



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11217  
Handwritten notes and signatures

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA

1985  
Investigación  
Médica  
ISSSTE

SUBDIRECCION MEDICA  
ABR. 15 1986  
HOSP. G. DE OCTUBRE  
SERVICIO DE GINECOLOGIA

# LAPAROSCOPIA Y DISMENORREA

FACULTAD DE MEDICINA  
MAR 6 1986  
SECRETARIA DE SALUD  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES

I. S. S. T. E.  
SUBDIRECCION MEDICA  
ABR. 16 1986  
HOSP. G. DE OCTUBRE  
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

## TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A

Dr. Francisco Javier Alvarado Gay

DIRECTOR DE TESIS:  
DR. JULIAN COVARRUBIAS DE LA MOTA

HOSPITAL GENERAL "10. DE OCTUBRE" ISSSTE

MEXICO, D. F.,

1986



1995



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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 está 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.



11217  
**4**  
**LEJ**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
FACULTAD DE MEDICINA**

# LAPAROSCOPIA Y DISMENORREA

## TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A

**Dr. Francisco Javier Alvarado Gay**

HOSPITAL GENERAL "10. DE OCTUBRE" ISSSTE

MEXICO, D. F.,

1986



1995

A MI PADRE

Por todo aquello que no se puede  
expresar con palabras.

A MI MADRE

Por su esfuerzo, lucha, amor y --  
abnegación, sin los cuales no ---  
hubiese podido salir adelante.

A " EL ABUELO "

Don Manuel Villaseñor Tejeda y a -  
su familia con quién siempre encon-  
tré un segundo hogar y quienes me-  
dieron apoyo, ejemplo y cariño en-  
forma desinteresada.

A MIS HERMANOS

Andrés, Pilar y Eduardo, por la --  
unidad familiar y el apoyo mutuo.

AL DR. SERGIO VILLALOBOS VALENCIA

Maestro y amigo, quien siempre ----  
mostró interés por enseñarme y me --  
dió su confianza para salir adelante  
en los proyectos emprendidos.

AL DR. JULIAN COVARRUBIAS DE LA MOTA

Quién siempre estuvo pendiente de mi  
aprendizaje y dió los estímulos sufi-  
cientes para no decaer en la lucha.

AL DR. RAFAEL MAGGIO COUTURIER

Quién me brindó sus conocimientos en  
laparoscopia, sin los cuales no hu--  
biese podido efectuar este trabajo.

AL DR. ALFREDO CARAZA PEREGRINA

Por su interés en la enseñanza y en-  
la disciplina, sin la cual no es po-  
sible llevar a cabo una buena Resi--  
dencia Médica.

A LOS MEDICOS ADSCRITOS AL SERVICIO  
DE GINECO-OBSTETRICIA

Por que cada uno de ellos nos brindó  
lo mejor de sí para nuestro aprendi-  
zaje.

**A SUSY Y ELOISA**

Quienes nos apoyaron en nuestros momentos difíciles y nos orientaron con su experiencia para llevar a cabo una mejor residencia.

**A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS RESIDENTES**

Con quienes compartí sueños y realidades y sin los cuales no tendría el conocimiento y experiencia que he alcanzado.

**DISMENORREA Y LAPAROSCOPIA**



## I N D I C E

INTRODUCCION	.....	1
ANTECEDENTES	.....	2
MATERIAL Y METODO	.....	26
RESULTADOS	.....	30
DISCUSION	.....	32
CONCLUSIONES	.....	35
BIBLIOGRAFIA	.....	37

I. INTRODUCCION.

La dismenorrea es uno de los síntomas más frecuentes en ginecología, y es además la causa de que muchas mujeres se vean impedidas de realizar sus actividades habituales mientras dura la sintomatología.

II DEFINICION.

La dismenorrea se define como la ---  
aparición de dolor abdominal o pélvico antes  
de la menstruación o coincidiendo con ella.

### III FRECUENCIA.

La dismenorrea es uno de los síntomas ginecológicos más frecuentes, encontrando grandes diferencias en las estadísticas, mientras que algunos autores la refieren -- entre el 30 y el 50 % de las pacientes que se presentan a consulta ginecológica (29), -- otros hablan del 50 % (8, 9, 16) y otros más entre el 31 y el 92 % (10). Coincidiendo -- todos en que es gran problema de salud pública y que impide que las mujeres realicen -- sus labores habituales lo que trae consigo grandes pérdidas económicas, así como una -- gran problemática social (16). Autores como Novack (20) mencionan que a pesar de su frecuencia, sigue siendo uno de los grandes problemas ginecológicos sin solución.

IV CLASIFICACION.

La dismenorrea, para su estudio, se ha dividido en dos grandes capítulos (9) :

I PRIMARIA O ESCENCIAL O IDEOPATICA:

Que considera el dolor menstrual que se observa sin lesión pelviana, dependiendo de factores intrínsecos del propio útero (20) .

II SECUNDARIA O ADQUIRIDA :

En la cual existe enfermedad pélvica congénita o adquirida, que es la causa manifiesta del dolor menstrual.

CLASIFICACION DE LA DISMENORREA

CUADRO I

I PRIMARIA O ESCENCIAL O IDEOPATICA	II SECUNDARIA O ADQUIRIDA
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Endometriosis</li><li>- Procesos infecciosos</li><li>- Adeniosis</li><li>- Estenosis cervical</li><li>- Síndrome de congestión pélvica</li><li>- Miomatosis uterina</li><li>- Congestión pélvica</li><li>- D.I.U.</li><li>- Etc.</li></ul>

V ETIOLOGIA.

Se han propuesto diversas teorías -- para explicar la dismenorrea primaria, aun-- que parece comprobado que pueden intervenir varios factores, la fisiopatología del proce-- so aún se encuentra en estudio y han apareci-- do nuevas e interesantes teorías para su --- explicación. (22)

FACTORES PSICOLÓGICOS.

La dismenorrea se ha asociado a tras-- tornos emocionales como depresión, incremen-- to en la incidencia de suicidio y en general dificultades para el ajuste emocional, obser-- vando así mismo, que cuando la madre ha teni-- do dismenorrea es más frecuente en las hi--- jas. Sin embargo, no es posible eliminar al resto de las posibilidades diagnósticas y -- este factor deberá ser considerado como cau-- sal cuando se hayan descartado otras causas-- mediante estudios de histerosalpingografía, - laparoscopia, así como dilatación y curetaje (15). Si los estudios son encontrados nega--

tivos cabe entonces el someter a la paciente a estudio y tratamiento psiquiátricos.

#### FACTORES CONSTITUCIONALES.

Los cuales se encuentran estrechamente relacionados a causas subjetivas y que -- difícilmente son separables de ellas, encontrando de forma importante la debilidad constitucional de las diversas clases, asociada a anemia, diabetes, tuberculosis y exceso de trabajo, factores que se asocian a fenómenos psíquicos, debiendo ser encausado el tratamiento de una forma íntegra, que nos lleve a corregir todos aquellos factores.

#### FACTORES OBSTRUCTIVOS Y ANATOMICOS.

Siendo una de las primeras teorías -- que se utilizó para explicar la dismenorrea primaria, se consideraba que dependía de lesiones cervicales obstructivas, anteversión forzada del útero o estenosis del cuello, -- sin embargo la poca frecuencia de estos hallazgos ha descartado prácticamente esta ---

teoría. Asimismo, la presencia de miomas -- submucosos o pólipos endometriales se ha -- considerado como posible factor casual, ya -- que estos pueden ocasionar contracción aguda del miometrio con el fin de expulsarlos, tal como sucede con los dispositivos intrauterinos.

FACTORES ENDOCRINOS .

Estos son los que actualmente han -- sido sujetos de una mayor investigación, y -- cabe hacer notar que la mayoría de los trabajos publicados en la literatura mundial --- están destinados a la investigación de los -- mismos, donde al parecer se ha encontrado -- una causa funcional que puede explicar de -- forma clara la frecuencia de tan frecuente -- síntoma.

Uno de los factores endócrinos que -- primariamente fueron asociados a la dismenorrea, fue el relacionado con estrógenos, ya -- que se observa con frecuencia que la dismenorrea sólo se presenta en pacientes con ci---



culos ovulatorios, sin embargo estos estudios son paradójicos, ya que estudios in vitro de mostraron que los estrógenos estimulan in vitro de forma importante la contractilidad uterina y que la progesterona contraresta dicha actividad, sin embargo la progesterona ha sido involucrada directamente sin encontrar que esta aumenta la concentración endometrial de prostaglandinas, que al liberarse en el período menstrual son causantes de la contractilidad excesiva del útero, lo que ocasiona el dolor tranmenstrual (3, 18).

De esta forma, la producción de estrógenos y progesterona son considerados como mediadores secundarios en la aparición de la dismenorrea y las prostaglandinas estarían consideradas como el factor etiológico-fundamental (2, 7, 21, 22, 24).

Está demostrado que las prostaglandinas PGF1 y PGF2 tienen la capacidad de sensibilizar a las fibras conductoras del dolor a los estímulos químicos y mecánicos al producirse la pérdida endometrial en la menstruación, la zona que ha quedado denudada, es --

más receptiva a la estimulación mecánica y a la liberación de mediadores como la bradikinina y la histamina, lo cual puede causar dolor (29).

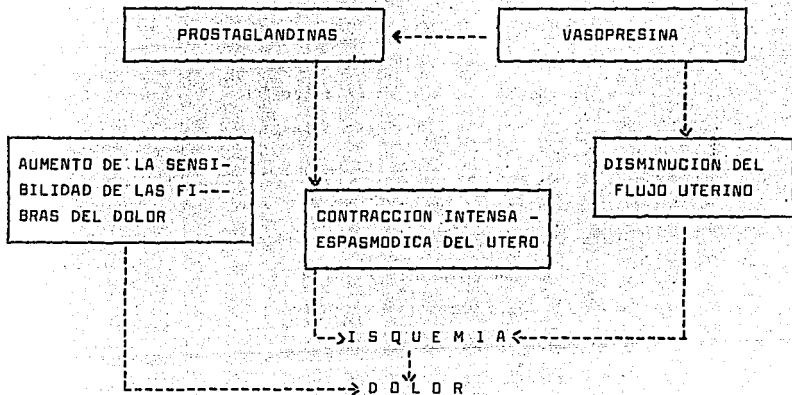
Más aún, se ha encontrado una importante relación de la dismenorrea con niveles elevados de vasopresina (1,2).

De tal forma que actualmente se considera que la asociación entre niveles altos de prostaglandinas y niveles altos de vasopresina son los causantes de la dismenorrea (1, 21, 22, 25).

La forma clara en que se explicaría este mecanismo resulta simple en su entendimiento, ya que ambos factores asociados, producen una contracción intensa y espasmódica de la fibra muscular en el útero y así mismo, ocasionan una disminución en el flujo sanguíneo a través de los vasos uterinos (6, 7, 22). La isquemia resultante explicaría por sí misma la presencia de dolor, y a esto hay que agregar el incremento de sensibilidad de las fibras nerviosas producido por las prosta---

glandinas, la liberación de histamina y bradiginina, así como la relación con otros estudios que mencionan un aumento en la cantidad de raíces nerviosas sensibles al dolor en el útero (18).

Esto se puede ver con mayor claridad en el diagrama de flujo que a continuación se presenta.



VI CUADRO CLINICO.

Las manifestaciones más importantes de la dismenorrea primaria, son las siguientes :

1. Ocurre frecuentemente en ciclos ovulatorios.
2. Aparece de 6 a 12 meses después de la menarca, si las menstruaciones son regulares (ciclos ovulatorios).
3. El dolor tiene las siguientes características :
  - A) Tipo cólico.
  - B) Se localiza en la parte baja del abdomen, pudiendo irradiarse a la región lumbosacra.
  - C) Síndromes acompañantes : En más del 50% de los casos puede haber uno o varios de los que a continuación se mencionan : ---  
nausea, vómito, diarrea, fatiga nerviosismo, mareo, que puede -

llegar a lipotimia e inclusive al colapso.

0) Generalmente el dolor se inicia algunas horas antes de que haya sangrado genital y es más severo en el primer día del ciclo.

4. Los síntomas pueden durar de unas -- horas a un día y en raras ocasiones más de dos días.
5. Algunas pacientes mejoran al avanzar la edad y con la vida sexual activa.
6. Después de un parto hay mejoría, que generalmente es temporal.
7. A la exploración física no se encuentra ningún signo característico del proceso.

## VII DIAGNOSTICO.

El diagnóstico se hace por anamnesis y exploración ginecológica, que por definición será completamente negativa en la dismenorrea primaria.

Sin embargo, es trascendentalmente importante efectuar un diagnóstico diferencial cuidadoso, para lo cual se han encontrado diversos métodos, los cuales son médicos y quirúrgicos.

De entre los medicamentos que se han utilizados para efectuar un diagnóstico diferencial se encuentra en lugar preponderante:

- a) El de los bloqueadores del calcio (13,27), como la nifedipina.
- b) Los relajantes de la fibra muscular lisa, como los beta-miméticos.
- c) Los inhibidores de las prostaglandinas, como el naproxen sódico, y

d) Los inhibidores de la ovulación.

Se considera que si la paciente presenta desaparición del dolor con la administración de estos medicamentos es una dismenorea primaria, sin embargo si el síntoma persiste puede existir un factor asociado causante del dolor, esta en tal caso indicado el estudio de laparoscopia (8,15), ya que estudios como los de Bullock (3) han encontrado que la endometriosis puede ocasionar hasta un 50% de la dismenorrea en pacientes consideradas inicialmente como dismenorréicas primarias.

De tal forma, tomando en consideración lo arriba mencionado ya no basta tan sólo con la exploración ginecológica de rutina, sino que deberá efectuarse prueba médica para valorar de manera más adecuada el tipo de dismenorrea (primaria o secundaria) y de tal forma poder proceder a estudios más complicados si esto fuese necesario, con el fin de brindar a la paciente dismenorréica un tratamiento más adecuado y evitar secuelas posteriores, como sería esterilidad en el --

**caso de las pacientes con endometriosis.**



## VIII TRATAMIENTO.

El tratamiento se debe orientar al factor que se encuentra causando la dismenorrea, pudiendo ser por lo tanto médico o quirúrgico, y el mismo debe de dirigirse a romper el círculo espasmo-isquemia-dolor, que se puede ver en los diversos pasos que se mencionaron en etiología.

De esta forma, el tratamiento médico se ha dividido en varios puntos que a continuación se analizan :

### A) MEDIDAS GENERALES.

Que se deben dirigir a modificar los factores ambientales y constitucionales, los cuales actúan a nivel de la esfera emocional favoreciendo en porcentaje variable el control del dolor.

### B) ANOVULATORIOS.

Ya se ha mencionado que la dismenorrea sólo se presenta en ciclos ovulatorios, la administración de estos compuestos principalmente estrógenos/progestágenos, impiden -

el desarrollo adecuado de una fase secreto--  
ra y por lo tanto se evita la acción local --  
de la progesterona que interviene en la ----  
síntesis de prostaglandinas, este tratamien-  
to se recomienda por 6 meses y después sólo-  
deberá continuarse en caso de desear anticon-  
cepción, sin embargo este método actúa de --  
una forma muy secundaria, por lo que deberán  
efectuarse tratamientos más selectivos.

C) UTERODINHIBIDORES.

La demostración de la hiperactividad  
uterina durante la fase menstrual, lo cual -  
causa isquemia y dolor, justificaría el uso-  
de estos fármacos, los cuales estimulando --  
los receptores simpáticos beta del miometrio  
inhiben la actividad uterina, provocando la-  
relajación de éste órgano; sin embargo, la -  
mayoría de estos medicamentos no han brinda-  
do mejoría clínica significativa, algunos de  
ellos como la terbutalina administrada intra-  
venosamente ocasiona disminución del dolor, -  
sin embargo los efectos secundarios que pre-  
senta han restado su utilidad clínica. Re---  
cientemente se ha utilizado el Salbutamol --  
(17), obteniendo una disminución significati

va del dolor, sin observar los efectos colaterales tan intensos que se presentan en --- otros fármacos como la isoxuprina y la terbutalina. No podemos por el momento considerar este grupo de fármacos como tratamiento de elección para el problema de la dismenorrea y habremos de esperar el desarrollo de nuevos fármacos, más selectivos sobre la actividad uterina.

#### D) INHIBIDORES DE LAS PROSTAGLANDINAS

Son estos medicamentos los que en la actualidad se han convertido en un arma terapéutica importante para el tratamiento de las pacientes dismenorréicas. Presentan la ventaja sobre los demás de ser un tratamiento etiológico lo que ha constituido el principal avance en el manejo de este síntoma.

Entre ellos contamos con la aspirina, el ácido mefenámico, el naproxen sódico y la indometacina, que en el momento son los medicamentos considerados como más efectivos, por lo que merecen una mención especial.

La indometacina deberá administrarse

a una dosis de 25 mgs. tres veces al día por vía oral, y el manejo a base de supositorios presenta la ventaja de una absorción más rápida y adecuado efecto durante la crisis.

El naproxen sódico se deberá administrar a dosis de 250 mgs. tres veces al día - (7, 13, 23) no encontrando diferencia significativa entre la administración bucal o por vía rectal.

El ácido mefenámico se administrará a dosis de 250 mgs. tres veces por día, las publicaciones sobre este medicamento (16) -- reportan efecto muy favorable, sin diferencia estadísticamente significativa con el -- naproxen sódico, pero con la ventaja de presentar menos efectos colaterales relacionados principalmente con intolerancia gástrica.

Nuevos medicamentos como el suprofen (12), que se encuentran en el grupo de inhibidores de la síntesis de prostaglandinas -- han mostrado resultados favorables, aún cuando éstos se hayan administrado simultáneamente con  $PGF_2$ .

Se ha recomendado el uso de estos -- medicamentos 48 horas antes del inicio de la menstruación continuando durante la misma -- por un máximo de 3 días, por lo que en prome-- dio reciben tratamiento durante 96 horas al mes.

E) ANTAGONISTAS DE LA VASOPRESINA.

Este es un nuevo grupo que aún se -- encuentra en estudio, como ya se mencionó, - la vasopresina se ha encontrado elevada en - pacientes dismenorréicas, produciendo siner- gia con las prostaglandinas y disminución en el flujo uterino que en conjunto causan el - dolor.

El compuesto que actualmente se en-- cuentra en estudio es el deamino-etil-oxito- cin, que siendo administrado en mujeres dis- menorréicas, en las cuales se ha medido la - presión intrauterina desarrollada durante el periodo menstrual, han revelado no sólo dea- parición del dolor, sino disminución impor- tante de dicha presión (2).

Sin embargo, estos elementos tera---

péuticos sólo debieran ser usados en casos--  
demostrados de aumento en la secreción de --  
vasopresina, siendo este estudio costoso y -  
en la actualidad de poca trascendencia clíni  
ca, consideramos deberá transcurrir más tiem  
po de estudio para que este compuesto se con  
vierta en una arma terapéutica trascendente.

F) OTROS MEDICAMENTOS.

En el mismo caso anterior se encuen  
tra otro grupo de medicamentos como el flavo  
xate (6) que ejercen su efecto aumentando el  
flujo uterino, sin embargo parece contradic  
torio que estudios de este medicamento han -  
demostrado que produce aumento en el tono de  
las fibras miométriales, pero reducen la ac  
tividad contractil del miometrio.

Este grupo de medicamentos deberá --  
continuar en estudio y demostrar de una for  
ma más adecuada su mecanismo de acción así -  
como los posibles efectos colaterales que --  
puede presentar.

G) TRATAMIENTO LOCAL.

En el cual se consideran actualmente

dos posibilidades. La primera de ellas toma en consideración que la actividad de las prostaglandinas en la producción del dolor está localizado a nivel endometrial, parece lógico administrar en dicha zona un adecuado inhibidor de las prostaglandinas, esto se ha hecho a través de un DIU, en el que se agrega indometacina, sin embargo en nuestro concepto es contradictorio colocar un elemento extraño, muy frecuentemente relacionado con dismenorrea secundaria y al mismo tiempo emplear un inhibidor de prostaglandinas por lo que definitivamente no lo consideramos un tratamiento de elección.

El otro grupo se refiere a la administración cutánea de un anestésico como la Ketocaina (28), la cual se administra mediante compresas y en una solución de etanol, con lo cual se reporta una disminución importante del dolor, en relación a un grupo placebo, sin embargo este tipo de tratamiento presenta la desventaja de que si bien produce desaparición de los síntomas, no evita por su modo de empleo el reposo en cama, lo que no contrarestaría los trastornos económi

cos y sociales que produce la dismenorrea.

#### H) TRATAMIENTO PSIQUIATRICO.

Finalmente, cuando los recursos de estudio se han agotado y no hay evidencia de la etiología de la dismenorrea y la respuesta al tratamiento médico es poco satisfactoria, cabe la atención psiquiátrica (15) ya que es un factor, el psicológico, de difícil determinación, y según diversos autores de gran trascendencia.

El tratamiento quirúrgico en caso de la dismenorrea primaria llega a prestar algún alivio, sin embargo no se considera como un tratamiento completo, entre ellos encontramos dos de mayor importancia.

El primero de ellos es efectuar dilatación cervical, ya que al permitir la fácil salida del flujo menstrual, esto evitaría la resorción de prostaglandinas y con ello se conseguiría disminuir uno de los factores etiológicos del dolor.

El segundo tipo de tratamiento qui--



rúrgico es la neurectomía presacra, proce---  
dimiento practicamente en desaparición y ---  
cuyo objetivo fundamental es eliminar las --  
fibras conductoras del dolor. lo cual puede-  
tener diversas complicaciones, lo que ha mo-  
tivado su desaparición.

IX

OBJETIVO.

Analizar los hallazgos en 100 laparoscopías efectuadas al azar, en búsqueda de alteraciones anatómicas que pudiesen tener relación con dismenorrea.

X MATERIAL Y METODO.

Se tomaron 100 pacientes de la consulta externa del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Primero de Octubre del I.S.S.S.T.E., las cuales fueron canalizadas al servicio de laparoscopia por control definitivo de la fertilidad y estudio de esterilidad ya fuese primaria o secundaria.

En las 100 pacientes se efectuaron estudios de laboratorio y gabinete de rutina y valoración anestésica pre-operatoria encontrándose en todos los casos dentro de límites normales.

No se encontró en el grupo de estudio, paciente con alguna contraindicación médica o quirúrgica para efectuar el estudio laparoscópico. No se rechazaron pacientes con obesidad o cirugía abdominal previa, siempre y cuando la misma hubiese cursado sin complicaciones y no se hubiere efectuado por procesos sépticos abdominales severos.

El estudio se realizó del mes de ---  
julio de 1985 al mes de marzo de 1986.

Todas las pacientes fueron ingresa--  
das el mismo día en que se encontraban pro--  
gramadas para el estudio endoscópico, siendo  
dicho ingreso a través del Servicio de Urgen  
cias de Gineco-Obstetricia a las 07.00 horas.

Las pacientes fueron premedicadas a--  
su ingreso con 1 mg. de atropina y 10 mg. de  
diazepam por vía intramuscular, se efectuó -  
vendaje de miembros inferiores en todas ----  
ellas y se canalizaron en vena periférica --  
con punzocat No. 18 y solución glucosada al -  
5% para mantener vena permeable.

Todos los estudios fueron efectuados  
en el quirófano No. 7 del Hospital General -  
Primero de Octubre, siendo el inicio de la -  
cirugía a las 09.00 horas y no efectuándose--  
más de tres estudios por día quirúrgico.

El procedimiento anestésico fue di--  
verso, siendo en su mayoría local, más seda-  
ción con diversos fármacos (96%) general en-

dovenosa (3%) y bloqueo peridural (1%).

La posición de las pacientes para --  
efectuar el procedimiento quirúrgico fue ---  
dorsolitolomía modificada.

El equipo utilizado para llevar a --  
cabo los estudios fue marca KLI con medidor-  
de presión intra-abdominal y medidor de flu-  
jo de gas, de luz de halógeno y fibra óptica  
de conducción. Se utilizó como movilizador-  
uterino la cánula de Jercho y el neumoperi-  
tóneo se efectuó mediante aguja de Verres y  
bióxido de carbono, utilizando como promedio  
dos litros de dicho gas.

Todos los hallazgos del estudio fue-  
ron registrados en la papelería elaborada --  
para dicho fin y vertidos posteriormente al-  
libro de control de endoscopias del Servicio  
de Ginecología y Obstetricia, de donde fue-  
ron tomados para su análisis.

Las pacientes fueron egresadas el --  
mismo día de su ingreso y no se reportaron -  
complicaciones trans ni postoperatorias.

Las pacientes fueron agrupadas en subgrupos de edad entre los 20 y los 40 años, como se señala en la tabla 1.

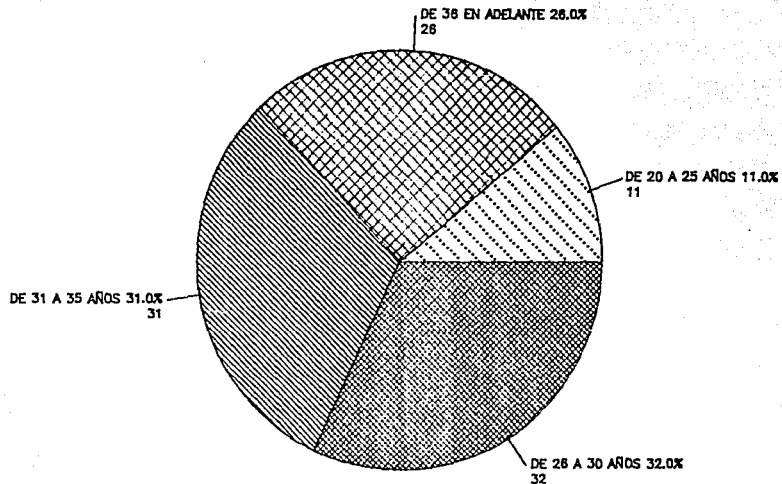
EDAD	20-25	26-30	31-35	36 o más
No. de Pacientes	11	32	31	26

Del total de las pacientes, 63 se -- sometieron al estudio por control definitivo de la fertilidad y 37 por estudios de esterilidad como se puede notar en la tabla 2.

CAUSAS DE ESTUDIO LAPAROSCOPICO

CONTROL DE LA FERTILIDAD	63
ESTERILIDAD PRIMARIA	25
ESTERILIDAD SECUNDARIA	12
T O T A L	100

GRUPOS DE EDADES SOMETIDAS A ESTUDIO DE LAPAROSCOPIA  
ESTUDIO REALIZADO SOBRE 100 PACIENTES AL AZAR



AÑOS 1985 Y 1986

XI RESULTADOS.

Se encontró que el mayor número de -  
pacientes contaba entre 26 y 30 años de edad  
y el segundo lugar lo comprendió el de 31 a-  
35 años.

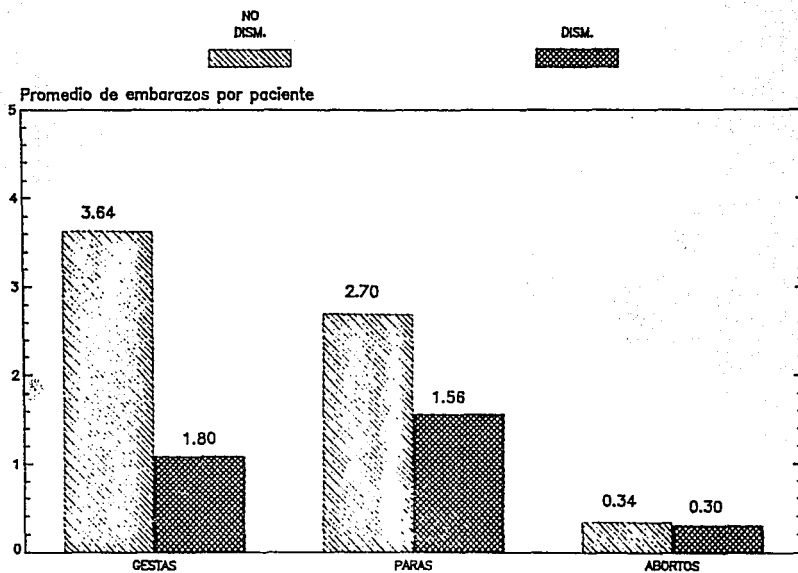
Del total de la pacientes estudiadas  
se detectó el síntoma de dismenorrea en 27.

De los antecedentes gineco-obstétricos  
se analizó el número de gestas, paras y  
abortos, encontrando en el grupo de pacientes  
no dismenorréicas un promedio de 3.64, 2.70-  
y 0.34 respectivamente, en tanto que en las  
pacientes dismenorréicas correspondió a un -  
promedio de 2.70, 1.56 y 0.30 para los mis-  
mos parámetros.

Los hallazgos laparoscópicos fueron  
considerados en 6 subgrupos, que correspon-  
dieron a los aspectos más importantes que se  
detectaron, siendo importante mencionar que  
se presentó patología mixta, sin embargo ---  
sólo se tomó el hallazgo laparoscópico de --  
mayor trascendencia.

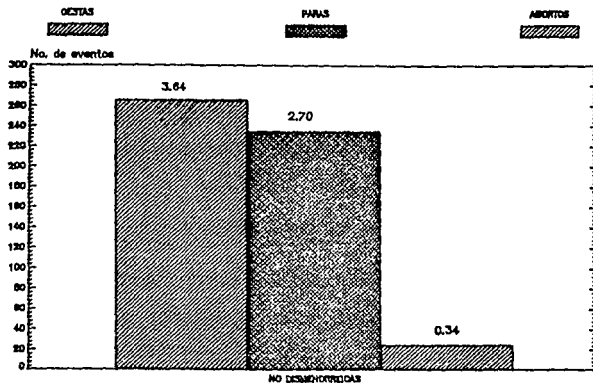


COMPARACION DE ANTECEDENTES OBSTETRICOS  
ESTUDIO REALIZADO SOBRE 100 PACIENTES AL AZAR



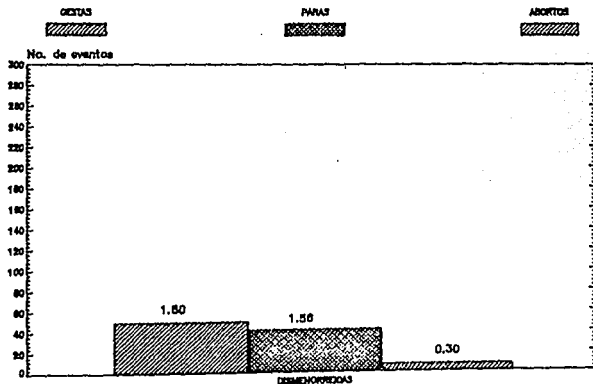
Años 1985 y 1986

ANTECEDENTES OBSTETRICOS EN PACIENTES NO DISMENORREICAS  
ESTUDIO REALIZADO SOBRE 100 PACIENTES AL AZAR



Años 1966 y 1968

ANTECEDENTES OBSTETRICOS EN PACIENTES DISMENORREICAS  
ESTUDIO REALIZADO SOBRE 100 PACIENTES AL AZAR

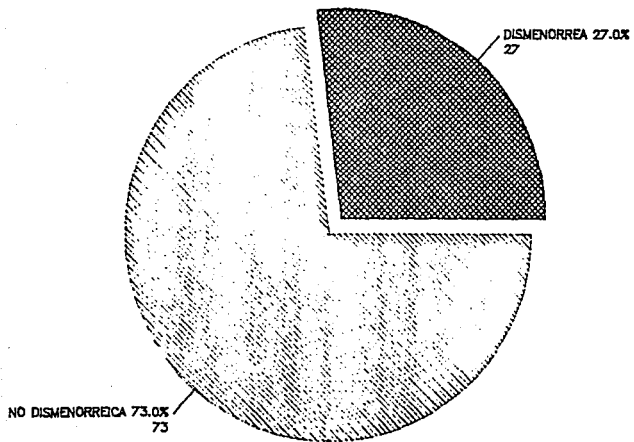


Años 1966 y 1968

Dichos hallazgos se analizan en la tabla 3 y considera a las pacientes tanto dismenorréicas como no dismenorréicas.

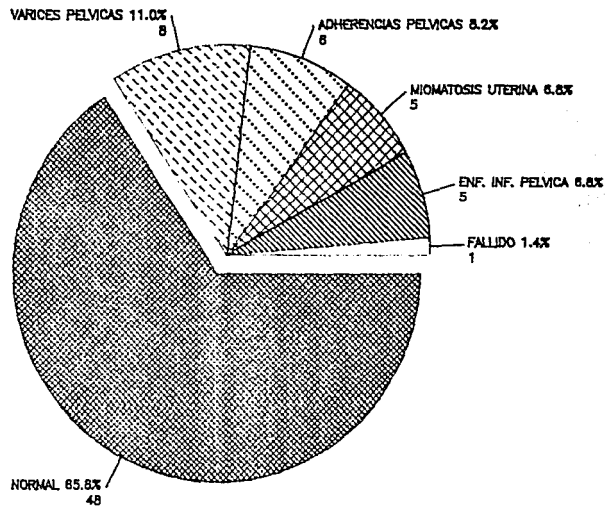
<u>SUBGRUPOS</u>	<u>DISMENORREICAS</u>	<u>NO DISMENORREICAS</u>
I NORMALES	15 ( 55.6%)	48 ( 65.8%)
II VARICES PELVICA	1 ( 3.7%)	8 ( 11.0%)
III ADHERENC.PELVICAS	3 ( 11.1%)	6 ( 8.2%)
IV MIOMATOSIS UTERINA	2 ( 7.4%)	5 ( 6.8%)
V ENF.INF.PELV.	5 ( 18.5%)	5 ( 6.8%)
VI FALLIDO	1 ( 3.7%)	1 ( 1.4%)
T O T A L	27 (100.0%)	73 (100.0%)

PREVALENCIA DE PACIENTES DISMENORREICAS  
ESTUDIO REALIZADO SOBRE 100 PACIENTES AL AZAR



AÑOS 1985 Y 1986

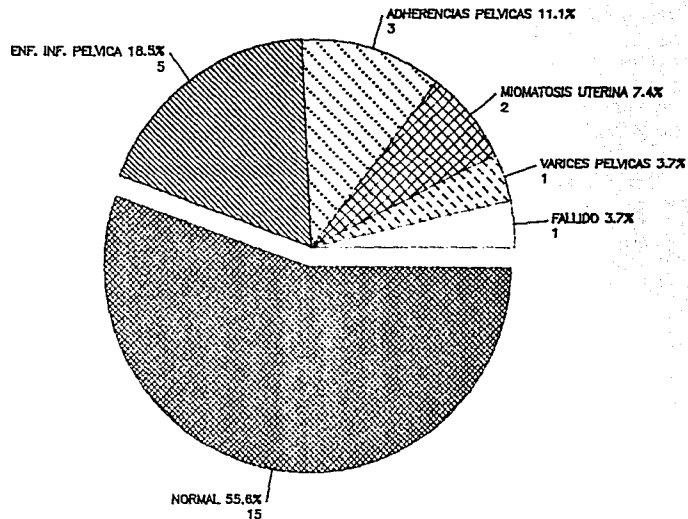
HALLAZGOS POR LAPAROSCOPIA EN PACIENTES NO DISMENORREICAS  
ESTUDIO REALIZADO SOBRE 100 PACIENTES AL AZAR



AÑOS 1985 Y 1986

# HALLAZGOS POR LAPAROSCOPIA EN PACIENTES DISMENORREICAS

ESTUDIO REALIZADO SOBRE 100 PACIENTES AL AZAR



AÑOS 1985 Y 1986

XII DISCUSION.

La frecuencia detectada de dismenorrea en las pacientes estudiadas fue de un 27%.

Al estudio de los subgrupos encontramos lo siguiente :

El subgrupo I fue el mayor en ambos grupos, siendo el que considera la normalidad anatómica encontrándose en las pacientes dismenorréicas en un 55.6% de los casos, en tanto que en las no dismenorréicas se encontró en el 65.8%.

El subgrupo II que consideró a las varices pélvicas se mostró mayor incidencia en las pacientes no dismenorréicas siendo de el 11% de los casos, contra un 3.7% de las pacientes dismenorréicas, esto probablemente secundario a la mayor peritividad de el grupo de no dismenorréicas (2.70 a 1.56).

El subgrupo III se mostró similar en ambos grupos, y correspondió a adherencias -

pélvicas, correspondiendo a un 11.1% y 8.2% para pacientes dismenorréicas y no-dismenorréicas, respectivamente. Si embargo, este grupo es muy inespecífico, debido a que el estudio laparoscópico no fue capaz de determinar la causa que originó las mismas, pudiendo ser por endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica o bien tuberculosis genital, los tres capaces de producir el fenómeno adherencial observado en distintos grados.

El subgrupo IV no se mostró estadísticamente significativo, siendo muy similar en ambos casos, 7.4 y 6.8% en pacientes dismenorréicas y no dismenorréicas respectivamente. Siendo que la miomatosis y los efectos de isquemia secundaria con la que se asocia fueron considerados en un tiempo de importancia en el presente estudio no se encuentra como hallazgo de trascendencia.

El subgrupo V correspondiente a enfermedad inflamatoria pélvica mostró las diferencias más significativas ya que en las pacientes dismenorréicas se presentó en un 18.5% de los casos, en tanto que en las no -

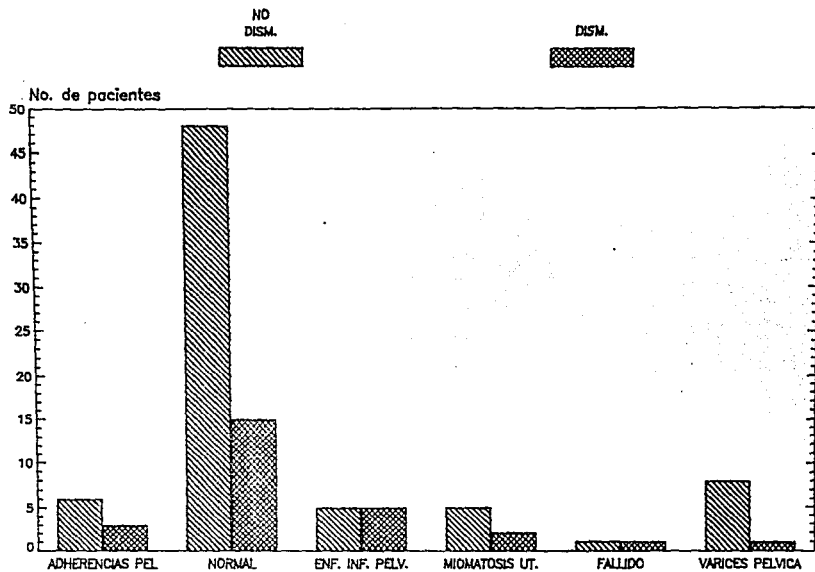


dismenorricas se presentó tan sólo el 6.6%. Considerando, que de las pacientes sometidas a estudio el 37% fue por problemas de esterilidad y que en estas se detectó dismenorrea en el 55.5% creemos que la enfermedad inflamatoria pélvica no sólo es una causa importante de esterilidad por factor tuboperitoneal sino que en nuestro grupo de estudio es una causa frecuente etiológica de la dismenorrea, quedando a futuros estudios la causa de la misma.

El subgrupo VI que se refiere a estudios fallidos, encontramos un estudio fallido en cada grupo, debiéndose en ambos casos a falso neumoperitoneo, no teniendo importancia estadísticamente significativa.

# COMPARATIVA PACIENTES DISMENORREICAS Y NO DISMENORREICAS

ESTUDIO REALIZADO SOBRE 100 PACIENTES AL AZAR



Hallazgos por Laparoscopia

Años 1985 y 1986

### XIII CONCLUSIONES.

PRIMERA. Las dismenorreas fue encontrada en nuestro grupo de estudio en un 27% de las pacientes, cifra que es similar a las de --- otros autores (30%).

SEGUNDA. La normalidad anatómica fue el hallazgo laparoscópico más común, tanto en las pacientes dismenorréicas como en las no portadoras de dicho síntoma.

TERCERA. La enfermedad inflamatoria ---- pélvica fue un hallazgo frecuente en las pacientes portadoras de dismenorrea (18.5%) y en este grupo existe una estrecha relación con las pacientes sometidas a estudio de esterilidad por factor tuboperitoneal (55.5%).

CUARTA. Los procesos pélvicos adherenciales no fueron adecuadamente discernidos, no pudiendo determinar la causa primaria de los mismos, lo que deja abierto un campo de discusión.

QUINTA. El número de gestas no fue un -

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA.**

factor determinante en la presencia de dismenorrea.

SEXTA. No se consideran en el estudio otros factores anatómicos causantes de dismenorrea, como estenosis cervical o retroversión uterina.

SEPTIMA. La laparoscopia ginecológica no debe ser considerada como un estudio de rutina para la investigación de la dismenorrea, ya que los hallazgos encontrados no justifican el estudio, y este sólo deberá efectuarse cuando se sospeche de forma importante un factor anatómico causante.

OCTAVA. Los estudios fallidos se presentaron en 2%, lo que es una cifra alta y probablemente secundaria a factores de enseñanza.

NOVENA. Son los factores metabólicos sin duda los más importantes en la génesis de la dismenorrea y deberá continuarse el estudio en dicho campo.

XIV BIBLIOGRAFIA.

1. Akerlund-M.  
Vasopresin and prostaglandins in ----  
prematural pain and primary -----  
dismenorrhoea  
Acta-Obstet-Gynecol-Scand. 1982 30 -  
(2) P. 27-9.
2. Akerlund-M. Stromberg-P. Forsling-M-  
L. Mellin-P. Vilhardt-H.  
Inhibition of vasopresin effects on -  
the uterus by a synthetic analogue.  
Obstet-Gynecol. 1983 Sept. 62 (3) --  
P. 309-12.
3. Bullock-J-L. Massey-F-M. Gambrell-R-  
D.  
Symptomatic endometriosis in teen---  
agers. A reappraisal.  
Obstet-Gynecol. 43 896 1974.
4. Clitheroe-H.J. Pickles-V.R.  
The separation of the smoth muscle-  
stimulants in menstrual fluids.  
Physiol. (Lond) 156: 225, 1961.
5. Clitheroe-H.J.  
The etiology of primary dysmenorrhoea.  
A review.  
Obstet-Gynecol. Survey 19 649 1964.

6. Cotinhd-E.M. Darze-E. Gesteira-S.K.  
Paradoxical effect of flavoxate on -  
human uterine contractility in vivo.  
Int-J-Gynecol-Obstet. 1980 May-Jun. -  
17 (6). P. 581-84.
7. Caspo-A.D.  
A rationale for the treatment of ---  
dysmenorrhea.  
J-Reprod-Med. 1980 Oct. 25 (4 suppl).  
P 213-21 (review).
8. Dawood-M.V.  
Dysmenorrhea.  
J.Reprod-Med. 1985 Marz. 30(3) P.154  
67.
9. Durant-R.H. Jay-M.S. Shoffitt-T.  
Dysmenorrhea  
Prostaglandins 1985 Feb. 29(2) P.273  
90.
10. Friederich-M.A.  
Dysmenorrhea  
Women-Health 1983 Summer Fall. -----  
8 (2-3). P. 91-106.
11. J. González Merlo.  
Ginecología 3ra. Edición.  
Editorial Salvat 1983.
12. Hahn-D.W. Carraher-R. McGuire-J.L.  
Effects of suprofen and other prosta  
glandin Syntetase inhibitors in a --  
ney animal model for myometrial Hi--  
peractivity.  
Prostaglandins.1982 Jan. 23(1).P.1-16.

13. Hamann-G.O.  
Severe, primary dysmenorrhea treated with naproxen. A prospective double-blind, crossover investigation. Prostaglandins. 1980 May. 19(5). P. 651-7
14. Hargrove-J.T. Abraham-G.E.  
The ubiquitousness of premenstrual tension in gynecologic practice. J-Reprod-Med. 1983 Jul. 28(7) P.435-7.
15. Heinrichs-W.L. Adams-G.D.  
A practical approach to the patient with dysmenorrhea. J-Reprod-Med. 1980 Oct. 25(4 suppl). P. 236-42 (review).
16. Kintis-G.A. Coutifaris-B.  
Treatment of primary dysmenorrhea -- with mefenamic acid. Int-J-Gynecol-Obstet. 1980. 18(3). -- P. 172-5.
17. Lajos-O. Joelsson-I.  
Effect of salbutamol on the nonpregnant human uterus in vivo. A Histerometric study in Dysmenorrhoeic women. Acta-Obstet-Gynecol-Scand. 1981. --- 60(4). P. 349-52.
18. Lerner-E.J. Jaffe-M. Ree-H.J. McDuff H.C.Jr.  
Proliferation of myometrial nerves -

- in a patient with severe dysmenorrhea.  
RI-Med-J. 1985 Jun. 68(6). P.265-7.
19. Lundeberg. Bondesson-L. Lundstrom-V.  
Relief of primary dysmenorrhea by transcutaneous electric nerve stimulation.  
Acta-Obstet-Gynecol-Scand. 1985 ----  
64(6) P. 491-7.
20. Edmund R. Novak  
Tratado de Ginecología 9na. Edición.  
Editorial Interamericana.
21. Ritchie-D.M. Hahn-D.W. McGuire-J.L.  
Smooth muscle contraction as a model to study the mediator role of endogenous lipoxigenase products of arachidonic acid.  
Life-Sci. 1984 Feb. 6 36(6) P.509-13.
22. Rosenwaks-Z. Seeger-Jones-G.  
Menstrual pain: its origin and pathogenesis.  
J.Reprod-Med. 1980 Oct. 25(4 suppl.)  
P. 207-12 (review).
23. Sandhel-B. Ulmsten-U. Andersson-K.E.  
Local application of Ketocaine for treatment of referred pain in primary dysmenorrhea.  
Acta-Obstet-Gynecol-Scand. 1980. ---  
59 (3). P. 259-60.



24. Sanfilippo-J.S. Teichman-J. Melvin-J.  
R. Gayamkpe-C.O.  
Influence of certain prostaglandin -  
synthetase inhibitors on cytoplasmic-  
estrogen receptors in the uterus.  
Am-J.Obstet-Gynecol. 1983 Jan.1 141-  
(1). P. 100-4.
25. Stromberg-P. Akerlund-M. Forsling-M.  
L. Granstrom-E. Kindahl-H.  
Vasopresin and prostaglandins in pre-  
matural pain and primary dysmenorrhea.  
Acta-Obstet-Gynecol-Scand. 1984 63(6)  
P. 533-8.
26. Ulmsten-U.  
Calcium Blokade as a rapid pharmaco-  
logical test to evaluate primary ---  
dysmenorrhea.  
Gynecol-Obstet-Invest. 1985 20(2) --  
P. 78-83.
27. Ulmsten-U.  
Calcium Blokade as a rapid pharmaco-  
logical test to evaluate primary ---  
dysmenorrhea.  
Gynecol-Obstet-Invest. 1984 33(4) --  
P. 60-2.
28. Ylikorkala-O. Puolakka-J. Kauppila-A.  
Comparison between naproxen tablets-  
and suppositories in primary dysme-  
norrhea.  
Prostaglandina. 1980 Sep. 20(3). ---  
P. 463-8.

29. Zárate Treviño Arturo. Elías Canales Pérez.  
Ginecología.  
Francisco Mendez Cervantes Editor.  
México, 1982.