



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ENDOMETRIOSIS COMO CAUSA DE ESTERILIDAD
REVISIÓN DE CASOS EN 133 LAPAROSCOPIAS

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
**ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA**

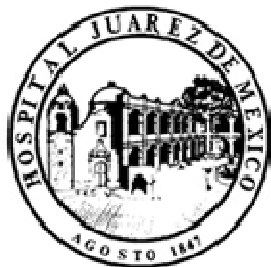
PRESENTA:
DRA. ANA LUISA CONTRERAS HERNANDEZ

DR. JESÚS SÁNCHEZ CONTRERAS

Prof. Titular Del Curso Universitario De
Ginecología y Obstetricia y Director de Tesis

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2009





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 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

APARTADO	No De página
1. Introducción	3
2. Marco teórico	4
2.1 Tratamiento quirúrgico	6
2.2 Infertilidad y endometriosis	6
3. Planteamiento del problema	7
4. Objetivo	8
4.1 Objetivo General	8
4.2 Objetivo particular	8
4.3 Criterios de exclusión	8
4.4 Criterios de inclusión	8
5. Material y métodos	9
6. Resultados discusión	10
7. Discusión	17
8. Conclusiones	18
9. Bibliografía	20
10. Anexos	22
8.1 Anexo 1 clasificación de la ASRM	22
8.2 Anexo 2 reporte quirúrgico de laparoscopia	22

INTRODUCCION

La endometriosis es un padecimiento ginecológico de gran relevancia por la implicación de la calidad de vida, por la sintomatología asociada y la alteración reproductiva que representa. Se estima que aproximadamente el 5% de la población presenta este padecimiento y que del 25 al 50 % de las mujeres con infertilidad tienen algún grado de endometriosis.

Los conocimientos sobre la fisiopatología aun son limitados. El diagnóstico clínico y la dismenorrea aunada a la laparoscopia diagnóstica constituyen la base para establecer el diagnóstico y la etapificación de la endometriosis. El tratamiento tanto quirúrgico como médico se centra en el alivio de los síntomas, la prevención de la progresión de la enfermedad y la promoción de la fertilidad. A pesar de los importantes avances en los enfoques médico quirúrgicos, el tratamiento óptimo de la endometriosis asociado a la infertilidad aun no se ha establecido. La endometriosis sigue constituyendo un reto en la medicina y cirugía reproductiva.

En el presente trabajo analizaremos la frecuencia con que se presenta la endometriosis en pacientes con infertilidad en el Hospital Juárez de México, se presentan datos clínicos y epidemiológicos encontrados, también se analizarán en relación a otros estudios publicados

MARCO TEORICO

Se define a la endometriosis como la presencia de glándulas y estroma endometrial funcional fuera de la cavidad uterina.⁽¹⁾ La primera descripción de esta enfermedad fue dada por Russell en 1888.⁽²⁾ Se estima que aproximadamente el 5 % de la población presentan este padecimiento y en las mujeres tratadas por esterilidad la frecuencia es claramente superior aproximadamente del 30 al 40 %.⁽¹⁾

La etiología de la endometriosis no esta bien definida aun. Se han publicado varias teorías que intentan explicar su patogenia, como la de la menstruación retrograda (teoría de la implantación) desarrollada en 1927 por el Dr. John Sampson quien proponía que el tejido endometrial era refluído a través de las trompas de Falopio durante la menstruación ocasionando una implantación en la superficie peritoneal y órganos pélvicos.^(1,3) La teoría de la metaplasia celómica propone que la endometriosis surge como resultado de la metaplasia de la serosa peritoneal que se pueden producir como respuesta a procesos inflamatorios o a influencias hormonales esta teoría apoyaría la presencia de endometriosis en hombres, mujeres o sitios de implantación poco habituales.^(3,4,6) Teoría de la metástasis linfática y hematogena sugiere que la endometriosis podría ser resultado de una diseminación linfática o hematogena de las células endometriales.⁽⁵⁾ La teoría de la inducción es una extensión de la teoría de la metaplasia celómica, en donde se propone que alteraciones bioquímicas y factores inmunológicos pueden inducir la diferenciación a células endometriales a partir de células no diferenciadas.⁽¹⁾ Ninguna de estas teorías podrían explicar por si solas todos los tipos de endometriosis, sin embargo la teoría de la menstruación retrograda es la mas aceptada a nivel mundial.⁽⁶⁾

Para explicar la fisiopatología se propone que hay una fase de contacto donde la sangre menstrual regurgitada actúa como irritante de la superficie peritoneal facilitando así la implantación del endometrio seguida de la fase de adhesión donde el tejido endometrial se adhiere al peritoneo. La integridad del epitelio podría prevenir esta adherencia durante el fenómeno de menstruación retrograda y el trauma en el mesotelio sería un prerrequisito para la adhesión celular del endometrio. Y por ultimo la fase de invasión donde las lesiones endometriósicas precoces invaden la matriz extracelular.⁽⁶⁾ Se cree que el sistema inmunológico también esta envuelto en la patogénesis de la endometriosis, la pobre respuesta inmune resulta en una remoción inadecuada de células endometriales refluídas. ⁽¹⁻⁷⁾ El componente hereditario aun no es muy claro.

En cuanto a la patología los sitios de implantación más frecuentes se encuentran dentro de la cavidad pélvica. Los ovarios son el principal sitio de afección, seguidas por el peritoneo sobre el útero, el fondo de saco posterior y anterior así como los ligamentos útero sacro. Se deben distinguir las lesiones superficiales como profundas de endometriosis, estableciendo que una lesión profunda mide más de 5 mm, y nos habla de una progresión mas avanzada. El diagnostico histopatológico se basa en la presencia de glándulas endometriales ectópicas y una hemorragia adyacente al tejido estudiado.⁽¹³⁾ El endometrioma ovárico es causado por la menstruación recurrente de tejido endometrial ectópico sobre la pared ovárica formando con esta una pared quística, en su mayoría son pseudoquistes formados por la invaginación de la corteza ovárica, la cual es sellada por adherencias, el sitio mas común de es el ovario izquierdo quien esta situado en una posición anatómica que favorece la formación de adherencias entre el ovario y otras

estructuras pélvicas. La visualización del contenido semejante al chocolate, representa un sangrado crónico y antiguo.⁽¹³⁾ La endometriosis retroperitoneal profunda representa una forma nodular, mioproliferativa característica de la presencia de microendometriomas con acúmulos glandulares y de tejido del estroma.

La endometriosis se puede manifestar de múltiples e impredecibles maneras. Algunos síntomas capitales como la esterilidad, dolor pélvico crónico, dismenorrea resistente al tratamiento médico y dispareunia, pueden hacer sospechar una endometriosis. Otros síntomas asociados a la menstruación son: disquesia disuria y tenesmo vesical, tenesmo rectal, síntomas de falso colon irritable o cistitis, cuadros pseudoobstructivos intestinales y crisis renoureterales.⁽¹⁴⁾ La endometriosis puede inducir infertilidad como resultado de una distorsión anatómica causada por el crecimiento invasivo y múltiples adherencias. Sin embargo en caso de la endometriosis mínima o moderada, la relación causa efecto no ha sido probada.⁽⁸⁾

El estándar de oro para el diagnóstico de endometriosis es la visualización directa por laparoscopia o laparotomía con toma de biopsia y confirmado con visualización histológica.⁽⁴⁻⁹⁾ Las lesiones observadas por laparoscopia se observan típicamente como lesiones superficiales llamadas en "quemadura de pólvora" o "tiro de escopeta" negras marrón-oscuros, o lesiones azuladas retractiles, nódulos o quistes pequeños que contienen sangre vieja, rodeados por un grado variable de fibrosis. Las lesiones atípicas o "sutiles" son también comunes, incluyendo los implantes rojos.

Toda paciente intervenida debe de estudiarse. La clasificación más aceptada es la de la American Fertility Society (AFS 1985), sin embargo la creación de una clasificación satisfactoria en donde se establezca un pronóstico reproductivo y se correlacione el grado de endometriosis con el dolor así como su manejo aun es un reto.⁽¹⁵⁾ La ultrasonografía vaginal, la imagen por resonancia magnética y los marcadores séricos como el CA-125 son limitados como instrumentos diagnósticos.

El manejo médico está diseñado para suprimir la síntesis de estrógenos, inducir la atrofia del tejido endometrial ectópico o interrumpir el ciclo de estimulación y sangrado.⁽¹⁹⁾ El tratamiento médico se basa en la alteración hormonal del ciclo menstrual por medio de anticonceptivos orales, generar un estado de pseudo menopausia con la utilización de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) o causando anovulación crónica por medio de danazol o progestágenos.⁽¹⁰⁻⁹⁾

Los anticonceptivos orales son utilizados y aceptados ampliamente en el manejo inicial de la endometriosis asociada al dolor. El danazol ha sido utilizado en el tratamiento de la endometriosis desde 1970. La dosis de danazol más aceptada es de 600 mg/día. La gestrinona es un derivado de la 19 nortestosterona con propiedades androgénicas, antiprogestagenas, antiestrogénicas y antigonadotrópicas. La dosis estándar es de 2.5 mg dos veces a la semana. Una alternativa eficaz al danazol son los progestágenos como el acetato de medroxiprogesterona reportando tasas de efectividad semejantes al danazol y anticonceptivos orales. Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) induce una regulación de la hipófisis y un estado hipoestrogénico, induciendo amenorrea.^(17,18,19)

TRATAMIENTO QUIRURGICO

TeLinde y Scott (1952) definieron como objetivos "la resección o fulguración de todo foco evidente de endometriosis". A pesar de que no existen estudios randomizados prospectivos comparativos entre escisión y fulguración, existe consenso en que: Lesiones de menos de 2mm pueden ser coaguladas, vaporizadas con laser CO2 o resecadas. Las lesiones de 2-5 mm pueden ser vaporizadas o resecadas y las lesiones mayores de 5mm deben ser siempre resecadas. El acceso quirúrgico es por laparotomía o por laparoscopia prefiriéndose la segunda vía. La escisión laparoscopia suele ser el tratamiento mas aceptado en todos los estadios de la endometriosis y puede ser realizada de forma segura con láser, electrocirugía, endotérmica o energía ultrasónica.

Las terapéuticas se encaminan al tratamiento del dolor y la restauración de la función reproductora mediante la eliminación de los implantes y la reconstitución de la anatomía pélvica alterada. Ningún tratamiento ha conseguido, hasta la fecha, erradicar la enfermedad evitando la progresión o recurrencia de la misma.⁽¹⁴⁾

INFERTILIDAD Y ENDOMETRIOSIS

Se encontró desde hace mucho tiempo un vinculo entre endometriosis e infertilidad, y las cifras a menudo señaladas al respecto indican que el 25 al 50 % de las mujeres con infertilidad tienen algún grado de endometriosis. La precisión de estas cifras es motivo de amplio debate. Por lo tanto la interrogante ¿La endometriosis produce infertilidad? Es tal vez el tema mas controvertido en la medicina de la reproducción. ⁽¹⁾

En general, la infertilidad que acompaña a la endometriosis grave es fácil de explicar. La obstrucción tubaría y las adherencias pélvicas o los endometriomas ováricos que notoriamente distorsionan las relaciones anatómicas y limitan el acceso del ovulo a las fimbrias, son mecanismos ampliamente aceptados de infertilidad. Los casos con distorsión anatómica notoria constituyen solo una minoría de los casos de endometriosis que llaman la atención clínica. El hallazgo mas frecuente es de una mujer infértil con endometriosis mínima, leve o moderada, vinculada con poca o ninguna relación anatómica. Estudios prospectivos en prevalencia de endometriosis han demostrado que estadios leves a moderados son los mas frecuentes encontrados en mujeres infértiles con dolor o sangrado uterino disfuncional, e incluso en mujeres sometidas a procedimientos de esterilización quirúrgica.

Cuando las mujeres con endometriosis son tratadas aleatoriamente con manejo expectante o cirugía, las tasas acumuladas de embarazo muestran mejores resultados en la paciente con tratamiento que las que no lo recibieron.

Las mujeres con endometriosis presentan menor capacidad de implantación y una disminución en la tasa de embarazo. La fisiopatología por la cual se presenta esto aún no se conoce. Se ha sugerido que la presencia de anticuerpos contra el endometrio explica la infertilidad ya que puede impedir la maduración o función endometrial y causar infertilidad por fracaso de la implantación.⁽¹⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La endometriosis pélvica es una de las principales causas de esterilidad matrimonial.
¿Cual es la participación de la endometriosis pélvica en mujeres con esterilidad tratadas en el servicio de endoscopia ginecológica del Hospital Juárez de México?

OBJETIVO GENERAL

Analizar cuantos casos de endometriosis pélvica se presentaron en 133 pacientes con diagnóstico de esterilidad a las que se les realizó endoscopia en el servicio de Ginecología Endoscópica.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Determinar qué estadio de endometriosis fue el más frecuente.
- Determinar qué tratamiento quirúrgico fue utilizado, si se complementó con tratamiento médico y de qué tipo.
- Determinar cuántas pacientes se embarazaron posterior a la endoscopia y las características del tratamiento que recibieron.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes del sexo femenino.
- Pacientes con diagnóstico de esterilidad primaria o secundaria.
- Pacientes con protocolo completo de esterilidad.
- Pacientes a las que se les realizó endoscopia.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes con factor de esterilidad masculino.
- Pacientes sin reporte de endoscopia.

MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo, realizado en el Hospital Juárez de México en el servicio de Endoscopia Ginecológica de Enero del 2001 al mes de Diciembre del 2002.

Se recabaron los reportes de las endoscopias realizadas en este periodo y se seleccionaron un total de 133 pacientes con diagnostico de esterilidad. Se clasificaron de acuerdo a los hallazgos encontrados como Factor tubo peritoneal, Uterino, Endocrino Ovárico y por ultimo las pacientes con laparoscopia normal.

De los expedientes de las pacientes con diagnostico de endometriosis se extrajeron los siguientes datos: Edad, tipo de esterilidad (primaria, secundaria), sitios anatómicos de implantación, tipo de tratamiento realizado después de la laparoscopia y finalmente la tasa de embarazo.

De acuerdo a los hallazgos del reporte de la endoscopia se clasifico la endometriosis como Mínima, Leve, Moderada y Severa.

Con la información recabada se desarrollo una base de datos en Excel y se utilizo estadística descriptiva para reportar los resultados.

RESULTADOS

Se realizó un estudio retrospectivo en el servicio de endoscopia ginecológica del Hospital Juárez de México. Se recopilaron 133 laparoscopias realizadas a pacientes con diagnóstico de esterilidad, en el periodo comprendido de Enero del 2001 a Diciembre del 2002, encontrando lo siguiente:

Se descartaron 17 pacientes ya que aunque tenían los criterios de inclusión de esterilidad y laparoscopia, se trataba de pacientes que habían sido sometidas a esterilización quirúrgica y el objetivo de el procedimiento había sido la re canalización tubaría.

Distribución por factor

Uterino	17	14.5%
Tubo peritoneal	76	65.0%
Endocrino Ováricas	12	10.3%
Normal	11	9.4%
total	116	100.0%

A las 116 pacientes restantes, de acuerdo a los diagnósticos reportados en las laparoscopias se agruparon por factores de esterilidad encontrando que el factor tubo peritoneal fue el más frecuente 76 casos equivalente al 65% de los casos. Tabla. 1

Tabla No.1. Distribución por factor

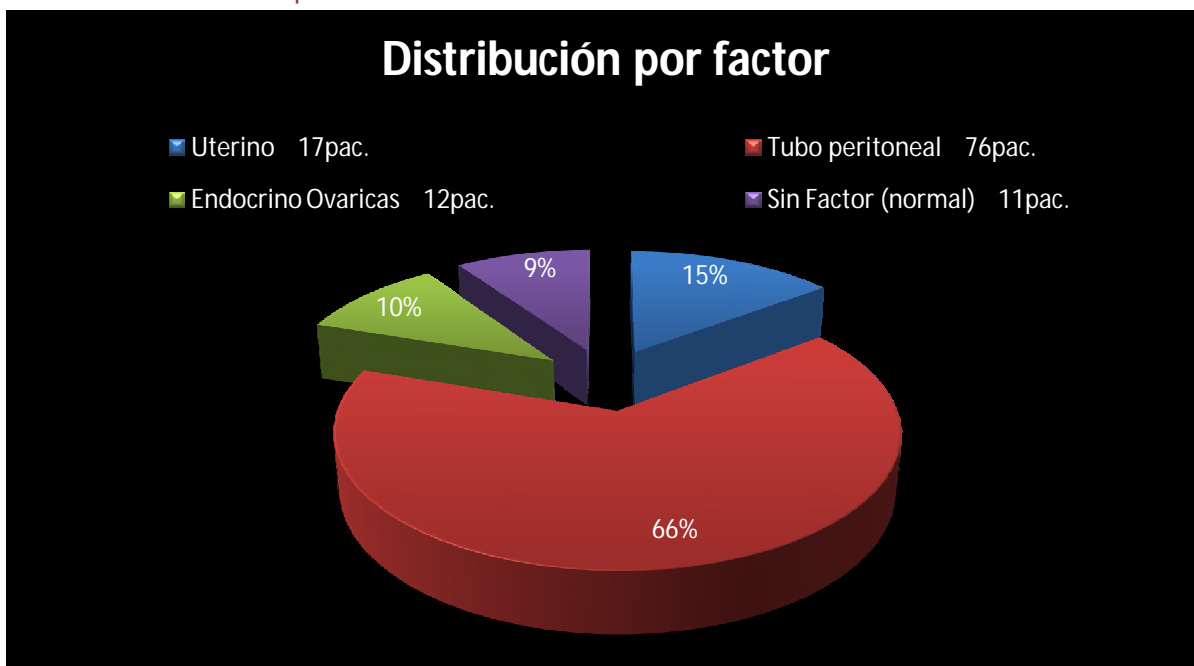


Figura No. 1 Distribución por factor

Distribución del factor Tubo peritoneal

	pacientes	%
Sx Adherencial	13	17%
Endometriosis	47	62%
EPI	16	21%
total	76	100%

Tabla No.2. Distribución del factor
Tubo peritoneal

El factor tubo peritoneal fue dividido de acuerdo a los siguientes diagnósticos:

Síndrome adherencial 13 pacientes, endometriosis en 47 pacientes y enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) solo en 16 pacientes. Tabla No.2

Como podemos observar la endometriosis es la enfermedad mas frecuente del factor tubo peritoneal con el 62 % de los casos. Figura. No 2

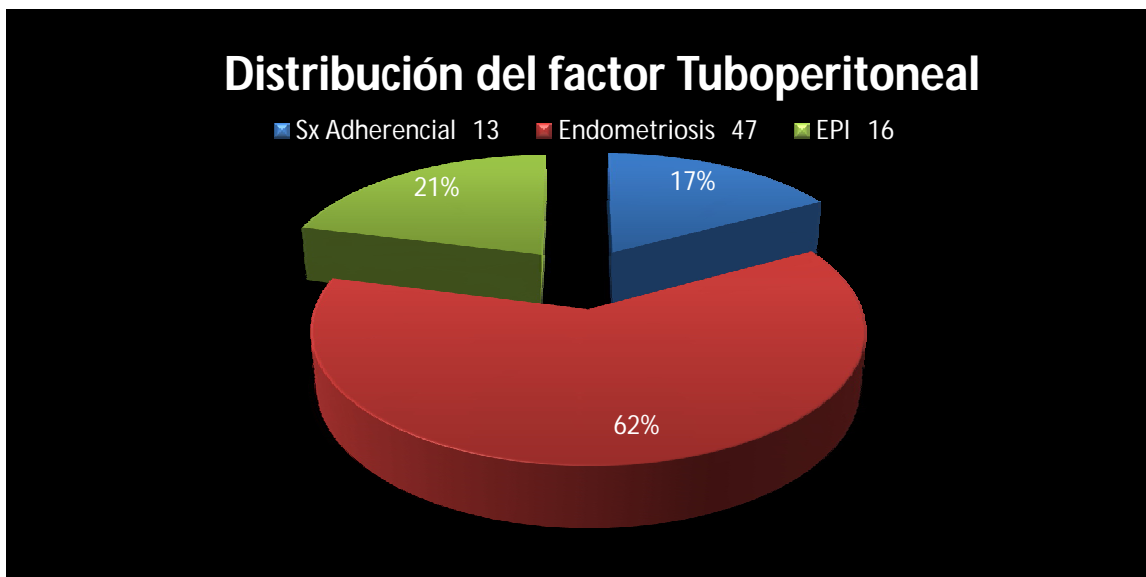


Figura No.2. Distribución del factor tubo peritoneal

La edad encontrada en las pacientes del presente estudio fue entre 18 y 40 años, con una media de 31.03 años. Tabla No. 3

Como lo podemos observar el rango de edad que ocupa el 44% de los casos se encuentra de los 26 a 30 años .Figura No.3

Distribución por edad

Edad	%
15-20	4%
21-25	11%
26-30	44%
31-35	15%
36-40	26%
	100%

Tabla No.3. Distribución por edad

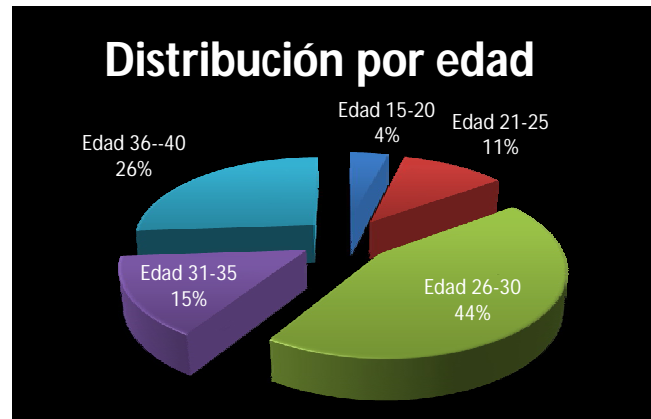


Figura No.3. Distribución por edad

Endometriosis Pélvica según la clasificación de la ASRM

	pacientes	porcentaje
Mínima	16	34%
Leve	11	23%
Moderada	13	28%
Severa	7	15%
total	47	100%

Tabla No .4. Endometriosis pélvica Según la clasificación de la ASRM

La severidad de la enfermedad se determino simplemente describiendo cuantitativamente los hallazgos de la cirugía utilizando un sistema de clasificación desarrollado por la Sociedad Americana de Medicina Reproductora (ASRM). Encontrando que la endometriosis mínima fue la más frecuente con 16 casos. Tabla No.4

La endometriosis mínima corresponde al 34% en la distribución de todos los casos. Figura No.4

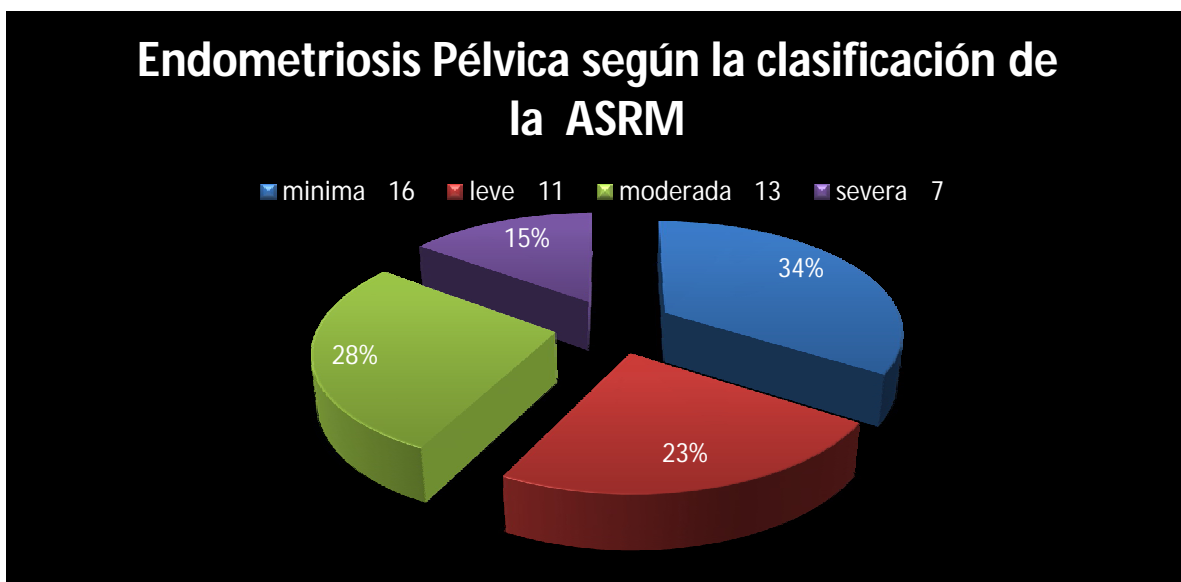


Tabla No .4. Endometriosis pélvica según la clasificación de la ASRM

Distribución según el tipo de esterilidad

	pacientes	%
Primaria	38	80.85%
Secundaria	9	19.15%
total	47	100%

Las pacientes con esterilidad primaria fueron la mayoría con 38 pacientes que correspondió al 80.85% del total de las pacientes con endometriosis pélvica. Tabla y Figura No.5

Tabla No. 5. Distribución según tipo de esterilidad

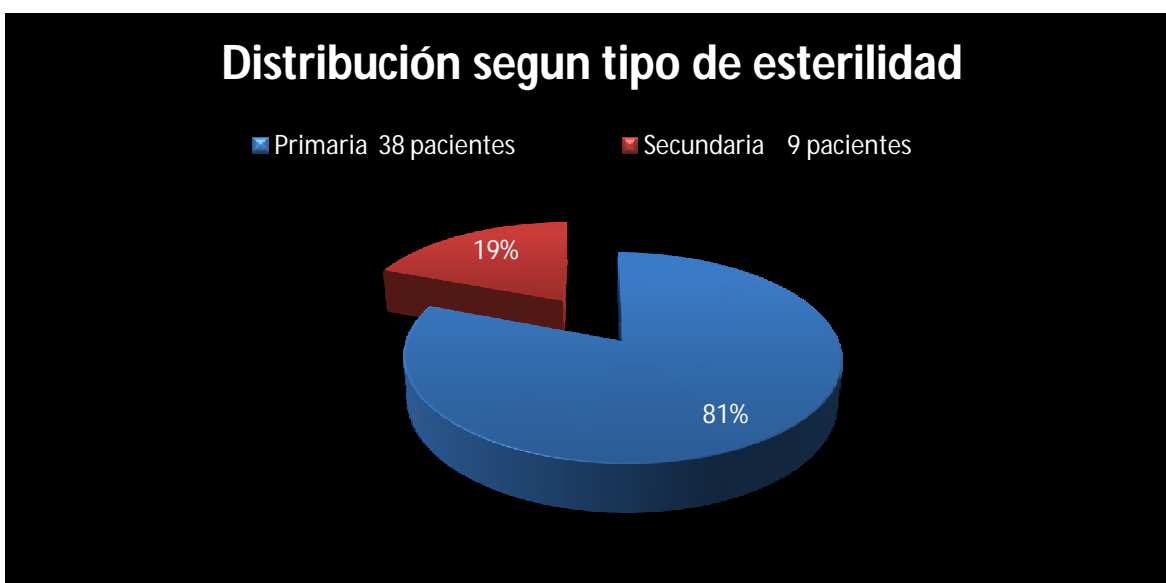


Figura No. 5. Distribución según tipo de esterilidad

Localización de los implantes Endometriósicos

Ligamentos útero sacros	49%
Peritoneo pélvico	30%
Fondo de saco de Douglas	21%
Ovario der	23%
Ovario izq	17%
Útero	15%
Ligamento redondo	9%
Salpínges derecho	9%
Salpínges izquierdo	2%

Los sitios más frecuentes de implantación fueron los ligamentos útero sacros con el 49%, el peritoneo pélvico con el 30% y los ovarios con el 23% para el ovario derecho y el 17% para el ovario izquierdo. Figura. No. 6

Tabla No. 6. Localización de los implantes endometriósicos

Localización de los implantes endometriósicos

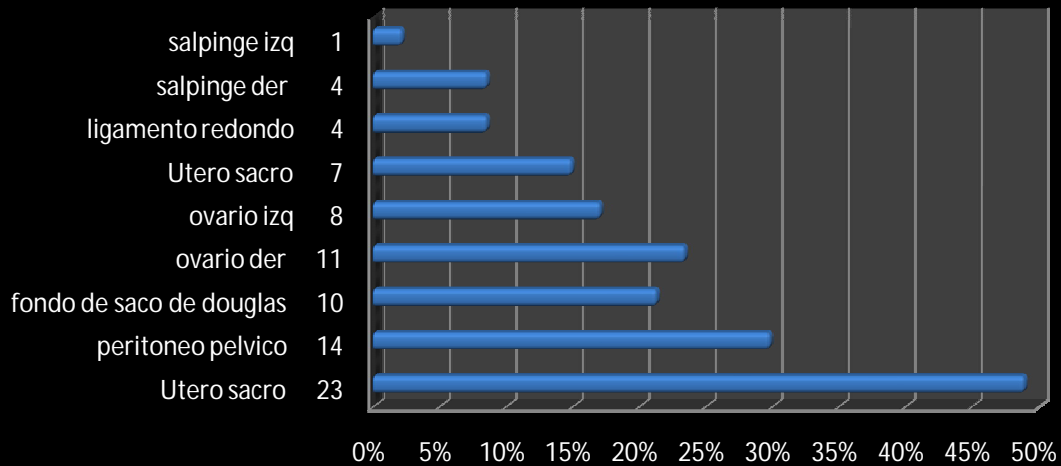


Figura No. 6. Distribución de la localización de los implantes endometriósicos

Tipo de tratamiento utilizado

Médico	5
Quirúrgico	16
Médico-quirúrgico	17
Expectante	9
Total	47

Se empleo tratamiento médico en 5 pacientes, médico quirúrgico en 17 y el tratamiento quirúrgico en 16 pacientes.

Tabla No.7

Con un total de 33 los procedimientos quirúrgicos realizados y 22 los tratamientos médicos empleados

Tabla No. 7. Tipo de tratamiento utilizado

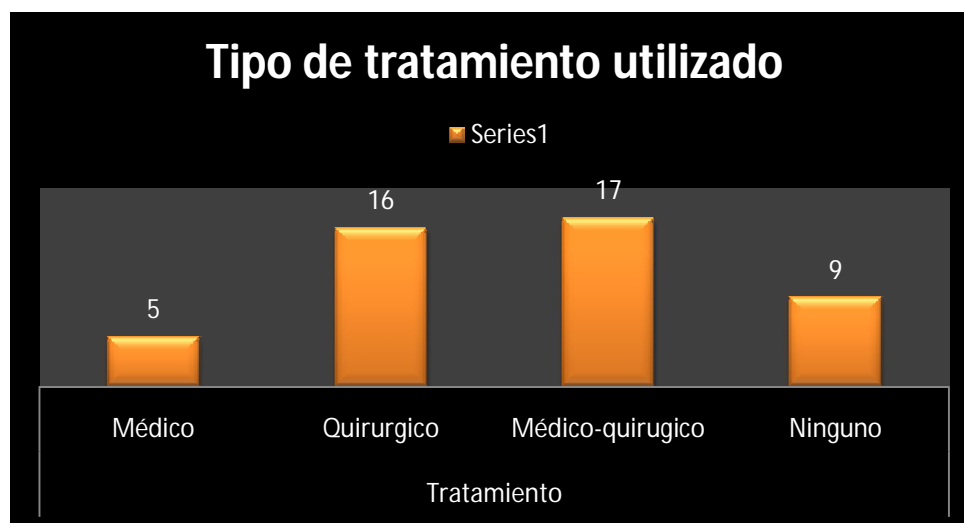


Tabla No. 7. Tipo de tratamiento utilizado

El tratamiento quirúrgico empleado fue la electrocirugía y la coagulación bipolar. Se reportaron 6 pacientes con endometrioma y en 4 de ellas se realizó descapsulación, en dos pacientes se realizó drenaje y electrocoagulación y solo un lavado peritoneal fue reportado.

Tratamiento médico

Análogos de la GnRH	6	32%
Inductores de la ovulación	6	32%
Gestrinona	4	21%
Danazol	3	16%
	19	100%

En cuanto al tratamiento médico empleado se utilizó análogos de la GnRH en 6 pacientes, utilizando acetato de leuprolide en dosis de 3.5mg. cada 4 semanas. Inductores de la ovulación en 6 pacientes, en todos los casos se utilizó citrato de clomifeno en dosis de 50mg. aumentándose hasta 150mg según respuesta durante tres ciclos.

Los andrógenos empleados fueron Gestrinona a 4 pacientes en dosis de

Tabla No.8. Tratamiento Médico

5mg. por Semana por 4 meses, y Danazol a 3 pacientes en dosis de 200 a 800 mg. diarios por cuatro ciclos. Tabla y figura No.8

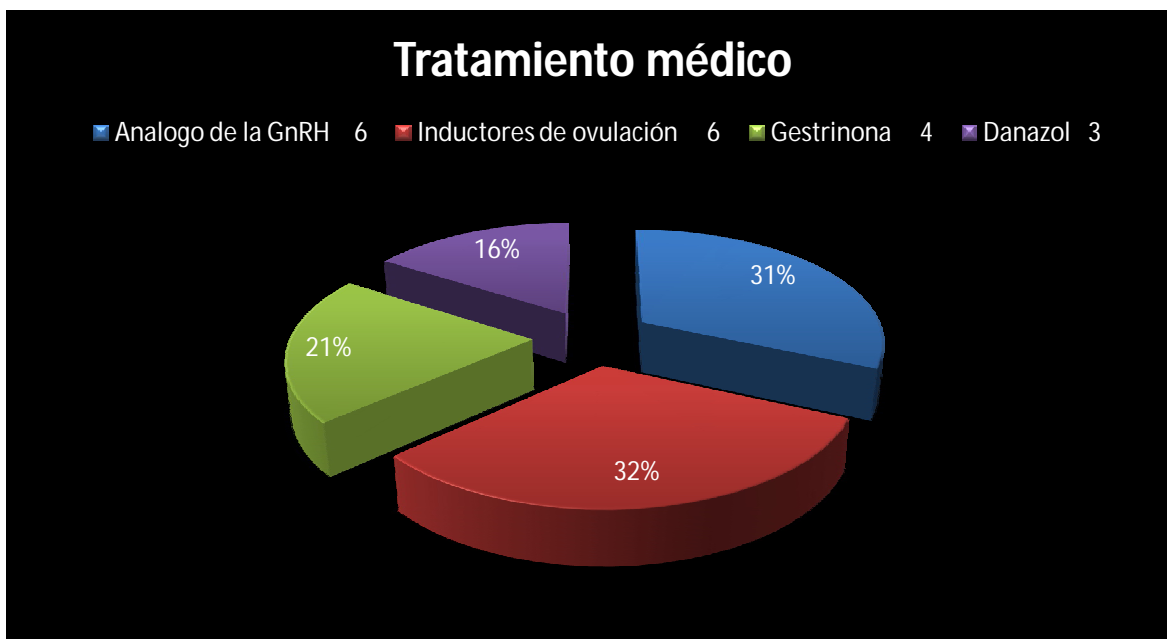


Figura. No.8. Tratamiento Médico

Se empleó el tratamiento expectante en 9 pacientes donde cabe señalar que se incluyeron a 5 pacientes que se programaron para laparotomía.

Evolución del las pacientes.

	pacientes	%
Embarazadas	5	11%
No embarazadas	22	49%
Sin seguimiento	20	44%
total	47	100%

Tabla No.9. Distribución según embarazos

De 47 pacientes con endometriosis pélvica encontramos que 5 pacientes se embarazaron, no hubo embarazo en 22 pacientes y sin seguimiento se encontraron a 20 pacientes. De las pacientes sin seguimiento 5 abandonaron el tratamiento médico por reacciones adversas, 3 no regresaron al servicio y 12 pacientes fueron remitidas a otros servicios o unidades hospitalarias por ser candidatas a fertilización in vitro o inseminación artificial.

De las 5 pacientes embarazadas 4 tenían endometriosis moderada y una paciente endometriosis mínima. En dos de las pacientes embarazadas se utilizó tratamiento quirúrgico mas Gestrinona y ambas presentaron abortos en el primer trimestre. En dos pacientes embarazadas recibieron tratamiento quirúrgico con electrocirugía y una recibió tratamiento expectante, la tasa de embarazo fue del 18.5%. Como podemos observar el porcentaje de no embarazadas fue el mas alto con un 47 % Figura No.9

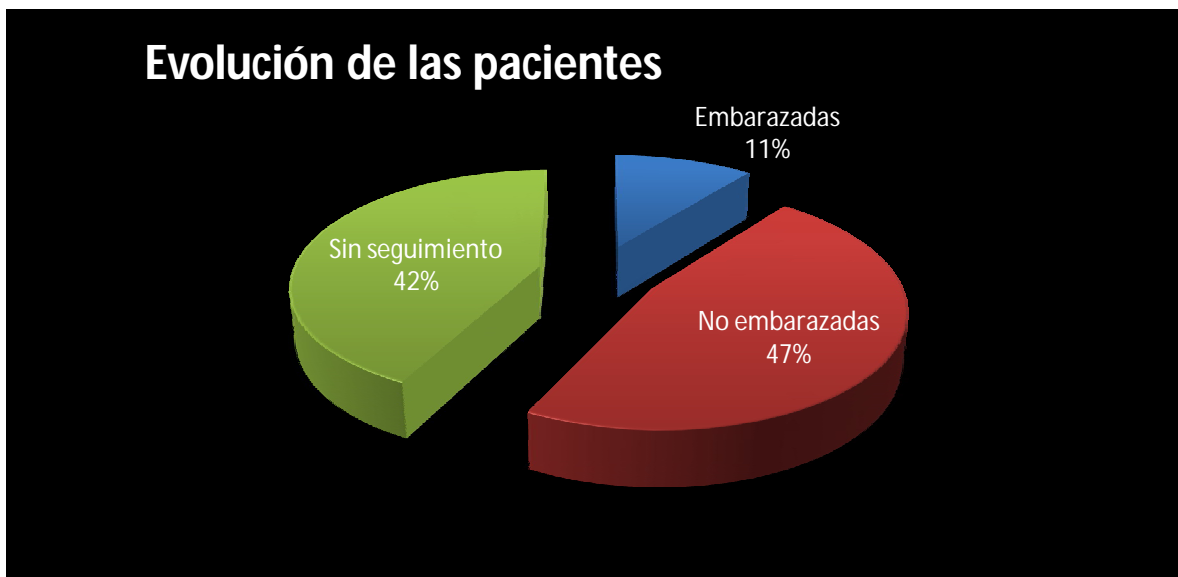


Figura. No.9. Distribución según embarazos

DISCUSION

Se encontró desde hace tiempo un vínculo entre la endometriosis y la infertilidad, las cifras a menudo señaladas al respecto indican que de un 25% a un 50% de mujeres con infertilidad tienen algún grado de endometriosis y que de aquellas que se demuestra tienen la enfermedad 30% al 50% serán infértiles por ello.⁽²⁰⁾ De acuerdo al estudio realizado en nuestro hospital de 116 pacientes que se les realizó endoscopia por esterilidad 47 de ellas el 41% tuvo algún grado de endometriosis.

De 116 pacientes encontramos que el 76.75% tenían como factor principal el tubo peritoneal, cifra por arriba de lo reportado por la American Fertility Society que reporta una incidencia del 40% ⁽²¹⁾

Las pacientes con endometriosis tenían una edad entre 18 y 40 años y la esterilidad primaria fue más frecuente que la secundaria, esto concuerda con lo reportado en la literatura.

Los estadios más frecuentemente encontrados son los leves a moderados y los sitios de implantación principal son los ovarios, fondo de saco de Douglas, ligamentos útero sacros, cara posterior del ligamento ancho y cuerpo uterino en ese orden, un estudio realizado en el servicio de biología de la reproducción humana del IMSS⁽²⁰⁾ encontró el estadio leve como el más frecuente en el 50% de las pacientes estudiadas, y los sitios de implantación en orden de frecuencia fueron: Ligamentos útero sacro, fondo de saco de Douglas y ovarios, en nuestro estudio no encontramos diferencia en cuanto a los sitios de implantación. Y para nosotros el estadio más frecuente fue el mínimo y el leve ocupó el segundo lugar.

La escisión laparoscópica suele ser el tratamiento más aceptado en todos los estadios de la endometriosis y puede ser utilizada de forma segura.⁽²²⁾ En nuestro estudio fue realizada en 33 de las 47 pacientes.

El tratamiento de supresión ovárica fue empleado en 16 pacientes sin embargo en la literatura médica se maneja que la supresión de la función ovárica para mejorar la fertilidad en la endometriosis mínima o leve no ha demostrado ser eficaz y no debe ser ofrecida a pacientes que consultan por infertilidad (Hughes et. Al. 2003)⁽²⁵⁾ y no hay evidencia de su efectividad en la enfermedad más avanzada. La inducción de la ovulación con citrato de clomifeno fue utilizado en 6 pacientes con endometriosis mínima y leve, esto concuerda con las recomendaciones de la revisión de Allaire C.⁽²³⁾ de endometriosis e infertilidad.

En cuanto la tasa de embarazo posterior al tratamiento fue del 18.5% esto fue por debajo de lo reportado por Coccia ME.⁽¹⁶⁾ Quien reporta una tasa de embarazo del 37.4%, sin embargo hay que tomar en cuenta que en el 44% de las pacientes no se realizó seguimiento.

CONCLUSIONES

1. La endometriosis es uno de los padecimientos mas frecuentemente encontrados en pacientes con problemas reproductivos
2. El diagnostico clínico y la dismenorrea aunadas a la laparoscopia diagnostica constituyen la base para establecer el diagnostico y la etipificación de la endometriosis
3. La edad mas frecuente de la enfermedad en nuestro estudio se observo después de los 30 años de edad
4. El tratamiento de elección depende de la evolución del padecimiento y actualmente el mas aceptado es el médico quirúrgico.
5. La electrocirugía y la coagulación bipolar son la base para el tratamiento quirúrgico.
6. El tratamiento del endometrioma deberá ser conservador limitándose a la descapsulación y el cierre del mismo puede ser espontaneo o con afrontamiento parcial empleando sutura de calibre muy fino.
7. No obstante los avances médicos y quirúrgicos la endometriosis sigue constituyendo un reto en la medicina y cirugía reproductiva.
8. La endometriosis es uno de los padecimientos mas frecuentemente encontrados en pacientes con problemas reproductivos
9. El diagnostico clínico y la dismenorrea aunadas a la laparoscopia diagnostica constituyen la base para establecer el diagnostico y la etipificación de la endometriosis
10. La edad mas frecuente de la enfermedad en nuestro estudio se observo después de los 30 años de edad
11. El tratamiento de elección depende de la evolución del padecimiento y actualmente el mas aceptado es el médico quirúrgico.
12. La electrocirugía y la coagulación bipolar son la base para el tratamiento quirúrgico.
13. El tratamiento del endometrioma deberá ser conservador limitándose a la descapsulación y el cierre del mismo puede ser espontaneo o con afrontamiento parcial empleando sutura de calibre muy fino.
14. No obstante los avances médicos y quirúrgicos la endometriosis sigue constituyendo un reto en la medicina y cirugía reproductiva.
15. La endometriosis es uno de los padecimientos mas frecuentemente encontrados en pacientes con problemas reproductivos
16. El diagnostico clínico y la dismenorrea aunadas a la laparoscopia diagnostica constituyen la base para establecer el diagnostico y la etipificación de la endometriosis

17. La edad mas frecuente de la enfermedad en nuestro estudio se observo después de los 30 años de edad
18. El tratamiento de elección depende de la evolución del padecimiento y actualmente el mas aceptado es el médico quirúrgico.
19. La electrocirugía y la coagulación bipolar son la base para el tratamiento quirúrgico.
20. El tratamiento del endometrioma deberá ser conservador limitándose a la descapsulación y el cierre del mismo puede ser espontaneo o con afrontamiento parcial empleando sutura de calibre muy fino.
21. No obstante los avances médicos y quirúrgicos la endometriosis sigue constituyendo un reto en la medicina y cirugía reproductiva.

1	Craig A. Witz. Endometriosis. Clinicas obstetricas y ginecologicas.1999; 3: 511-529
2	Álvarez A. Endometriosis. Ginecol Obstet Mex 1948, 4: 190-198.
3	Seli E, Berkkanoglu M, Arici A. Pathogenesis of endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am 2003; 30: 41-61.
4	Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. Lancet 2004; 364: 1789-99.
5	Haban J. Metastatic histeroadenosis. Wien Klin wochwmschr. 1924;37:1205-1206
6	Dunselman G. Endometriosis. Patogenia de los implantes endometriósicos. En: Remohí J, Simón C, Pellicer A. Reproducción Humana. España: Mc GrawHill; 2002. pp 191-197
7	Noriega J, Falcone T, Bedalwy M. Nuevos conceptos en la patogénesis y tratamiento de la endometriosis asociada a dolor. MEDUNAB 2003; 6: 39-45
8	Craig A. Witz. Endometriosis. Clinicas obstetricas y ginecologicas.1999; 3: 603-604
9	ACOG Practice Bulletin. Medical management of endometriosis. Number 11, Dec 1999. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Int J Gynecol Obstet 2000;71:183-96.
10	Craig A. Witz. Endometriosis. Clinicas obstetricas y ginecologicas.1999; 3: 560-571
11	Donnez J, Squifflet J. Laparoscopic excision of deep endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am 2004, 31: 567-80.
12	Ozkan S, Murk W, Arici A. Endometriosis and infertility: epidemiology and evidence-based treatments. Ann N Y Acad Sci. 2008 Apr;1127:92-100. Review.
13	Brosens J, Timmerman D, Starzinski-Powidtz A, Brosens I. Noninvasive diagnosis of endometriosis: the role of imaging and markers. Obstet Gynecol Clin North Am 2003, 30: 95-114,xvii,ix.
14	Vercellini P Deep endometriosis: definition, pathogenesis and clinical management. Journal of AAGL 2004; 11(2).153-161
15	Roberts CP, Rock JA. The current staging system for endometriosis: does it help?. Obstet Gynecol Clin North Am 2003; 30: 115-32.
16	Coccia ME, Rizzello F, Cammilli F, Bracco GL, Scarselli G. Eur J Obstet Gynecol Rporod Biol. 2008 May; 138 (1): 54-9. Epub 2008 Feb 20. PMID: 18243485 (Medline)
17	Mahutte NG, Arici A. Medical management of endometriosis-associated pain. Obstet Gynecol Clin North Am 2003; 30: 133-50.
18	Hooghe T. Endometriosis avances en el tratamiento farmacológico. En: Remohí J, Simón C, Pellicer A. Reproducción Humana. España: Mc GrawHill; 2002. pp 199-207.

19	Ferrero S, Abbamonte LH, Anserini P, Remorgida V, Ragni N. Future perspectives in the medical treatment of endometriosis. <i>Obstet Gynecol Surv</i> 2005, 60,12; 817-826.
20	Preciado-Ruiz R, Torres-Calleja J, Zúñiga-Montiel JA, Martínez-Chéquer JC, Manterola-Álvarez JC y colaboradores Incidencia de la endometriosis en mujeres con infertilidad: características clínicas y laparoscópicas. <i>Ginecol Obstet Mex</i> 2005; 73: 471-6
21	Birmingham. Tubal Disease Guideline For Practice; the American fertility society: 1993, pp1
22	Landazabal A, Villasante A, Scheffer B, Arbués J, Requena A, Giles J. y cols. Endometriosis y técnicas de reproducción asistida. En: Remohí J, Simón C, Pellicer A. <i>Reproducción Humana</i> . España: Mc GrawHill; 2002. pp 221-225.
23	Allaire C. Endometriosis and infertility: a review. Centre for Reproductive Health, Department of Obstetrics and Gynecology, University of British Columbia, Vancouver, Canada; Reprod Med . 2006 Mar;51(3):164-8.
24	Chiamchanya C, Su-angkawatin W. Study of the causes and the results of treatment in infertile couples at Thammasat Hospital between 1999-2004. <i>J Med Assoc Thai</i> . 2008 Jun;91(6):805-12.
25	Hughes E, Fedorkow D, Collins J and Vandekerckhove P (2003) Ovulation suppression for endometriosis (Cochrane review). <i>The Cochrane Database of systematic Reviews</i> 2003 issue 3. Art. No CD000155. DOI: 10.1002/14651858. CD000155. Abstract

ANEXO 1.

CLASIFICACION DE LA A.S.R.M.

Clasificación de la A.S.R.M.:

Mínima: Implantes aislados y sin adherencias.

Leve: Implantes superficiales menores de 5 cms adheridos o esparcidos sobre la superficie del peritoneo y ovarios.

Moderada: Implantes múltiples que yacen sobre la superficie o invasivos. Adherencias peritubarias o periováricas pueden ser evidentes.

Severa: Implantes múltiples, superficiales y profundos que incluyen grandes endometriomas ováricos. Usualmente se observan adherencias membranosas extensas.

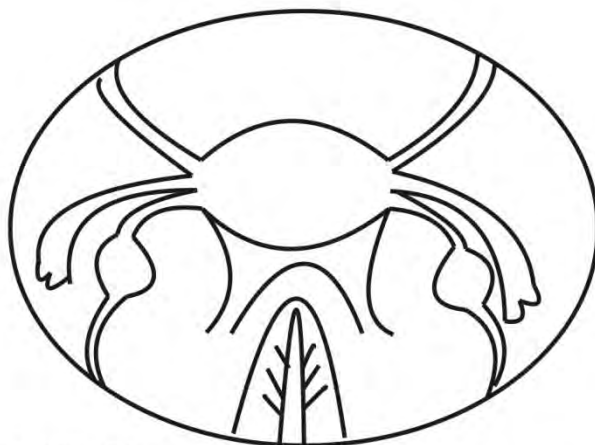
ANEXO 2

Reporte quirúrgico de laparoscopia



LAPAROSCOPIA

FECHA
CIRUJANO
DIAGNOSTICO PREOP
ESTUDIO SATISFACTORIO
ACCIDENTES



PERITONEO PELVICO.....
OTRAS VISCERAS.....
LIGAMENTOS REDONDOS.....
TROMPA D/ ASPECTO.....
OVARIO D.....
OVARIO I.....
UTERO SACROS.....
DOUGLAS.....
MANIOBRAS OPERATORIAS.....