



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2026,
Volumen 10, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i5

MANEJO ACTUAL DE LA ENDOMETRIOSIS: DIAGNÓSTICO CONTEMPORÁNEO, TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO Y NUEVAS PERSPECTIVAS TERAPÉUTICAS

**CURRENT MANAGEMENT OF ENDOMETRIOSIS:
CONTEMPORARY DIAGNOSIS, INDIVIDUALIZED
TREATMENT, AND EMERGING THERAPEUTIC
PERSPECTIVES**

Jessica Mildred Jiménez Fuentes

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional #36

Alexia Andrea Lopez García

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona #20, “la margarita”

Amy Jocelyn Mengual Ku

Universidad de las Américas Puebla

Manejo actual de la endometriosis: diagnóstico contemporáneo, tratamiento individualizado y nuevas perspectivas terapéuticas

Jessica Mildred Jiménez Fuentes¹

miiildred@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8383-8006>

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital
General Regional #36
México

Alexia Andrea Lopez García

lpez.a@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-2983-2923>

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital
General de Zona #20, “la margarita”
México

Amy Jocelyn Mengual Ku

dra.amymengualku@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-1058-9434>

Universidad de las Americas Puebla
México

RESUMEN

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria crónica, estrógeno-dependiente y heterogénea, asociada con dolor pélvico, infertilidad y deterioro significativo de la calidad de vida. Durante los últimos años, su abordaje ha experimentado una transformación sustancial, particularmente por el abandono progresivo de la laparoscopia como requisito universal para establecer el diagnóstico, el mayor protagonismo de la evaluación clínica y de las técnicas de imagen especializadas, y la incorporación de nuevas alternativas farmacológicas. El objetivo de esta revisión fue analizar críticamente la evidencia contemporánea sobre el diagnóstico y tratamiento de la endometriosis, integrando estrategias farmacológicas, quirúrgicas y reproductivas, así como los avances dirigidos hacia una atención individualizada. Se realizó una revisión narrativa estructurada de literatura científica y guías clínicas, priorizando publicaciones entre 2020 y 2026. El manejo actual debe orientarse por los síntomas, fenotipo y localización de la enfermedad, edad, deseo reproductivo, reserva ovárica, tratamientos previos y preferencias de la paciente. Las terapias hormonales continúan siendo fundamentales para el control del dolor, mientras que los antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas amplían las opciones en casos refractarios. La cirugía mantiene indicaciones específicas y requiere una valoración individualizada, especialmente ante endometriomas, endometriosis profunda e infertilidad. La evidencia actual favorece un modelo longitudinal, multidisciplinario y centrado en la paciente.

Palabras clave: endometriosis; dolor pélvico; infertilidad; tratamiento hormonal; cirugía.

¹ Autor principal

Correspondencia: miiildred@hotmail.com

Current management of endometriosis: contemporary diagnosis, individualized treatment, and emerging therapeutic perspectives

ABSTRACT

Endometriosis is a chronic, estrogen-dependent, inflammatory, and heterogeneous disease associated with pelvic pain, infertility, and substantial impairment in quality of life. In recent years, its clinical approach has undergone a major transformation, particularly due to the progressive abandonment of laparoscopy as a universal requirement for diagnosis, the increasing role of clinical assessment and specialized imaging, and the introduction of novel pharmacological therapies. This review aimed to critically analyze contemporary evidence regarding the diagnosis and treatment of endometriosis, integrating pharmacological, surgical, and reproductive strategies as well as recent advances toward individualized care. A structured narrative review of scientific literature and clinical guidelines was conducted, prioritizing publications from 2020 to 2026. Current management should be guided by symptoms, disease phenotype and location, age, reproductive goals, ovarian reserve, previous treatments, and patient preferences. Hormonal therapies remain central to pain management, whereas gonadotropin-releasing hormone antagonists have expanded therapeutic alternatives for patients with refractory symptoms. Surgery retains specific indications and requires careful individualized assessment, particularly in ovarian endometriomas, deep endometriosis, and infertility. Current evidence supports a longitudinal, multidisciplinary, patient-centered model of care rather than a uniform therapeutic approach.

Keywords: endometriosis; pelvic pain; infertility; hormonal treatment; surgery.

Artículo recibido 15 julio 2026

Aceptado para publicación: 21 agosto 2026



INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica caracterizada por la presencia de tejido similar al endometrio fuera de la cavidad uterina, acompañado de una respuesta inflamatoria capaz de producir fibrosis, adherencias y alteraciones anatómicas y funcionales de magnitud variable. Aunque tradicionalmente se ha descrito como una enfermedad dependiente de estrógenos localizada predominantemente en la pelvis, el conocimiento actual la reconoce como un proceso complejo y heterogéneo en el que intervienen mecanismos hormonales, inflamatorios, inmunológicos, angiogénicos, neurogénicos y genéticos. Sus manifestaciones clínicas comprenden dismenorrea, dolor pélvico crónico, dispareunia profunda, disquecia, síntomas urinarios cíclicos e infertilidad, aunque existe una marcada variabilidad entre la extensión anatómica de las lesiones y la intensidad de los síntomas.

Su impacto sanitario es considerable. La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente el 10 % de las mujeres en edad reproductiva, equivalente a cerca de 190 millones de personas a nivel mundial, presentan endometriosis. Además de su asociación con dolor crónico e infertilidad, la enfermedad puede deteriorar la actividad laboral, académica, sexual, social y emocional, y actualmente no existe un tratamiento capaz de garantizar su curación definitiva (World Health Organization, 2025).

Uno de los principales problemas históricos de la endometriosis ha sido el retraso diagnóstico. La presentación clínica inespecífica, la normalización social del dolor menstrual, la diversidad fenotípica de la enfermedad y la dependencia tradicional de la confirmación quirúrgica han contribuido a que muchas pacientes permanezcan durante años sin un diagnóstico adecuado. Esta situación ha promovido una modificación profunda del paradigma diagnóstico contemporáneo. Las recomendaciones actuales reconocen que la evaluación clínica, combinada con métodos de imagen apropiados, puede permitir establecer un diagnóstico de trabajo e iniciar tratamiento sin requerir sistemáticamente una laparoscopia diagnóstica.

La guía de la European Society of Human Reproduction and Embryology publicada en 2022 representó un cambio relevante en este sentido, al reducir el papel de la laparoscopia diagnóstica como estándar obligatorio y favorecer una estrategia basada inicialmente en la valoración clínica y las técnicas de



imagen. Asimismo, la actualización de 2024 del National Institute for Health and Care Excellence recomienda realizar ultrasonido transvaginal en toda paciente con sospecha de endometriosis, incluso cuando la exploración abdominal o pélvica sea normal, con el propósito de identificar endometriomas, endometriosis profunda y otras causas de sintomatología pélvica. Un resultado ultrasonográfico normal, sin embargo, no excluye la enfermedad (Becker et al., 2022; National Institute for Health and Care Excellence, 2024).

Este proceso de transformación se ha reforzado recientemente. En 2026, el American College of Obstetricians and Gynecologists publicó una nueva guía de práctica clínica dedicada específicamente al diagnóstico de la endometriosis, aplicable tanto a adultas en edad reproductiva como a adolescentes con síntomas sugestivos. El documento incorpora recomendaciones relacionadas con evaluación clínica, técnicas de imagen y valoración quirúrgica, y busca facilitar diagnósticos más oportunos y disminuir barreras para el acceso a la atención especializada (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2026).

Paralelamente, el tratamiento también ha evolucionado desde modelos predominantemente quirúrgicos hacia estrategias longitudinales e individualizadas. Actualmente, la decisión terapéutica no debe sustentarse exclusivamente en la clasificación anatómica o estadio quirúrgico de la enfermedad. Factores como la intensidad y naturaleza de los síntomas, edad, deseo reproductivo presente o futuro, localización de las lesiones, presencia de endometriomas o enfermedad profunda, reserva ovárica, cirugías previas, respuesta a tratamientos hormonales, comorbilidades y preferencias de la paciente adquieren una importancia central. NICE recomienda expresamente orientar el tratamiento de acuerdo con síntomas, preferencias y prioridades clínicas, y no únicamente según el estadio anatómico de la endometriosis (National Institute for Health and Care Excellence, 2024).

El tratamiento médico continúa constituyendo uno de los pilares fundamentales para el control del dolor asociado con endometriosis. Los anticonceptivos hormonales combinados y los progestágenos permanecen entre las principales alternativas de primera línea, mientras que los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas mantienen utilidad en pacientes seleccionadas. En los últimos años, los antagonistas orales de la hormona liberadora de gonadotropinas han adquirido mayor relevancia por permitir una supresión ovárica dependiente de la dosis y por ampliar las posibilidades terapéuticas en

pacientes con dolor persistente o respuesta insuficiente a tratamientos convencionales. Una revisión sistemática y metaanálisis publicada en 2026 confirmó la eficacia de esta clase farmacológica para disminuir el dolor asociado con endometriosis, aunque su utilización requiere considerar efectos derivados del hipoestrogenismo, salud ósea y necesidad de terapia hormonal complementaria en determinados esquemas (Hsu et al., 2026).

La cirugía conserva un papel indispensable en escenarios específicos, pero su indicación también ha cambiado. El tratamiento quirúrgico puede resultar apropiado ante dolor refractario, enfermedad anatómica significativa, endometriosis profunda, afectación intestinal o urinaria, determinadas características de los endometriomas, sospecha diagnóstica relevante o situaciones reproductivas seleccionadas. Sin embargo, la intervención quirúrgica no representa necesariamente el tratamiento definitivo de una enfermedad crónica con tendencia a la recurrencia. Particular atención requiere la cirugía ovárica, debido a que la resección repetida de endometriomas puede comprometer tejido ovárico sano y disminuir la reserva folicular.

La relación entre endometriosis e infertilidad constituye otro de los campos en los que las decisiones requieren mayor individualización. La cirugía no debe asumirse automáticamente como paso previo a las técnicas de reproducción asistida. Edad, duración de la infertilidad, reserva ovárica, permeabilidad tubárica, factores seminales, cirugías previas, dolor, características de los endometriomas y preferencias reproductivas deben integrarse para definir si resulta más apropiado realizar tratamiento quirúrgico, reproducción asistida o una estrategia expectante.

De forma adicional, la comprensión contemporánea del dolor asociado con endometriosis ha superado la concepción exclusivamente nociceptiva. En determinadas pacientes pueden coexistir mecanismos neuropáticos, hipersensibilidad visceral, alteraciones del piso pélvico y sensibilización central, circunstancia que ayuda a explicar la persistencia sintomática a pesar de la supresión hormonal o de una cirugía aparentemente satisfactoria. Por ello, los casos complejos pueden requerir intervención multidisciplinaria que integre ginecología, medicina del dolor, fisioterapia de piso pélvico, salud mental y otras especialidades según las manifestaciones presentes.

En este contexto, resulta necesario actualizar la síntesis de evidencia disponible integrando los cambios recientes en diagnóstico, tratamiento farmacológico, cirugía, fertilidad y atención de poblaciones

especiales. El objetivo de la presente revisión es analizar críticamente el manejo contemporáneo de la endometriosis, describiendo las estrategias diagnósticas actuales, las alternativas farmacológicas y quirúrgicas, el abordaje de la infertilidad y la preservación de la fertilidad, así como las nuevas perspectivas terapéuticas dirigidas hacia una atención individualizada y centrada en la paciente.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa estructurada de la literatura orientada a identificar, analizar e integrar la evidencia contemporánea relacionada con el diagnóstico y tratamiento de la endometriosis. La revisión fue diseñada con un enfoque clínico, con énfasis en recomendaciones aplicables a la práctica ginecológica especializada y en los cambios recientes del paradigma diagnóstico, farmacológico, quirúrgico y reproductivo de la enfermedad.

La búsqueda bibliográfica comprendió publicaciones disponibles en PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science y Cochrane Library, complementadas con documentos oficiales y guías de práctica clínica elaboradas por organismos y sociedades científicas internacionales. Se consideraron especialmente las recomendaciones de la European Society of Human Reproduction and Embryology, el American College of Obstetricians and Gynecologists, el National Institute for Health and Care Excellence y la World Health Organization.

La estrategia conceptual de búsqueda incluyó combinaciones de términos controlados y palabras libres relacionados con *endometriosis*, *deep endometriosis*, *ovarian endometrioma*, *pelvic pain*, *diagnosis*, *ultrasound*, *magnetic resonance imaging*, *medical treatment*, *hormonal treatment*, *progestins*, *dienogest*, *gonadotropin-releasing hormone agonists*, *GnRH antagonists*, *elagolix*, *relugolix*, *linzagolix*, *surgical treatment*, *laparoscopy*, *infertility*, *assisted reproductive technology*, *in vitro fertilization*, *fertility preservation*, *adolescents*, *menopause*, *recurrence*, *central sensitization* y *chronic pelvic pain*. Los términos se combinaron mediante operadores booleanos AND y OR de acuerdo con las características de cada base de datos.

Se priorizaron documentos publicados entre enero de 2020 y agosto de 2026, con el objetivo de representar de manera adecuada el manejo contemporáneo de la enfermedad. Se permitió la inclusión de publicaciones anteriores cuando correspondían a guías clínicas todavía vigentes, estudios fundamentales para comprender determinadas estrategias terapéuticas o trabajos de referencia cuya



información continuaba siendo relevante para la interpretación de evidencia reciente.

Como criterios de inclusión se consideraron guías de práctica clínica basadas en evidencia, revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos controlados, estudios observacionales de relevancia clínica, documentos de consenso y revisiones especializadas que abordaran diagnóstico, tratamiento médico, intervención quirúrgica, infertilidad, reproducción asistida, preservación de fertilidad, recurrencia o poblaciones especiales con endometriosis. Se priorizaron publicaciones en inglés y español con acceso suficiente a la información metodológica y a los resultados relevantes para los objetivos de la revisión. Se excluyeron reportes de caso aislados, series pequeñas sin aportación relevante para la práctica clínica, artículos de opinión sin respaldo bibliográfico suficiente, publicaciones duplicadas, literatura sin revisión académica y documentos cuyo contenido no se relacionara directamente con las estrategias diagnósticas o terapéuticas analizadas. Cuando existieron múltiples publicaciones sobre una misma intervención, se otorgó mayor peso a guías basadas en evidencia, revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos de mayor calidad metodológica y actualidad.

La información seleccionada se organizó temáticamente en los siguientes dominios: evolución del diagnóstico, tratamiento analgésico y hormonal, antagonistas y agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas, tratamiento quirúrgico, endometrioma ovárico, endometriosis profunda, infertilidad y reproducción asistida, preservación de la fertilidad, prevención de recurrencias, dolor persistente y sensibilización central, manejo en adolescentes y menopausia, y terapias emergentes. Posteriormente, la evidencia fue sintetizada de manera crítica, contrastando recomendaciones coincidentes y áreas de controversia entre las principales guías internacionales.

Debido a que el presente trabajo corresponde a una revisión narrativa estructurada y no a una revisión sistemática con metaanálisis, no se realizó estimación cuantitativa conjunta del efecto, evaluación formal del riesgo de sesgo de cada estudio ni registro prospectivo de protocolo. Esta característica constituye una limitación metodológica; sin embargo, se procuró reducir el riesgo de selección mediante una estrategia de búsqueda explícita, priorización jerárquica de la evidencia y contraste de recomendaciones provenientes de diferentes organismos científicos.

Al utilizar exclusivamente información previamente publicada y documentos disponibles públicamente, la investigación no involucró participantes humanos, intervención experimental ni acceso a información

personal identificable, por lo que no requirió aprobación de un comité de ética en investigación.

RESULTADOS

Evolución del abordaje diagnóstico de la endometriosis

La evidencia contemporánea muestra un cambio sustancial en el proceso diagnóstico de la endometriosis. Durante décadas, la laparoscopia con visualización directa de lesiones y confirmación histológica fue considerada el estándar diagnóstico. Sin embargo, las recomendaciones actuales favorecen un abordaje escalonado basado inicialmente en la sospecha clínica y las técnicas de imagen, reservando la cirugía para escenarios seleccionados.

La European Society of Human Reproduction and Embryology recomienda utilizar ultrasonido o resonancia magnética dentro del estudio diagnóstico de pacientes con sospecha de endometriosis. No obstante, señala que un resultado negativo no excluye la enfermedad, particularmente en casos de endometriosis peritoneal superficial. En pacientes con estudios de imagen negativos, o cuando el tratamiento empírico ha resultado ineficaz o no es apropiado, puede considerarse la realización de laparoscopia diagnóstica y terapéutica (Becker et al., 2022).

El National Institute for Health and Care Excellence actualizó en 2024 sus recomendaciones diagnósticas y actualmente indica realizar ultrasonido transvaginal a toda paciente con sospecha de endometriosis, incluso cuando la exploración abdominal o pélvica sea normal. La finalidad es identificar endometriomas ováricos, endometriosis profunda y otras patologías capaces de explicar la sintomatología. Cuando el ultrasonido transvaginal no sea adecuado o sea rechazado, puede considerarse el ultrasonido transabdominal.

En pacientes con sospecha de endometriosis profunda, el ultrasonido transvaginal especializado y la resonancia magnética pélvica son las principales herramientas utilizadas para evaluar extensión anatómica. Su utilidad resulta particularmente relevante para identificar compromiso intestinal, vesical, ureteral, rectovaginal y de otras estructuras pélvicas. Tanto NICE como ESHRE enfatizan que el rendimiento diagnóstico depende de la experiencia del profesional que realiza e interpreta los estudios (Becker et al., 2022; National Institute for Health and Care Excellence, 2024).

NICE establece además que un examen físico normal o un ultrasonido sin alteraciones no deben utilizarse para excluir endometriosis. La guía mantiene la posibilidad de considerar laparoscopia cuando

la sospecha persiste incluso después de estudios de imagen normales. En contraste, ESHRE propone una indicación más selectiva de la laparoscopia, principalmente cuando los estudios de imagen son negativos y el tratamiento empírico ha sido ineficaz o inapropiado.

En marzo de 2026, el American College of Obstetricians and Gynecologists publicó la Clinical Practice Guideline No. 11, dedicada específicamente al diagnóstico de endometriosis en adultas en edad reproductiva y adolescentes. La guía contempla la evaluación clínica, las técnicas de imagen y la valoración quirúrgica, y reconoce la posibilidad de establecer un diagnóstico presuntivo basado en historia clínica, sintomatología y exploración física, permitiendo iniciar tratamiento médico empírico mientras continúa el proceso diagnóstico.

La evaluación clínica debe incluir características del dolor, patrón cíclico, dismenorrea, dolor pélvico crónico, dispareunia profunda, disquecia, disuria, síntomas gastrointestinales o urinarios relacionados con el ciclo menstrual, infertilidad y antecedentes familiares. NICE incorporó específicamente en 2024 la recomendación de investigar antecedentes de endometriosis en familiares de primer grado.

Respecto a los biomarcadores, no existe actualmente una prueba sérica suficientemente validada para establecer el diagnóstico. Tanto NICE como ESHRE desaconsejan utilizar CA-125 u otros biomarcadores sanguíneos, endometriales o de fluidos uterinos como herramienta diagnóstica independiente.

Tabla 1. Comparación de las principales recomendaciones actuales para el diagnóstico de endometriosis

Aspecto	ESHRE 2022	NICE 2024	ACOG 2026
Evaluación clínica inicial	Recomendada	Recomendada	Recomendada
Ultrasonido como estudio inicial	Recomendado dentro del abordaje diagnóstico	TVUS en toda paciente con sospecha	Incluido dentro de la evaluación por imagen
Resonancia magnética	Útil en casos seleccionados	Considerar en sospecha de enfermedad profunda	Incluida dentro del abordaje por imagen
Imagen negativa excluye endometriosis	No	No	No debe utilizarse aisladamente para descartarla
Diagnóstico clínico/presuntivo	Puede acompañarse de tratamiento empírico	Permite iniciar tratamiento mientras se investiga	Reconocido expresamente
Laparoscopia diagnóstica	Considerar si imagen negativa y tratamiento empírico falla o no procede	Puede considerarse incluso con US/MRI dentro de normales	Indicaciones selectivas dentro de evaluación quirúrgica
CA-125/biomarcadores	No recomendados	CA-125 recomendado	no No constituyen estándar diagnóstico
Adolescencia	Incluye recomendaciones específicas	Derivación especializada en ≤17 años	Recomendaciones aplicables también a adolescentes

Fuente: Elaboración propia a partir de Becker et al. (2022), National Institute for Health and Care Excellence (2024) y American College of Obstetricians and Gynecologists (2026).

Tratamiento farmacológico del dolor asociado con endometriosis



Las principales guías coinciden en que el tratamiento hormonal constituye uno de los pilares del manejo del dolor asociado con endometriosis en pacientes que no buscan embarazo inmediato. La elección terapéutica debe considerar sintomatología, tolerabilidad, efectos adversos, necesidad anticonceptiva, comorbilidades, tratamientos previos, costo, disponibilidad y preferencias de la paciente.

ESHRE recomienda como alternativas hormonales para disminuir el dolor los anticonceptivos hormonales combinados, los progestágenos, los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas y los antagonistas de GnRH. La selección debe realizarse mediante toma de decisiones compartida.

Analgésicos

Los antiinflamatorios no esteroideos y otros analgésicos son utilizados frecuentemente como tratamiento sintomático inicial, especialmente para la dismenorrea. NICE contempla una prueba inicial con paracetamol o un antiinflamatorio no esteroideo para el manejo del dolor asociado con endometriosis.

Estos tratamientos actúan predominantemente sobre la sintomatología dolorosa y no constituyen tratamiento hormonal de la enfermedad. Cuando la analgesia convencional resulta insuficiente, debe valorarse la incorporación o modificación del tratamiento hormonal.

Anticonceptivos hormonales combinados

Los anticonceptivos hormonales combinados son recomendados para reducir dismenorrea, dispareunia y dolor pélvico asociado con endometriosis. Pueden utilizarse mediante regímenes cíclicos o continuos dependiendo de las características clínicas y preferencias de la paciente.

Los esquemas continuos pueden emplearse particularmente cuando la dismenorrea constituye el síntoma predominante, al reducir la frecuencia de sangrado por privación.

La selección debe considerar las contraindicaciones habituales para el uso de estrógenos, incluyendo riesgo tromboembólico, antecedentes cardiovasculares y determinadas formas de migraña.

Progestágenos

Los progestágenos constituyen una de las principales alternativas de primera línea para el control del dolor. Entre las opciones disponibles se encuentran progestágenos orales, preparados de depósito, implantes y sistemas intrauterinos liberadores de levonorgestrel.

El dienogest es uno de los progestágenos más utilizados específicamente en endometriosis. La dosis habitual es de **2 mg por vía oral una vez al día**. Su administración se ha asociado con disminución de



dismenorrea, dolor pélvico y dispareunia, aunque el sangrado uterino irregular constituye uno de los efectos adversos más frecuentes.

El sistema intrauterino liberador de levonorgestrel constituye otra alternativa útil para pacientes que requieren anticoncepción de larga duración y tratamiento del dolor, especialmente cuando existe un componente importante de dismenorrea.

Agonistas de GnRH

Los agonistas de GnRH producen inicialmente estimulación hipofisaria y posteriormente desensibilización de los receptores, lo que conduce a supresión del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y disminución de la producción de estrógenos.

Son efectivos para reducir el dolor asociado con endometriosis, pero su uso está limitado por efectos secundarios derivados del hipoestrogenismo, entre ellos síntomas vasomotores, sequedad vaginal y reducción de la densidad mineral ósea.

ESHRE recomienda utilizar terapia hormonal complementaria o **add-back therapy** junto con agonistas de GnRH para disminuir la pérdida ósea y los síntomas hipoestrogénicos durante tratamientos prolongados.

Antagonistas de GnRH

Los antagonistas orales de GnRH bloquean directamente el receptor hipofisario y producen una supresión rápida y dependiente de dosis del eje gonadal, sin la fase inicial de estimulación característica de los agonistas.

ESHRE los considera una opción eficaz para reducir el dolor asociado con endometriosis y recomienda utilizarlos fundamentalmente como **segunda línea**, por ejemplo cuando los anticonceptivos hormonales o progestágenos han resultado ineficaces, debido principalmente a su perfil de efectos adversos.

Los tres agentes con mayor desarrollo clínico son elagolix, relugolix y linzagolix.



Elagolix

Elagolix ha sido evaluado en esquemas de **150 mg una vez al día y 200 mg dos veces al día**. Los ensayos clínicos demostraron reducción de la dismenorrea y del dolor pélvico no menstrual.

El grado de supresión estrogénica es dependiente de dosis. Los esquemas de mayor intensidad se relacionan con mayor control sintomático, pero también con una mayor frecuencia de síntomas vasomotores y disminución de la densidad mineral ósea, por lo que la duración del tratamiento debe individualizarse.

Relugolix

Relugolix se utiliza para endometriosis principalmente en una formulación combinada de dosis fija con:

- relugolix 40 mg;
- estradiol 1 mg;
- acetato de noretisterona 0.5 mg.

La combinación incorpora terapia add-back desde el inicio, con el objetivo de mantener la eficacia de la supresión ovárica y reducir los efectos secundarios derivados del hipoestrogenismo.

NICE incorporó en 2025 la combinación relugolix-estradiol-noretisterona como una alternativa para pacientes adultas en edad reproductiva con síntomas de endometriosis después de tratamiento médico o quirúrgico previo.

Linzagolix

Linzagolix también ha sido evaluado como antagonista oral de GnRH. En el ensayo fase III EDELWEISS 3, la administración de **linzagolix 200 mg una vez al día junto con estradiol 1 mg y acetato de noretisterona 0.5 mg** produjo una reducción significativa de dismenorrea y dolor pélvico no menstrual.

El esquema de 75 mg sin add-back consiguió una reducción significativa de dismenorrea, pero no mostró el mismo efecto sobre todos los desenlaces de dolor evaluados.

NICE incorporó en 2025 linzagolix con terapia hormonal complementaria como opción para determinadas pacientes previamente tratadas médica o quirúrgicamente.

Inhibidores de aromatasa

Los inhibidores de aromatasa representan una alternativa de uso mucho más restringido. ESHRE



recomienda considerar medicamentos como letrozol o anastrozol en pacientes con dolor asociado con endometriosis refractario a otros tratamientos médicos o quirúrgicos.

Debido al incremento compensatorio de gonadotropinas y a los efectos hipoestrogénicos, generalmente se administran en combinación con anticonceptivos hormonales, progestágenos, agonistas o antagonistas de GnRH.

Los principales efectos adversos descritos incluyen síntomas vasomotores, sequedad vaginal y reducción de la densidad mineral ósea. La evidencia de seguridad y eficacia a largo plazo continúa siendo limitada.

Tabla 2. Principales alternativas farmacológicas para el dolor asociado con endometriosis

Tratamiento	Mecanismo/efecto principal	Lugar actual en el manejo	Ventajas	Principales limitaciones
AINE	Inhibición de prostaglandinas	Tratamiento de sintomático inicial	Accesibles; útiles para dismenorrea	Evidencia limitada; no suprimen actividad hormonal
Anticonceptivos combinados	Supresión ovulatoria endometrial	y Primera línea	Anticoncepción; uso prolongado; regímenes continuos	Contraindicaciones relacionadas con estrógenos
Progestágenos	Decidualización y atrofia endometrial	Primera línea	Buena eficacia; múltiples vías	Sangrado irregular y efectos progestacionales
Dienogest 2 mg/día	Progestágeno selectivo	Primera línea/terapia prolongada	Amplia experiencia en endometriosis	Sangrado irregular; no en disponible igual en todos los países
LNG-IUS	Liberación local de levonorgestrel	Primera línea en pacientes seleccionadas	Anticoncepción prolongada; disminuye dismenorrea	Menor utilidad para algunos síntomas extrapélvicos

Agonistas GnRH	Desensibilización hipofisaria	Segunda línea	Supresión ovárica potente	Flare inicial; síntomas hipoestrogénicos; pérdida ósea
Antagonistas GnRH	Bloqueo directo de receptor GnRH	Segunda línea	Inicio rápido; supresión dependiente de dosis	Costo, pérdida ósea, de síntomas hipoestrogénicos
Relugolix + add- back	Antagonismo GnRH + reemplazo hormonal controlado	Segunda línea	Eficacia con reducción de efectos hipoestrogénicos	Riesgos/contraindicaciones de asociados a componente hormonal
Linzagolix add-back	Antagonismo + GnRH + reemplazo hormonal controlado	Segunda línea	Eficaz para dismenorrea y dolor menstrual	Experiencia a largo plazo no más limitada
Inhibidores aromatasa	Disminución de de síntesis periférica/local estrógenos	Refractariedad de terapéutica	Alternativa casos complejos	En Efectos hipoestrogénicos; evidencia limitada

Fuente: Elaboración propia a partir de ESHRE (2022), NICE (2024–2025) y estudios clínicos contemporáneos.

Síntesis del manejo farmacológico actual

Los resultados de las principales guías permiten organizar el tratamiento médico en un esquema escalonado. En pacientes que no buscan embarazo inmediato, los anticonceptivos hormonales combinados y los progestágenos constituyen generalmente las alternativas iniciales. Cuando el control del dolor es insuficiente o existen intolerancia o contraindicaciones, pueden utilizarse agonistas o antagonistas de GnRH.



Los antagonistas orales de GnRH representan una de las incorporaciones farmacológicas más relevantes de los últimos años. La evidencia disponible respalda la eficacia de elagolix, relugolix y linzagolix para disminuir la dismenorrea y el dolor pélvico no menstrual, mientras que la utilización de esquemas con add-back therapy permite reducir parte de los efectos secundarios derivados del hipoestrogenismo.

Los inhibidores de aromataasa permanecen reservados principalmente para pacientes con dolor refractario en quienes otras alternativas médicas o quirúrgicas han resultado insuficientes.

La elección del tratamiento debe considerar no solamente la intensidad del dolor, sino también edad, riesgo óseo, comorbilidades, necesidad anticonceptiva, deseo reproductivo, tratamientos anteriores, efectos adversos, accesibilidad y preferencias individuales.

Tratamiento quirúrgico de la endometriosis

El tratamiento quirúrgico mantiene un papel importante en el manejo contemporáneo de la endometriosis, aunque sus indicaciones se han vuelto progresivamente más selectivas. La decisión de operar debe considerar la intensidad y características de los síntomas, localización y extensión anatómica de las lesiones, respuesta a tratamiento médico, deseo reproductivo, reserva ovárica, antecedentes quirúrgicos y preferencias de la paciente.

NICE recomienda discutir previamente los potenciales beneficios y riesgos de la cirugía, incluyendo la posibilidad de recurrencia, necesidad de procedimientos posteriores y, en pacientes con enfermedad profunda, la posibilidad de requerir intervenciones planificadas adicionales. Cuando se decide tratamiento quirúrgico, el abordaje laparoscópico constituye la vía preferente salvo que exista una contraindicación específica.

Durante una laparoscopia realizada con fines diagnósticos puede considerarse el tratamiento concomitante de lesiones peritoneales y endometriomas ováricos no complicados, siempre que exista consentimiento previo y que el procedimiento pueda realizarse de forma segura. En los casos de endometriosis profunda con posible afectación intestinal, vesical o ureteral, el estudio anatómico preoperatorio mediante ultrasonido especializado o resonancia magnética resulta especialmente relevante para planificar la intervención y determinar la participación de otras especialidades.

Excisión frente a ablación

Las técnicas quirúrgicas pueden clasificarse de manera general en procedimientos de excisión o

ablación. La excisión permite retirar la lesión macroscópica y obtener tejido para análisis histopatológico, mientras que la ablación busca destruir el tejido endometriósico mediante diferentes formas de energía.

La selección depende del fenotipo de la enfermedad. En lesiones peritoneales superficiales pueden utilizarse ambas estrategias, mientras que los endometriomas ováricos requieren consideraciones específicas relacionadas con recurrencia y preservación de la reserva ovárica.

En pacientes sometidas a cirugía por endometrioma, NICE recomienda considerar la **excisión en lugar de la ablación**, pero enfatiza que deben valorarse simultáneamente el deseo reproductivo y la reserva ovárica.

El tratamiento quirúrgico tampoco elimina necesariamente la necesidad de tratamiento médico posterior.

En pacientes que no buscan embarazo inmediatamente, puede considerarse tratamiento hormonal después de la excisión o ablación laparoscópica con la finalidad de prolongar el beneficio sintomático obtenido mediante cirugía.

Endometrioma ovárico

El endometrioma ovárico representa uno de los escenarios que requieren mayor individualización debido a que tanto la enfermedad como su tratamiento quirúrgico pueden afectar la función ovárica.

La cirugía puede proporcionar beneficios relacionados con dolor, recurrencia de quistes, obtención de diagnóstico histológico, resolución de alteraciones anatómicas y, en determinados contextos, fertilidad espontánea. Sin embargo, la extirpación de la pared quística puede acompañarse de pérdida inadvertida de tejido ovárico sano y reducción de la reserva folicular.

Este riesgo adquiere particular importancia en pacientes con endometriomas bilaterales, baja reserva ovárica previa, edad reproductiva avanzada o antecedentes de cirugía ovárica.

Cuando la fertilidad espontánea constituye una prioridad, NICE contempla tanto la **quistectomía laparoscópica con excisión de la pared del endometrioma** como el **drenaje con ablación**, señalando que ambas estrategias pueden aumentar las posibilidades de embarazo espontáneo. Sin embargo, la guía actualizada reconoce que la ablación y el drenaje pueden preservar mejor la reserva ovárica que la quistectomía, por lo que el posible beneficio reproductivo debe equilibrarse con el impacto sobre tejido ovárico.

Por tanto, la presencia de un endometrioma no constituye por sí sola una indicación universal de cirugía. El contexto reproductivo modifica sustancialmente la estrategia.

Cirugía del endometrioma antes de reproducción asistida

Uno de los cambios más relevantes en el manejo contemporáneo es la disminución de la cirugía rutinaria del endometrioma antes de técnicas de reproducción asistida.

ESHRE recomienda **no realizar de forma rutinaria cirugía del endometrioma antes de reproducción asistida con el objetivo exclusivo de aumentar la tasa de nacidos vivos**, debido a que la evidencia disponible no demuestra beneficio reproductivo y la intervención puede disminuir la reserva ovárica.

La cirugía previa a reproducción asistida puede considerarse, no obstante, cuando existe dolor significativo asociado con el endometrioma o cuando la localización o tamaño de la lesión dificulta técnicamente el acceso a los folículos durante la recuperación ovocitaria.

Tabla 3. Consideraciones actuales para el tratamiento quirúrgico según escenario clínico

Escenario	Estrategia que puede considerarse	Consideraciones principales
Endometriosis sintomática	peritoneal Excisión o ablación laparoscópica	Valoración de dolor, fertilidad y respuesta a terapia médica
Endometrioma con dolor significativo	Tratamiento individualizado	quirúrgico Tamaño, síntomas, reserva ovárica, bilateralidad y cirugía previa
Endometrioma en paciente que busca embarazo espontáneo	Quistectomía o drenaje + ablación	+ Balance entre embarazo espontáneo y posible daño a reserva ovárica
Endometrioma antes de FIV/ICSI	No operar rutinariamente para mejorar nacido vivo	Puede operar por dolor o dificultad para acceso folicular
Endometriosis profunda	Cirugía en seleccionadas	Requiere mapeo preoperatorio y experiencia especializada
Afectación intestinal, vesical o ureteral	Manejo multidisciplinario	Riesgo de complicaciones y necesidad potencial de cirugía de órganos

Enfermedad recurrente	Reevaluación individual	Evitar asumir automáticamente que nueva cirugía es la mejor estrategia
Paciente sin deseo gestacional inmediato tras cirugía	Considerar supresión hormonal	Puede prolongar beneficio sintomático y disminuir recurrencia clínica

Fuente: Elaboración propia con base en ESHRE (2022) y NICE (2024–2026).

Endometriosis profunda

La endometriosis profunda comprende lesiones que pueden afectar estructuras como ligamentos uterosacros, tabique rectovaginal, vagina, recto, colon sigmoide, vejiga y uréteres. Su manejo representa uno de los escenarios de mayor complejidad dentro de la enfermedad.

NICE recomienda referir a servicios especializados a pacientes con sospecha o confirmación de endometriosis profunda que involucre intestino, vejiga o uréter, así como a aquellas con enfermedad extrapélvica.

Antes de una laparoscopia operatoria por sospecha de enfermedad profunda debe considerarse ultrasonido transvaginal especializado o resonancia magnética para establecer la extensión anatómica.

La planificación preoperatoria permite anticipar la posible necesidad de cirugía colorrectal o urológica y proporcionar a la paciente información más precisa sobre riesgos y objetivos del procedimiento.

La cirugía puede ser apropiada en pacientes con dolor importante, alteración anatómica significativa, compromiso funcional de órganos o determinados objetivos reproductivos. Sin embargo, el abordaje de la endometriosis profunda no implica necesariamente la resección quirúrgica de toda lesión identificada.

En enfermedad intestinal pueden utilizarse diferentes técnicas dependiendo de tamaño, profundidad, localización y circunferencia comprometida, incluyendo resección superficial o *shaving*, resección discoide y resección segmentaria intestinal.

Cuando existe enfermedad del tracto urinario, el manejo depende de la estructura comprometida. Las lesiones vesicales pueden requerir resección parcial de pared, mientras que la endometriosis ureteral puede necesitar procedimientos de ureterólisis o reconstrucción en escenarios más complejos.

Dado el riesgo potencial de lesión intestinal, fístula, complicaciones urinarias, alteración neurológica

pélvica y otras complicaciones perioperatorias, estos procedimientos deben realizarse preferentemente en centros con experiencia en cirugía avanzada de endometriosis.

Manejo de la infertilidad asociada con endometriosis

La endometriosis puede afectar la fertilidad mediante diversos mecanismos, incluyendo distorsión de la anatomía pélvica, adherencias, alteraciones tubáricas, inflamación, modificaciones del microambiente peritoneal, endometriomas, disminución de la reserva ovárica y posibles alteraciones de la función ovocitaria.

La estrategia reproductiva debe individualizarse de acuerdo con edad, duración de la infertilidad, reserva ovárica, extensión de la enfermedad, permeabilidad tubárica, características seminales, tratamientos previos y preferencias de la paciente.

La actualización de NICE sobre fertilidad publicada en 2026 recomienda considerar expresamente la edad, la reserva ovárica, la duración del intento de embarazo, los síntomas y severidad de la endometriosis y los factores masculinos antes de decidir el tratamiento reproductivo.

Cirugía y embarazo espontáneo

Para pacientes con endometriosis que no involucra intestino, vejiga o uréter y que desean embarazo, NICE recomienda ofrecer excisión o ablación de lesiones acompañada de adhesiolisis, debido a que puede incrementar la probabilidad de embarazo espontáneo.

En presencia de endometriomas pueden considerarse quistectomía o drenaje acompañado de ablación, siempre evaluando el impacto potencial sobre la reserva ovárica.

En contraste, el beneficio reproductivo de la cirugía de endometriosis profunda es menos claro. En pacientes que desean concebir deben discutirse sus riesgos, alternativas y la incertidumbre respecto a la magnitud del beneficio sobre fertilidad futura.

Tratamiento hormonal cuando se busca embarazo

La supresión hormonal no incrementa la probabilidad de embarazo espontáneo mientras se administra. NICE recomienda no ofrecer tratamiento hormonal solo o asociado con cirugía con el propósito de mejorar las tasas de embarazo espontáneo en pacientes que buscan concepción.

Por tanto, el objetivo del tratamiento hormonal en endometriosis debe diferenciarse claramente del tratamiento de infertilidad.

Inseminación intrauterina y fecundación in vitro

ESHRE señala que la reproducción asistida puede realizarse en pacientes con infertilidad asociada con endometriosis, particularmente cuando existe compromiso tubárico, factor masculino, bajo Endometriosis Fertility Index o fracaso de otras alternativas terapéuticas.

No existe evidencia suficiente para recomendar un protocolo único de estimulación ovárica para pacientes con endometriosis. Los protocolos con antagonistas o agonistas de GnRH pueden emplearse de acuerdo con las características individuales, ya que no se ha demostrado una diferencia consistente en embarazo o tasa de nacidos vivos atribuible exclusivamente al tipo de protocolo.

La guía NICE de fertilidad actualizada en 2026 establece que pueden discutirse manejo expectante, cirugía y reproducción asistida según las características individuales. Si no se consigue embarazo durante un periodo acumulado de aproximadamente dos años de manejo expectante o después de cirugía, o si dichas estrategias no resultan apropiadas, pueden discutirse inseminación intrauterina con estimulación ovárica o fecundación in vitro.

Cirugía previa a reproducción asistida

ESHRE no recomienda realizar rutinariamente cirugía en pacientes con endometriosis mínima o leve antes de reproducción asistida con el único propósito de incrementar la tasa de nacidos vivos. Tampoco recomienda cirugía rutinaria del endometrioma antes de técnicas de reproducción asistida para mejorar los resultados reproductivos.

En pacientes con endometriosis profunda, la decisión de realizar excisión antes de reproducción asistida debe estar guiada principalmente por la presencia de dolor y por las preferencias individuales, ya que el beneficio sobre resultados reproductivos permanece incierto debido a la escasez de ensayos aleatorizados.

Tabla 4. Manejo reproductivo contemporáneo en endometriosis

Situación clínica	Estrategia actual	Consideraciones
Endometriosis superficial y deseo de embarazo espontáneo	Cirugía laparoscópica para aumentar embarazo espontáneo	Considerar edad y otros factores de infertilidad
Endometrioma y deseo de	Quistectomía o drenaje + ablación	Evaluar reserva ovárica antes de

embarazo espontáneo	en pacientes seleccionadas	operar
Endometrioma antes de ART	No cirugía rutinaria para aumentar nacido vivo	Considerar cirugía por dolor o acceso folicular
Endometriosis profunda e infertilidad	Individualizar cirugía	Beneficio reproductivo no claramente establecido
Tratamiento hormonal en mujer intentando concebir	No indicado para aumentar embarazo espontáneo	Retrasa temporalmente posibilidad de concepción
Factor tubárico o masculino concomitante	Considerar ART	Puede reducir utilidad de cirugía previa
Bajo Endometriosis Fertility Index	Considerar reproducción asistida	Menor probabilidad estimada de embarazo espontáneo
Fracaso de estrategias previas	Considerar IUI estimulada o IVF según contexto	NICE 2026 incorpora selección individual
Reserva ovárica disminuida	Evitar cirugías ováricas innecesarias	Considerar estrategia reproductiva temprana

Fuente: Elaboración propia a partir de ESHRE (2022) y NICE (2024–2026).

Preservación de la fertilidad

La preservación de fertilidad ha adquirido creciente importancia en pacientes con endometriosis, especialmente en aquellas con enfermedad ovárica extensa, endometriomas bilaterales o riesgo de requerir procedimientos quirúrgicos repetidos.

ESHRE recomienda discutir los beneficios y desventajas de la preservación de fertilidad en pacientes con **endometriosis ovárica extensa**, aunque reconoce que el beneficio real de implementar preservación de fertilidad de manera rutinaria en todas las pacientes continúa siendo incierto.

La criopreservación de ovocitos constituye la estrategia más utilizada cuando se decide preservar potencial reproductivo. La decisión debe considerar edad, reserva ovárica, bilateralidad, extensión de la enfermedad, antecedentes de cirugía, probabilidad de nuevos procedimientos y deseo reproductivo futuro.



El momento de la preservación también resulta relevante. En pacientes con endometriomas y riesgo elevado de daño ovárico quirúrgico, puede considerarse realizar estimulación y criopreservación antes de una intervención, especialmente cuando existe reserva funcional suficiente para obtener un número razonable de ovocitos.

Sin embargo, la evidencia actual no permite recomendar preservación de fertilidad universal a toda paciente con endometriosis. Debe seleccionarse de acuerdo con el riesgo individual de pérdida de función ovárica y las circunstancias reproductivas.

Prevención de recurrencias después de cirugía

La endometriosis debe considerarse una enfermedad crónica con posibilidad de recurrencia sintomática y anatómica después del tratamiento quirúrgico.

En pacientes que no desean embarazo inmediato, el tratamiento hormonal postoperatorio puede utilizarse para prolongar los beneficios de la intervención y reducir recurrencia sintomática. NICE recomienda considerar tratamiento hormonal después de excisión o ablación laparoscópica.

ESHRE también identifica la terapia hormonal postoperatoria como uno de los cambios importantes incorporados en su actualización de 2022, reforzando el concepto de que cirugía y tratamiento médico no representan estrategias necesariamente excluyentes.

Entre las alternativas utilizadas se encuentran anticonceptivos hormonales combinados, progestágenos y sistemas intrauterinos liberadores de levonorgestrel. La elección debe individualizarse según tolerabilidad, necesidad anticonceptiva y características clínicas.

Por el contrario, cuando el embarazo constituye una prioridad inmediata, no debe utilizarse supresión hormonal postoperatoria con el propósito de incrementar las tasas de concepción espontánea.

Endometriosis en adolescentes

La endometriosis puede comenzar durante la adolescencia y debe considerarse en pacientes jóvenes con dismenorrea severa, dolor pélvico persistente o síntomas que interfieren significativamente con actividades escolares, sociales o deportivas.

La ausencia de hallazgos mediante ultrasonido no permite descartar enfermedad, dado que la endometriosis superficial puede no ser visible mediante técnicas de imagen convencionales.

ESHRE incorporó en su guía de 2022 una sección específica dedicada a adolescentes y adultas jóvenes,

mientras que la guía diagnóstica ACOG 2026 incluye expresamente a adolescentes dentro de su población objetivo. NICE recomienda que pacientes de 17 años o menores con sospecha o diagnóstico de endometriosis sean valoradas mediante servicios especializados de ginecología pediátrica/adolescente o centros especializados en endometriosis.

El manejo inicial puede incluir analgesia y tratamiento hormonal. La indicación de cirugía debe individualizarse cuidadosamente y considerar edad, severidad de los síntomas, respuesta terapéutica y posibles consecuencias de procedimientos repetidos durante la vida reproductiva.

Endometriosis durante la transición menopáusica y la menopausia

Aunque la endometriosis es predominantemente una enfermedad de la edad reproductiva, sus manifestaciones pueden persistir después de la menopausia o reaparecer en determinados contextos de exposición estrogénica.

La presencia de síntomas pélvicos, masas anexiales o lesiones sospechosas en mujeres posmenopáusicas requiere una evaluación cuidadosa debido a que el diagnóstico diferencial incluye neoplasias ginecológicas.

La necesidad de tratamiento hormonal para síntomas climatéricos debe individualizarse considerando antecedentes de endometriosis y características clínicas. En pacientes con antecedente de enfermedad extensa, la exposición a estrógenos sin oposición requiere una valoración particularmente cuidadosa.

Síntesis de los resultados

La evidencia contemporánea muestra que el manejo de la endometriosis ha evolucionado desde estrategias relativamente uniformes hacia un modelo definido por el escenario clínico.

En pacientes cuyo objetivo principal es el control del dolor y que no buscan embarazo inmediato, la terapia hormonal constituye el tratamiento inicial predominante, reservando cirugía para síntomas refractarios, alteraciones anatómicas relevantes o situaciones seleccionadas.

En pacientes con endometriomas, el beneficio de la excisión debe equilibrarse frente al potencial deterioro de la reserva ovárica, especialmente ante enfermedad bilateral o cirugía previa. La cirugía rutinaria de endometriomas antes de reproducción asistida no está recomendada con el objetivo exclusivo de mejorar las tasas de nacidos vivos.

En presencia de endometriosis profunda, el tratamiento requiere caracterización anatómica mediante

imagen especializada y, cuando se considera cirugía, participación de equipos con experiencia avanzada y acceso a un manejo multidisciplinario.

Cuando la fertilidad constituye la prioridad, el tratamiento debe integrar edad, reserva ovárica, duración de la infertilidad, anatomía pélvica, factores masculinos y tratamientos previos. Las técnicas de reproducción asistida representan una opción particularmente importante ante compromiso tubárico, factores adicionales de infertilidad, baja probabilidad de concepción espontánea o fracaso de estrategias previas.

Finalmente, la preservación de fertilidad debe discutirse especialmente en pacientes con enfermedad ovárica extensa o riesgo elevado de pérdida de reserva, aunque la evidencia actual no justifica su implementación rutinaria en todas las personas con endometriosis.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta revisión muestran que el manejo contemporáneo de la endometriosis atraviesa una transición conceptual importante. La enfermedad ha dejado de abordarse exclusivamente como una entidad anatómica que debe ser demostrada y eliminada quirúrgicamente y se reconoce cada vez más como un trastorno crónico, heterogéneo y potencialmente recurrente, cuyas manifestaciones clínicas pueden depender tanto de las características de las lesiones como de mecanismos hormonales, inflamatorios, neurológicos y reproductivos. En consecuencia, el objetivo terapéutico actual no consiste únicamente en identificar y remover implantes endometriósicos, sino en seleccionar la intervención que proporcione el mayor beneficio clínico con la menor carga terapéutica posible para cada paciente.

Uno de los cambios más evidentes se encuentra en el diagnóstico. La modificación del papel tradicional de la laparoscopia constituye probablemente uno de los cambios de paradigma más importantes de los últimos años. La actualización de ESHRE de 2022 redujo expresamente la relevancia de la laparoscopia diagnóstica como requisito universal, mientras que NICE modificó en noviembre de 2024 su vía diagnóstica para recomendar ultrasonido transvaginal desde etapas iniciales en todas las pacientes con sospecha de endometriosis. La publicación de la Clinical Practice Guideline No. 11 de ACOG en 2026 refuerza esta dirección mediante una evaluación diagnóstica que integra elementos clínicos, imagenológicos y quirúrgicos en adultas y adolescentes (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2026; Becker et al., 2022; National Institute for Health and Care Excellence, 2024).



Este cambio tiene implicaciones clínicas relevantes. Exigir confirmación quirúrgica antes de reconocer la enfermedad o comenzar tratamiento puede prolongar innecesariamente el tiempo entre el inicio de los síntomas y la atención terapéutica. La posibilidad de establecer un diagnóstico presuntivo y comenzar tratamiento médico permite disminuir la dependencia de un procedimiento invasivo, particularmente en pacientes con manifestaciones clínicas características y sin indicaciones inmediatas de cirugía. ACOG estructuró precisamente su actualización de 2026 para mejorar el acceso al diagnóstico y reducir las barreras asociadas a los modelos tradicionales de evaluación.

Sin embargo, el abandono de la laparoscopia como requisito universal no equivale a considerarla obsoleta. La enfermedad peritoneal superficial continúa representando una limitación importante para la imagen no invasiva y un ultrasonido o resonancia normales no excluyen endometriosis. NICE conserva la posibilidad de considerar laparoscopia en pacientes con sospecha persistente incluso cuando los estudios de imagen son normales, mientras ESHRE la sitúa principalmente en escenarios con imagen negativa cuando el tratamiento empírico ha fracasado o no resulta apropiado. Estas diferencias reflejan distintos umbrales de utilización quirúrgica más que una contradicción fundamental entre guías.

La creciente relevancia del ultrasonido transvaginal especializado también modifica el propósito de la evaluación imagenológica. La pregunta clínica ya no debería limitarse a determinar la presencia o ausencia de endometriosis. En pacientes con sospecha de enfermedad profunda, la imagen debe aspirar a establecer la distribución anatómica de las lesiones, identificar endometriomas y valorar compromiso intestinal, vesical o ureteral. Esta información permite anticipar la complejidad quirúrgica y seleccionar adecuadamente el centro y equipo responsable del tratamiento.

Al mismo tiempo, deben reconocerse las limitaciones de este modelo. El rendimiento del ultrasonido especializado y de la resonancia magnética depende de protocolos apropiados y de la experiencia del examinador. Por tanto, recomendar técnicas de imagen avanzadas sin asegurar entrenamiento suficiente puede generar una falsa sensación de exclusión diagnóstica. El verdadero cambio de paradigma no consiste únicamente en sustituir laparoscopia por imagen, sino en desarrollar redes diagnósticas capaces de combinar sospecha clínica, imagen especializada y seguimiento terapéutico.

En el tratamiento farmacológico también se observa una evolución hacia estrategias escalonadas. Los anticonceptivos hormonales combinados y los progestágenos mantienen un papel central debido a su

eficacia, experiencia acumulada, accesibilidad relativa y posibilidad de utilización prolongada. Su permanencia como alternativas iniciales resulta importante ante la aparición de tratamientos farmacológicamente más sofisticados, ya que la novedad terapéutica no implica necesariamente superioridad clínica para todas las pacientes.

Los antagonistas orales de GnRH constituyen, no obstante, uno de los avances farmacológicos más relevantes de la última etapa. Elagolix, relugolix y linzagolix permiten una supresión rápida del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y han demostrado eficacia consistente para el tratamiento del dolor asociado con endometriosis. Un metaanálisis publicado en 2026 mostró una respuesta significativamente superior a placebo tanto para dismenorrea como para dolor pélvico no menstrual. Para dismenorrea, el riesgo relativo combinado fue de 3.06, con un número necesario a tratar cercano a dos; para dolor pélvico no menstrual, el riesgo relativo fue de 1.53, con un número necesario a tratar aproximado de cinco (Hsu et al., 2026).

Estos resultados representan una magnitud clínicamente importante de beneficio, pero no justifican desplazar sistemáticamente a los tratamientos hormonales convencionales. Los efectos asociados al hipoestrogenismo, el impacto sobre densidad mineral ósea, el costo, las restricciones de duración de determinados esquemas y las diferencias regulatorias entre países favorecen su utilización principalmente como segunda línea.

En este contexto, el desarrollo de regímenes con *add-back therapy* representa un avance relevante. La combinación de antagonismo GnRH con pequeñas dosis de estrógeno y progestágeno busca mantener la supresión necesaria para controlar los síntomas sin producir los efectos sistémicos de una deficiencia estrogénica completa. Esta estrategia refleja una transición hacia un tratamiento endocrinológico más modulable que la supresión hormonal absoluta.

La cirugía plantea quizá el mayor desafío para la individualización terapéutica. La posibilidad de eliminar lesiones visibles y restaurar parcialmente la anatomía pélvica puede producir beneficios importantes en pacientes seleccionadas, particularmente ante dolor refractario, endometriosis profunda, obstrucción o compromiso funcional de órganos y determinadas situaciones relacionadas con fertilidad. Sin embargo, la cirugía no debe entenderse como una solución definitiva para una enfermedad con potencial de recurrencia.

Este principio adquiere especial relevancia en el endometrioma ovárico. La quistectomía puede reducir recurrencia y favorecer determinados resultados clínicos, pero también puede provocar pérdida de corteza ovárica sana y disminuir la reserva folicular. El riesgo acumulativo es particularmente importante en pacientes con enfermedad bilateral o antecedentes de procedimientos ováricos repetidos. Consecuentemente, la pregunta contemporánea no debería ser simplemente si un endometrioma debe operarse, sino **qué beneficio concreto se pretende obtener mediante la cirugía y qué costo reproductivo puede implicar**. Este cambio de enfoque resulta esencial en pacientes jóvenes que todavía no han completado su proyecto reproductivo.

Las recomendaciones sobre endometrioma y fertilidad ilustran además por qué las guías deben interpretarse según el objetivo terapéutico. NICE señala que la quistectomía o el drenaje con ablación pueden favorecer el embarazo espontáneo en pacientes seleccionadas, y desde su actualización de 2024 enfatiza expresamente la necesidad de considerar el posible impacto sobre reserva ovárica.

Por otra parte, ESHRE no recomienda realizar cirugía rutinaria de un endometrioma antes de reproducción asistida con el objetivo exclusivo de mejorar la tasa de nacidos vivos. Esta aparente diferencia no representa una verdadera contradicción. En el primer escenario, la finalidad puede ser incrementar la posibilidad de concepción espontánea; en el segundo, la paciente ya se encuentra en una vía de reproducción asistida en la que una cirugía adicional puede retrasar el tratamiento y reducir tejido ovárico disponible sin demostrar un incremento claro en el resultado reproductivo.

La relación entre endometriosis, cirugía y fertilidad exige por ello una estrategia individualizada. La nueva guía NICE de fertilidad publicada el 31 de marzo de 2026 refuerza esta visión al recomendar que las decisiones consideren conjuntamente duración de la infertilidad, síntomas y severidad de la endometriosis, edad, reserva ovárica y posibles factores masculinos. La guía contempla manejo expectante, cirugía, inseminación intrauterina estimulada y fecundación in vitro dentro de un continuo terapéutico determinado por las características individuales y no por una secuencia obligatoria aplicable a todas las pacientes.

Este enfoque también tiene consecuencias para la preservación de fertilidad. La criopreservación de ovocitos puede resultar razonable en pacientes seleccionadas con endometriosis ovárica extensa, bilateralidad, disminución progresiva de reserva o riesgo elevado de requerir cirugía. Sin embargo,

recomendarla universalmente expondría a numerosas pacientes a procedimientos costosos e invasivos sin evidencia suficiente de beneficio individual. En consecuencia, la preservación de fertilidad debe entenderse como una conversación basada en riesgo y no como una consecuencia automática del diagnóstico.

Otro aspecto fundamental consiste en reconocer que la respuesta clínica no depende únicamente del control de la actividad hormonal o de la extirpación de las lesiones. La discordancia frecuente entre extensión anatómica y magnitud del dolor indica que la fisiopatología de los síntomas es más compleja. La exposición persistente a estímulos nociceptivos puede favorecer sensibilización periférica y central, mientras que pueden coexistir alteraciones miofasciales del piso pélvico y otros síndromes de dolor.

Esta consideración resulta particularmente importante ante pacientes con dolor persistente después de una cirugía técnicamente satisfactoria. Interpretar automáticamente la persistencia de síntomas como enfermedad residual puede conducir a intervenciones repetidas, cada una acompañada de nuevos riesgos quirúrgicos y potenciales daños anatómicos. Antes de indicar una nueva cirugía resulta razonable reevaluar la naturaleza del dolor y buscar componentes musculoesqueléticos, neuropáticos o nociplásticos y otras condiciones coexistentes.

El abordaje multidisciplinario adquiere aquí una función relevante. La participación de fisioterapia de piso pélvico, especialistas en dolor, salud mental, gastroenterología, urología y medicina reproductiva puede ser necesaria en función de la presentación. No implica negar el componente orgánico de la endometriosis, sino reconocer que una enfermedad crónica puede generar mecanismos secundarios de dolor que requieren intervenciones diferentes de la supresión hormonal o de la cirugía.

La endometriosis profunda representa otra situación en la que la centralización de la atención puede modificar resultados. La enfermedad intestinal, ureteral o vesical requiere experiencia quirúrgica avanzada, valoración preoperatoria adecuada y disponibilidad de colaboración multidisciplinaria. El principio de máxima resección anatómica no necesariamente debe prevalecer sobre la preservación funcional. La extensión de una intervención debe definirse según síntomas, órganos comprometidos, riesgo de complicaciones, fertilidad y objetivos de la paciente.

Asimismo, el manejo postoperatorio confirma que tratamiento médico y cirugía no deben considerarse estrategias mutuamente excluyentes. Una vez finalizado el procedimiento, las pacientes sin deseo

gestacional inmediato pueden beneficiarse de supresión hormonal prolongada para mantener el control sintomático y disminuir recurrencias clínicas. ESHRE identifica la terapia hormonal postoperatoria como uno de los cambios relevantes incorporados en su revisión de 2022.

Existen además grupos en los que continúa siendo necesaria una mayor generación de evidencia. Las adolescentes constituyen una población particularmente importante debido a la posibilidad de retraso diagnóstico y a las consecuencias acumulativas de recibir múltiples tratamientos y cirugías a lo largo de la vida. La inclusión específica de adolescentes tanto en ESHRE como en la guía diagnóstica ACOG 2026 representa un avance, pero persisten interrogantes sobre la historia natural de la enfermedad diagnosticada tempranamente y sobre las estrategias óptimas de tratamiento prolongado.

De manera similar, la endometriosis después de la menopausia continúa siendo un área de menor evidencia. La aparición de una masa o de síntomas nuevos en este periodo exige una evaluación cuidadosa y el manejo de terapia hormonal menopáusica debe individualizarse. La menor disponibilidad de estudios prospectivos limita la posibilidad de establecer algoritmos de tratamiento tan sólidos como los disponibles para mujeres en edad reproductiva.

También permanecen importantes vacíos relacionados con biomarcadores no invasivos. A pesar del creciente conocimiento molecular de la enfermedad, no existe actualmente un marcador sérico o molecular suficientemente validado para sustituir la evaluación clínica y de imagen. La investigación sobre microARN, proteómica, metabolómica y perfiles inflamatorios podría modificar este escenario, pero todavía se requiere validación externa y demostración de utilidad clínica antes de incorporarlos a la atención habitual.

En conjunto, los avances recientes sugieren que el futuro del manejo de la endometriosis se orientará hacia una **estratificación clínica cada vez más individualizada**. La decisión terapéutica probablemente dependerá menos de un estadio anatómico aislado y más de la combinación de fenotipo de lesión, mecanismos predominantes de dolor, reserva ovárica, edad, objetivos reproductivos, respuesta previa a tratamiento y preferencias personales.

La disponibilidad de nuevos moduladores hormonales, mejor capacidad de imagen, técnicas de reproducción asistida y estrategias de preservación de fertilidad amplía significativamente las posibilidades terapéuticas. Sin embargo, esta expansión también aumenta la complejidad de las

decisiones. La existencia de más opciones no elimina la necesidad de seleccionar correctamente a quién tratar, cuándo intervenir y qué resultado clínico constituye realmente el objetivo.

Por lo tanto, el principal avance del manejo contemporáneo de la endometriosis quizá no corresponda a un medicamento, técnica quirúrgica o estudio diagnóstico específico. El cambio más significativo consiste en abandonar un modelo uniforme centrado exclusivamente en la lesión y avanzar hacia una estrategia longitudinal en la que diagnóstico, control del dolor, preservación de la función reproductiva y calidad de vida sean considerados de manera simultánea.

CONCLUSIÓN

La endometriosis es una enfermedad crónica y heterogénea cuyo manejo ha evolucionado significativamente durante los últimos años. El diagnóstico contemporáneo se sustenta cada vez más en la integración de la evaluación clínica y las técnicas de imagen, mientras que la laparoscopia ha dejado de constituir un requisito universal y se reserva para escenarios seleccionados. Este cambio permite iniciar tratamiento de manera más temprana y potencialmente reducir procedimientos invasivos innecesarios.

El tratamiento hormonal continúa siendo el principal recurso para pacientes con dolor que no buscan embarazo inmediato. Los anticonceptivos hormonales combinados y los progestágenos permanecen como alternativas iniciales, mientras que los agonistas y, particularmente, los antagonistas orales de GnRH amplían las posibilidades de tratamiento en pacientes con síntomas persistentes. La incorporación de *add-back therapy* permite mejorar la tolerabilidad de algunos esquemas de supresión hormonal intensa.

La cirugía conserva un papel fundamental, pero su indicación debe basarse en objetivos clínicos concretos. En el endometrioma ovárico, el potencial beneficio de la intervención debe equilibrarse con el riesgo de disminución de la reserva ovárica, evitando especialmente procedimientos repetidos sin una indicación clara. Del mismo modo, la cirugía rutinaria antes de reproducción asistida no puede justificarse únicamente por la presencia de un endometrioma.

Cuando la fertilidad constituye una prioridad, las decisiones deben integrar edad, reserva ovárica, duración de la infertilidad, extensión de la enfermedad, factores masculinos, antecedentes quirúrgicos y preferencias reproductivas. La cirugía, el manejo expectante y las técnicas de reproducción asistida

representan estrategias complementarias cuya elección debe individualizarse.

La persistencia de dolor después del tratamiento hormonal o quirúrgico obliga a considerar mecanismos adicionales a la actividad de las lesiones, incluyendo componentes neuropáticos, nociplásticos y musculoesqueléticos. En estos casos, la repetición de intervenciones ginecológicas sin una evaluación integral puede resultar insuficiente y debe considerarse un abordaje multidisciplinario.

En consecuencia, el manejo actual de la endometriosis debe conceptualizarse como un proceso **longitudinal, individualizado y centrado en la paciente**, orientado no solamente al tratamiento de las lesiones, sino también al control sostenido de los síntomas, la conservación de la función reproductiva y la mejoría de la calidad de vida. El desarrollo de biomarcadores validados, herramientas de estratificación clínica y tratamientos dirigidos a mecanismos específicos de enfermedad representa una de las principales prioridades para futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2026). Diagnosis of endometriosis: ACOG Clinical Practice Guideline No. 11. *Obstetrics & Gynecology*, 147(3), 432–448. doi:10.1097/AOG.0000000000006181
- Becker, C. M., Bokor, A., Heikinheimo, O., Horne, A., Jansen, F., Kiesel, L., King, K., Kvaskoff, M., Nap, A., Petersen, K., Saridogan, E., Tomassetti, C., van Hanegem, N., Vulliemoz, N., Vermeulen, N., & ESHRE Endometriosis Guideline Group. (2022). ESHRE guideline: Endometriosis. *Human Reproduction Open*, 2022(2), hoac009. doi:10.1093/hropen/hoac009
- Donnez, J., Becker, C., Taylor, H., Carmona Herrera, F., Donnez, O., Horne, A., Paszkowski, M., Petraglia, F., Renner, S. P., Patel, A., Boolell, M., Bestel, E., & Dolmans, M.-M. (2024). Linzagolix therapy versus a placebo in patients with endometriosis-associated pain: A prospective, randomized, double-blind, phase 3 study (EDELWEISS 3). *Human Reproduction*, 39(6), 1208–1221. doi:10.1093/humrep/deae076
- Giudice, L. C., As-Sanie, S., Arjona Ferreira, J. C., Becker, C. M., Abrão, M. S., Lessey, B. A., Brown, E., Dynowski, K., Wilk, K., Li, Y., Mathur, V., Warsi, Q. A., Wagman, R. B., & Johnson, N. P. (2022). Once daily oral relugolix combination therapy versus placebo in patients with endometriosis-associated pain: Two replicate phase 3, randomised, double-blind studies



- (SPIRIT 1 and 2). *The Lancet*, 399(10343), 2267–2279. doi:10.1016/S0140-6736(22)00622-5
- Hsu, R., Han, E. S., Farrow, M., Pacis, M., Swartz, S., & Denny, K. (2026). Oral gonadotropin-releasing hormone antagonists for the treatment of endometriosis-associated pain: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. Advance online publication. doi:10.1016/j.jmig.2026.04.004
- National Institute for Health and Care Excellence. (2024). *Endometriosis: Diagnosis and management (NICE guideline NG73)*. NICE. Updated November 11, 2024.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2025a). *Linzagolix for treating symptoms of endometriosis (Technology appraisal guidance TA1067)*. NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2025b). *Relugolix–estradiol–norethisterone for treating symptoms of endometriosis (Technology appraisal guidance TA1057)*. NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2026). *Fertility problems: Assessment and treatment (NICE guideline NG257)*. NICE.
- Saunders, P. T. K., & Horne, A. W. (2021). Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. *Cell*, 184(11), 2807–2824. doi:10.1016/j.cell.2021.04.041
- Taylor, H. S., Giudice, L. C., Lessey, B. A., Abrão, M. S., Kotarski, J., Archer, D. F., Diamond, M. P., Surrey, E., Johnson, N. P., Watts, N. B., Gallagher, J. C., Simon, J. A., Carr, B. R., Dmowski, W. P., Leyland, N., Rowan, J. P., Duan, W. R., Ng, J., Schwefel, B., . . . Chwalisz, K. (2017). Treatment of endometriosis-associated pain with elagolix, an oral GnRH antagonist. *The New England Journal of Medicine*, 377(1), 28–40. doi:10.1056/NEJMoa1700089
- World Health Organization. (2025, October 15). *Endometriosis*. World Health Organization.

