

J1217

84 29



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CORRELACION CLINICA Y ANATOMOPATOLOGICA DE ENDOMETRIOSIS.  
REVISION DE CINCO AÑOS EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL VERACRUZ DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

# TESIS

Que para Obtener el Post-grado en:

GINECO-OBSTETRICIA

PRESENTA

*Dra. Eva Morales Jáuregui*

ASESOR

*Dr. Roberto Solís Pérez*



Veracruz, Ver

**TESIS CON  
FALLA DE ORDEN**

1989.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

I	INTRODUCCION
II	ANTECEDENTES
III	DESARROLLO DEL TRABAJO
IV	GRAFICAS - CUADROS
V	PROTOCOLO DE ESTUDIO PARA PACIENTES CON ENDOMETRIO- SIS
VI	RESULTADOS
VII	CONCLUSION
VIII	BIBLIOGRAFIA

## I.- INTRODUCCION :

Los continuos progresos en cuanto a nuevos conocimientos y aptitudes técnicas, han hecho que cada vez se empleen más los diversos métodos de laboratorio y gabinete para el diagnóstico de muchas enfermedades, desplazándose así a la clínica; sin embargo como se muestra en este trabajo existen padecimientos en los que el diagnóstico es clínico 100%, siendo necesario los estudios paraclínicos para establecer la confirmación de certeza como es el caso de los reportes de anatomopatología.

El auge tan grande que en la última década se ha dado a la resonancia magnética (USG) ha hecho que se abuse del mismo dándose tratamientos médicos o realizándose cirugías únicamente por diagnóstico establecido por el mismo, no tomándose en cuenta el grado de confiabilidad de certeza diagnóstica que proporciona este método dependiendo de las diferentes patologías y de la experiencia de quién realiza los estudios.

Es por ello que esta revisión de cinco años de la Entidad de Endometriosis en sus variedades: Adenomiosis y Endometriosis Externa,

se analiza la incidencia en la población derechohabiente, el grado de afectación de la fertilidad de acuerdo a la patología encontrada, se correlacionó el diagnóstico establecido por ultrasonido con los reportes de patología y los hallazgos clínicos.

Se establece una comparación en cuanto a cuadro clínico y características del patrón menstrual de las dos entidades reportadas en revisiones de diferentes autores y las que se presentó en la población estudiada.

Tomando en cuenta lo anterior se realiza una breve revisión -- del padecimiento y se muestran en cuadros y gráficas los resultados obtenidos del estudio; estableciéndose las conclusiones.

## II.- ANTECEDENTES

La endometriosis ha sido descrita por Sampson como " la presencia de un tejido ectópico poseedor de la misma estructura histológica y funciones de la mucosa uterina. También incluyen los estados anormales que pueden resultar no sólo de la invasión de ciertas víceras u otros sistemas por este tejido, sino aún de sus relaciones con la menstruación "

Se distinguen en la endometriosis dos tipos diferentes, desde el punto de vista clínico y anatomopatológico, los que en realidad aparecen esencialmente como dos enfermedades distintas. El primero es la forma interna denominada con más precisión ADENOMIOSIS que es un estado caracterizado, por una invasión benigna del endometrio en la musculatura uterina, asociada con un exceso difuso de crecimiento de esta última. El segundo tipo es la llamada ENDOMETRIOSIS EXTERNA consistente en la invasión de los tejidos exteriores del útero o de la serosa uterina desde afuera.

HISTOGENESIS.- Desde el ensayo original de Sampson en 1921 se ha discutido mucho al respecto del origen del

endometrio aberrante de los casos de endometriosis pélvica. En general; las teorías acerca de la histogénesis implican: 1) Que endometrio ectópico es transportado del útero hasta su localización patológica, 2) Que tejido endometrial ectópico se desarrolla in situ a partir de tejidos locales, y 3) Que alguna combinación de estos dos mecanismos tienen por consecuencia el desarrollo de endometriosis.

**LOCALIZACION DE ENDOMETRIOSIS.**— Una relación de la distribución anatómica del endometrio ectópico por estudio laparoscópico de la localización de implantes, adhesiones y posición uterina reveló lo siguiente: El OVARIO fué el sitio más común de implante con 54.9% pudiendo ser la implicación uni o bilateral. Esto fué seguido en orden de frecuencia por el LIGAMENTO ANCHO (35.2%), el FONDO DE SACO ANTERIOR (34.6%), el FONDO DE SACO POSTERIOR (34%) y el LIGAMENTO UTEROSACRO (28%).

La endometriosis del compartimiento anterior (fondo de saco anterior, ligamento ancho y serosa uterina anterior) fué significativa más común en pacientes con útero anterior (40.7%) contra pacientes con útero posterior (11.8%)  $P < 0.0005$ . Exclusivamente enfermedades del compartimiento anterior fueron encontradas solo en pacientes con útero anterior y significativamente más común en pacientes con útero en ante flexión severa.

En orden descendente de frecuencia le siguen : Tabique rectovaginal y la cubierta peritoneal de los órganos pélvicos esto es útero, trompas de falopio, recto, colon sigmoides y vejiga. Sitios infrecuentes incluyen ombligo, apéndice, epiploon, vagina, cervix, sacos herniarios. La endometriosis también ha sido notada como endometrioma en la región perineal en cicatriz de incisiones de episiorrafia.

La ocurrencia de endometriomas en heridas de cesáreas es un --  
cuanto infrecuente usualmente presentándose como una delicada masa--  
en pared abdominal.

**CLASIFICACION DE LA ENDOMETRIOSIS.**— Aunque hay muchas clasifi-  
caciones de endometriosis, para los estudios clínicos se utiliza la  
siguiente modificación de la propuesta por Acosta y colaboradores:

1) **ENDOMETRIOSIS LIGERA**, lesiones pequeñas superficiales papu-  
losas de color pardo purpúrico o hemorrágico de:

- a) Peritoneo pelviano
- b) Ligamentos uterinos
- c) Fondo de saco
- d) Superficie de uno o ambos ovarios

2) **ENDOMETRIOSIS MODERADA**, lesiones citadas de endometriosis—  
ligera más:

- a) Cicatriz y retracción
- b) Adherencias ligeras de ovarios al ligamento ancho o al fon-  
do de saco.

3) **ENDOMETRIOSIS GRAVE**, lesiones citadas de endometriosis leve  
y moderada más:

a) Lesiones hemorrágicas uni o bilaterales ováricas de aspecto  
tumoral.

b) Adherencias moderadas a intensas de:

1) Ovarios a la hoja posterior de ligamento ancho, en el fondo  
de saco.

2) Peritoneo peritubarico

3) Fondo de saco a recto

c) Participación de intestinos o vías urinarias

d) participación de órganos distantes.



ANATOMIA PATOLOGICA .- La ADENOMIOSIS suele causar ligero aumento de volumen del útero, aunque muchas veces el órgano tiene tamaño normal. De ordinario no se modifican el contorno ni la superficie serosa del útero, aunque en algunos casos el endometrio llega a la serosa. La pared uterina a menudo esta engrosada y alcanza 2 a 2.5 cms a veces de manera irregular, la unión de endometrio y miometrio puede ser menos precisa que en estado normal. Por lo regular el miometrio no presenta anomalías. En casos muy floridos a simple vista o con lupa pueden apreciarse pequeños nidos de tejido blando y color amarillo blanco.

El diagnóstico histológico de adenomiosis depende de identificar el estroma, las glándulas endometriales o ambos entre los haces musculares del miometrio. Estas masas suelen consistir en glándulas características rodeadas por estroma de células fusiformes. En ocasiones consisten exclusivamente en estroma. Para que este justificado el diagnóstico de adenomiosis entre los nidos endometriales y la capa de endometrio debe haber una distancia mayor de un campo microscópico de gran aumento.

La ENDOMETRIOSIS EXTERNA adopta muchos cuadros diferentes los focos de endometriosis a diferencia de la adenomiosis, casi invariablemente se hallan bajo la influencia de hormonas ováricas; en consecuencia experimentan cambios menstruales cíclicos con hemorragia periódica. Por ello los focos se presentan como nódulos de color azul, rojo o amarillo pardo implantados en la superficie serosa o situados por debajo de ella en los sitios mencionados. Su tamaño es variable desde microscópico hasta diámetro de 1 a 2 cm. Las lesiones consideradas aisladamente pueden aumentar de volumen y fundirse. Con el tiempo los nódulos suscitan proliferación fibroblástica intensa a causa de la irritación causada por la sangre, lo cual

produce nódulos fibrosos compactos cuando la acumulación de sangre masiva, su organización origina adherencias de los tejidos entre sí, obliterando el fondo de saco de Douglas, deformación y fibrosis-completa de trompas, ovarios y alrededor; a veces provoca la llamada pelvis congelada. El diagnóstico de endometriosis a veces se hace con facilidad pero otras es muy difícil. Un hecho paradójico, es que el diagnóstico sea mas difícil en los casos avanzados, floridos y de larga duración pues al progresar la enfermedad la reacción fibroproliferativa borra los caracteres identificables. En casos ——— avanzados quizá pueda apreciarse hemosiderina y nidos de microófagos que incluyen restos granulosos de color verde pardo dentro de las — áreas de fibrosis compacta. El diagnóstico histológico concluyente-exige que concurren dos de los tres caracteres siguientes: Glándu—  
lan, estroma y pigmentos de hemosiderina.

FRECUENCIA.— La adenomiosis se encuentra en 25 a 40% de todas-las muestras de histerectomías, aunque la reciente publicación de — Bird y cols. Indica que si se obtienen cortes suficientes el endome—  
trio ectópico puede verse en casi 62% de los úteros extraídos por — todas las causas. Al parecer estos autores incluyen grados de enfer—  
medades sub-basal que nos llevaría a este diagnóstico. La cifra de— 8.6% de Molitor parece más realista aunque más baja.

En la Endometriosis externa es difícil precisar la frecuencia-con que se presenta este padecimiento, en virtud de que en diagnós—  
tico no se hace en la mayoría de los casos, sin embargo es induda—  
ble que en los últimos dos decenios ha habido un aumento considera—  
ble en la frecuencia con que se le diagnostica mencionándose el he—  
cho de encontrarla entre el 5 y el 15% de las operaciones pélvicas.  
Habitualmente ocurre en pacientes alrededor de los 35 años de edad—  
sin embargo se señala que hasta un 20% de pacientes por abajo de —  
los 30 años, lo cual significa que deben ser estudiadas las mujeres

en edad fértil, cuando haya sospecha de endometriosis, antes que la evolución del padecimiento les cree problemas de fertilidad.

Las mujeres con adenomiosis son en general personas que han tenido hijos y están en la cuarta o quinta década de la vida, a diferencia de la mujer más joven, involuntariamente estéril afectada de endometriosis.

**CARACTERISTICAS CLINICAS.**— Los signos y síntomas especiales de adenomiosis se explican adecuadamente por la misma patología de la lesión. La menorragia es muy común como puede esperarse no sólo por la mayor superficie endometrial, sino más bien por la disfunción endocrina manifestada a menudo histologicamente por el hecho de que el endometrio es la sede de una marcada hiperplasia. Quizá más característica es la dismenorrea cólica de la que se quejan la mayoría de las pacientes que sufren adenomiosis y que se explica por la hinchazón menstrual de islotes de endometrio bajo la tensión creada por su encierro en la musculatura que las rodea y consiguiente producción de penosas contracciones de esta última. En una proporción considerable de casos las pacientes con adenomiosis se quejan de dolor menstrual referido a recto o a la región sacral inferior o cóccigena. Esto explica por el frecuente compromiso de los ligamentos uterosacos y quizá del mismo recto.

La endometriosis es característicamente una enfermedad de los años fecundos. La paciente privada, de raza blanca es la más comúnmente afecta, quizá porque se casa y tiene hijos más tarde, viéndose así privada de los efectos presumiblemente benéficos de prolongados periodos de amenorrea.

El síntoma más característico es la presencia de dismenorrea—acentuada con carácter progresivo de presentación pre o transmenstrual frecuentemente incapacitante. Es prudente destacar sin embar-

go que no es raro encontrar lesiones endometrióticas pélvicas exten-  
sas sin que existan manifestaciones dolorosas y por otro lado en —  
presencia de lesiones pélvicas muy pequeñas con focos endometrióti-  
cos difíciles de diagnosticar por su tamaño, existen manifestaciones  
dolorosas graves, las lesiones endometrióticas óvaricas de tipo quí-  
stico aún de gran tamaño, frecuentemente no dan sintomatología dolo-  
rosa, mientras no ocurra la ruptura con el cuadro peritoneal de ti-  
po agudo o subagudo. No se conocen los factores que causan la disme-  
norrea en general se debe aceptar simplemente que no existe una re-  
lación constante entre la extensión de las lesiones endometrióticas  
y la intensidad del dolor.

La disparemia y el dolor a la defecación se presentan con re-  
lativa frecuencia particularmente en aquellos casos en que las le-  
siones endometrióticas afectan los ligamentos uterosacros, el sig-  
moides y el fondo de saco de douglas, este es un factor más para —  
disminuir la infertilidad ya que el coito se realiza con menor fre-  
cuencia. La defecación dolorosa probablemente se deba a que existe  
sangrado en la capa muscular o en la serosa del recto sigmoides, lo  
cuál da lugar a la subsecuente formación de fibrosis. Cuando la sín-  
tomatología predominante es el dolor suprapúbico y molestias urina-  
rias puede deberse a lesiones localizadas en el fondo de saco vesi-  
couterino cuando estas afectan la capa muscular de la vejiga se pre-  
sente hematuria acompañando a la disuria durante la menstruación.

FACTORES DE RIESGO DE ENDOMETRIOSIS EN RELACION A CARACTERISTI-  
CAS DEL CICLO MENSTRUAL.— El promedio de edad de la menarca para pa-  
cientes fué de  $12.4 \pm 0.08$ , por lo que el curso de mujeres con en-  
dometriosis tiene una menarca temprana, observándose un incremento-  
significativo de riesgo relativo de endometriosis a una norma de —  
12 a 15 años de edad.

Excluyendo sujetos que tienen periodo muy irregulares hay una tendencia significativa de mujeres con endometriosis que tienen ciclos menstruales cortos. Contrariamente mujeres con ciclos largos—mayores de 34 días tienen un riesgo disminuido de endometriosis.

En relación a la presencia de dolor menstrual, hay un incremento en el riesgo de endometriosis con incremento del dolor menstrual, ya que las que reportan dolores muy severos y que requirieron medicación y reposo en cama tienen un riesgo de 6.7 ( $P < .0001$ ) en relación a las reportadas como leves cuyo riesgo es de 1.7 ( $P < .01$ ).

En la duración del flujo menstrual, las mujeres que reportan haber tenido una semana de flujo menstrual también tienen un riesgo incrementado de endometriosis de 2.4 ( $P < .002$ ) comparado con mujeres con una semana o menos de flujo menstrual.

En resumen, las características menstruales identificadas como significativas relacionadas con la endometriosis, como precursoras de manifestaciones tempranas de la enfermedad en la que se observa que hay presencia de una menarca temprana, periodos regulares con ciclos cortos, larga duración del flujo y flujo abundante, así como dolor durante los periodos.

Existen factores de riesgo constitucionales que pueden afectar los niveles de estrógenos endógenos incluyendo hábito corporal, fumar o ejercicio, igualmente la mujer premenopáusica y postmenopáusica quienes son obesas, tienden a ser estrogenicas en virtud de la realizada producción de androstenediona y la acelerada producción — de este precursor en estrógeno activo, así predecimos que la obesidad puede ser un factor de riesgo de endometriosis.

El fumar se ha reportado que baja los niveles de estrógenos endógenos en las mujeres y encontramos una disminución del riesgo de—

endometriosis entre los fumadores que empezaron antes de los 17 años y quienes fuman más de una cajetilla al día. El efecto adverso sobre la salud de los fumadores compensa algo el efecto benéfico protectorio sobre endometriosis.

El ejercicio regular se encontró que disminuye los niveles de estradiol en el folículo en la fase lútea y la relación de estradiol/estrón, la disminución de los cambios parece ser correlacionada con la intensidad del programa de ejercicio.

El uso de DIU como método contraceptivo se ha estimado como un factor de riesgo de endometriosis debido a la menorragia con la que se encuentra comunmente asociada su uso; así como por la intensa reacción inflamatoria iniciada por el DIU con la resultante respuesta inmunológica peritoneal. Por el contrario el uso de anticonceptivos orales se ha asociado con un efecto de protección de endometriosis debido a que produce un adelgazamiento del endometrio con disminución del sangrado que evitaría el reflujo del mismo de acuerdo a la teoría de Sampson de producción de endometriosis.

DIAGNOSTICO.- En ADENOMIOSIS aún cuándo el diagnóstico no se establece hasta después de haber realizado el exámen anatomopatológico, existe un grupo de casos en los cuales es posible establecer clínicamente un diagnóstico de presunción al menos bastante seguro. Al comprobar la presencia de un útero moderado y difusamente aumentado de tamaño; fijado firmemente a la pelvis con uno o más módulos pequeños, palpables en la región sacra ó coccígea, en un mujer que ha tenido hijos casi no hay duda de que se trata de una adenomiosis, la cuál con toda probabilidad se encuentra asociada a una endometriosis. Sin embargo en gran número de casos no coexiste la endometriosis pélvica y el diagnóstico preoperatorio suele ser imposible.

Un útero agrandado simétricamente, con ausencia comprobada de embarazo en una mujer de 40 años que sufre dismenorrea creciente y menorragia debe hacer sospechar adenomiosis.

En la ENDOMETRIOSIS EXTERNA no cabe esperar encontrar ningún síntoma característico. Este hecho unido a la ausencia completa de síntomas en muchos casos, a más de que la endometriosis coexiste a menudo con otras lesiones que la encubren sintomáticamente explica porque el diagnóstico resulta con frecuencia difícil, hasta imposible antes de la operación. Hay no obstante ciertos datos auxiliares en el diagnóstico que pueden obtenerse por el exámen de la pelvis.— El síntoma más característico aunque sólo se presente en un pequeño número de casos es el dolor menstrual referido a recto y parte inferior de la región sacra o cóccigea. En cierto número de casos el dedo explorador revela un engrosamiento nodular de los ligamientos uterinos que corresponde a los islotes endometriales localizados en este punto, algunas veces los nódulos son pequeños y en forma de perdigones, pero pueden alcanzar el tamaño de una nuez y pueden ser únicos o múltiples. Este dato cuando se descubre en una enferma que presenta síntomas y signos de inflamación pélvica crónica debe sugerirnos la posibilidad de endometriosis, por lo general esta sospecha se convierte en certidumbre al llevar a cabo la operación.

En pacientes con dolor inexplicable en el hipogastrio o en quienes por otro motivo se sospeche endometriosis quizá sea necesario utilizar la LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA en especial si se piensa en tratamiento endocrino. En pacientes con infertilidad la laparoscopia diagnóstica es una parte necesaria del estudio y en algunos casos ( 7% ) es posible identificar una endometriosis asintomática no sospechada previamente.

**TRATAMIENTO.**— El tratamiento puede ser endócrino o quirúrgico, la mayoría de los autores afirma que el tratamiento endócrino solo se aconseja a pacientes con enfermedad leve o moderada. En la extensa suele recomendarse el quirúrgico como el enfoque primario.

**ENDOCRINO:**

**PROGESTAGENOS.**— Popularizando el concepto de pseudo embarazo, basado en que la gestación tendía a atrofiar la endometriosis preexistente, el pseudoembarazo utilizando un progestágeno a dosis creciente hasta 40 mg. diarios, aliviará el dolor en más del 85% de las pacientes y la infertilidad hasta en el 40%. Este tratamiento suprime la menstruación durante el tiempo que se administra que sugiere ser de unos 9 meses. Aunque el pseudoembarazo gozó de considerable aceptación a principios de la década de 1970, actualmente su uso es menos frecuente.

**ANDROGENOS.**— Es un concepto antiguo de que los andrógenos atrofiarían la endometriosis. En una proporción de casos se aliviará el dolor, tanto como con los progestágenos sin embargo un 10% de mujeres tienen una forma leve de virilización como acné o ligero aumento del hirsutismo. Si se logra embarazo se descontinúa la metiltestosterona para evitar masculinización de un feto femenino.

**ESTROGENOS.**— Dosis muy altas de estrógenos ejemplo hasta 400 mg. de etilbesterol diarios causarían atrofia endometrial por el llamado agotamiento endometrial. En una época se utilizó con éxito para el tratamiento de endometriosis pero rara vez si acaso esta indicado en la práctica actual. Tiene como complicación la hiperplasia de Endometrio.

**DANAZOL.**— Derivado isoxazol de la 17-etiltestosterona, es un esteroide sintético que tiene una acción interesante. Suprime el brusco aumento ovulatorio de la gonadotropina y es ligeramente androgénico a la dosis estandar de 800 mg/día. Igual que los proges-



tágenos causa amenorrea durante su administración. En casi todas— las pacientes se ha observado alivio del dolor y la frecuencia de — embarazos ha sido alentadora.

QUIRURGICO.- La cirugía está indicada para tratar el dolor la — infertilidad u otros síntomas en pacientes con endometriosis pélvi— ca extensa o cuando los síntomas no ceden con el tratamiento endo— crino en pacientes que padecen endometriosis pélvica leve. En un — gran porcentaje de los casos la cirugía alivia con éxito el dolor y ofrece mejor pronóstico para lograr un embarazo que el tratamien— to endocrino. La cirugía para la infertilidad por endometriosis con— siste en extirpar o fulgurar cuanto tejido endometrial se encuentre, ya sea peritoneal, ovárico o de cualquier otra parte y normalizar— lo mas posible el estado de la pelvis, cuándo no se toma en cuenta— el embarazo el objeto de la cirugía es aliviar los síntomas de la — paciente que suelen incluir dolor. En estas circunstancias la opera— ción mas indicada puede ser una histerectomía con salpingooforecto— mia bilateral.

Por otra parte si la paciente aún es relativamente joven hay — que pensar en la conservación de un ovario. En los casos en que la — endometriosis es realmente extensa con quistes endometriales bilate— rales e implantes endometriales en muchos puntos de la pelvis no — cabe esperar que se resuelva el problema con ninguna intervención — menor que la histerectomía con salpingooforectomía bilateral.

En ADENOMIOSIS, como el mioma ésta enfermedad suele depender — de la persistencia de la función ovarica por tanto los síntomas me— nores en la mujer premenopáusica sólo necesitan tratamiento palia— tivo. Cuándo los síntomas son muy intensos el tratamiento adecuado— es el quirúrgico, en muchos casos la operación se lleva a cabo con—

un diagnóstico equivocado de mioma, enfermedad pelviana inflamatoria o una combinación de las dos. Esta indicada la histerectomía; - el destino de los ovarios se decide teniendo en cuenta factores como la edad de las pacientes y presencia o ausencia de endometriosis ovárica o pelviana general.

### III.- DESARROLLO DEL TRABAJO

I.- TITULO DEL PROYECTO " Correlación clínica y anatomopatológica de Endometriosis. Revisión de cinco años en el Centro Médico - Nacional, Veracruz; IMSS.

II.- OBJETIVO GENERAL.- Detectar la incidencia de Endometriosis en pacientes en edad reproductiva.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

a) Determinar la relación entre el diagnóstico clínico y los hallazgos de patología.

b) Establecer la relación entre esterilidad y endometriosis en el grupo estudiado.

c) Determinar el porcentaje de pacientes en los que se estableció el diagnóstico de endometriosis únicamente por estudio de patología.

d) Determinar la incidencia en un lapso de cinco años del problema de endometriosis.

III.- JUSTIFICACION.- La presente investigación se hace por la alta frecuencia del diagnóstico de endometriosis como hallazgo histopatológico sin que halla sido detectado el problema clínicamente- así cómo detectar en la población estudiada el grado de afectación- que produjo este padecimiento en la fertilidad.

IV.- PROPOSITO:

a) Realizar un protocolo de estudio y manejo para pacientes — en los que se sospecha el problema de endometriosis.

b) Tesis para obtener el título en la Especialidad de Gineco—obstetricia.

V.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.- ¿ En que porcentaje de pacien—tes con endometriosis el diagnóstico se realiza por estudio de ana—tomopatología ?

VI.- METODO DE OBTENCION DE LA MUESTRA.- El universo serán to—das las pacientes de 15 a 49 años de edad con diagnóstico de endo—metriosis que cuenten con comprobación del mismo por estudios de —anatomopatología en el lapso comprendido de 1982 a 1987 del Centro—Médico Nacional Veracruz. La muestra se obtendrá teniendo en cuenta los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSION:

a) Pacientes con diagnóstico de endometriosis de 15 a 49 años—de edad.

b) Pacientes que en el lapso de tiempo de 1982 a 1987 se esta—bleció el diagnóstico de endometriosis con comprobación anatomopato—logica del mismo.

c) Pacientes en el mismo lapso de tiempo cuyo diagnóstico se — halla efectuado solo por estudio de anatomopatología.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

a) Pacientes menores de 15 y mayores de 49 años de edad.

b) Pacientes que no cuenten con comprobación anatomopatologica del diagnóstico.

c) Pacientes que no se hallan estudiado en el lapso de tiempo-  
de 1982 y 1987.

**VII.- RECURSOS FISICOS:**

- 1) Hoja de estadística ( 4-30-6 )
- 2) Archivo clínico
- 3) Expediente clínico
- 4) Libreta de estadística de anatomopatología.

**RECURSOS HUMANOS:**

- 1.- Médico no familiar del Centro Médico Nacional Veracruz
- 2.- Médico Residente del Tercer año de Gineco-obstetricia
- 3.- Pacientes con endometriosis del CMN Veracruz.

**VIII.- TRATAMIENTO ESTADISTICO:**

El método de análisis será descriptivo, con la presentación de cuadros y gráficas de resultados, con determinación de porcentajes, rango de edad, promedio, afectación a la fertilidad y desviación -- standard.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

IV.- G R A F I C A S - C U A D R O S

CASOS DE ENDOMETRIOSIS SEGUN DISTRIBUCION POR  
 GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL VERACRUZ. 1983 - 1987.

GRUPOS DE EDAD	CASOS
15 - 19	1
20 - 24	3
25 - 29	32
30 - 34	56
35 - 39	39
40 - 44	43
45 - 49	32
50 - 54	12
55 - 59	3
60 - 64	4
65 - 69	4
70 - 74	3
75 - 79	1
T O T A L	233

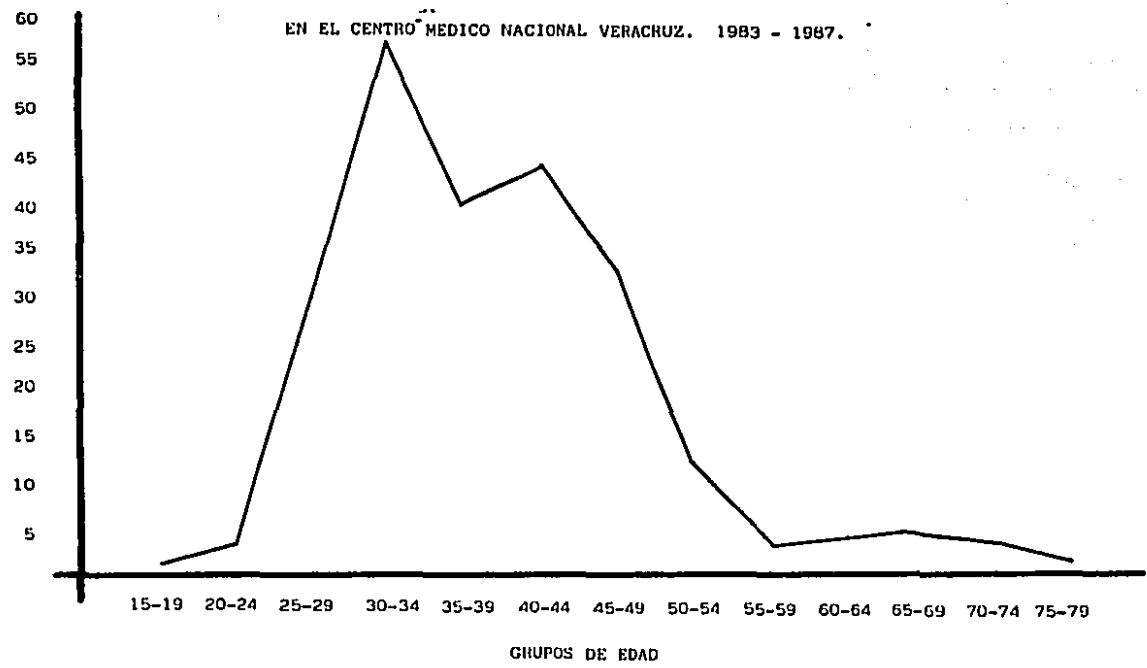
CUADRO No. 1

FUENTE: Expediente clínico de pacientes canalizadas al servicio de Ginecología.

CASOS

CASOS DE ENDOMETRIOSIS SEGUN DISTRIBUCION POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL VERACRUZ. 1983 - 1987.



GRAFICA No. 1

FUENTE: Cuadro No. 1



TIPOS DE CICLOS MENSTRUALES Y DIAS DE DURACION DE SANGRADO DE -  
 PACIENTES CON DIAGNOSTICO PATOLOGICO DE ENDOMETRIOSIS EN EL CEN-  
 TRO MEDICO NACIONAL VERACRUZ. 1983 - 1987

CICLO DIAS	25	28	30	35	IRREG.	TOTAL	%
2	0	1	6	0	0	7	3
3	1	22	33	0	7	63	27
4	1	11	29	1	5	47	20.2
5	0	13	19	1	3	36	15.5
6	1	2	12	1	4	20	8.6
7	0	5	9	0	1	15	6.4
8	1	10	13	0	6	30	12.9
9	0	0	3	0	0	3	1.3
10	0	4	5	1	2	12	5.1
T O T A L	4	68	129	4	28	233	100
%	1.7	29.2	55.4	1.7	12	100	

CUADRO No. 2

NOTA: Irregulares: Incluye ciclos entre 15 y 90 días

FUENTE: Expedientes clínicos de pacientes canalizados al Servicio de Ginecología.

LOCALIZACIONES MAS FRECUENTES DE ENDOMETRIOSIS EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL VERACHUZ

1983 - 1987

LOCALIZACION \ CASOS	CASOS	SIMPLES	MULTIPLES	DISTRIBUCION MULTIPLE	TOTAL DE LOCALIZACION
INTERNAS	200				
ADENOMIOSIS		113		4	117
ADENOMIOSIS-LEIOMIOMAS		87		4	91
EXTERNAS	28				
OVARIO		21		4	25
CICATRIZ DE CESAREA		4		1	5
TROMPAS		1		1	2
APENDICE		1		1	2
CERVIX		1		0	1
SUB-TOTAL	228	228	5		246
T O T A L		233			

CUADRO No. 4

FUENTE: Expediente clínico de pacientes canalizadas al servicio de ginecología

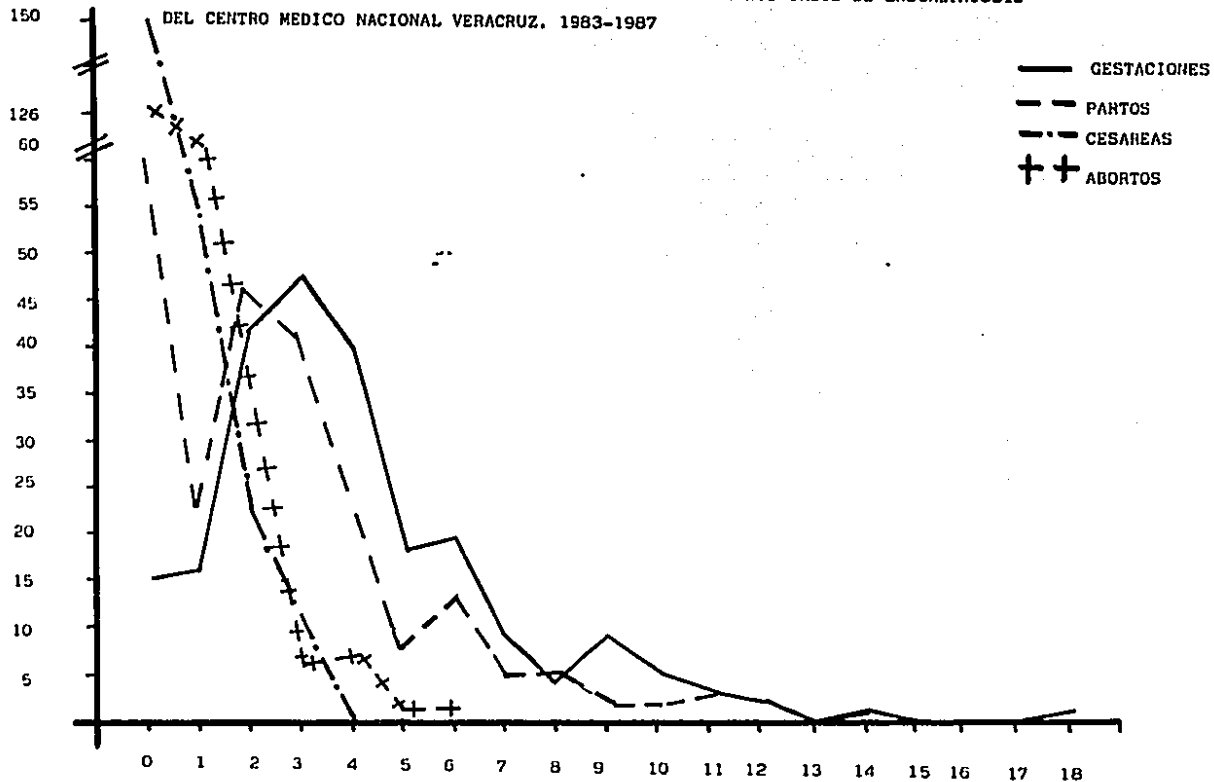
RELACION DE CASOS DE ENDOMETRIOSIS, SEGUN DIAGNOSTICO POR ULTRASONIDO, CLINICA Y PATOLOGIA EN ABSOLUTOS Y RELATIVOS EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL VERACRUZ, 1983 - 1987.

DIAGNOSTICO ULTRASONIDO	DIAGNOSTICO CLINICO	DIAGNOSTICO PATOLOGIA	TOTAL	%
MIOMATOSIS	MIOMATOSIS	MIOMATOSIS Y ADENOMIOSIS	19	31.6
MIOMATOSIS	MIOMATOSIS	ADENOMIOSIS	30	50
QUISTE DE OVARIO	QUISTE DE OVARIO	ENDOMETRIOSIS OVARICA	6	10
MIOMATOSIS	MIOMATOSIS	MIOMATOSIS	2	3.3%
MIOMATOSIS	PROCESO ADERENCIAL	ADENOMIOSIS	1	1.7%
MIOMATOSIS	HIPERPLASIA	ADENOMIOSIS	1	1.7%
QUISTE DE OVARIO	QUISTE DE OVARIO	CANCER DE OVARIO	1	1.7%

CUADRO No. 3

FUENTE: Expediente clínico de pacientes canalizadas al servicio de ginecología

FRECUENCIA DE GESTACIONES, PARTOS, ABORTOS Y CESAREAS DE LOS CASOS DE ENDOMETRIOSIS  
DEL CENTRO MEDICO NACIONAL VERACRUZ. 1983-1987



GRAFICA No. 2

FUENTE: Cuadro No. 5

FRECUENCIA DE GESTACIONES, PARTOS, ABORTOS Y CESAREAS DE LOS CASOS DE ENDOMETRIOSIS DEL CENTRO MEDICO NACIONAL VERACHUZ. 1983-1987.

CASOS	GESTACIONES	PARTOS	CESAREAS	ABORTOS
0	15	61	150	126
1	16	23	55	62
2	41	46	23	30
3	47	41	10	6
4	39	20	1	7
5	18	8		1
6	19	13		1
7	9	5		
8	4	5		
9	9	2		
10	5	2		
11	3	2		
12	2	2		
13	0	0		
14	1	1		
15	0			
16	0			
17	0			
18	1			

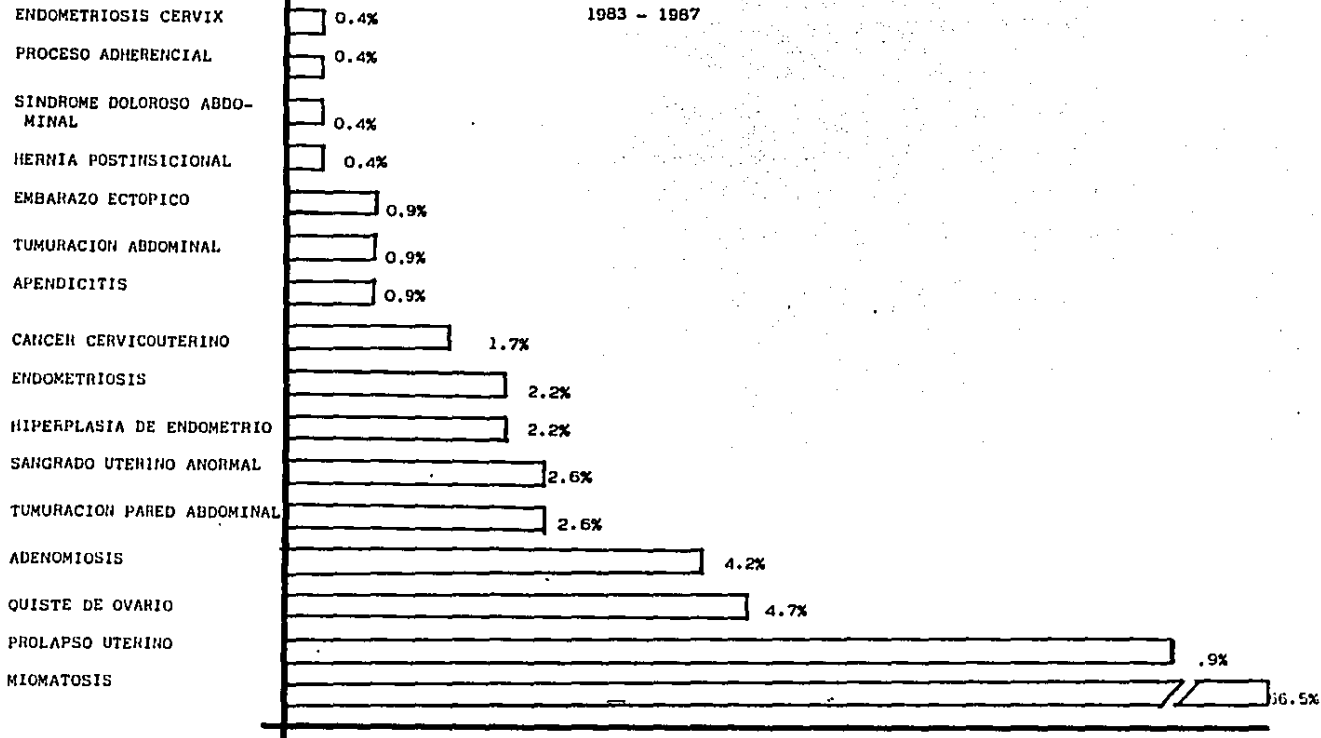
CUADRO No. 5

FUENTE: Expedientes clínicos de pacientes canalizadas al servicio de ginecología

DIAGNOSTICO INICIAL POR CLINICA Y ULTRASONIDO DE LA POBLACION ESTU

DIADA CON ENDOMETRIOSIS EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL VERACRUZ --

1983 - 1987



GRAFICA No. 3  
FUENTE CUADRO No. 6

DIAGNOSTICO INICIAL POR CLINICA Y ULTRASONIDO DE LA POBLACION ESTUDIADA  
CON ENOMETRIOSIS EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL VERACRUZ 1983-1987.

CASOS DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO CLINICO		DIAGNOSTICO ULTRASONIDO	
	CASOS	%	CASOS	%
MIOMATOSIS	155	66.5	54	34.8
PROLAPSO UTERINO	21	9		
QUISTE DE OVARIO	11	4.7	9	81.8
ADENOMIOSIS	10	4.2		
TUMORACION PARED ABDOMINAL	6	2.6		
SANGRADO UTERINO ANORMAL	6	2.6		
HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO	5	2.2		
ENDOMETRIOSIS	5	2.2		
CANCER CERVICOUTERINO	4	1.7		
APENDICITIS	2	0.9		
TUMORACION ABDOMINAL	2	0.9		
EMBARAZO ECTOPICO	2	0.9		
HERNIA POSTINCISIONAL	1	0.4		
SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL	1	0.4		
PROCESO ADHERENCIAL	1	0.4		
ENDOMETRIOSIS CERVIX	1	0.4		
T O T A L	233	100%		

CUADRO No. 6

FUENTE: Expediente clínico de pacientes canalizados al servicio de ginecología

FRECUENCIA DE FACTORES ASOCIADOS A LOS CASOS A ENDOMETRIOSIS EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL VERACRUZ. 1983-1987

CONCEPTO	CASOS	%
CONTROL DE FERTILIDAD		
NINGUNO	120	51.5
SALPINGOCLASIA	84	36
ORALES	25	10.8
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	3	1.3
VASECTOMIA	1	0.4
T O T A L	233	100%
ESTERILIDAD		
NINGUNA	198	84.9
SECUNDARIA	18	7.8
PRIMARIA	17	7.3
DISMENORREA	60	25.7
T O T A L	233	100%

CUADRO No. 7

FUENTE: Expedientes clínicos de pacientes canalizadas al servicio de ginecología



V.- PROTOCOLO DE ESTUDIO PARA  
PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS

## VI.- R E S U L T A D O S

I.- La incidencia de Endometriosis fué de 2.7 x 1000, en relación a estadísticas y grupos de estudio se encuentra discretamente más baja a la reportada en la literatura.

II.- Con respecto a la edad de las pacientes, cae dentro de lo esperado, notándose que entre los 30 y 49 años, es la mayor frecuencia, llama la atención de un número no despreciable (12 pacientes) fueron por encima de los 60 años. Cuadro No. 1 - Gráfica No. 1.

III.- Nos comprueba además que el inicio de la menarca precozmente juega papel importante en la aparición de la endometriosis, - en nuestro estudio fué de 12 años la media.

IV.- El inicio de la vida sexual activa no es factor para la -- producción de endometriosis.

V.- Los ciclos menstruales más frecuentes fueron entre 28 y - 30 días ( 29.2% y 55.4% ) dando un total de 84.6% lo que está en - relación con la patología más encontrada que es la de adenomiosis - y llama la atención que se vuelve a incrementar en ciclos aproxima dos de 8 días Cuadro No. 2.

ENDOMETRIOSIS

POBLACION SUSCEPTIBLE (15-49 AÑOS)

HISTORIA CLINICA  
EXPL. GINECOLOGICA

HIPERMENORREA

POLIMENORREA

PARIDAD:  
II O MAS

CUARTA-QUINTA  
ETAPA DE VIDA

DISMENORREA

MENARCA  
TEMPRANA

PROIOMENORREA

ESTERILIDAD

ADENOMIOSIS

ENDOMETRIOSIS  
EXTERNA

PERIMENOPAUSIA

SINTOMAS  
INTENSOS

LAPAROSCOPIA

TRATAMIENTO  
PALIATIVO

HTA

HTA + SOB

LEVE

MODERADA

SEVERA

TRATAMIENTO  
MEDICO

TRATAMIENTO  
QUIRURGICO

FERTILIDAD SA-  
TISFECHA. SIN-  
TOMAS INCAPACI-  
TANTES

DESEO DE  
EMBARAZO

HTA + SOB

TRATAMIENTO QUI-  
RURGICO CONSERVA-  
DOR

VI.- Es de importancia que la patología más frecuente de intervención quirúrgica fué miomatosis uterina y sin embargo el reporte de patología fué adenomiosis en un 50% de los casos. Estos diagnósticos habían sido elaborados por clínica y ultrasonido lo que sugiere una falla del 50% en el diagnóstico. Cuadro No. 3

VII.- En relación a la localización fué mayor la presentación de casos simples que los múltiples. Cuadro No. 4

VIII.- El número de gestaciones que en promedio fué de 4 con una desviación standard de 2.83, se encuentra en relación con lo referido en la literatura para adenomiosis que fué la patología más frecuente. Cuadro No. 5 - Gráfica No. 2 .

IX.- De los casos de endometriosis externa que constituyeron el 14.1% del total de la población estudiada, la afectación en la fertilidad se produjo en el 75.7% en su forma de esterilidad primaria o secundaria. Cuadro No. 6.

X.- El 51.5% de las pacientes no llevaban ningún método de planificación familiar, reportándose sin embargo un porcentaje más elevado en las que se habían realizado. OTB, (36%). Cuadro No. 7.

## VII.- CONCLUSION

I.- La endometriosis es un padecimiento frecuente en la etapa reproductiva femenina, produciendo importante afectación en la fertilidad de la misma.

II.- El diagnóstico del padecimiento es eminentemente clínico, estableciéndose la confirmación de certeza por el estudio de anatomopatología, debiéndose valorar el uso de otros métodos de diagnósticos visuales como es la LAPAROSCOPIA.

III.- El ultrasonido tiene un índice de falla en la detección del padecimiento mayor de un 50%, sino es acompañada de una buena historia clínica y adecuado exámen físico.

IV.- Una detallada historia sobre el patron menstrual nos proporciona datos básicos en la detección de factores de riesgo de endometriosis.

V.- Es importante tener más acuciosidad en la sospecha del diagnóstico, en pacientes con esterilidad pues la frecuencia de alteraciones es muy alta cuando es externa hasta un 75% ó más.

### VIII.- B I B L I O G R A F I A

- 1.- Alexander S Mark, MD. Adenomyosis and leiomioma: differential diagnosis with MR imaging. *Radiology* 1987, -- 163: 52-7-529.
- 2.- AMHCO No. 3 IMSS. Ginecología y Obstetricia. Editorial Méndez Oteo 1985.
- 3.- Brian Kirshon MD. Contraception: A risk Factor For endometriosis. *Obstet Gynecol* 71: 829, 1988.
- 4.- Bro sens A. Ivo M.A. Los efectos morfológicos a corto tiempo de terapia médica de endometriosis. *AM J Obstet Gynecol* 1987: 157: 1215-21.
- 5.- Cano Carlos MD. Valor Terapéutico de Danazol en la esterilidad asociada con endometriosis Pélvico. *Ginecología y -- Obstetricia de México*. VOL 50 Núm. 308 Dic. 1984.
- 6.- Cramer W. Daniel MD. The relation of endometriosis to Menstrual characteristics smoking and exercise. *JAMA* ----- 1986: 255: 1904-1908.

- 7.- Chacho J.K MD. Peritoneal fluid in patients with and without endometriosis. Prostanoids and macrophages and their effect on the spermatozoa penetration assay. AM J Obstet Gynecol. 1986:154:1290-9.
- 8.- Edward E. Wallach MD. Endometriosis: a reappraisal of pathogenesis and treatment. Fertil Steril. Vol. 44. No.2 — August 1985.
- 9.- González Glez. Carlos Fco. Endometriosis de la Adolescencia Ginecología y Obstetricia de México Vol. 52 Núm 332 Dic.— 1984.
- 10.-González Glez Carlos Fco. Endometriosis y Esterilidad. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 52 Núm 326 Junio - 2984.
- 11.-Jenkins Susan MD. Endometriosis. Pathogenetic implications of the anatomic distribution. Obstet Gynecol 67:335, 1986.
- 12.-Junceda Abello E. Diagnóstico en Ginecología y Obstetricia. Editorial Jims. 1984.
- 13.-Kuppila Antti MD. Naproxen sodium in dysmenorrhea secondary to endometriosis. Obstet Gynecol 65:379,1985.
- 14.-Nisolle-Pochet Michelle MD. Estudio histológico de endometriosis ovárica después de terapia hormonal. Fertil Steril Vol. 49. No. 3 March 1988.
- 15.-Novack R. Edmund. Patología Ginecológica y Obstetrica. — Editorial Interamericana 1986.
- 16.-Novack R. Edmund. Ginecología. Editorial Interamericana — 1986.
- 17.-Olive L. Aquid. MD. Analysis of sequential treatment protocols for endometriosis associated infertility. AM J Obstet Gynecol 1986: 154:613:16.

- 18.- ~~Fern~~ MD Esterilidad. Infertilidad y Endocrinología de la -  
reproducción. Editorial Salvat 1985.
- 19.- Robbins. Patología Estructural y funcional. Editorial —  
Interamericana 1986.
- 20.- Rovito Peter MD. Two Two cases of endometrioma in cesarea  
scars. Surgery/ Vol. 100 Núm 1 1987 118-119.
- 21.- San Filipo S. Joseph. Endometriosis in association with -  
uterine anomaly. AM J Obstet Gynecol. 1986: 154:39-43.
- 22.- Te Linde. Ginecología Operativa Editorial Interamericana-  
1986
- 23.- Veiga - Ferreira Maria MD. Cervical Endometriosis facilita  
ted diagnosis by fine needle aspiration entologic testing.  
AM J Obstet Gynecol. 1987 157: 849 - 56.
- 24.- Wheeler M. James. Recurrent endometriosis: Incidence, ma-  
nagement and prognosis. AM J Obstet Gynecol 146:247.1983.