

TRATAMIENTO LAPAROSCOPICO DE LA NEURALGIA DEL NERVIO OBTURADOR EN CIRUGÍAS DE DOLOR PELVIANO ASOCIADO A ENDOMETRIOSIS PROFUNDA

LAPAROSCOPIC TREATMENT OF OBTURADOR NERVE NEURALGIA IN PELVIC PAIN SURGERIES ASSOCIATED WITH DEEP ENDOMETRIOSIS

ALEJANDRO MARTIN GONZALEZ¹
MARIA DEL MILAGRO TEJERIZO FE²
VICTORIA MARIA ILLIA³
NATALIA MARIA SANCHEZ⁴



Resumen

Introducción: La endometriosis profunda puede comprometer estructuras nerviosas y generar dolor neuropático severo. El compromiso del nervio obturador constituye una forma poco frecuente, caracterizada por dolor inguinal y en cara medial del muslo irradiado hacia la rodilla. La evidencia disponible sobre su tratamiento quirúrgico es limitada.

Materiales y métodos: Estudio experimental prospectivo realizado entre enero de 2020 y julio de 2023 en Hospital Naval Buenos Aires y Sanatorio de la Trinidad Mitre. Se incluyeron 31 pacientes con dolor pelviano crónico por endometriosis profunda asociado a neuralgia del nervio obturador. Fueron evaluadas mediante examen neuropelveológico, ecografía transvaginal y RMN de pelvis. Se realizó cirugía laparoscópica de descompresión del nervio obturador asociada a cirugía

¹ Instituto Gonzalez. Doctor en Medicina. Cirugía Ginecológica de Alta Complejidad; Neuropelviología; Ex presidente Sociedad Argentina de Endometriosis; Ex presidente Sociedad Argentina de Cirugía Ginecológica. E-mail: dralejeandromgonzalez@gmail.com

² Hospital Eva Perón de Tucumán. Sanatorio 9 de Julio de Tucumán. Especialista UBA en Tocoginecología. Fellowship de Cirugía Mínimamente Invasiva de la Sociedad Argentina de Cirugía Ginecológica. Referente Provincial del Programa de Endometriosis del Ministerio de Salud de Tucumán.

³ Hospital General Agudos Dr. Ignacio Pirovano. Especialista UBA en Tocoginecología. Fellowship de Cirugía Mínimamente Invasiva de la Sociedad Argentina de Cirugía Ginecológica.

⁴ Departamento de Bioestadística, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. Profesora titular de Bioestadística de la Facultad de Medicina de Universidad de San Pablo Tucumán. Especialización de Postgrado en Estadística Aplicada.

sistemática de endometriosis. La evaluación del dolor se efectuó mediante Escala Numérica del Dolor preoperatoria y al año de seguimiento.

Resultados: Edad media fue 35 años. Preoperatoriamente, todas las pacientes presentaban dolor severo, con una media de 8,9. Al año de seguimiento, la media descendió significativamente a 2,23 ($p < 0,0001$). El 48% presentó curación clínica, el 35% mostró una reducción $\geq 50\%$ del dolor y una paciente persistió con dolor severo. Se registró una única complicación mayor posoperatoria.

Discusión: Los hallazgos sugieren que la descompresión laparoscópica del nervio obturador podría ser una estrategia efectiva para el tratamiento del dolor neuropático asociado a endometriosis profunda.

Conclusión: La descompresión laparoscópica del nervio obturador mostró una reducción significativa del dolor neuropático y representa una alternativa terapéutica prometedora en pacientes seleccionadas. Se requieren estudios multicéntricos para confirmar estos hallazgos.

Palabras clave: Endometriosis profunda – Nervio Obturador – Cirugía Laparoscópica

Abstract

Introduction: Deep infiltrating endometriosis may involve pelvic plexus nerve structures and generate severe neuropathic pain. Obturator nerve involvement is a rare presentation, characterized by inguinal pain and pain radiating to the medial thigh and knee. Available evidence regarding its surgical treatment remains limited.

Materials and Methods: A prospective experimental study was conducted between January 2020 and July 2023 at Hospital Naval Buenos Aires and Sanatorio Trinidad Mitre. Thirty-one premenopausal patients with chronic pelvic pain due to deep infiltrating endometriosis associated with obturator neuralgia were included. All patients underwent neuropelvic examination, transvaginal ultrasound, and pelvic magnetic resonance imaging. Laparoscopic obturator nerve decompression associated with systematic endometriosis surgery was performed. Pain evaluation was assessed using the preoperative and one-year postoperative Numeric Rating Scale.

Results: The mean age was 35 years. Preoperatively, all patients presented severe pain, with a mean score of 8.9. At one-year follow-up, the mean score significantly decreased to 2.23

($p < 0.0001$). Clinical cure was achieved in 48% of patients, 35% showed a pain reduction $\geq 50\%$, and only one patient persisted with severe pain. One major postoperative complication was reported.

Discussion: The findings suggest that laparoscopic obturator nerve decompression may represent an effective strategy for treating neuropathic pain associated with deep infiltrating endometriosis.

Conclusion: Laparoscopic obturator nerve decompression showed a significant reduction in neuropathic pain and represents a promising therapeutic alternative in selected patients. Multicenter studies are required to confirm these findings.

Keywords: Deep Infiltrating Endometriosis – Obturator nerve – Laparoscopic Surgery

Fecha de recepción: 25/05/2026

Fecha de aceptación: 23/06/2026

1.- INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una de las principales causas de dolor pelviano crónico en las mujeres, requiriendo en muchos casos tratamiento quirúrgico. Se define como la presencia de glándulas endometriales y estromas por fuera de la cavidad uterina (1). Se trata de una patología benigna, crónica, de carácter inflamatorio y de curso progresivo que puede llevar a cuadros severos de dolor invalidante, que afecta aproximadamente a 170 millones de mujeres en edad reproductiva en todo el mundo (2).

En los últimos años, los avances en el conocimiento del origen del dolor pelviano crónico, pusieron en evidencia que, en muchos casos, no alcanza con una cirugía orientada a eliminar las lesiones endometrióticas (3-5), sino que es necesario el tratamiento integral del mismo con un enfoque neuropelveológico y cirugías dirigidas a las causas, con el objetivo final de identificar y tratar cada generador de dolor (6).

La endometriosis infiltrativa profunda se caracteriza por lesiones profundas de más de 5 mm de profundidad de invasión (7). La naturaleza infiltrativa de estas lesiones puede llevar al atrapamiento de nervios periféricos como una forma rara de presentación. Los nervios más frecuentemente afectados corresponden al plexo sacro en un 57%, seguidos de nervio ciático en

39% (8, 9). Se han descripto únicamente 8 casos en toda la literatura sobre el atrapamiento del nervio obturador por esta patología (10 - 18).

La neuralgia del nervio obturador es un cuadro clínico de difícil diagnóstico y tratamiento, que se caracteriza por un dolor persistente en la región inguinal y en la región medial del muslo, referido a la rodilla, con pérdida de fuerza en los movimientos de aducción de la cadera, e hipoestesia en la cara interna de muslo. (19 - 21).

No existen aún trabajos que describan el tratamiento laparoscópico de la neuralgia del nervio obturador asociada a endometriosis de forma prospectiva. Dada la carencia de estos trabajos, nuestro objetivo es evaluar la efectividad de esta práctica a través de la medición del dolor por neuralgia del obturador previo y posterior a la cirugía.

Como objetivo secundario se planteó describir los resultados perioperatorios de las cirugías realizadas.

2.- MATERIALES Y MÉTODO

Estudio experimental prospectivo sobre 31 pacientes asistidas e intervenidas en las Secciones de Endoscopía Ginecológica del Hospital Naval de Buenos Aires y en el Sanatorio de la Trinidad Mitre en el período comprendido entre enero de 2020 y julio de 2023.

Se incluyeron pacientes premenopáusicas con diagnóstico de dolor pelviano crónico por endometriosis profunda, operadas o no, con terapias previas fallidas o no, asociado a neuralgia del obturador.

Antes de la intervención, se proporcionó a las pacientes una explicación detallada sobre el procedimiento de descompresión del nervio obturador, en el contexto de la cirugía sistemática para endometriosis. Durante esta explicación, se abordaron tanto los beneficios como los posibles riesgos asociados a la intervención. Posteriormente, firmaron un consentimiento informado previo a la cirugía, en el cual se garantizó la confidencialidad y el anonimato, autorizando el uso y publicación de detalles de los casos, datos clínicos, imágenes y videos relacionados con el estudio, así como el seguimiento posterior. Además, se presentó un protocolo de investigación que fue revisado y aprobado por el Comité de Bioética del Hospital Naval de Buenos Aires.

A todas las pacientes se le realizaron Historia clínica de la Sociedad Argentina de Endometriosis (anexo 1) y de dolor neuropático, examen físico neuropelviológico completo con

evaluación de región de inervación del nervio obturador (6), ecografía transvaginal y resonancia magnética de pelvis con gadolinio y gel vaginal.

Para la evaluación inicial del dolor se utilizó la Escala Numérica del Dolor (END) (22) considerando dolor leve ≤ 3 , dolor moderado entre 4 y 6 y dolor severo ≥ 7 .

Todas las cirugías fueron abordadas por vía mínimamente invasiva realizadas por el mismo cirujano y se utilizó una torre de alta definición full HD Storz modelo Image 1 Pure. Se utilizaron dos tipos de energía: pinza bipolar con rotación y ultrasonido con bisturí armónico HAR 36 de la empresa Johnson y Johnson

Se utilizó la técnica francesa para el posicionamiento de los trocares: 1 trocar principal umbilical, y vías accesorias en ambas fosas ilíacas e hipogastrio, con la paciente en posición de Trendelenburg extremo, a 45°.

Inicialmente se realizó el abordaje del nervio obturador afectado y su descompresión en todo el trayecto hasta la salida de la pelvis realizando los siguientes pasos: 1) Incisión longitudinal del peritoneo a nivel de la arteria iliaca externa; 2) Acceso al espacio definido lateralmente por el músculo psoas y medialmente por los vasos ilíacos externos; 3) Identificación de nervio genito-femoral y tendón del psoas (sus ubicaciones pueden variar por fibrosis); 4) Identificación y separación uréter; 5) Liberación del fascículo muscular del psoas (de acuerdo a la fibrosis y a la presencia de vasos anómalos es conveniente llegar a visualizar la inserción del fascículo ilíaco sobre el hueso de mismo); 6) Acceso profundo a la fosa iliolumbar e identificación de nervio obturador; 7) Liberación completa en todo su trayecto: desde su entrada a la pelvis hasta la salida por el foramen obturador junto a los vasos obturadores, visualizando el músculo obturador interno.

Luego de este abordaje inicial, se continua con la cirugía de endometriosis conservadora o radical de acuerdo a la sistemática de nuestro centro: 1) Luego de acceder al retroperitoneo lado izquierdo se realiza identificación y aislamiento de ligamento infundibulopelvico (coagulación y sección en cirugía radical); 2) Identificación de uréter y ureterolisis hasta entrada en parametrio; 3) Acceso a fosa pararectal, identificación y liberación de nervio hipogástrico hasta la liberación de sus ramas, eventual neurolisis; 4) Liberación anexial: cirugía ovárica y/o tubaria; 5) Acceso a tabique rectovaginal; 6) Igual cirugía del lado derecho; 7) Tratamiento de tabique rectovaginal y/o torus 8) Histerectomía en cirugía radical 9) Cirugía rectal en caso de nódulos rectales (shaving, resección discoidea o resección segmentaria según el tipo de nódulo).

Luego de la cirugía, todas las pacientes realizaron kinesiólogía de rehabilitación durante 3 meses.

Para evaluar la eficacia de la cirugía, se consideró la END previa y la END postoperatoria al año de cirugía, y se lo analizó con la prueba de los signos y la prueba de rangos signados de Wilcoxon, pruebas no paramétricas para muestras apareadas.

Con las mismas escalas se evaluó curación, mejoramiento mayor o menor al 50% y persistencia del dolor neuropático o tratamiento fallido. Se consideró curación a la presencia de una puntuación según la END postoperatorio de 0-1, mejoramiento a todo descenso en la END considerando que puede ser mayor o menor al 50% y sin cambios o resultado fallido a la persistencia de una END de 8 a 10.

3.- RESULTADOS

Se incluyeron 31 pacientes desde enero de 2020 hasta julio de 2023. La tabla 1 presenta las características de las pacientes.

Tabla 1. Características de las pacientes

Características	(N= 31)
Edad en años, media	35 (23 a 51)
IMC (kg/m2), promedio	23.63 (18.3 – 31.2)
Antecedentes de cirugías previas	
- Cirugías previas por endometriosis	15 (48%)
- Miomectomías	2 (6%)
- Histerectomías	1 (3%)
- Histeroscopias	4 (13%)
- Salpingectomias	1 (3%)
- Otras cirugías abdominales	10 (32%)
Gestas (número de pacientes)	
- Nulíparas	19
- 1 gesta	8
- Más de 1 gesta	4
Esterilidad (número de pacientes)	22 (71%)
- Esterilidad primaria	16 (52%) 6 (19%)

-	Esterilidad secundaria	
Síntomas		
-	Dismenorrea	29 (93%)
-	Dispareunia	22 (70%)
-	Sangrado uterino anormal	10 (32%)
-	Disquecia	9 (30%)
-	Disuria	8 (26%)
Hallazgos en RMN		
-	Estudio normal	5
-	Endometriomas ováricos	13
-	Nódulos en ligamentos uterosacros	8
-	Adenomiosis	7
-	Nódulos rectovaginales/ retrocervicales	7
-	Compromiso intestinal	3
-	Miomas	2

De las pacientes estudiadas, el 50% presentaba antecedentes de cirugías previas; a su vez el 48% presentaban cirugías anteriores indicadas por endometriosis. En cuanto a la fertilidad, el 55% de nuestras pacientes no tenían embarazos previos y el 71% presentaban infertilidad.

La neuralgia en la región del obturador se presentó en el 100% de las pacientes: el 55% (17p) en región derecha y 45% (14p) en región izquierda. Los siguientes síntomas que se presentaron con mayor frecuencia fueron la dismenorrea (93%) y dispareunia (70%).

En relación a la ubicación del dolor, la mayoría de las pacientes presentaba varias zonas combinadas de dolor, incluyendo hipogastrio 9% (3p), fosas ilíacas 6% (2p) y otras regiones nerviosas: ciático 30% (10p) y pudiendo 9% (3p).

La Tabla 2 presenta los puntajes de dolor preoperatorios. El score de dolor de la neuralgia previo a la cirugía fue severo (es decir, un puntaje mayor o igual a 7) en el 100% de los casos, correspondiendo a dolor severo. Siendo la media del score obtenido de 8.9 con una mediana de 9.

Tabla 2. Score de dolor según Escala numérica de Dolor (END)

END	(N= 31)
7	5 (16%)
8	5 (16%)

9	9 (29%)
10	12 (39%)

El 74% (23p) presentaba al menos una intervención gineco-obstétrica y/o abdominal. El 26% (8p) restante no presentaban ningún antecedente quirúrgico.

En todas las pacientes se pudo completar la sistemática programada por laparoscopia: descompresión del nervio obturador afectado y cirugía de endometriosis. La media de tiempo quirúrgico fue de 128 minutos (100 -300).

Se realizaron los siguientes procedimientos quirúrgicos asociados: Descompresión de otros nervios del plexo lumbar y sacro 39% (12p), histerectomía 17% (6p), cirugía intestinal 16% (5p) y miomectomía 3% (1p).

La tabla 3 presenta los hallazgos intraoperatorios generales y la tabla 4 el estado del nervio obturador durante la cirugía.

Tabla 3. Hallazgos intraoperatorios

Hallazgos iniciales	
Obliteración del fondo de saco de douglas	14 (45%)
Fibrosis peritoneal	13 (42%)
Endometriosis ovárica	11 (35%)
Adherencias por cirugías previas	10 (32%)
Nódulo rectovaginal/ retrocervical	8 (26%)
Utero de aspecto adenomiotico	5 (16%)
Nódulo intestinal	5 (16%)
Mioma uterino	1 (3%)
Hidrosalpinx	1 (3%)
Sin hallazgos patológicos	1 (3%)

Tabla 4. Estado del nervio obturador durante la cirugía

Estado del nervio obturador	(N= 31)
Fibrosis	13 (42%)
Vasos anómalos y varicosos	10 (32%)
Sin patología visible	7 (21%)
Granuloma de malla de hernioplastia	1 (3%)

Respecto a las complicaciones postoperatorias, solo una paciente presentó una complicación grado 3 de la clasificación de Dindo Clavien (23). La paciente desarrolló un hematoma abscedado presacral, luego de una descompresión compleja del plexo sacral. La misma requirió reinternación y reoperación para drenaje, lavado y luego antibioticoterapia correspondiente. No se registraron complicaciones intraoperatorias.

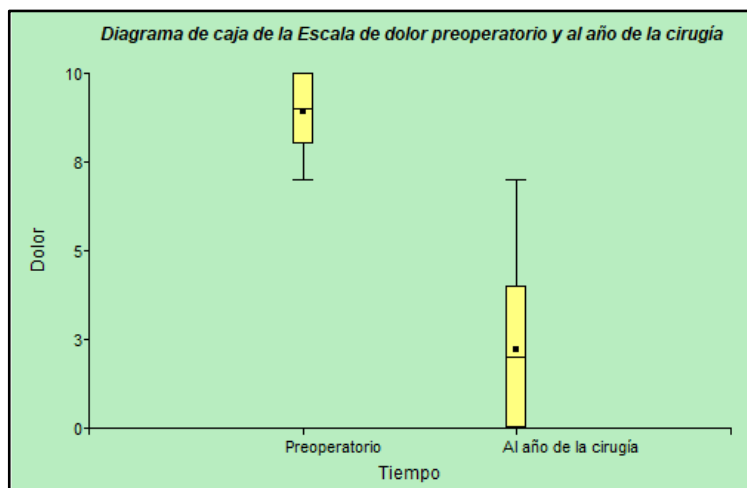
La Tabla 5 presenta los puntajes de dolor a un año de la cirugía. El score de dolor de la neuralgia al año de la cirugía fue leve (es decir, un puntaje menor o igual a 3) en el 65% de los casos, moderado (es decir, un puntaje mayor o igual a 4 y menor o igual a 6) en el 32% de los casos correspondiendo y finalmente sólo 1 paciente (3%) presentó dolor severo. Siendo la media del score obtenido de 2.23 con una mediana de 2.

Tabla 5. Score de dolor al año postoperatorio según Escala numérica de Dolor (END)

END	(N= 31)
0	13
1	2
2	1
3	4
4	5
5	4
6	1
7	1

La mediana de la escala de dolor al inicio fue de 9 siendo >7 en el 100% de las pacientes, mientras que el VAS a un año de la cirugía fue de 2 siendo esta diferencia estadísticamente significativa tanto en la prueba de signos como en la prueba de rangos signados de Wilcoxon (valor $p < 0,0001$) considerando un nivel de significación $\alpha = 0,05$. pudiendo observarse esto en el siguiente gráfico:

Gráfico 1. Diagrama de caja de la Escala de dolor preoperatorio y al año de cirugía



Luego de un año de seguimiento, todas las pacientes mejoraron de la neuralgia del obturador luego de la cirugía de descompresión con un 64% de dolor leve, 32% dolor moderado y 3% dolor severo pero con un valor menor al previo.

Tabla 5. Comparación END previo y postoperatorio de acuerdo a la severidad del dolor

Tipo de dolor previo a la cirugía	Tipo de dolor al año de la cirugía		
	Leve ≤ 3	Moderado 4-6	Severo ≥ 7
Leve ≤ 3	0	0	0
Moderado 4-6	0	0	0
Severo >7	20	10	1

De acuerdo con los criterios de curación, mejoría o sin cambios se observó:

- 48% curación (END 0-1) (15p)
- 48% mejoría (15p)
 - 35% mejoría $\geq 50\%$ (11p)
 - 13% mejoría $< 50\%$ (4p)
- 3% continua en dolor severo (1p)

Se realizó un Test de Homogeneidad marginal para comparar el dolor (categorizado) previo a la cirugía y al año de la cirugía. Concluyendo que los cambios fueron significativos ($p < 0,00001$).

McNemar Tests for Each Category

Proportion						
Frequency		(Proportion)				
Level						
(k)	Previo	Al año	Prop 1	Prop 2	Chi_squared(a)	p_value
Leve	0	20	0.000	0.645	20.000	0.0000*
Moderado	0	10	0.000	0.323	10.000	0.0016*
Severo	31	1	1.000	0.032	30.000	0.0000*

Tests of Overall Marginal Homogeneity

Bhapkar chi-squared = 930.000 df = 2 p = 0.0000

Stuart-Maxwell chi-squared = 30.000 df = 2 p = 0.0000

En este trabajo no se evaluaron resultados de dolor asociado a endometriosis. Sólo los correspondientes a la neuralgia del obturador.

4.- DISCUSIÓN

En este estudio prospectivo, comparamos la efectividad del tratamiento laparoscópico de descompresión del nervio obturador a través de la medición del dolor por neuralgia del dolor previo a la cirugía y posterior al tratamiento laparoscópico. Los resultados obtenidos muestran una mejora significativa en el END de dolor referido por la paciente posterior a la cirugía. Antes de la intervención, todas las pacientes presentaban dolor severo. Sin embargo, después de la cirugía se

observó una reducción estadísticamente significativa en el END posterior. Este hallazgo sugiere la eficacia de esta intervención en el alivio de la neuralgia del obturador asociado a pacientes con dolor pelviano crónico por endometriosis, siendo el primer estudio en demostrarlo de manera prospectiva.

La cirugía laparoscópica se ha consolidado como el gold standard en el tratamiento quirúrgico de la endometriosis, ofreciendo ventajas significativas en términos de mejoría del dolor, recuperación y resultados estéticos comparados con enfoques más invasivos. Sin embargo, a pesar del uso extensivo de la misma, hasta el momento no existía una base sólida con respecto al tratamiento de la neuralgia del obturador asociada a esta patología. Kale describió a través de 8 casos, como la naturaleza infiltrativa de la endometriosis puede comprometer este nervio (18), pero no existen estudios que analicen la eficacia de la cirugía en relación al alivio del dolor postoperatorio.

Existen varios estudios que reportan mejorías del dolor en casos de pacientes con compromiso del nervio ciático o del plexo lumbosacro, pero ninguno que analice el alivio del dolor en casos de compromiso del nervio obturador (24 - 26).

A pesar de la buena sensibilidad y especificidad de la RMN para la endometriosis, el compromiso del nervio obturador no suele observarse a través de este método complementario. Dentro de nuestro estudio, el examen clínico neuropelviológico fue el aporte más importante para poder identificar la región del nervio obturador afectada.

El 74% de las pacientes tenían algún antecedente de cirugías gineco-obstétricas y abdominales que pueden favorecer lesiones traumáticas neuropáticas y/o generación de fibrosis posquirúrgica. En las pacientes con antecedente de endometriosis, lo más frecuente es la cirugía anterior incompleta con persistencia del dolor. Así es como los hallazgos laparoscópicos iniciales más frecuentes fueron obliteración del fondo de saco de Douglas, fibrosis peritoneal, adherencias por cirugías previas y endometriosis ováricas.

En todas las pacientes se pudo acceder al nervio obturador y realizar su descompresión con resultados favorables. De un END previo promedio 8.9 y una mediana de 9 a un END postoperatorio promedio de 2.23 y una mediana de 2 con diferencias estadísticamente significativas. Todas las pacientes mejoraron luego de la cirugía con un 48% de curación y un 6% de mejoría (de las cuales

el 63% mejoraron su score >50%). No hubo ningún caso de empeoramiento del dolor luego del tratamiento quirúrgico.

5.- CONCLUSIÓN

Una de las fortalezas de este estudio radica en ser la primera publicación prospectiva sobre la descompresión del nervio obturador asociada a endometriosis. Hasta el momento no se encontraron publicaciones disponibles en la literatura sobre este tema.

Los resultados obtenidos tienen implicancias significativas positivas en el manejo de la neuralgia del obturador en pacientes con endometriosis y ofrecen una nueva opción terapéutica para nuestras pacientes. Sin embargo, es importante tener en cuenta las limitaciones de nuestro estudio, como el tamaño de la muestra y la falta de un grupo control, lo que sugiere la necesidad de futuras investigaciones que confirmen estas observaciones. Otro punto controversial es determinar cuánto influye la cirugía de la endometriosis en la reducción del dolor de la neuralgia del obturador y cuánto de la mejoría es por la descompresión per se del nervio.

La investigación de la neuralgia del obturador en pacientes con endometriosis se enfrenta a desafíos adicionales debido a la heterogeneidad en las manifestaciones de la endometriosis, la subjetividad en la experiencia del dolor por falta de individuos y la falta de correlación, en muchos casos, entre la severidad de los hallazgos quirúrgicos y el dolor referido.

Para futuras investigaciones, sería importante realizar estudios multicéntricos con muestras más grandes, utilizar escalas específicas sobre dolor neuropático y comparar la descompresión del nervio obturador con otras intervenciones terapéuticas para el dolor pelviano crónico asociado con endometriosis. También reparamos sobre la dificultad de evaluar específicamente el dolor por neuralgia del obturador, separado del dolor pélvico propio de la endometriosis.

En conclusión, los resultados de este estudio sugieren que la descompresión del nervio obturador mediante cirugía laparoscópica es una opción efectiva para el manejo del dolor pelviano crónico en pacientes con endometriosis. Sin embargo, se necesitan más investigaciones para confirmar estos hallazgos y establecer el papel de esta técnica en el contexto del tratamiento integral de la endometriosis.

6.- ANEXOS

HISTORIA CLINICA UNIFICADA



■ DATOS FILIATORIOS

Fecha:

Apellido y Nombre:

Edad :

DNI:

Provincia:

Teléfono Contacto (código área+nro):

Email:

■ MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA

- DOLOR + FERTILIDAD (actual o a futuro) ()
- SOLO DOLOR (Fertilidad cumplida o concluída) ()
- OTROS:
- FERTILIDAD + DOLOR ()
- SOLO FERTILIDAD ()

■ ANTECEDENTES

Antec.Patológicos relevantes:

Tóxicos:

Tabaquismo:

Diario x Nro ()

Medicación:

PESO (kg):

TALLA (cm):

IMC:

■ ANTEC: GINE/OBSTETRICOS/FERTILIDAD

RM: Cada días / Duración días

SUA:

GESTAS:

Partos:

Cesárea:

Abortos:

Legrados:

MEDICACION ACTUAL HORMONAL: No () CombinadoE+P ()

Gestágenos ()

Otros:

AINES ()

OPIOIDES ()

OTROS/ALTERNATIVOS:

DISMENORREA (1 al 10):

DISPAREUNIA :

DPC / ACICLICO:

DISQUECIA

DISURIA

DOLOR NEUROPATICO:

OTROS u OBSERVACIONES: (Ejemplo: Distensión Abdominal, Constipación, Diarrea, Hematoquezia, Hematuria (Menstrual) Síndrome Premenstrual, Sind.Intestino Irritable, Cistitis Intersticial, etc u aclaraciones)

Cirugías por endometriosis:

SI

NO

Otras cirugías Abdominales:

SI

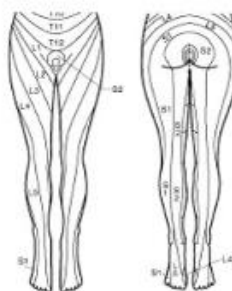
NO

■ EXAMEN FISICO:

Tacto Vaginal (obligatorio):

Tacto Rectal (opcional):

Zonas de mayor dolor:



▪ **MÉTODOS COMPLEMENTARIOS:** ECOGRAFIA TV +/- RMN PELVIS (RESUMEN)

Opcional: Ca 125:

Hormona AntiMullerina:

Subfertilidad primaria (Años):

Factor Masculino: si / No / No sabe

Factor tuboovárico: si / no / No Sabe

Estimulación ovárica/Ciclos realizados:

Transferencias:

Otros:

▪ **PRESUNCION DIAGNOSTICA:**

1) SUPERFICIAL/PERITONEAL: ():

2) OVARICA ()

OVARIO DERECHO (cm):

OVARIO IZQUIERDO (cm):

3) PROFUNDA: ()

Retrocervical (torus): ()

Uterosacro Derecho: ()

Uterosacro Izquierdo: ()

Fondo Saco Vagina: ()

Tabique RV ()

Intestinal Infiltrativa (Región):

Vesical: ()

Ureteral: ()

Parametrio: ()

Pared Pelviana: ()

4) ADENOMIOSIS Sospecha (RMN o ECO) NO / Si

FOCAL ()

DIFUSA ()

5) OTRAS (Extrapelviana):

▪ **PROPUESTA/CONDUCTA:**

▪ **FOJA QUIRÚRGICA**(Escriba lo que vió e hizo)

ESTADIO ASRM:

EFI:

▪ **ANATOMIA PATOLOGICA (RESUMEN)**

7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Api M. Surgery for endometriosis-related pain. *Womens Health (Lond)*. 2015 Aug;11(5):665-9. doi: [10.2217/whe.15.52](https://doi.org/10.2217/whe.15.52). Epub 2015 Oct 6. PMID: 26441217.
- 2- Della Corte L, Di Filippo C, Gabrielli O, Reppuccia S, La Rosa VL, Ragusa R, Fichera M, Commodari E, Bifulco G, Giampaolino P. The Burden of Endometriosis on Women's Lifespan: A Narrative Overview on Quality of Life and Psychosocial Wellbeing. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jun 29;17(13):4683. doi: [10.3390/ijerph17134683](https://doi.org/10.3390/ijerph17134683). PMID: 32610665; PMCID: PMC7370081.
- 3- Berkley KJ, Rapkin AJ, Papka RE. The [pains](#) of endometriosis. *Science*. 2005 Jun 10;308(5728):1587-9. doi: 10.1126/science.1111445. PMID: 15947176.
- 4- Carey ET, Till SR, As-Sanie S. Pharmacological Management of Chronic Pelvic Pain in Women. *Drugs*. 2017 Mar;77(3):285-301. doi: [10.1007/s40265-016-0687-8](https://doi.org/10.1007/s40265-016-0687-8). PMID: 28074359.
- 5- As-Sanie S, Kim J, Schmidt-Wilcke T, Sundgren PC, Clauw DJ, Napadow V, Harris RE. Functional Connectivity is Associated With Altered Brain Chemistry in Women With Endometriosis-Associated Chronic Pelvic Pain. *J Pain*. 2016 Jan;17(1):1-13. doi: [10.1016/j.jpain.2015.09.008](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.09.008). Epub 2015 Oct 9. PMID: 26456676; PMCID: PMC4698023.
- 6- Possover, M. Neuropelveology: Latest developments in pelvic neurofunctional surgery. 1ra edición. International Society of Neuropelveology. 2015. 26-36. ISBN 978-3-9524533-0-8
- 7- Cornillie FJ, Oosterlynck D, Lauweryns JM, Koninckx PR. Deeply infiltrating pelvic endometriosis: histology and clinical significance. *Fertil Steril*. 1990 Jun;53(6):978-83. doi: [10.1016/s0015-0282\(16\)53570-5](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)53570-5). PMID: 2140994.
- 8- Siquara De Sousa AC, Capek S, Amrami KK, Spinner RJ. Neural involvement in endometriosis: Review of anatomic distribution and mechanisms. *Clin Anat*. 2015 Nov;28(8):1029-38. doi: [10.1002/ca.22617](https://doi.org/10.1002/ca.22617). Epub 2015 Sep 9. PMID: 26296428.
- 9- Possover M. Laparoscopic morphological aspects and tentative explanation of the aetiopathogenesis of isolated endometriosis of the sciatic nerve: a review based on 267 patients. *Facts Views Vis Obgyn*. 2021 Dec;13(4):369-375. doi: [10.52054/FVVO.13.4.047](https://doi.org/10.52054/FVVO.13.4.047). PMID: 35026098; PMCID: PMC9148715.
- 10-Ekpo G, Senapati S, Advincula AP. Laparoscopic excision of endometriosis of the obturator nerve: a case report. *J Minim Invasive Gynecol*. 2007 Nov-Dec;14(6):764-6. doi: [10.1016/j.jmig.2007.06.005](https://doi.org/10.1016/j.jmig.2007.06.005). PMID: 17980341.

- 11-Kalkan Ü, Daniilidis A. Laparoscopic Diagnosis and Treatment of Obturator Nerve Entrapment Because of a Deep Infiltrating Endometriotic Nodule: A Case Report. J Minim Invasive Gynecol. 2019 May-Jun;26(4):766-769. doi: [10.1016/j.jmig.2018.09.776](https://doi.org/10.1016/j.jmig.2018.09.776). Epub 2018 Sep 26. PMID: 30266589.
- 12-Peters A, Rindos NB, Lee TTM. Tigers in the Sidewall: Surgical Approaches to Excision of Lateral Deep Infiltrating Endometriosis. J Minim Invasive Gynecol. 2020 Feb;27(2):259. doi: [10.1016/j.jmig.2019.06.019](https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.06.019). Epub 2019 Jul 17. PMID: 31325590.
- 13-Redwine DB, Sharpe DR. Endometriosis of the obturator nerve. A case report. J Reprod Med. 1990 Apr;35(4):434-5. PMID: 2352240.
- 14-Osório F, Alves J, Pereira J, Magro M, Barata S, Guerra A, Setúbal A. Obturator Internus Muscle Endometriosis with Nerve Involvement: a Rare Clinical Presentation. J Minim Invasive Gynecol. 2018 Feb;25(2):330-333. doi: [10.1016/j.jmig.2017.07.013](https://doi.org/10.1016/j.jmig.2017.07.013). Epub 2017 Jul 29. PMID: 28760629.
- 15-Langebrekke A, Qvigstad E. Endometriosis entrapment of the obturator nerve after previous cervical cancer surgery. Fertil Steril. 2009 Feb;91(2):622-3. doi: [10.1016/j.fertnstert.2008.03.024](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.03.024). Epub 2008 Apr 25. PMID: 18439590.
- 16-Fambrini M, Andersson KL, Campanacci DA, Vanzi E, Bruni V, Buccoliero AM, Pieralli A, Livi L, Scarselli G. Large-muscle endometriosis involving the adductor thigh compartment: case report. J Minim Invasive Gynecol. 2010 Mar-Apr;17(2):258-61. doi: [10.1016/j.jmig.2009.12.004](https://doi.org/10.1016/j.jmig.2009.12.004). PMID: 20226421.
- 17-Waer P, Samson I, Sinnaeve F, Sciort R, Pans S. Perineural spread of endometriosis along the obturator nerve into the adductor thigh compartment. Jpn J Radiol. 2012 Jun;30(5):446-9. doi: [10.1007/s11604-012-0060-0](https://doi.org/10.1007/s11604-012-0060-0). Epub 2012 Feb 21. PMID: 22350637.
- 18-Kale A, Aboalhasan Y, Gündoğdu EC, Usta T, Oral E. Obturator nerve endometriosis: A systematic review of the literature. Facts Views Vis Obgyn. 2022 Sep;14(3):219-223. doi: [10.52054/FVVO.14.3.032](https://doi.org/10.52054/FVVO.14.3.032). PMID: 36206796; PMCID: PMC10350950.
- 19-Testut L. Tratado de Anatomía Humana. 6ta Edición. Barcelona: Salvat; 236-238 p. Rouviere H, Delmas A. Anatomía Humana Descriptiva, topográfica y funcional. 9na Edición. Acosta Vidrio E, editor. Barcelona: Masson; 1987. 472-473 p.
- 20-Latarjet M, Ruiz Liard A. Anatomía Humana. 4ta Edición. Pró EA, editor. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2010. 848-850 p.
- 21-Stewart JD. Focal peripheral neuropathies. 2. New York: Raven Press; 1993

- 22-Karcioglu O, Topacoglu H, Dikme O, Dikme O. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *Am J Emerg Med.* 2018 Apr;36(4):707-714. doi: [10.1016/j.ajem.2018.01.008](https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.01.008). Epub 2018 Jan 6. PMID: 29321111.
- 23-Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg.* 2004 Aug;240(2):205-13. doi: [10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae](https://doi.org/10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae). PMID: 15273542; PMCID: PMC1360123.
- 24-Possover M, Schneider T, Henle KP. Laparoscopic therapy for endometriosis and vascular entrapment of sacral plexus. *Fertil Steril.* 2011 Feb;95(2):756-8. doi: [10.1016/j.fertnstert.2010.08.048](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.08.048). Epub 2010 Sep 25. PMID: 20869701.
- 25-Lemos N, D'Amico N, Marques R, Kamergorodsky G, Schor E, Girão MJ. Recognition and treatment of endometriosis involving the sacral nerve roots. *Int Urogynecol J.* 2016 Jan;27(1):147-50. doi: [10.1007/s00192-015-2703-z](https://doi.org/10.1007/s00192-015-2703-z). Epub 2015 Apr 25. PMID: 25910611.
- 26-Possover M. Five-Year Follow-Up After Laparoscopic Large Nerve Resection for Deep Infiltrating Sciatic Nerve Endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2017 Jul-Aug;24(5):822-826. doi: [10.1016/j.jmig.2017.02.027](https://doi.org/10.1016/j.jmig.2017.02.027). Epub 2017 Apr 23. PMID: 28445777.