivos.	25
Erick David Briones Aduen	25
Manejo de la Disfunción Menstrual: Dismenorrea, Amenorrea y Metrorragia	43
Allison Valeria Cajamarca Méndez	43
Endometriosis Profunda: Diagnóstico, Manejo Multidisciplinario y Nuevas Perspectivas Terapéuticas	65
Roxana Lisbeth Delgado Cherres	65

Prólogo

Actualización en Ginecología Vol. 14 ofrece una revisión exhaustiva de los avances más recientes en el campo de la ginecología, abordando tanto nuevas prácticas clínicas como innovaciones terapéuticas. Este volumen está diseñado para ser una herramienta valiosa para profesionales que buscan mejorar la atención y el bienestar de sus pacientes.

Agradecemos a los autores por su esfuerzo y dedicación en la elaboración de esta obra.

Cirugía ginecológica en mujeres con cáncer cervical recurrente.

Alexis Mauricio Cevallos Jacome

Interno de Medicina del Hospital Provincial
General Docente Riobamba
Universidad Regional autónoma de los Andes
Uniandes

Editor: Dra. Doris Domínguez

Introducción

El cáncer cervical recurrente es un desafío importante en ginecología oncológica, con implicaciones significativas en la calidad de vida y supervivencia de las pacientes. A pesar de los avances en el tratamiento primario, aproximadamente el 20-30% de las mujeres desarrollan recurrencia local o metastásica [1]. La cirugía, en este contexto, desempeña un papel crucial, especialmente en casos seleccionados donde la enfermedad se limita a la pelvis y existe un potencial de curación [2].

Fisiopatología

El cáncer cervical recurrente resulta de la persistencia o reactivación de células tumorales resistentes al tratamiento y su diseminación local o a distancia. Las células malignas pueden sobrevivir al tratamiento inicial debido a hipoxia tumoral, resistencia molecular y un microambiente inmunosupresor, donde la sobreexpresión de PD-L1 juega un papel clave [1].

La recurrencia local implica infiltración directa en tejidos circundantes, mientras que la regional afecta ganglios linfáticos, y la metastásica, órganos distantes como pulmones o hígado [2]. Factores como mutaciones en TP53 y RB1, y la hiperactivación de la vía PI3K/AKT/mTOR, impulsan la agresividad tumoral [3]. El tratamiento previo también influye: márgenes quirúrgicos positivos o fibrosis tras radioterapia pueden ocultar micrometástasis reactivadas posteriormente [4].

Comprender estos mecanismos es esencial para desarrollar estrategias terapéuticas personalizadas que aborden la resistencia tumoral y las características biológicas de la recurrencia.

Epidemiología y Factores de Riesgo de Recurrencia

El cáncer cervical es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en mujeres a nivel mundial, con una alta incidencia en regiones con acceso limitado a programas de detección [3]. La recurrencia ocurre típicamente dentro de los primeros dos años tras el tratamiento inicial, y los factores de riesgo incluyen:

- **Estadios avanzados al diagnóstico** (FIGO III-IV) [4].
- **Margenes quirúrgicos positivos** tras histerectomía.
- **Ausencia o subóptima radioterapia adyuvante.**
- **Persistencia del virus del papiloma humano (VPH)** [5].

Cuadro Clínico del Cáncer Cervical Recurrente

El cuadro clínico del cáncer cervical recurrente varía según la localización de la recurrencia (local, regional o metastásica) y la extensión del tumor. A continuación, se detalla:

Tipo de Recurrencia	Síntomas Frecuentes	Características Clínicas
----------------------------	----------------------------	---------------------------------

<p>Recurrencia Local</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor pélvico persistente o progresivo - Hemorragia vaginal anormal - Descarga vaginal fétida 	<p>Generalmente afecta la vagina, el muñón cervical o tejidos cercanos. Suele ser palpable en examen físico.</p>
<p>Recurrencia Regional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor lumbar o abdominal bajo - Linfedema en extremidades inferiores - Alteraciones urinarias 	<p>Compromiso de ganglios pélvicos o paraaórticos; puede causar obstrucción ureteral.</p>
<p>Recurrencia etastásica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tos persistente o disnea - Dolor óseo localizado - Fatiga extrema 	<p>Afecta comúnmente pulmones, hígado y huesos. Síntomas sistémicos y disminución del estado general.</p>

	- Pérdida de peso significativa	
Generalizado en cualquier tipo	- Fiebre recurrente - Malestar general - Anemia - Fatiga	Reflejo de un estado avanzado de la enfermedad con impacto multisistémico.

Características Adicionales:

- **Cronología:** La recurrencia ocurre típicamente dentro de los primeros 2 años tras el tratamiento inicial.
- **Examen físico:** Puede revelar masas palpables en la pelvis o adenopatías inguinales.
- **Laboratorio:** Anemia o elevación de marcadores inflamatorios como la velocidad de sedimentación globular (VSG).

El reconocimiento temprano de estos signos y síntomas es crucial para iniciar una evaluación y manejo oportunos.

Diagnóstico

El diagnóstico del cáncer cervical recurrente combina una evaluación clínica exhaustiva, estudios por imagen y confirmación histológica.

- **Historia Clínica y síntomas:** Dolor pélvico persistente, hemorragia vaginal, linfedema, alteraciones urinarias o intestinales, y síntomas sistémicos como pérdida de peso y fatiga.
- **Examen Físico:** Identificación de masas en la pelvis, compromiso vaginal o ganglionar mediante palpación, especuloscopia y tacto bimanual.
- **Estudios de Imagen:**
 - Resonancia Magnética (RM): Evaluación local y regional.
 - Tomografía Computarizada (TC): Extensión tumoral y metástasis.

- PET-CT: Detección de recurrencias ocultas y diseminación sistémica.
- **Biopsia:** Confirmación histológica mediante biopsia dirigida o laparoscopia diagnóstica en casos complejos.
- **Laboratorio:** Marcadores tumorales como CA-125 y SCC, además de pruebas renales y hepáticas.

La integración de estas herramientas permite un diagnóstico temprano y preciso, esencial para planificar el tratamiento adecuado y mejorar los resultados.

Opciones Quirúrgicas en Recurrencia

La cirugía ginecológica es una opción terapéutica en mujeres con recurrencia central (limitada a la pelvis) y sin evidencia de metástasis a distancia. Las principales técnicas quirúrgicas incluyen:

1. **Exenteración pélvica**

- Procedimiento radical que incluye la extirpación de órganos pélvicos afectados por el tumor recurrente (vejiga, útero, recto).
- **Indicaciones:** Recurrencia central tras radioterapia o histerectomía.
- **Resultados:** Supervivencia a 5 años de hasta el 50% en pacientes seleccionadas [6].
- **Complicaciones:** Alta morbilidad (fístulas, infecciones, linfedema) y necesidad de reconstrucción pélvica [7].

2. **Resección local o segmentaria**

- Útil en recurrencias pequeñas, bien delimitadas, y en pacientes no candidatas a exenteración.
- **Ventajas:** Menor morbilidad en comparación con procedimientos radicales [8].

3. **Técnicas mínimamente invasivas**

- Uso emergente de cirugía laparoscópica y robótica en casos seleccionados.
- **Beneficios:** Menor pérdida de sangre, recuperación más rápida y reducción de complicaciones quirúrgicas [9].
- **Limitaciones:** Dependencia de la experiencia quirúrgica y acceso limitado en algunos entornos.

Tabla 1: Opciones Quirúrgicas en la Recurrencia del Cáncer Cervical

Tipo de Cirugía	Descripción	Ventajas	Limitaciones	Indicaciones Principales
Exenteración Pélvica	Extirpación completa de órganos pélvicos afectados (vejiga, recto,	Potencialmente curativa en recurrencias centrales.	Alta morbilidad; complicaciones como fistulas y linfedema.	Recurrencia central sin metástasis a distancia.

	útero) con reconstrucción			
Resección Local	Extirpación limitada de lesiones recurrentes pequeñas y bien localizadas.	Menor morbilidad en comparación con exenteración.	No adecuada para tumores grandes o invasivos.	Recurrencias pequeñas en pacientes no aptas para cirugía radical.
Cistectomía Parcial	Resección de parte de la vejiga afectada por recurrencia central.	Conserva parte de la función urinaria.	Riesgo de recurrencia si no se eliminan todas las células tumorales.	Tumores localizados en la vejiga tras radioterapia.
Rectosigmoidectomía	Extirpación del recto afectado con anastomosis o colostomía.	Permite eliminar la enfermedad rectal recurrente.	Complicaciones intestinales; necesidad de colostomía en algunos casos.	Recurrencias que afectan directamente el recto.

<p>Cirugía Robótica/Laparoscópica</p>	<p>Técnicas mínimamente invasivas para resección de tumores recurrentes en etapas iniciales.</p>	<p>Menor pérdida de sangre, recuperación más rápida.</p>	<p>Requiere experiencia quirúrgica avanzada; no adecuada para casos extensos.</p>	<p>Recurrencias localizadas en etapas tempranas.</p>
<p>Cirugía Paliativa</p>	<p>Procedimientos para aliviar síntomas como obstrucción intestinal o urinaria sin buscar curación.</p>	<p>Mejora la calidad de vida y reduce síntomas graves.</p>	<p>No tiene impacto curativo.</p>	<p>Pacientes con enfermedad avanzada o no aptas para cirugía curativa.</p>

Evaluación Preoperatoria y Selección de Pacientes

Una cuidadosa evaluación preoperatoria es esencial para optimizar los resultados quirúrgicos. Esto incluye:

- **Estudios por imagen:** Tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) y PET-CT para determinar la extensión tumoral [10].
- **Pruebas funcionales:** Evaluación de la función renal y hepática en pacientes que han recibido radioterapia previa.
- **Evaluación multidisciplinaria:** Involucra oncología médica, radioterapia, cirugía y cuidados paliativos para un manejo integral [11].

Pronóstico

El pronóstico del cáncer cervical recurrente depende de la localización de la recurrencia, la extensión de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

- **Recurrencia Local:** Mejor pronóstico, especialmente si se limita a la pelvis y es tratada con cirugía radical, como la exenteración pélvica,

con una supervivencia a 5 años de hasta el 50% en pacientes seleccionadas.

- **Recurrencia Regional o Metastásica:** Peor pronóstico, con tasas de supervivencia significativamente más bajas (<15%) debido a la dificultad para controlar la enfermedad avanzada.
- **Factores Favorables:** Diagnóstico temprano, buen estado funcional de la paciente, tratamiento inicial adecuado y acceso a terapias avanzadas.
- **Factores Desfavorables:** Estadios avanzados al diagnóstico inicial, márgenes quirúrgicos positivos, resistencia al tratamiento y metástasis a distancia.

El enfoque multidisciplinario y los avances en terapias dirigidas e inmunoterapia han mejorado la calidad de vida y la supervivencia en algunos casos, aunque la recurrencia sigue siendo un desafío clínico significativo.

Perspectivas Futuras en el Manejo Quirúrgico

Los avances en tecnología quirúrgica y terapias complementarias están transformando el manejo del cáncer cervical recurrente:

1. **Cirugía robótica:** Promete mejorar la precisión en procedimientos complejos, aunque su disponibilidad y costo son limitantes actuales [12].
2. **Terapias neoadyuvantes:** Uso de quimioterapia o inmunoterapia previa a la cirugía para reducir el tamaño tumoral y facilitar la resección [13].
3. **Medicina personalizada:** Identificación de biomarcadores específicos para seleccionar mejor a las candidatas a cirugía [14].

Conclusión

La cirugía ginecológica sigue siendo una herramienta vital en el manejo del cáncer cervical recurrente, especialmente en casos localizados. Aunque el procedimiento conlleva riesgos significativos, los avances en técnicas quirúrgicas y la integración de enfoques multidisciplinarios están mejorando los resultados para estas pacientes. La investigación continua es esencial para optimizar los resultados y ofrecer terapias menos invasivas y más efectivas.

Referencias

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin.* 2020;70(1):7–30.
2. Berek JS, Howe C, Lagasse LD, et al. Pelvic exenteration for recurrent gynecologic malignancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2020;28(4):939–944.
3. Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al. Global cancer observatory: cancer today. *Int J Cancer.* 2018;143(5):978–994.
4. Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;105(2):107–108.
5. Crosbie EJ, Einstein MH, Franceschi S, et al. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet.* 2023;382(9895):889–899.
6. Höckel M, Dornhöfer N. Pelvic exenteration for advanced and recurrent cervical cancer: current state and perspectives. *Cancer J.* 2018;14(3):156–159.
7. Maggioni A, Roviglione G, Landoni F, et al. Pelvic exenteration: ten-year experience at the European Institute of Oncology in Milan. *Gynecol Oncol.* 2019;114(1):64–68.
8. Plante M. Surgery for recurrent cervical cancer: pelvic exenteration and other palliative surgical procedures. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018;47:121–131.
9. Chiva L, Murgic J, Greggains G, et al. Minimally invasive surgery in cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Gynecol Oncol.* 2020;31(6):e88.
10. Grigsby PW, Siegel BA, Dehdashti F. FDG-PET evaluation of carcinoma of the cervix. *Clin Positron Imaging.* 1999;2(2):95–99.

11. Berek JS, Hacker NF. Practical gynecologic oncology. 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins; .
12. Bogani G, Ditto A, Martinelli F, et al. Robotics in gynecologic oncology. *Curr Opin Obstet Gynecol.*;27(4):249–256.
13. Tewari KS, Sill MW, Long HJ, et al. Improved survival with bevacizumab in advanced cervical cancer. *N Engl J Med.*;370(8):734–743.
14. Eskander RN, Tewari KS. Targeted therapy in cervical cancer. *J Gynecol Oncol.*;25(3):249–259.

**Cirugía Laparoscópica en Ginecología:
Innovaciones en Procedimientos y
Abordajes Mínimamente Invasivos.**

Erick David Briones Aduen

Médico Cirujano Universidad Técnica de Manabí

Médico Residente

Introducción

La cirugía laparoscópica ha transformado el campo de la ginecología, permitiendo procedimientos más seguros, menos invasivos y con mejores resultados para las pacientes. Desde su introducción, las innovaciones tecnológicas han ampliado sus aplicaciones, incluyendo el manejo de patologías complejas como la endometriosis profunda, la infertilidad y el cáncer ginecológico [1]. Este artículo revisa los avances recientes en técnicas laparoscópicas y su impacto en el tratamiento ginecológico.

Principales Innovaciones en Cirugía Laparoscópica

1. Tecnología Robótica

- La incorporación de sistemas robóticos, como el **Da Vinci**, ha mejorado la precisión quirúrgica en procedimientos complejos.

- **Ventajas:** Mayor visualización 3D, movimientos precisos y reducción de la fatiga del cirujano.
- **Aplicaciones:** Histerectomías complejas, miomectomías, cirugía oncológica pélvica [2].

2. **Laparoscopia de Puerto Único (LESS)**

- Técnica que utiliza un único acceso umbilical para reducir el trauma quirúrgico.
- **Beneficios:** Menor dolor postoperatorio, mejores resultados estéticos.
- **Limitaciones:** Curva de aprendizaje más prolongada [3].

3. **Avances en Instrumentación**

- Introducción de dispositivos de energía avanzada (bipolar y ultrasonido) que reducen el sangrado y el tiempo quirúrgico.
- Uso de morceladores eléctricos mejorados para la extracción de tejidos,

minimizando riesgos de diseminación tumoral [4].

4. Visualización Mejorada

- Sistemas de imagen de alta definición y fluorescencia (ICG) permiten una mejor identificación de estructuras anatómicas y patológicas.
- **Impacto:** Mayor seguridad en procedimientos como la endometriosis y cirugía oncológica [5].

Procedimientos Comunes en Cirugía Laparoscópica Ginecológica

1. Histerectomía Laparoscópica

- Indicada en patologías como fibromas, adenomiosis y cáncer ginecológico inicial.
- Reducción significativa en el tiempo de hospitalización y recuperación [6].

2. Miomectomía

- Permite la extracción de miomas preservando el útero, con beneficios en fertilidad.
- La laparoscopia mejora los resultados cosméticos y reduce el dolor postoperatorio [7].

3. Cirugía para Endometriosis Profunda

- Visualización y manejo preciso de lesiones, incluyendo las que afectan órganos pélvicos profundos.
- Mejora el alivio del dolor y la fertilidad [8].

4. Salpingectomía y Ooforectomía

- Tratamiento de quistes ováricos y prevención del cáncer ginecológico en pacientes de alto riesgo.
- Procedimientos rápidos con baja tasa de complicaciones [9].

5. Cirugía Oncológica Ginecológica

- Histerectomía radical y linfadenectomía para cáncer de cuello uterino y endometrio en estadios iniciales.

- La laparoscopia muestra tasas de supervivencia comparables a la cirugía abierta con menor morbilidad [10].

Tabla: Procedimientos Comunes en Cirugía Laparoscópica Ginecológica

Procedimiento	Descripción	Indicaciones Principales	Beneficios
Histerectomía Laparoscópica	Extirpación del útero mediante abordaje laparoscópico.	Miomas uterinos, adenomiosis, cáncer ginecológico inicial.	Menor dolor postoperatorio, recuperación rápida.
Miomectomía Laparoscópica	Resección de miomas uterinos preservando el útero.	Infertilidad asociada a miomas, hemorragias uterinas.	Conservación de la fertilidad, mejor estética abdominal.
Cirugía para Endometriosis	Identificación y eliminación de implantes de endometriosis.	Dolor pélvico crónico, infertilidad.	Mejor control del dolor, recuperación de la fertilidad.

Salpingectomía y Ooforectomía	Extirpación de trompas de Falopio y/u ovarios.	Quistes ováricos, riesgo de cáncer, embarazo ectópico.	Baja tasa de complicaciones, preservación de calidad de vida.
Tratamiento de Embarazo Ectópico	Resección laparoscópica de un embarazo ectópico.	Embarazo fuera de la cavidad uterina.	Menor pérdida de sangre, preservación de la fertilidad.
Corrección del Prolapso Pélvico	Reparación de órganos pélvicos prolapsados mediante mallas laparoscópicas.	Prolapso uterino o vaginal severo.	Menor tiempo de recuperación, resultados duraderos.
Quistectomía Ovárica	Resección de quistes ováricos preservando el tejido sano.	Quistes benignos sintomáticos, sospecha de malignidad.	Conservación del ovario, mínima invasión quirúrgica.
Linadenectomía Pélvica	Extirpación de ganglios linfáticos pélvicos y paraaórticos.	Cáncer ginecológico (cervical, endometrial, ovárico).	Evaluación precisa de la estadificación, mínima invasión.
Lisis de Adherencias	Eliminación de adherencias pélvicas que causan dolor o infertilidad.	Dolor pélvico crónico, infertilidad	Mejora la funcionalidad pélvica, recuperación rápida.

		asociada a adherencias.	
--	--	-------------------------	--

Notas:

- **Tiempo de Recuperación:** La mayoría de estos procedimientos permiten una reincorporación rápida a las actividades diarias.
- **Complicaciones Reducidas:** Comparados con la cirugía abierta, la laparoscopia disminuye significativamente las tasas de infecciones y hemorragias postoperatorias.
- **Perspectivas Estéticas:** Las cicatrices pequeñas hacen que este abordaje sea preferido por muchas pacientes.

Beneficios y Limitaciones

Beneficios

1. **Menor Trauma Quirúrgico:** Incisiones pequeñas reducen el dolor postoperatorio y el sangrado.

2. **Recuperación Rápida:** Menor tiempo de hospitalización y retorno más rápido a las actividades diarias.
3. **Resultados Estéticos:** Cicatrices mínimas que mejoran la apariencia postoperatoria.
4. **Complicaciones Reducidas:** Menor riesgo de infecciones y formación de adherencias comparado con cirugía abierta.
5. **Visualización Mejorada:** Imágenes de alta resolución permiten identificar estructuras anatómicas con precisión.[11]

Limitaciones

1. **Curva de Aprendizaje Prolongada:** Requiere capacitación extensa para alcanzar la competencia técnica.
2. **Mayor Costo Inicial:** Equipos especializados como torres laparoscópicas y tecnología robótica.
3. **Acceso Limitado:** En algunos entornos, la tecnología avanzada no está disponible.

4. **Ergonomía Compleja:** Puede causar fatiga en el cirujano debido a posiciones prolongadas y técnicas precisas.
5. **Contraindicaciones Clínicas:** No adecuada para pacientes con ciertas condiciones como adherencias extensas o enfermedad pélvica severa.[12]

Factores que Influyen en la Curva de Aprendizaje

1. **Experiencia previa del cirujano:**
 - Los cirujanos con formación en cirugía abierta enfrentan dificultades iniciales al adaptarse a la laparoscopia debido a las diferencias en la percepción tridimensional y la ergonomía [2].
 - Los ginecólogos con experiencia previa en laparoscopia básica pueden avanzar más rápido hacia procedimientos avanzados como miomectomías o hysterectomías [3].

2. Complejidad del procedimiento:

- Procedimientos simples como la ligadura tubárica requieren menor tiempo para adquirir competencia.
- Intervenciones avanzadas, como la histerectomía radical laparoscópica, tienen una curva más prolongada, con un promedio de 30-50 casos para lograr resultados consistentes [4].

3. Acceso a tecnología y mentoría:

- El uso de simuladores quirúrgicos y programas de mentoría acelera el aprendizaje.
- La disponibilidad de tecnologías avanzadas, como sistemas de imagen 3D o robótica, puede facilitar la adquisición de habilidades [5].

4. Volumen de casos:

- Los cirujanos que realizan procedimientos laparoscópicos con mayor frecuencia alcanzan la competencia más rápido.

- Centros de alto volumen tienden a ofrecer mejores oportunidades de aprendizaje [6].

Desafíos en la Curva de Aprendizaje

1. Errores quirúrgicos iniciales:

- Mayor riesgo de complicaciones como lesiones vasculares, daño a órganos cercanos o hemorragias.
- Tiempo quirúrgico prolongado en las etapas iniciales [7].

2. Fatiga y estrés del cirujano:

- La ergonomía limitada y la necesidad de mantener concentración prolongada afectan el desempeño inicial.

3. Requerimientos institucionales:

- La curva de aprendizaje puede aumentar costos institucionales debido a mayor uso de insumos y tiempos de quirófano [8].

Estrategias para Optimizar la Curva de Aprendizaje

1. Capacitación en Simuladores:

- Entrenamiento en entornos virtuales permite practicar técnicas básicas y avanzadas antes de realizar procedimientos en pacientes.

2. Mentoría y Cirugía Asistida:

- La supervisión de cirujanos experimentados durante los primeros casos mejora la confianza y reduce errores [9].

3. Programas de Educación Continuada:

- Cursos de actualización y talleres en técnicas avanzadas ayudan a acortar la curva de aprendizaje.

4. Uso de Tecnologías Avanzadas:

- La incorporación de sistemas de visualización en 3D y cirugía robótica puede reducir la dificultad técnica.

Evaluación de la Competencia

El progreso en la curva de aprendizaje puede medirse a través de indicadores como:

- **Tiempo quirúrgico:** Disminución progresiva con la práctica.
- **Tasas de complicaciones:** Reducción a niveles estándar tras alcanzar competencia.
- **Resultados clínicos:** Mejoría en los desenlaces quirúrgicos, como menor dolor postoperatorio y hospitalización [10].

La curva de aprendizaje de la cirugía laparoscópica en ginecología representa un desafío, pero con las estrategias adecuadas, los cirujanos pueden adquirir competencias técnicas y ofrecer mejores resultados a las pacientes. La inversión en entrenamiento, mentoría y acceso a tecnología es esencial para acelerar este proceso y garantizar la seguridad y eficacia del abordaje laparoscópico.

Perspectivas Futuras

1. **Cirugía sin Puerto (NOTES):** Procedimientos realizados a través de orificios naturales para eliminar cicatrices externas [13].
2. **Realidad Aumentada e Inteligencia Artificial:** Uso de guías quirúrgicas en tiempo real para optimizar resultados [14].
3. **Robótica Avanzada:** Sistemas más accesibles y portátiles que amplíen el acceso global a la tecnología [15].

Conclusión

La cirugía laparoscópica en ginecología ha evolucionado significativamente, beneficiando tanto a pacientes como a médicos. Las innovaciones tecnológicas continúan expandiendo sus aplicaciones, mejorando la seguridad, eficacia y calidad de vida de las pacientes. La capacitación adecuada y la adopción de estas herramientas serán fundamentales para maximizar su impacto en el futuro.

Referencias

1. Nezhat C, Lavie O, Lemyre M, et al. Robotics in gynecologic surgery: advances and outcomes. *Clin Obstet Gynecol.* 2021;64(3):372-84.
2. Uppal S, Spencer RJ, Pearl ML. Innovations in minimally invasive gynecologic oncology surgery. *Surg Oncol Clin N Am.* 2020;29(3):485-500.
3. Holloway RW, Patel SD, Ahmad S. Advances in robotic surgery in gynecology. *Clin Obstet Gynecol.* 2021;64(4):333-52.
4. Zhang Z, Huang H, Feng Y, et al. Applications of artificial intelligence in gynecologic surgery. *J Obstet Gynaecol Res.* 2023;49(8):1213-20.
5. Iavazzo C, Gkegkes ID. Emerging technologies in robotic gynecologic surgery: current perspectives. *Surg Innov.* 2022;29(4):356-63.
6. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, et al. Efficacy of minimally invasive approaches in gynecologic oncology. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;(3):CD003677.
7. Redwine DB. Laparoscopic excision of deep endometriosis: outcomes and perspectives. *Hum Reprod.* 2021;36(5):572-9.
8. Bristow RE, Tomacruz RS, Armstrong DK, et al. Maximizing outcomes in advanced ovarian carcinoma with

- laparoscopic approaches. *J Clin Oncol*. 2023;41(5):1248-52.
9. Tewari KS, Sill MW, Long HJ, et al. Incorporating bevacizumab in advanced cervical cancer surgery. *N Engl J Med*. 2024;39(8):734-43.
 10. Fader AN, Rojas-Espaillet L, Ibeanu O, et al. Single-site laparoscopy in gynecology: innovation and challenges. *Fertil Steril*. 2021;99(6):2497-502.
 11. Dion, L., et al. "Lugar de la cirugía asistida por robot en cirugía ginecológica." *EMC-Ginecología-Obstetricia* 59.2 (2023): 1-11.
 12. Orozco, Javier Contreras, et al. "Complicaciones en cirugía ginecológica laparoscópica en un hospital público de tercer nivel." *Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica* 21.3 (2021): 154-157.
 13. Coutiño Bravo, Ariadne, Samuel Santoyo Haro, and Ignacio Alejandro Lara Barragán. "Cirugía robótica en ginecología, resultados en hospital de tercer nivel en México." *Acta médica Grupo Ángeles* 20.3 (2022): 235-238.
 14. Navarro-Martín, José Miguel, and Leonel Alfonso Pedraza-González. "Encuesta acerca de las barreras en la práctica de la cirugía laparoscópica en Ginecología y Obstetricia." *Ginecología y obstetricia de México* 89.1 (2021): 24-33.

15. HERNÁNDEZ, DRAMDEL. *REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LAS COMPLICACIONES EN LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA GINECOLÓGICA*. Diss. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, 2023.

**Manejo de la Disfunción Menstrual:
Dismenorrea, Amenorrea y
Metrorragia**

Allison Valeria Cajamarca Méndez

Médico General - Universidad de Guayaquil

Introducción

Las disfunciones menstruales, incluyendo dismenorrea, amenorrea y metrorragia, son trastornos ginecológicos comunes que afectan significativamente la calidad de vida y la salud reproductiva de las mujeres [1]. Su manejo eficaz requiere un enfoque multidisciplinario que combine una evaluación diagnóstica precisa con estrategias terapéuticas personalizadas. Este artículo analiza las principales características, diagnósticos y tratamientos de estas condiciones.

Dismenorrea

Introducción

La dismenorrea, definida como el dolor pélvico cíclico asociado con la menstruación, es uno de los trastornos ginecológicos más comunes, que afecta a hasta el 90% de las mujeres en edad reproductiva [1]. Se clasifica en **primaria**, cuando no hay patología subyacente, y **secundaria**, cuando está asociada con condiciones como

endometriosis o adenomiosis. Su impacto en la calidad de vida y productividad laboral hace que su manejo sea esencial para la salud femenina.

Clasificación

1. Dismenorrea primaria:

- Relacionada con un exceso de prostaglandinas en el endometrio, que causa contracciones uterinas dolorosas.
- Aparece típicamente dentro de los primeros años postmenarca.

2. Dismenorrea secundaria:

- Asociada a enfermedades ginecológicas subyacentes como endometriosis, miomas uterinos o enfermedad inflamatoria pélvica.
- Suele presentarse en mujeres mayores de 25 años, con síntomas progresivos y refractarios a los tratamientos convencionales [2].

Evaluación Clínica

Historia clínica detallada:

- Inicio, duración e intensidad del dolor.
- Relación con el ciclo menstrual.
- Respuesta a tratamientos previos.
- Presencia de síntomas asociados como dispareunia, metrorragia o infertilidad.

Examen físico:

- En dismenorrea primaria, el examen físico suele ser normal.
- En casos secundarios, se pueden detectar signos de endometriosis, masas pélvicas o dolor localizado durante la palpación bimanual [3].

Diagnóstico

1. Laboratorios:

- No suelen ser necesarios en la dismenorrea primaria.

- En la secundaria, pueden incluir pruebas de infección, hemograma o marcadores tumorales según los hallazgos clínicos.

2. Imágenes diagnósticas:

- **Ecografía transvaginal:** Herramienta inicial para evaluar miomas, quistes ováricos o adenomiosis.
- **Resonancia magnética (RM):** Indicada para casos complejos, sospecha de endometriosis profunda o adenomiosis.

3. Laparoscopia diagnóstica:

- Estándar de oro para confirmar endometriosis u otras patologías pélvicas en casos refractarios [4].

Manejo

1. Tratamiento farmacológico:

- **AINEs:** Primera línea de tratamiento, inhiben la síntesis de prostaglandinas. Ejemplo: ibuprofeno, naproxeno.

- **Anticonceptivos hormonales combinados:** Reducen la ovulación y estabilizan el endometrio. Alternativa para pacientes que buscan anticoncepción.
- **Progestinas:** Indicadas en casos secundarios o en pacientes intolerantes a los anticonceptivos combinados [5].

2. Manejo no farmacológico:

- **Calor local:** Compresas calientes para aliviar el dolor.
- **Ejercicio físico:** Mejora la circulación y reduce la tensión muscular.
- **Suplementos:** Vitamina E, omega-3 y magnesio pueden tener efectos beneficiosos [6].

3. Tratamiento quirúrgico:

- Indicado en dismenorrea secundaria refractaria.
- Procedimientos: resección laparoscópica de implantes endometriósicos,

miomectomía o histerectomía en casos severos.

4. Terapias complementarias:

- Acupuntura y técnicas de relajación han mostrado beneficios en algunos estudios, aunque la evidencia aún es limitada.

Complicaciones y Pronóstico

La dismenorrea primaria responde bien al tratamiento farmacológico y no tiene complicaciones a largo plazo. En casos secundarios, el pronóstico depende del manejo de la patología subyacente. La falta de tratamiento adecuado puede llevar a complicaciones como infertilidad en la endometriosis o progresión de patologías como miomas [7].

Amenorrea

Introducción

La amenorrea, definida como la ausencia de menstruación, puede ser un signo de disfunción reproductiva o sistémica. Se clasifica en **primaria**, cuando la menstruación no ha comenzado a los 15 años con desarrollo puberal normal, o **secundaria**, cuando cesa durante más de tres ciclos consecutivos en mujeres previamente regulares [1]. Este trastorno requiere una evaluación sistemática para identificar su etiología y establecer un manejo adecuado.

Clasificación

1. Amenorrea primaria:

- Asociada a anomalías congénitas (síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser) o alteraciones genéticas (síndrome de Turner).
- Puede deberse a disfunción hipotalámica o hipofisaria.

2. Amenorrea secundaria:

- Frecuentemente relacionada con causas funcionales (estrés, pérdida de peso, ejercicio extremo).
- Puede ser indicativa de patologías como el síndrome de ovario poliquístico (SOP), insuficiencia ovárica primaria o hiperprolactinemia [2].

Etiología

Nivel	Causas Comunes
Hipotalámico	Estrés, anorexia nerviosa, síndrome de Kallmann, ejercicio excesivo.
Hipofisario	Prolactinomas, síndrome de Sheehan, adenomas hipofisarios, hiperprolactinemia.
Ovariano	SOP, insuficiencia ovárica primaria, disgenesia gonadal, síndrome de Turner.
Uterino/vagina	Síndrome de Asherman, anomalías müllerianas, himen imperforado.

Evaluación Diagnóstica

1. Historia clínica detallada

- Edad de la menarquia, ciclos menstruales previos.
- Factores de estrés, ejercicio, cambios de peso.
- Uso de medicamentos (antipsicóticos, anticonceptivos).
- Historia familiar de enfermedades endocrinas o genéticas.

2. Examen físico

- Evaluar características sexuales secundarias.
- Buscar signos de hiperandrogenismo (hirsutismo, acné) o dismorfismos (síndrome de Turner).

3. Estudios complementarios

- **Laboratorios:** FSH, LH, TSH, prolactina, niveles de estradiol, testosterona y andrógenos.
- **Imagenología:**

- Ecografía pélvica: Evaluación de útero y ovarios.
- Resonancia magnética (RM): En sospecha de patologías hipotalámicas o hipofisarias.
- **Pruebas adicionales:** Test de progesterona para evaluar la producción de estrógenos.

Manejo

1. Amenorrea primaria

- **Disgenesia gonadal (p. ej., síndrome de Turner):** Terapia de reemplazo hormonal (estrógenos y progestágenos).
- **Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser:** Abordaje multidisciplinario con cirugía reconstructiva vaginal y soporte psicológico.
- **Hipogonadismo hipogonadotrópico:** Tratamiento con gonadotropinas para inducción de la pubertad.

2. Amenorrea secundaria

- **Causas funcionales:** Modificación del estilo de vida (ganancia de peso, reducción de estrés, ajuste de actividad física).
- **SOP:** Anticonceptivos orales combinados para regular ciclos y reducir hiperandrogenismo, metformina en caso de resistencia a la insulina.
- **Insuficiencia ovárica primaria:** Terapia hormonal para prevenir osteoporosis y mejorar calidad de vida.
- **Hiperprolactinemia:** Agonistas de dopamina (cabergolina o bromocriptina).

3. Terapias quirúrgicas

- **Síndrome de Asherman:** Adhesiolisis histeroscópica.
- **Himen imperforado:** Corrección quirúrgica para permitir el flujo menstrual.

Complicaciones y Pronóstico

La amenorrea puede tener implicaciones significativas si no se aborda adecuadamente:

- **Infertilidad:** Asociada a patologías como SOP o insuficiencia ovárica primaria.
- **Complicaciones metabólicas:** Hiperplasia endometrial, osteoporosis, riesgo cardiovascular en ausencia de tratamiento hormonal.
- **Impacto psicológico:** Ansiedad y depresión son comunes en mujeres con amenorrea prolongada [3].

El pronóstico varía según la etiología; las causas funcionales suelen ser reversibles, mientras que las genéticas o estructurales pueden requerir tratamientos prolongados o definitivos.

Metrorragia: Diagnóstico y Manejo Integral

Introducción

La metrorragia, definida como sangrado uterino irregular que ocurre entre los ciclos menstruales, es un trastorno ginecológico frecuente que afecta a mujeres en diferentes etapas de la vida. Puede deberse a causas funcionales (anovulación) o estructurales (miomas, pólipos, hiperplasia endometrial) [1]. Este artículo aborda su clasificación, evaluación diagnóstica y estrategias terapéuticas.

Clasificación

La clasificación de la metrorragia sigue el sistema **PALM-COEIN** propuesto por la FIGO, que agrupa las causas en dos categorías principales:

1. Causas estructurales (PALM):

- **P:** Pólipos endometriales.
- **A:** Adenomiosis.
- **L:** Leiomiomas (submucosos, intramurales).
- **M:** Malignidad o hiperplasia endometrial.

2. Causas no estructurales (COEIN):

- **C:** Coagulopatías.
- **O:** Ovulatorias (anovulación, disfunción del cuerpo lúteo).
- **E:** Endometriales (defectos en el proceso de reparación endometrial).
- **I:** Iatrogénicas (anticonceptivos, DIU).
- **N:** No clasificadas (infecciones, trauma) [2].

Evaluación Diagnóstica

1. Historia clínica

- Características del sangrado: duración, cantidad, relación con el ciclo menstrual.
- Factores asociados: uso de medicamentos, antecedentes de procedimientos uterinos.
- Síntomas acompañantes: dolor pélvico, pérdida de peso, fiebre.

2. Examen físico

- Inspección del canal vaginal y cérvix.

- Palpación bimanual para evaluar tamaño y consistencia uterina.

3. Estudios complementarios

- **Laboratorios:** Hemograma completo (para descartar anemia), pruebas de coagulación, perfil hormonal (FSH, LH, prolactina).
- **Imágenes:**
 - **Ecografía transvaginal:** Primer estudio de elección para identificar pólipos, miomas o anomalías endometriales.
 - **Histeroscopia:** Permite visualización directa y biopsia en caso de sospecha de malignidad.
- **Biopsia endometrial:** Requerida en mujeres >35 años con factores de riesgo para cáncer endometrial o en casos de hiperplasia sospechada [3].

Manejo

1. Manejo médico:

- **Anticonceptivos hormonales combinados:** Regulan el ciclo menstrual y reducen el sangrado.
- **Progestinas:** Indicadas en hiperplasia endometrial sin atipia o en pacientes intolerantes a estrógenos.
- **Agentes antifibrinolíticos (ácido tranexámico):** Útiles para el control agudo del sangrado.
- **Dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG):** Eficaces en el control de metrorragia crónica asociada a hiperplasia leve o pólipos pequeños [4].

2. Manejo quirúrgico:

- **Resección histeroscópica:** Tratamiento de elección para pólipos endometriales y miomas submucosos.
- **Ablación endometrial:** Indicada en mujeres que no desean preservar su

fertilidad, con metrorragia refractaria al manejo médico.

- **Histerectomía:** Última opción para pacientes con metrorragia severa asociada a malignidad o miomas grandes [5].

3. Tratamiento dirigido a la causa subyacente:

- **Coagulopatías:** Terapia con desmopresina o concentrados de factor de coagulación.
- **Malignidad:** Abordaje oncológico con cirugía, radioterapia o quimioterapia según el estadio.
- **Disfunción ovulatoria:** Inducción de la ovulación en mujeres con deseo de embarazo (clomifeno, letrozol).

Complicaciones

Si no se trata adecuadamente, la metrorragia puede derivar en complicaciones como:

- **Anemia ferropénica:** Por sangrado crónico.

- **Infertilidad:** En casos relacionados con disfunción ovulatoria o hiperplasia endometrial no tratada.
- **Progresión a malignidad:** Especialmente en hiperplasia endometrial atípica no manejada oportunamente [6].

Pronóstico

El pronóstico de la metrorragia depende de la causa subyacente y la respuesta al tratamiento. En la mayoría de los casos, las intervenciones médicas y quirúrgicas logran un control efectivo del sangrado, mejorando significativamente la calidad de vida.

Tabla Resumen: Dismenorrea, Amenorrea y Metrorragia

Patología	Definición	Causas Comunes	Diagnóstico	Tratamiento
Dismenorrea	Dolor pélvico asociado a la menstruación, cíclico y recurrente.	- Primaria: Exceso de prostaglandinas. - Secundaria: Endometriosis, adenomiosis, miomas.	- Historia clínica. - Ecografía pélvica. - Laparoscopia en casos secundarios refractarios.	- AINEs, anticonceptivos hormonales. - Tratamiento de la causa subyacente (resección de endometriosis, miomectomía).
Amenorrea	Ausencia de menstruación durante más de 3 ciclos consecutivos o ausencia de menarquia a los 15 años.	- Primaria: Disgenesia gonadal (Turner), anomalías müllerianas. - Secundaria: SOP, insuficiencia ovárica, estrés, hiperprolactinemia, síndrome de Asherman.	- Hormonas (FSH, LH, prolactina, TSH). - Ecografía pélvica. - RM para alteraciones hipotalámicas o hipofisarias.	- Terapia hormonal (estrógenos, progestágenos). - Manejo de la causa subyacente (agonistas de dopamina, adhesiolisis).

Metrorragia	Sangrado uterino irregular que ocurre fuera del ciclo menstrual.	- PALM: Pólipos, adenomiosis, leiomiomas, malignidad. - COEIN: Anovulación, coagulopatías, iatrogénico (anticonceptivos, DIU).	- Hemograma, perfil hormonal. - Ecografía transvaginal. - Histeroscopia y biopsia endometrial en mujeres >35 años.	- Anticonceptivos hormonales, DIU-LNG. - Resección histeroscópica de pólipos o miomas. - Ablación endometrial.
--------------------	--	---	--	--

Conclusión

El manejo de la disfunción menstrual requiere una evaluación detallada y un enfoque individualizado basado en las necesidades y características de cada paciente. Las terapias disponibles, que van desde cambios en el estilo de vida hasta intervenciones quirúrgicas avanzadas, permiten abordar estas condiciones con éxito. La educación y el acceso temprano a la atención médica son fundamentales para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida.

Referencias

1. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, et al. The FIGO classification system for causes of abnormal uterine bleeding. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;113(1):3-13.
2. Fraser IS, Critchley HO, Munro MG, et al. A process designed to lead to international agreement on terminologies and definitions. *Fertil Steril.* 2020;95(7):2204-11.
3. Chapron C, Vannuccini S, Santulli P, et al. Diagnosing adenomyosis: an integrated clinical and imaging approach. *Hum Reprod Update.* 2020;26(3):392-411.
4. De Groot PC, Dekkers OM, Romijn JA, et al. PCOS, coronary heart disease, stroke and the influence of obesity. *Endocr Connect.* 2021;3(3):R47-54.
5. Klein DA, Poth MA. Amenorrhea: an approach to diagnosis and management. *Am Fam Physician.* 2022;87(11):781-8.
6. Lethaby A, Shepperd S, Cooke I, et al. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;(4):CD002126.
7. Proctor ML, Smith CA, Farquhar CM, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(1):CD002123.
8. Nelson LM. Clinical practice. Primary ovarian insufficiency. *N Engl J Med.* 2021;360(6):606-14.
9. Dawood MY. Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management. *Obstet Gynecol.* 2021;108(2):428-41.
10. Burnett M, Lemyre M. No. 345-Primary Dysmenorrhoea Consensus Guideline. *J Obstet Gynaecol Can.* 2022;39(7):585-95.

Endometriosis Profunda: Diagnóstico, Manejo Multidisciplinario y Nuevas Perspectivas Terapéuticas

Roxana Lisbeth Delgado Cherres

Licenciada en Enfermería

Magister en Gerencia Hospitalaria y
Administración de Hospitales

Enfermera A5 Hospital Básico de Pedernales “Dr.
Francisco Vasquez Balda

Introducción

La endometriosis profunda (EP) es una forma grave de endometriosis que afecta aproximadamente al 20% de las mujeres diagnosticadas con esta enfermedad [1]. Se caracteriza por la infiltración del tejido endometrial más de 5 mm bajo el peritoneo, afectando estructuras pélvicas como el tabique rectovaginal, los ligamentos uterosacros, la vejiga y el intestino. La EP se asocia con dolor severo, infertilidad y un impacto significativo en la calidad de vida, lo que requiere un enfoque diagnóstico y terapéutico integral [2].

Clasificación de la Endometriosis Profunda

1. Clasificación Anatómica

La EP se clasifica según la localización anatómica de las lesiones [1,2]:

Localización	Descripción
Ligamentos uterosacros	Afectación frecuente, asociada con dolor pélvico severo y dispareunia.
Tabique rectovaginal	Lesiones infiltrantes entre la vagina y el recto; puede causar disquecia y dispareunia.
Intestino	Compromiso del recto, sigmoide o ciego; asociado a síntomas gastrointestinales como disquecia.
Vejiga y uréter	Lesiones en la vejiga o uréter; causan disuria y obstrucción urinaria.
Otros sitios extrapelvianos	Casos raros, como diafragma, pared abdominal o pulmón.

2. Clasificación de la American Society for Reproductive Medicine (ASRM)

La ASRM proporciona un sistema de puntuación para todas las formas de endometriosis, incluida la EP, basado en la localización, profundidad de las lesiones y adherencias [3].

Estadios de la endometriosis según ASRM:

1. **Estadio I (mínima):** Pocas lesiones superficiales.
2. **Estadio II (leve):** Lesiones más profundas, mínimas adherencias.
3. **Estadio III (moderada):** Quistes ováricos y adherencias moderadas.
4. **Estadio IV (severa):** Lesiones extensas, adherencias severas, compromiso multiorgánico.

3. Clasificación ENZIAN

El sistema ENZIAN fue diseñado específicamente para la EP y complementa la clasificación ASRM [4,5]. Este sistema describe las lesiones según su ubicación y tamaño:

Compartimento	Descripción
A (rectovaginal)	Lesiones en el tabique rectovaginal.
B (intestino posterior)	Lesiones en el recto o sigmoide.
C (intestino anterior)	Lesiones en la vejiga o uréter.

Subclasificación según tamaño de las lesiones:

- **a (1-3 cm).**
- **b (3-5 cm).**
- **c (>5 cm).**

Este sistema permite una evaluación más precisa de las lesiones y su extensión en contextos quirúrgicos [6].

Prevalencia

- La prevalencia general de la endometriosis se estima entre el 6% y el 10% de las mujeres en edad reproductiva [1].
- Dentro de esta población, se calcula que aproximadamente el 20%-30% de los casos corresponden a endometriosis profunda [2].
- La EP es más común en mujeres con síntomas severos de dolor pélvico crónico y dispareunia profunda, así como en aquellas con infertilidad inexplicada [3].

Factores de Riesgo

- Historia familiar: Las mujeres con antecedentes familiares de endometriosis tienen hasta 7 veces más probabilidad de desarrollar la enfermedad [4].
- Edad: La EP se diagnostica principalmente en mujeres de 25 a 40 años, aunque puede iniciarse en la adolescencia.
- Factores hormonales: La exposición prolongada a estrógenos, como en casos de menarquia temprana (<12 años) o ciclos menstruales cortos (<27 días), aumenta el riesgo [5].
- Estilo de vida: Estrés crónico, dieta rica en grasas trans y sedentarismo han sido asociados con una mayor incidencia de endometriosis en general, incluyendo la EP [6].

Cuadro Clínico

La **endometriosis profunda (EP)** se caracteriza por un cuadro clínico complejo y variable que depende de la

localización y extensión de las lesiones. A continuación, se describe el cuadro clínico más frecuente:

Síntomas Comunes

Síntoma	Descripción	Frecuencia Aproximada
Dolor pélvico crónico	Dolor persistente en la región pélvica, con exacerbación durante la menstruación.	70%-90% [1].
Dismenorrea severa	Dolor menstrual incapacitante que no responde a tratamientos convencionales.	80%-90% [2].
Dispareunia profunda	Dolor durante las relaciones sexuales, especialmente con penetración profunda.	40%-70% [3].
Disquecia	Dolor al defecar, más intenso durante la menstruación, asociado a lesiones en el tabique rectovaginal.	30%-60% [4].

Alteraciones urinarias	Disuria, hematuria o urgencia urinaria relacionadas con lesiones en vejiga o uréteres.	10%-15% [5].
Infertilidad	Dificultad para concebir debido a inflamación crónica, adherencias pélvicas o daño ovárico.	30%-50% [6].

Síntomas Según Localización

1. Afectación intestinal:

- Dolor abdominal, cambios en el hábito intestinal (diarrea, estreñimiento), rectorragia durante la menstruación.
- Puede simular síndrome de intestino irritable o enfermedad inflamatoria intestinal.

2. Afectación del tabique rectovaginal:

- Dolor al defecar o al mantener relaciones sexuales.

- Presencia de masas palpables durante el examen pélvico o rectal.

3. Afectación vesical y ureteral:

- Hematuria cíclica, disuria y dolor suprapúbico durante la menstruación.
- Compromiso ureteral puede llevar a hidronefrosis y daño renal si no se trata.

4. Afectación extrapelviana:

- Dolor torácico cíclico, hemoptisis (afectación pulmonar).
- Dolor en la región diafragmática asociado a lesiones diafragmáticas.

Síntomas Sistémicos

- Fatiga crónica, a menudo relacionada con la inflamación sistémica [7].
- Ansiedad y depresión debido al dolor crónico y el impacto en la calidad de vida [8].

Variabilidad Clínica

La severidad de los síntomas no siempre se correlaciona con la extensión de las lesiones. Algunas mujeres con lesiones profundas pueden ser asintomáticas, mientras que otras con enfermedad menos extensa presentan síntomas severos [9].

Diagnóstico de la Endometriosis Profunda

El diagnóstico de la endometriosis profunda (EP) es un desafío clínico debido a la variabilidad en la presentación de los síntomas y la dificultad para identificar lesiones profundas mediante métodos convencionales. El diagnóstico se basa en una combinación de historia clínica, examen físico, estudios por imagen y confirmación quirúrgica cuando sea necesario.

1. Historia Clínica

La anamnesis es clave para sospechar endometriosis profunda. Los puntos importantes incluyen:

- Dolor pélvico crónico relacionado con el ciclo menstrual.
- Dispareunia profunda, disquecia o síntomas urinarios cíclicos.
- Infertilidad o antecedentes de tratamientos de reproducción asistida [1].

Pistas clínicas relevantes:

- Dolor severo que no responde a tratamientos convencionales (AINEs, anticonceptivos).
- Historia familiar de endometriosis.

2. Examen Físico

El examen físico permite identificar áreas de sensibilidad o masas sugestivas:

- **Palpación bimanual:** Dolor o nódulos en los ligamentos uterosacros, tabique rectovaginal o anexos.

- **Especuloscopia:** Lesiones visibles en la cúpula vaginal o cicatrices endometriósicas.
- **Tacto rectal:** Identificación de nódulos en el tabique rectovaginal o infiltración rectal [2].

3. Estudios por Imagen

Los estudios por imagen son fundamentales para evaluar la extensión de las lesiones y planificar el manejo:

Método	Ventajas	Limitaciones
Ecografía transvaginal	Primer estudio de elección para detectar lesiones infiltrantes en pelvis y anexos [3].	Menos efectiva para lesiones extrapelvianas o pequeñas.
Resonancia magnética (RM)	Estándar de oro para evaluar la extensión de la enfermedad y compromiso multiorgánico [4].	Mayor costo y menos disponibilidad en áreas de bajos recursos.

Ecografía intestinal	Útil para evaluar compromiso rectosigmoideo en caso de síntomas digestivos.	Limitada a operadores especializados.
-----------------------------	---	---------------------------------------

4. Laparoscopia Diagnóstica

Considerada el **estándar de oro** para confirmar el diagnóstico:

- Permite visualizar lesiones profundas, adherencias y otros hallazgos típicos.
- La toma de biopsia confirma el diagnóstico histológico [5].

Indicaciones:

- Dolor severo refractario al tratamiento médico.
- Sospecha de compromiso multiorgánico.
- Infertilidad asociada sin otra causa aparente.

5. Biomarcadores

Aunque actualmente no se utilizan de forma rutinaria, se están investigando biomarcadores séricos y urinarios para el diagnóstico de la endometriosis:

- **CA-125:** Puede estar elevado, pero tiene baja especificidad.
- **Biomarcadores emergentes:** Proteínas inflamatorias y factores angiogénicos están en estudio como herramientas diagnósticas [6].

6. Diagnóstico Diferencial

Es importante distinguir la endometriosis profunda de otras condiciones con síntomas similares:

- **Miomas uterinos:** Asociados a metrorragia más que a dolor cíclico.
- **Enfermedad inflamatoria pélvica:** Dolor pélvico con antecedentes de infección.
- **Síndrome de intestino irritable:** Alteraciones del hábito intestinal sin patrón cíclico.
- **Cistitis intersticial:** Disuria crónica sin hematuria cíclica [7].

7. Rol del Equipo Multidisciplinario

El diagnóstico de la EP debe ser respaldado por un equipo multidisciplinario que incluya:

- Ginecólogos especializados en endometriosis.
- Radiólogos expertos en estudios de imagen pélvicos.
- Cirujanos colorrectales o urológicos para casos con compromiso intestinal o urinario.

Conclusión

El diagnóstico de la endometriosis profunda requiere una aproximación sistemática que combine historia clínica detallada, examen físico dirigido y herramientas diagnósticas avanzadas. La laparoscopia sigue siendo fundamental para confirmar el diagnóstico, aunque los avances en imagenología han mejorado la precisión diagnóstica y facilitado el manejo de esta compleja condición.

Tratamiento de la Endometriosis Profunda

El tratamiento de la endometriosis profunda (EP) es complejo y requiere un enfoque personalizado, basado en los síntomas, la extensión de la enfermedad y los deseos reproductivos de la paciente. El manejo óptimo combina opciones médicas, quirúrgicas y terapias complementarias, respaldadas por un equipo multidisciplinario.

1. Tratamiento Médico

El tratamiento médico está dirigido principalmente al control del dolor y la supresión de la actividad endometriósica. No elimina las lesiones, pero puede retrasar su progresión.

Fármaco	Mecanismo de acción	Indicaciones	Efectos secundarios
Anticonceptivos combinados	Inhiben la ovulación y reducen el estímulo hormonal en las lesiones.	Primera línea para dolor leve/moderado [1].	Náuseas, cefalea, aumento de peso.
Progestinas	Atrofian las lesiones endometriósicas.	Alternativa para pacientes con contraindicación a estrógenos [2].	Cambios de humor, manchado irregular.
Agonistas de GnRH	Inhiben la secreción de FSH y LH, induciendo un estado de pseudomenopausia.	Dolor severo refractario a otros tratamientos.	Sofocos, osteoporosis, sequedad vaginal.
Antagonistas de GnRH	Bloquean directamente los receptores de	Alternativa a los agonistas con menor	Sofocos leves, náuseas.

	GnRH, reduciendo el estímulo hormonal.	perfil de efectos secundarios [3].	
AINEs (ibuprofeno, naproxeno)	Reducen la inflamación y el dolor asociado.	Dolor leve asociado a la menstruación.	Gastrointestinales (dispepsia, úlceras).

2. Tratamiento Quirúrgico

La cirugía está indicada en casos de dolor severo refractario al tratamiento médico, infertilidad asociada o compromiso de órganos.

1. Resección laparoscópica:

- Primera elección para eliminar lesiones profundas, restaurar la anatomía y aliviar el dolor.
- Implica la extirpación de lesiones infiltrantes en ligamentos uterosacos, tabique rectovaginal, intestino o vejiga [4].

2. Cirugía colorrectal o urológica:

- Indicada en casos de compromiso intestinal (resección del recto/sigmoide) o urinario (ureterolisis, cistectomía parcial).
- Debe realizarse en centros especializados para reducir complicaciones.

3. Histerectomía con o sin ooforectomía:

- Última opción en pacientes sin deseos de fertilidad y con síntomas severos que no responden a otros tratamientos.

3. Reproducción Asistida

La infertilidad afecta hasta el **50%** de las mujeres con EP. Las técnicas de reproducción asistida son esenciales para mejorar las tasas de embarazo:

1. Fertilización in vitro (FIV):

- Indicada en pacientes con infertilidad asociada a adherencias severas o fallos en otros tratamientos.

- Ofrece mejores tasas de éxito en comparación con técnicas convencionales [5].

2. Inducción de la ovulación:

- Para mujeres con EP leve-moderada y sin alteraciones anatómicas significativas.

4. Terapias Complementarias

1. Acupuntura:

- Puede aliviar el dolor crónico asociado a la EP, aunque la evidencia es limitada [6].

2. Fisioterapia pélvica:

- Ayuda a mejorar la función pélvica y reducir el dolor.

3. Dietoterapia:

- Dietas antiinflamatorias ricas en omega-3, frutas y verduras pueden ser beneficiosas.

5. Nuevas Perspectivas Terapéuticas

1. Terapias moleculares:

- Inhibidores de aromatasas y moduladores selectivos de receptores de progesterona están en investigación para tratar la EP sin los efectos adversos de los agonistas de GnRH [7].

2. Medicina regenerativa:

- Uso de células madre para reparar tejidos dañados por la inflamación crónica.

3. Inmunoterapia:

- Enfocada en modular la respuesta inflamatoria e inmunológica alterada en la EP.

Estrategia Multidisciplinaria

El tratamiento ideal para la EP requiere un enfoque multidisciplinario que incluya ginecólogos, radiólogos, cirujanos colorrectales o urológicos, especialistas en reproducción asistida y psicólogos. La personalización del tratamiento es clave para optimizar los resultados y mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Pronóstico de la Endometriosis Profunda

El pronóstico de la **endometriosis profunda (EP)** depende de múltiples factores, incluidos la extensión de la enfermedad, el tratamiento recibido y los objetivos individuales de la paciente, como el alivio del dolor o la preservación de la fertilidad. Aunque no existe una cura definitiva, los avances en el manejo multidisciplinario han mejorado significativamente los resultados en términos de calidad de vida, control de síntomas y fertilidad.

Factores que Influyen en el Pronóstico

1. Extensión de la enfermedad:

- Las lesiones profundas y el compromiso multiorgánico pueden dificultar el manejo y aumentar el riesgo de recurrencia [1].

2. Respuesta al tratamiento:

- Las terapias hormonales y quirúrgicas suelen proporcionar alivio significativo del dolor, aunque la recurrencia sigue siendo una preocupación.

3. **Objetivo del tratamiento:**

- Mujeres que buscan aliviar el dolor tienen mejores resultados que aquellas con infertilidad asociada, ya que la fertilidad puede no restaurarse completamente incluso después del tratamiento [2].

4. **Adherencia al seguimiento:**

- El seguimiento regular y el tratamiento de mantenimiento mejoran los desenlaces a largo plazo.

Dolor Crónico

- El dolor pélvico crónico asociado a la EP responde bien al tratamiento hormonal y quirúrgico en el 60%-80% de los casos [3].
- Sin embargo, el **riesgo de recurrencia del dolor** tras el tratamiento quirúrgico se sitúa entre el 20%-40% en los primeros 5 años [4].
- Los programas de rehabilitación y manejo del dolor crónico son esenciales para pacientes con recurrencia de los síntomas.

Fertilidad

- **Mujeres tratadas quirúrgicamente:**
 - La cirugía laparoscópica mejora las tasas de fertilidad en pacientes con EP, especialmente aquellas con lesiones en el tabique rectovaginal o adherencias pélvicas [5].
 - Sin embargo, las tasas de embarazo espontáneo tras cirugía oscilan entre el 30%-50%, dependiendo de la extensión de la enfermedad.
- **Reproducción asistida:**
 - La fertilización in vitro (FIV) ofrece una opción efectiva para pacientes con infertilidad persistente tras cirugía, con tasas de éxito de hasta el 50%-60% por ciclo [6].

Recurrencia

La EP es una enfermedad crónica con un riesgo significativo de recurrencia:

- **Post-cirugía:** Recurrencia del dolor o nuevas lesiones en un 20%-40% de las pacientes a los 5 años [7].
- **Factores que aumentan el riesgo de recurrencia:**
 - Extensión inicial de la enfermedad.
 - Persistencia de actividad ovárica (en mujeres sin tratamiento hormonal tras cirugía).
 - Ausencia de seguimiento adecuado.

La terapia hormonal de mantenimiento puede reducir el riesgo de recurrencia significativamente.

Calidad de Vida

- **Impacto físico:**
 - El tratamiento adecuado reduce el dolor y mejora la funcionalidad física en más del 70% de las pacientes [8].
- **Impacto emocional:**

- La EP afecta significativamente la salud mental debido a su naturaleza crónica y la asociación con infertilidad.
- La intervención psicológica y el apoyo emocional son cruciales para mejorar el bienestar general.

Progresión a Malignidad

Aunque raro, existe un riesgo leve de transformación maligna de las lesiones endometriósicas:

- Se estima en menos del 1% y se asocia principalmente con endometriomas ováricos [9].
- La vigilancia adecuada es clave en mujeres con lesiones persistentes o de gran tamaño.

Nuevas Perspectivas

- Los avances en terapias dirigidas, como los antagonistas de GnRH y la inmunoterapia, ofrecen nuevas esperanzas para un control más efectivo y prolongado de la enfermedad.

- El uso de biomarcadores para monitoreo temprano podría mejorar el pronóstico al identificar recurrencias en etapas iniciales [10].

Conclusión

El pronóstico de la endometriosis profunda ha mejorado significativamente con los avances en el tratamiento y el enfoque multidisciplinario. Aunque la recurrencia es un desafío, el manejo adecuado puede ofrecer alivio del dolor, preservación de la fertilidad y una mejor calidad de vida a largo plazo. La personalización del tratamiento y el seguimiento continuo son esenciales para optimizar los resultados en cada paciente.

Referencias

1. Zamora, María Ángeles Martínez. "Generalidades. Definición, factores de riesgo, etiopatología/fisiopatología, tipos de endometriosis, clasificación." [https://www. ffomc.org/PAS](https://www.ffomc.org/PAS).
2. Rubio Rodríguez, Susana. "Ecografía transvaginal versus resonancia magnética en el diagnóstico de endometriosis profunda." (2022).
3. Cepeda-Silva, Armando, et al. "Endometriosis colorrectal. Una propuesta de clasificación complementaria y de manejo quirúrgico por etapas." *Cirugía y cirujanos* 92.1 (2024): 104-111.
4. Marcel, Grube., Maren, Castan., Alexander, Drechsel-Grau., Teresa, Praetorius., Karen, F., Greif., Annette, Staebler., Felix, Neis., Katharina, Rall., Bernhard, Kraemer., Stefan, Kommoss., Jürgen, Andress. Diagnostics and Surgical Treatment of Deep Endometriosis—Real-World Data from a Large Endometriosis Center. *Stomatology*, (2024).;13(22):6783-6783. doi: 10.3390/jcm13226783
5. Nadejda, Codreanu., Elena, M., Ivanova. Deep endometriosis – impact on infertility, endometriosis fertility index, and reproductive prognosis (comparative study). *Moldovan Journal of Health Sciences*, (2024).;11(3):22-26. doi: 10.52645/mjhs.2024.3.03
6. Elena, M., Ivanova., Nadejda, Codreanu. Deep endometriosis – diagnosis and impact on quality of life. *Moldovan Journal of Health Sciences*, (2024).;11(2):17-26. doi: 10.52645/mjhs.2024.2.03
7. Alexander, Drechsel-Grau., Marcel, Grube., Felix, Neis., Birgitt, Schoenfisch., Stefan, Kommoss., Katharina, Rall., Sara, Y., Brucker., Bernhard, Kraemer., Juergen, Andress. Long-Term Follow-Up Regarding Pain Relief, Fertility, and

- Re-Operation after Surgery for Deep Endometriosis. *Stomatology*, (2024).;13(17):5039-5039. doi: 10.3390/jcm13175039
8. S., I., Savolyuk., O.Y., Shevaga., D., S., Zavertylenko. Personal experience of simultaneous surgical treatment of patients with deep infiltrative endometriosis affecting the rectosigmoid sections of the large intestine. *Ukrains'kij žurnal Perinatologîâ i pediatriâ*, (2024).74-78. doi: 10.15574/pp.2024.3(99).7478
 9. J., Clay., A., Spivak., D., Raymond., T., Gallant., M., Luna, Russo. Multidisciplinary surgical management of deep endometriosis with single robot port set-up. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, (2024). doi: 10.1016/j.ajog.2024.02.277
 10. Georgios, Grigoriadis., Angelos, Daniilidis., Benjamin, Merlot., Konstantinos, Stratakis., T., Dennis., Adrien, Crestani., Isabella, Chanavaz-Lacheray., Horace, Roman. Surgical treatment of deep endometriosis: Impact on spontaneous conception.. *Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology*, (2024).;93:102455-102455. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2024.102455