



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (FACTORES DE RIESGO,  
DIAGNÓSTICO, TIPO DE ENDOMETRIOSIS EXTRA PÉLVICA)  
EN MUJERES CON EL DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSIS  
EXTRA PÉLVICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE LA MUJER  
DEL 2005 A 2010**

**TESIS  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICÍA**

**PRESENTA:**

**DRA. CATHERINE ANDREA GONZALEZ MIRANDA**

**ASESORES:**

**Dra. María Esther Meza López  
Ginecóloga  
Bióloga de la Reproducción  
Hospital de la Mujer**

**Dr. Carlos Jiménez Gutiérrez  
Adscrito a la Subdirección de Enseñanza e Investigación  
Hospital de la Mujer**



**MEXICO,D.F.**

**2010**



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.

**Dra. María Esther Meza López**  
Ginecóloga  
Bióloga de la Reproducción  
Hospital de la Mujer

**Dr. Carlos Jiménez Gutiérrez**  
Adscrito a la Subdirección de Enseñanza e Investigación  
Hospital de la Mujer

**Dra. María del Carmen Cordova**  
Subdirectora de Enseñanza e Investigación  
Hospital de la Mujer

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres

Que son el motor de mi vida por todo su amor, apoyo incondicional y por todas sus enseñanzas. Gracias a ellos he llegado hasta aquí.

A mis hermanos y a mi tía Laura

Por todo su apoyo.

A mi esposo Néstor Zárate

Por toda su comprensión, confianza y amor.

A mis maestros

Dra. María Esther Meza López, Dr. Esteban García Rodríguez, Dr. Eduardo Amezcua Neri, Dra. María de Lourdes Martínez Zúñiga, Dr. Antonio Naranjo, Dr. Joaquín Oliva, Dr. Manuel Casillas, Dra. Marta Morales, Dr. Martínez Arroyo, Dr. Tito Ramírez, Dr. Oliverio Bautista, Dra. María del Carmen Cordova por todas sus enseñanzas.

Gracias a Dios por llegar a esta etapa final tan importante en mi vida.

Al Hospital de la Mujer por haberme permitido estar estos cuatro años de especialidad.

## ÍNDICE

	<b>CONTENIDO</b>	<b>PAGINA</b>
		3
Marco Teórico		3
Planteamiento del Problema		17
Justificación		18
Objetivos		
Objetivos General		
Objetivos Específicos Primarios		
Material y Métodos		18
Conclusiones		52
Cronograma		55
Referencias Bibliográficas		54
Anexos		27

## **I. FUNDAMENTO O MARCO TEÓRICO**

La revisión bibliográfica se realizó De Valbuena a Pérez del año de 1995 al 2009.

Endometriosis, un término usado por primera vez por Sampson, es la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina. Afecta del 7-10% de todas las mujeres en edad reproductiva. Se produce con frecuencia en los órganos pélvicos, especialmente los ovarios, ligamentos útero sacros y fondo de saco de Douglas. Las mujeres con endometriosis a menudo presentan dismenorrea, menorragia, dolor pélvico e infertilidad.<sup>8</sup>

La endometriosis generalmente se hace evidente en los años reproductivos cuando las lesiones son estimuladas por hormonas ováricas.<sup>7</sup>

La endometriosis extra pélvica es menos común, pero ha sido descrito en casi cada área del cuerpo femenino como el intestino, la vejiga, pulmones, cerebro, umbilical y las cicatrices quirúrgicas. Debido a su variedad en la presentación, la endometriosis sigue siendo una condición difícil de diagnosticar y tratar.<sup>8</sup>

La endometriosis más común es la pélvica y la menos común es la extra pélvica

La presentación extra pélvica de la endometriosis se ha descrito en casi todos los órganos.

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La endometriosis tiene múltiples teorías dentro de las cuales las más aceptadas son las siguientes:

Teoría de la implantación de Sampson<sup>4</sup>

Desde 1920 ha sido la teoría más ampliamente aceptada ha sido la teoría de Sampson.<sup>3</sup> Se refiere al paso retrógrado de tejido endometrial a través de las trompas durante la menstruación y su depósito en órganos abdominopélvicos.<sup>1</sup>

La menstruación retrógrada es prácticamente universal y se presenta hasta en un 80% de las mujeres, sólo un 2% a 5% de las mujeres sanas y un 25% de aquellas con historia de infertilidad desarrollan dicha enfermedad.<sup>1</sup>

Un aspecto seriamente cuestionado de esta teoría es la capacidad de implantación del líquido menstrual en otros órganos. El líquido menstrual después de pasar a la cavidad peritoneal es inmediatamente atacado por enzimas proteolíticas, restándole su capacidad implantatoria, pero esto también ha sido debatido por varios autores que han encontrado células endometriales vivas después de prolongados períodos de tiempo, que incluso han crecido en cultivo.<sup>1</sup>

El deterioro de la respuesta inmune para remover los detritos menstruales peritoneales ha sido sugerido como un factor adicional.<sup>3</sup>

Las mujeres que tienen endometriosis se encontró que tienen alteraciones en las células T mediadores de citotoxicidad, células natural killer, células B funcionales y el complemento.<sup>3</sup>

El tejido endometrial tiene capacidad de implantación, supervivencia y crecimiento fuera de su localización.<sup>1</sup>

La distribución anatómica de la endometriosis también sustenta esta hipótesis: por ejemplo, es raro encontrar implantes endometriósicos en la parte anterior de la pelvis en pacientes con útero en retroflexión. Donde comúnmente se encuentra es en ovarios, fondos de saco posterior y ligamentos uterosacros, siguiendo probablemente la vía de los ligamentos anchos y cara posterior del útero.<sup>1</sup>

#### Teoría del trasplante mecánico

La teoría de que el endometrio ectópico podría ser inducido iatrogénicamente por trasplante mecánico fue reconocida poco tiempo después de la formulación de la anterior hipótesis. Los numerosos casos en que pacientes sometidas a episiotomías y laparotomías desarrollan implantes endometriósicos la respaldan.<sup>1</sup>

#### Teoría de Halban<sup>3</sup>

También conocida como la teoría de las metástasis vasculares y linfáticas. Sampson fue el primero en sugerir la diseminación linfática y hematógena de la endometriosis al encontrar tejido endometriósico en venas de pacientes con adenomiosis. Posteriormente Halban dio crédito a esta hipótesis, reportando casos de endometriosis retroperitoneales y en localizaciones extraperitoneales con el argumento de que nunca podría explicarse el acceso a tales lugares por las teorías de la implantación ni de la metaplasia celómica.<sup>1</sup>

CUADRO 1. SITIOS EXTRAPÉLVICOS AFECTADOS	
LOCALIZACIÓN EXTRAPÉLVICA	Órgano comprometido
GASTROINTESTINAL	Hígado Páncreas Vesícula biliar Intestino
TRACTO GENITOURINARIO	Vejiga Riñón Uréter Uretra Retroperitoneo
LINFÁTICO- VENOSO	Inguinal Venosa Nódulos linfoides
MUSCULOESQUELÉTICO	Piel

	Antebrazo Muslo Vérttebras Huesos Omblogo
NEURAL	Ciático Perineural
PULMONAR	Pleural Diafragma

La endometriosis en estas localizaciones puede presentarse como nódulos asintomáticos o incluso como neumotórax, hemotórax o hemoptosis prolongadas, obstrucciones ureterales, neuralgias, dolores crónicos lumbares, sacros y pélvicos por compresión o ruptura nerviosa.<sup>1</sup>

Adicionalmente se ha demostrado intercambio linfático entre la pelvis y el omblogo.

En 1897 se encontraron por primera vez glándulas epiteliales en ganglios linfáticos pélvicos, pero se pensó que eran restos del conducto de Wolf. Más tarde Javert y Halban confirmaron este hallazgo y argumentaron la teoría de la diseminación linfática.<sup>1</sup>

Sampson, en 1918, inyectó sulfato de bario en la cavidad de úteros extirpados, y observó que sólo en el caso de lesión previa (curetaje o menstruación) existía un escape de bario de la cavidad por los trayectos venosos, con lo cual postuló que las contracciones uterinas durante la menstruación pueden ser la causa del paso de tejido endometrial por las venas uterinas.<sup>1</sup>

Por vía vascular también pueden producirse las metástasis pulmonares, inicialmente consideradas raras, pero que con los años han sido más frecuentemente encontradas. De estos implantes pulmonares pueden, secundariamente, diseminarse por embolismo las células endometriales.<sup>1</sup>

Puede haber metástasis vertebrales por vía vascular, y desde allí pueden difundir a otras localizaciones de la circulación general como las extremidades y, ayudadas incluso por defectos intracardíacos, pasar a la circulación sistémica.<sup>1</sup>

Aunque el origen de la endometriosis sigue siendo un enigma, la mayoría de los investigadores coinciden en que la persistencia y la progresión del endometrio ectópico esta íntimamente relacionada con un proceso inflamatorio pélvico.<sup>3</sup>

Se ha demostrado que las mujeres que tienen endometriosis tienen altas concentraciones de citoquinas proinflamatorias en el líquido peritoneal en comparación con las mujeres que no tienen endometriosis.<sup>3</sup>

### Teoría de Meyer<sup>3</sup>

Transformación metaplásica del peritoneo pluripotencial. Esta teoría postula la conversión del epitelio peritoneal en epitelio endometrial por un mecanismo desconocido.<sup>3</sup>

El concepto de esta teoría es que la endometriosis proviene de la metaplasia de las células que tapizan el peritoneo pélvico. Se basa en estudios embriológicos que demuestran que el Conducto de Muller, el epitelio germinal del ovario y el peritoneo pélvico tienen un origen común. El requisito (no comprobado) para que esto suceda es que las células del epitelio germinal y del peritoneo pélvico contengan células indiferenciadas capaces de diferenciarse en células del endometrio, o células diferenciadas que mantengan su poder de



diferenciación y desarrollo de tejido endometrial.<sup>1</sup>

Los trabajos originales de Meyer presuponen que desde un proceso infeccioso puede resultar proliferación del epitelio endometrial, pero tienen en cuenta un factor humoral u otro estímulo que induce la metaplasia.<sup>1</sup>

#### Teoría de la extensión directa

Esta teoría propone que la diseminación del tejido endometrial puede ser directamente por extensión a través de la musculatura uterina. La descamación y diseminación directa, vascular o linfática de glándulas y estroma endometrial puede dar lugar a adenomiosis, no es prerequisite para la endometriosis.<sup>1</sup>

En algunas publicaciones, Sampson considera una forma de endometriosis (por definición) como la adenomiosis, él cree que el endometrio ectópico frecuentemente invade la musculatura uterina penetrando a los sinusoides venosos y linfáticos en la pared uterina, y pasa de allí a la circulación general durante la menstruación, según esto esta hipótesis requiere del transporte venoso o linfático, por lo cual por sí sola no explica la histogénesis de la endometriosis.<sup>1</sup>

#### Teoría uterotubárica

Esta resulta de la unión de las teorías de Sampson y de la implantación. Se basa en el hallazgo de células endometriales intraluminales por migración retrógrada, o por extensión directa a través de las paredes tubáricas.<sup>1</sup>

#### Teoría de la inducción

Esta teoría fue descrita en 1955, y postula que el endometrio necrótico o desnaturalizado libera sustancias específicas que activan indistintamente al mesénquima para producir endometriosis. Esta teoría es una extensión de la metaplasia celómica por el hecho de que una indiferenciación de los elementos del peritoneo pueden producir metaplasia en respuesta a sustancias químicas o pequeñas partículas en el endometrio.

#### Teoría de Donnez<sup>7</sup>

Nódulos endometriales pueden desarrollarse a través de la metaplasia de los remanentes Mullerianos.<sup>7</sup>

#### Teoría Neurológica<sup>7</sup>

Infiltrar la pared del intestino grueso a lo largo de los nervios, a una distancia de la lesión primaria.<sup>7</sup>

#### Teoría compuesta<sup>7</sup>

Propuesta por Javert en 1949, es una combinación de las teorías de Sampson, metástasis vasculares y linfáticas y extensión directa.<sup>1</sup>

El orden del proceso inicia con la diseminación y/o metástasis del endometrio desde la cavidad uterina por una de las siguientes vías:

Extensión directa dentro del miometrio, unión uterotubárica y órganos adyacentes (vejiga o intestino)

Exfoliación de células endometriales viables a través de las salpinges

Implantación de estas células en el peritoneo y órganos adyacentes (ovario, intestino, cicatrices quirúrgicas).

Metástasis linfática a órganos y nódulos linfáticos

Metástasis hematogena a órganos distantes (pleura, pulmón, piel, etc).<sup>1</sup>

Javert también cree que el endometrio ectópico puede ser a su vez un segundo foco de inicio de metástasis.<sup>1</sup>

Factores inmunológicos, genéticos y familiares <sup>7</sup>

## **ENDOMETRIOSIS EXTRAPELVICA**

### **ENDOMETRIOSIS GASTROINTESTINAL<sup>7</sup>**

Prevalencia e incidencia

La endometriosis gastrointestinal se encuentra en un 3-37% de las mujeres que menstrúan.<sup>7</sup> Recto y colon sigmoide es el sitio más común de la endometriosis gastrointestinal siendo el 70% y en intestino delgado es sólo del 1-7%.<sup>7</sup>

Se presentan diferentes tasas de incidencia debido a que la endometriosis gastrointestinal es a menudo un hallazgo incidental en cirugía.<sup>7</sup>

Jubanyik y colaboradores realizaron una revisión en 1997 de 1000 mujeres que fueron sometidas a laparotomía por síntomas ginecológicos, encontraron 181 (18%) pacientes con endometriosis gastrointestinal.

La verdadera incidencia de la endometriosis que causa obstrucción intestinal es desconocida, aunque la obstrucción completa de la luz del intestino ocurre en menos del 1% de los casos.

La incidencia de resección intestinal por obstrucción intestinal es del 0.7% entre los pacientes sometidos a cirugía para tratamiento de la endometriosis abdominopélvica.

Raramente, la endometriosis gastrointestinal puede estar acompañada de perforación. Malignidad ha sido reportada de un 0.7-1% de pacientes y 78.7% ocurre en el ovario.

Factores de Riesgo

Mujeres en edad reproductiva. <sup>7</sup>

Signos y Síntomas<sup>7</sup>

La endometriosis pélvica tiene síntomas característicos: dolor pélvico, infertilidad y dispareunia. El 40% de las pacientes con endometriosis pélvica presentan síntomas cíclicos.

Los síntomas son inicialmente cíclicos pero pueden permanecer cuando la lesión progresa.

Es difícil establecer un diagnóstico preoperatorio de endometriosis gastrointestinal, porque los síntomas del tracto gastrointestinal pueden imitar un amplio espectro de enfermedades, incluyendo colon irritable, enfermedades infecciosas, enterocolitis isquémica, colitis, enfermedades inflamatorias del intestino y neoplasias.

En algunas ocasiones la presentación clínica es inespecífica.<sup>7</sup>

Las pacientes presentan dolor abdominal persistente, distensión abdominal, tenosmosis, episodios de estreñimiento y diarrea cíclicos. También se puede presentar sangrado rectal y dolor al defecar.<sup>7</sup>

El sangrado rectal puede ser causado por el paso de las heces a través de una estenosis del colon.

Pruebas Diagnósticas

El diagnóstico debe sospecharse en base a la historia clínica.

Se han reportado diagnósticos endoscópicos de endometriosis en colon aunque, la mucosa

esta usualmente normal o muestra mínimas anormalidades, friabilidad, procesos extrínsecos o estenosis. Las biopsias endoscópicas generalmente reportan tejido insuficiente para poder hacer un diagnóstico definitivo, la endometriosis afecta las capas profundas de la pared intestinal.

El diagnóstico es hecho por resultado de patología del espécimen resecado.

Tomografía Abdominal Multicorte especialmente si es combinada con enteroclisia tiene un gran potencial para detectar alteraciones en la pared intestinal. Biscaldi y colaboradores en el 2007 realizaron un estudio en 98 mujeres con síntomas sugestivos de endometriosis colorectal y la Tomografía abdominal multicorte con enteroclisia identificó 94.8% de nódulos endometriósicos intestinales.<sup>7</sup>

La resonancia magnética nuclear tiene una sensibilidad de 77%-93% en el diagnóstico de endometriosis intestinal.<sup>7</sup>

La profundidad de la infiltración de la pared rectal por endometriosis es pobremente definida por la resonancia magnética nuclear. Una combinación de resonancia magnética nuclear y endoscopia rectal ha sido recientemente propuesta.<sup>7</sup>

El ultrasonido endoscópico rectal tiene una sensibilidad y valor predictivo negativo de un 92-100%. La especificidad y el valor predictivo negativo son pobres, de un 64-66%.

Hay un gran interés en el uso de marcadores séricos para el diagnóstico de endometriosis, pero no son lo suficientemente precisos para el uso en la práctica clínica.

Ca-125 se ha usado para controlar el progreso de la endometriosis. El Ca19-9 tiene menos sensibilidad que el Ca-125, y la Interleuquina 6 es más sensible y específica que el Ca125.<sup>7</sup>

#### Histopatología

Anaf y colaboradores en el 2004, consideraron la endometriosis intestinal como un fenómeno de infiltración o invasión, encontraron que hay una continuidad histológica entre la lesión superficial y la consecuente lesión profunda en el intestino, sugiriendo que la lesión se origina en la serosa y progresivamente invade la muscular propia. La mucosa es raramente afectada debido a que está pobremente inervada.

La endometriosis intestinal afecta principalmente la muscular propia y submucosa intestinal y la mucosa intestinal sin alteraciones.<sup>7</sup>

La diferencia histológica para el diagnóstico de adenocarcinoma endometriode (AE) y adenocarcinoma de colon es difícil porque el adenocarcinoma de colon afecta principalmente a la mucosa mientras que el AE afecta principalmente las capas más externas del colon. La inmunohistoquímica para CK7 y CK20 para ser útil en la diferenciación de adenocarcinoma de colon y endometriode. Aproximadamente, 75-95% de los casos de adenocarcinoma de colon primarios tienen CK7 negativo y CK20 positivo, mientras que 80-100% de los casos de Adenocarcinoma endometriode tiene CK positivo y CK20 negativo.

#### Tratamiento

La cirugía es el tratamiento de elección para la endometriosis intestinal en la mayoría de los casos.

El tratamiento quirúrgico está indicado en mujeres con dolor, sangrado, cambios en el hábito intestinal y obstrucción intestinal.

El tratamiento de elección para la endometriosis en el intestino delgado es la resección

quirúrgica del intestino afectado.

Para la endometriosis intestinal como hallazgo incidental sin datos de obstrucción, la terapia hormonal con danazol o análogos de la GnRH debe ser considerada.<sup>7</sup>

La endometriosis intestinal puede estar activa en las pacientes en peri y pos menopausia por lo cual estas pacientes pueden requerir tratamiento quirúrgico.

Complicaciones

La complicación que más frecuentemente se encuentra es la obstrucción intestinal.<sup>7</sup>

## **ENDOMETRIOSIS EN PARED ABDOMINAL**

Incidencia y Prevalencia

La endometriosis en pared abdominal es un sitio poco común de la endometriosis extrapélvica.<sup>2</sup>

La endometriosis en los músculos rectos es poco común, en toda la literatura médica se han descrito hasta el momento sólo 12 casos.<sup>2</sup>

La incidencia de la endometriosis en pared abdominal posterior a una cesárea es de 0.03-1%.<sup>4</sup>

Horton y colaboradores realizaron una revisión sistemática, su período de búsqueda comprendió de 1956 al 2006, el diseño de estudio que seleccionaron fueron cohortes, y la enfermedad principal fue endometriosis abdominal.

Incluyeron 29 artículos.

No se identifica un grupo de autores que en forma constante hayan publicado más de un artículo.

El rango de años de estudio comprendió de 1956 al 2006, es decir 50 años de investigación clínica

Los países involucrados en los estudios incluidos fueron: Estados Unidos de América (11 artículos), Inglaterra (5 artículos), India (2 artículos), Italia con 2 artículos, China con 2 artículos, y con 1 artículo Israel, Dinamarca, Nigeria, Jordania, Turquía, Kuwait y los Países bajos.

El rango de sujetos incluidos en los estudios fue de 5 a 82 pacientes, lo que refleja un tamaño de muestra bajo.

El rango de edad promedio fue de 26 a 40 años. De 29 artículos, el 17% (N=5) no reporto este dato.

El rango de tiempo entre la realización del procedimiento quirúrgico y el inicio de los síntomas de endometriosis en pared abdominal es de 1.9 a 36 años. De 29 artículos, el 41% (N=12) no reporto este dato.

El rango en porcentaje de las pacientes con endometriosis en pared abdominal y con antecedente de cesárea fue de 100% a 4%. De 29 artículos, el 13.7% (N=4) no reporto este dato.

El rango en porcentaje de las pacientes con endometriosis en pared abdominal y con antecedente de histerectomía fue de 74% a 0%. De 29 artículos, el 17.2% (N=5) no reporto este dato.

El rango en porcentaje de las pacientes con endometriosis en pared abdominal y con antecedente de otra cirugía fue de 40% a 0%. De 29 artículos, el 17.2% (N=5) no reporto este dato.

El rango en porcentaje de las pacientes con endometriosis en pared abdominal espontánea fue de 100% a 0%. Todos los artículos reportaron este dato.

El rango en porcentaje de las pacientes con endometriosis en pared abdominal y tumoración fue del 100% a 58%. De 29 artículos, el 13.7% (N=4) no reportó este dato.

El rango en porcentaje de las pacientes con endometriosis en pared abdominal y presentación de síntomas cíclicos fue del 100% a 0%. De 29 artículos, el 13.7% (N=4) no reportó este dato.

El rango en porcentaje de las pacientes con endometriosis en pared abdominal y dolor fue del 100% a 59%. De 29 artículos, el 17.2% (N=5) no reportó este dato.

El rango de las paciente con endometriosis en pared abdominal y el tamaño en centímetros de la tumoración abdominal fue de 4 cm a 2.3cm. De 29 artículos, el 55.1% (N=16) no reportó este dato.

El rango en porcentaje de las pacientes que presentaron a la vez endometriosis en pared abdominal y pélvica fue del 100 al 0%. De 29 artículos, el 27.5% (N=8) no reportó este dato.

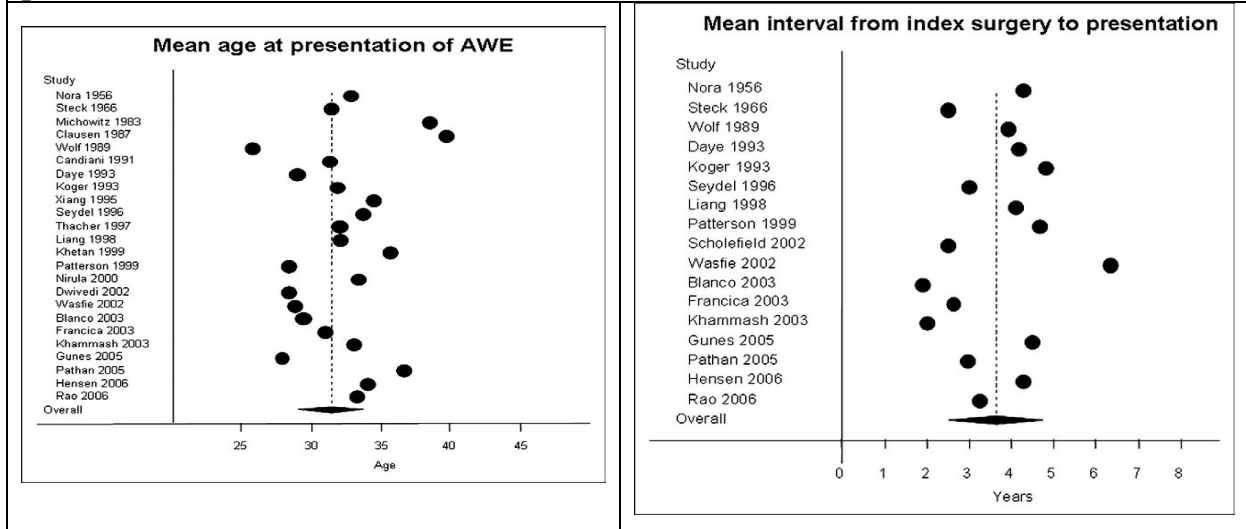
El rango en porcentaje de recurrencia de las pacientes con endometriosis en pared abdominal fue de 29% a 0%. De 29 artículos, el 34.4% (N=10) no reportó este dato.

**CUADRO 2. Síntesis de los estudios que hacen referencia a la endometriosis en la pared abdominal**

Autor	Año	País	Total Sujetos	Media Edad	T.I	%OC	%His	%Otra Cirugía	% E.EPA	% Con tumoración	%Sx cíclicos	%con dolor	Media tamaño	%con EP y EPA	%recurrencia
Nora y cols	1956	EUA	19	33	4.3	100%	0%	0%	0%	58%	58%	79%	-	Ne	Ne
Steck	1966	EUA	82	31	2.5	32%	2%	34%	32%	100%	40%	59%	-	9%	11%
Chatterjee y cols	1980	India	17	Ne	Ne	6%	71%	24%	0%	94%	100%	94%	-	24%	6%
Michowitz y cols	1983	Israel	6	39	Ne	Ne	Ne	Ne	100%	67%	83%	100%	2.8	Ne	Ne
Clausen y cols	1987	Dinamarca	31	40	Ne	Ne	Ne	Ne	100%	Ne	Ne	Ne	Ne	13%	Ne
Wolf y cols	1989	EUA	5	26	3.9	100%	0%	0%	0%	100%	100%	80%	2.9	20%	Ne
Candiani y cols	1991	Italia	6	31	Ne	Ne	Ne	Ne	100%	83%	100%	100%	2.3	100%	17%
Rani y cols	1991	India	27	Ne	Ne	4%	74%	22%	0%	Ne	Ne	Ne	Ne	26%	7%
Daye y cols	1993	EUA	7	29	4.2	100%	0%	0%	0%	100%	43%	86%	Ne	14%	0%
Koger y cols	1993	EUA	24	32	4.8	79%	4%	17%	0%	100%	63%	83%	2.5	Ne	0%
Singh y cols	1995	Inglaterra	13	Ne	Ne	54%	8%	0%	38%	100%	54%	69%	Ne	8%	0%
Xiang y cols	1995	China	28	35	Ne	86%	14%	0%	0%	100%	Ne	Ne	Ne	4%	4%
Seydel y cols	1996	EUA	7	34	36.0	Ne	Ne	Ne	0%	Ne	57%	Ne	Ne	0%	29%
Thacher y cols	1997	Nigeria	5	32	Ne	20%	20%	40%	20%	100%	40%	80%	Ne	Ne	Ne
Liang y cols	1998	China	12	32	4.1	75%	8%	17%	0%	75%	83%	75%	3.3	25%	17%
Khetan y cols	1999	Inglaterra	5	36	Ne	20%	20%	0%	60%	100%	20%	100%	Ne	20%	0%
Patterson y cols	1999	EUA	7	28	4.6	57%	14%	29%	0%	100%	71%	86%	Ne	14%	14%
Nirula y cols	2000	EUA	10	33	Ne	100%	0%	0%	0%	100%	20%	80%	3.1	Ne	Ne
Dwivedi y cols	2002	EUA	13	28	Ne	69%	8%	15%	15%	85%	54%	69%	3.8	Ne	Ne
Scholefield y cols	2002	Inglaterra	21	Ne	2.5	62%	0%	14%	24%	Ne	Ne	Ne	Ne	0%	Ne
Wasfie y cols	2002	EUA	6	29	6.3	100%	0%	0%	0%	100%	0%	100%	Ne	Ne	17%
Blanco y cols	2003	EUA	12	29	1.9	92%	0%	8%	0%	100%	58%	67%	4.0	8%	0%
Francica y cols	2003	Italia	12	31	2.6	100%	0%	0%	0%	92%	75%	100%	2.8	25%	0%
Khammash y cols	2003	Jordania	14	33	2.0	100%	0%	0%	0%	93%	36%	100%	Ne	0%	0%
Douglas y cols	2004	Inglaterra	20	Ne	Ne	85%	Ne	Ne	20%	65%	40%	85%	Ne	Ne	Ne
Gunes y cols	2005	Turquia	10	28	4.5	90%	0%	10%	0%	100%	100%	100%	2.4	0%	0%
Pathan y cols	2005	Kuwait	8	37	3.0	88%	13%	0%	0%	100%	63%	63%	2.3	0%	Ne
Hensen y cols	2006	Países Bajos	12	34	4.3	100%	0%	0%	0%	75%	25%	100%	2.5	0%	1.00
Rao y cols	2006	Inglaterra	6	33	3.3	100%	0%	0%	0%	100%	17	100%	3.1	0%	0.00

T.I =Tiempo transcurrido entre el procedimiento y el inicio de los síntomas  
%OC = Operación Cesárea  
%His= Histerectomía  
%SxCíclicos= % Síntomas Cíclicos  
%E.EPA= Endometriosis Pared Abdominal Espontánea  
% EP y EPA= % de las pacientes que presentaron endometriosis pélvica y endometriosis en pared abdominal

**Figura 1. Meta-análisis de los estudios que hacen referencia a la endometriosis en la pared abdominal**



## Factores de Riesgo

Mujeres en edad fértil con antecedente quirúrgico como cesárea, oclusión tubaria bilateral, apendicectomía e hysterectomía.<sup>2</sup>

## Signos y Síntomas

Mujeres en edad fértil con antecedente de cirugía abdominal o pélvica con tumoración en pared abdominal.<sup>2</sup>

El 96% de las mujeres se presentan con tumoración abdominal, el 87% con dolor abdominal, el 57% con dolor cíclico o catamenial acompañado de una tumoración abdominal, otras presentan sangrado de lesiones superficiales abdominales.<sup>4</sup>

## Pruebas Diagnósticas

El diagnóstico se realiza con una buena historia clínica y examen físico completo.

Si el diagnóstico está dudoso, la tumoración es demasiado grande o se encuentra afectada la fascia es necesario hacer estudios complementarios como lo son: ultrasonido, tomografía axial computarizada o resonancia magnética nuclear (RMN).<sup>4</sup>

Si se quiere corroborar el diagnóstico se puede realizar aspiración con aguja fina de la lesión.

Es muy importante determinar si está comprometida la fascia para determinar si requiere una reconstrucción de pared abdominal.<sup>4</sup>

En la RMN que se le realiza a una paciente con sospecha de endometriosis abdominal lo que se encuentra es una tumoración hiperintensa en T2e isointensa en T1.<sup>2</sup>

## Histopatología

Al tomar la biopsia esta reveló glándulas endometriales rodeadas de estroma con



macrófagos cargados de hemosiderina. Glándulas endometriales y estroma hace el diagnóstico.<sup>4</sup>

#### Tratamiento

El tratamiento quirúrgico es la cura en un 95% de los casos. El tratamiento de elección es la excisión local amplia de la lesión con bordes negativos. No existen datos que den soporte de tratamiento hormonal pos cirugía.

Para prevenir la presentación pos quirúrgica de endometriosis abdominal se puede realizar levantamiento del útero fuera de la pelvis antes de hacer la incisión en el útero durante una cesárea, el uso de agujas separadas para útero y pared abdominal, la eliminación del cuerpo lúteo funcional en el momento de la cirugía, hormonales profilácticos posterior a la histerectomía y el no usar esponjas para limpiar la cavidad endometrial disminuyó significativamente la probabilidad de desarrollar endometriosis.<sup>4</sup>

#### Pronóstico

Si a la paciente se le realiza un tratamiento quirúrgico adecuado los resultados son excelentes.<sup>4</sup>

Recurrencia de la enfermedad posterior a la resección quirúrgica fue de 4.3%.<sup>4</sup>

## **ENDOMETRIOSIS DEL TRACTO URINARIO**

#### Incidencia y Prevalencia

La endometriosis en general afecta a mujeres entre 25 y 35 años de edad. Afecta el 4-15% de todas las mujeres en edad fértil.<sup>10</sup>

De todos los casos de endometriosis del tracto urinario la vejiga representa el 84% siendo el sitio más frecuente

10-20% de la población femenina en general tiene endometriosis

25-35% de las mujeres infértiles tienen endometriosis.

Ball y Platt informó que sólo el 1.2-3.9% de las mujeres con endometriosis tienen implicación urológica.

Se ha encontrado en una amplia gama de lugares, la pelvis ha sido el lugar más afectado. Se encuentra principalmente en los ovarios(54%), ligamento ancho (35%), saco de Douglas (35%) y ligamento uterosacro (8%).<sup>10</sup>

Se ha reportado endometriosis en lugares lejanos del aparato genitourinario incluyendo pulmón, piel, gastrointestinal y urinario.<sup>10</sup>

Dentro del sistema urinario la vejiga es el más frecuentemente afectado (80-84%), uréter 15%, riñón (4%) y uretra (2%).<sup>10</sup>

En la vejiga al trígono y la cúpula son los sitios mas frecuentemente afectados.<sup>10</sup>

#### Factores de Riesgo

Mujer en edad reproductiva.<sup>10</sup>

Antecedentes de cesárea

#### Signos y Síntomas

El síndrome miccional cíclico se presenta en un 60% de las pacientes. En la endometriosis ureteral el síntoma mas frecuente es el dolor lumbar en un 71% de las pacientes.

En la endometriosis vesical los síntomas más frecuentes son polaquiuria, disuria y urgencia miccional de carácter cíclico. La hematuria es menos frecuente.

En la endometriosis ureteral todo depende de si el uréter se ve afectado intrínseca o extrínsecamente, son asintomáticos en un 50% de los pacientes, seguido de dolor lumbar

por obstrucción.<sup>10</sup>

#### Pruebas Diagnósticas

El diagnóstico se debe realizar con historia clínica completa y un examen físico completo.

El ultrasonido pélvico revela siempre la tumoración de la vejiga, el cual tiene poca especificidad. El diagnóstico es confirmado por cistoscopia y biopsia.

La RMN tiene mayor especificidad, puede definir con precisión la magnitud de la lesión.

Para el diagnóstico de endometriosis ureteral se realiza RMN.

Urografía intravenosa es útil para evaluar el tracto urinario superior.

La cistoscopia y ureteroscopia sirve para visualizar directamente la tumoración y para toma de biopsia.<sup>10</sup>

#### Histopatología

El resultado de la patología es lo único que nos confirma el diagnóstico.

#### Tratamiento

El manejo de la endometriosis depende de la severidad de los síntomas, grado y ubicación de la enfermedad, edad de la paciente y deseo de fertilidad futura.

El tratamiento médico se basa en modificar la respuesta del tejido endometrial a la estimulación hormonal

Fármacos usados: estrógenos más progestágenos o progestágenos solos como lo es el acetato de medroxiprogesterona y análogos de la GnRH<sup>10</sup>

El tratamiento quirúrgico ofrece mejores resultados que el tratamiento médico.

El tratamiento definitivo para las mujeres que no quieren preservar la fertilidad es la Histerectomía Total Abdominal con Salpingo ooforectomía bilateral. Si se conservase 1 ovario la reintervención fue 8 veces mayor.

Para la endometriosis vesical el tratamiento de elección es la cistectomía parcial

Endometriosis ureteral se indica la ureterolisis si no hay obstrucción con esta técnica se puede dejar tejido endometrial.

Endometriosis vesical se realiza resección transuretral de la vejiga.

Se realiza resección ureteral si la lesión ureteral es distal.<sup>10</sup>

#### Complicaciones

Obstrucción ureteral.<sup>10</sup>

## **ENDOMETRIOSIS UMBILICAL**

#### Prevalencia e Incidencia

La endometriosis umbilical fue descrita por primera vez en 1886 y desde entonces se han descrito más de 100 casos.<sup>8</sup>

La endometriosis extrapélvica es menos común, pero ha sido descrito en casi cada área del cuerpo femenino como el intestino, la vejiga, pulmones, cerebro, el ombligo y las cicatrices quirúrgicas. Debido a su variedad en la presentación, la endometriosis sigue siendo una condición difícil de diagnosticar y tratamiento.<sup>8</sup>

La endometriosis umbilical espontánea es poco frecuente y representa el 0.5-1% de los casos de endometriosis. Por lo general es secundaria a cicatrices quirúrgicas, rara vez se presenta como endometriosis umbilical primaria.<sup>8</sup>

#### Factores de Riesgo

Mujer en edad reproductiva con antecedente de cirugía ginecológica.<sup>8</sup>

#### Pruebas Diagnósticas

Para un buen diagnóstico lo importante es realizar una historia clínica completa y un examen físico completo.<sup>8</sup>

Si se tiene duda sobre el diagnóstico es recomendado una RMN en donde los endometriomas se ven hiperintensos en T1.<sup>8</sup>

El síntoma característico es sangrado umbilical durante los períodos de menstruación. Al examen físico lo característico es encontrar un nódulo umbilical de color marrón rojizo con secreción sanguinolenta, el tamaño que generalmente tienen es de 0.5 a 3 cm, llegando a ser de gran tamaño.<sup>8</sup>

#### Histopatología

En este caso como en todos los casos de endometriosis extra pélvica confirma el diagnóstico con la presencia de glándulas y estroma endometrial.<sup>8</sup>

#### Tratamiento

El tratamiento de elección es la excisión local amplia de la lesión con reconstrucción umbilical. A las pacientes que se les da tratamiento médico que en el caso de Bagade and cols fue Goserelina subcutánea mensual no presentaron mejoría.<sup>8</sup>

#### Pronóstico

Alto riesgo de recurrencia si el tratamiento quirúrgico no se realizó de forma apropiada.<sup>8</sup>

## **ENDOMETRIOSIS TORACICA<sup>6</sup>**

Se define como la presencia de tejido endometrial ectópico en el tórax. Tiene una frecuencia del 1 al 5.6% en las mujeres en edad fértil.<sup>6</sup>

La endometriosis torácica ha sido considerada una condición clínica rara. La resección de las zonas sospechosas de endometriosis parietal o visceral pleural así como la resección parcial del diafragma en el caso de nódulos permite el diagnóstico histológico de la endometriosis. Los implantes de tejido endometrial ectópico pueden tener varios sitios de interés intratorácicos: parénquima pulmonar, pleura visceral o parietal pulmonar, el diafragma y raramente el tracto traqueobronquial.<sup>6</sup>

La forma en que el tejido endometrial llega al tórax actualmente sigue siendo desconocida. Tres teorías han sido propuestas: metaplasia del epitelio celómico, embolización linfática del tejido endometrial y menstruación retrógrada con migración transperitoneal y transdiafragmática.<sup>6</sup>

#### Cuadro clínico

La endometriosis pulmonar tiene 4 manifestaciones clínicas más frecuentes: neumotórax catamenial espontáneo, hemotórax catamenial, hemoptisis catamenial y nódulos pulmonares. Una proporción significativa de mujeres con neumotórax que han sido considerados como idiopáticos son neumotórax secundarios a endometriosis pulmonar.

La destrucción del tejido endometrial ectópico a nivel de la pleura visceral durante la menstruación y el paso de aire transdiafragmático secundario a lesiones diafragmáticas pueden explicar el neumotórax catamenial.<sup>6</sup>

Hemotórax catamenial se explica por la destrucción del tejido endometrial y su hipervascularidad

Hemoptisis se explica por un implante endometriósico ubicado en el parénquima pulmonar o en los bronquios. La cantidad del sangrado es variable pero ningún caso de hemoptisis masiva se ha descrito.

Dentro de los síntomas se encuentran: tos inespecífica, dolor en el pecho y disnea.

#### Diagnóstico

Toracoscopia diagnostica con una exploración completa de pleura visceral, parietal, parénquima pulmonar y diafragma.

La Tomografía de tórax es útil para el diagnóstico durante la menstruación y después de ella para ver la desaparición de las lesiones posterior a la menstruación.

Broncoscopia durante y después de la menstruación es útil para ver la desaparición de las lesiones. La broncoscopia es útil para saber el lóbulo y segmento del pulmón que está afectado.<sup>6</sup>

El diagnóstico definitivo es histopatológico.

Tratamiento

Debe tener un tratamiento multidisciplinario

Cirugía laparoscópica (Toracoscopia) para identificar y extirpar los focos endometriósicos encontrados.<sup>6</sup>

La resección diafragmática es probablemente el mejor tratamiento para los focos endometriósicos en diafragma, se puede realizar por vía laparoscópica siempre y cuando la lesión sea relativamente pequeña (menor de 3cm). Para resecciones más amplias se debe realizar una toracotomía.<sup>6</sup>

El tratamiento médico con anticonceptivos orales, progestágenos, danazol y análogos de la GnRH fueron utilizados. De los casos o series reportados ningún medicamento es superior a otro, la elección depende de los efectos secundarios, duración del tratamiento y deseo de embarazo.<sup>6</sup>

El tratamiento médico como único manejo en la endometriosis torácica no fue lo más apropiado debido a que se observaron recurrencias a 6 meses hasta de un 50% independientemente del medicamento utilizado.<sup>6</sup>

Por lo anterior el tratamiento más recomendado es el tratamiento quirúrgico multidisciplinario seguido de tratamiento médico por 6 meses.

Pronóstico<sup>6</sup>

La endometriosis torácica se caracteriza por una alta recurrencia que podría mejorarse con un adecuado manejo multidisciplinario con tratamiento médico y quirúrgico.<sup>6</sup>

### **III. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Según el Programa de Acción Investigación en Salud de México se identificó el problema de endometriosis extrapélvica dentro las enfermedades crónicas o degenerativas, la presencia de este padecimiento en mujeres mexicanas plantea un problema en identificar los factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

Por medio de esta tesis se encontrarán los factores de riesgo que se relacionan con la enfermedad y se busca dar un diagnóstico oportuno para mejorar el pronóstico de las pacientes con endometriosis extrapélvica. Las beneficiadas de este estudio serán las pacientes del Hospital de la Mujer en las cuales se sospeche o tengan este diagnóstico.

Así mismo, este trabajo permitirá cumplir con los requisitos del Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) en Ginecología y Obstetricia desde la perspectiva de la enseñanza y de la Inducción a la Investigación de la historia natural de las enfermedades propias del Hospital de la Mujer.

#### **IV. OBJETIVO GENERAL**

Identificar las características clínicas (factores de riesgo, diagnóstico, tipo de endometriosis extrapelvica) en mujeres con el diagnóstico de endometriosis extrapelvica.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS PRIMARIOS**

1. Identificar los factores de riesgo
2. Identificar el método diagnóstico empleado
3. Identificar los tipos de endometriosis extrapelvica más frecuentes
4. Identificar el tipo tratamiento médico y/o quirúrgico utilizado en la población de estudio

#### **V. MATERIAL Y MÉTODOS (Metodología)**

**1. Diseño del estudio:** Transversal

**2. Ejes de clasificación del estudio según Alvan Feinstein<sup>11</sup>.** De acuerdo a:

- **Finalidad del estudio:** descriptiva
- **Secuencia temporal:** transversal
- **Control de la asignación de los factores de estudio:** observacional
- **Inicio del estudio en relación a la cronología de los hechos:** retrospectivo

**3. Universo de estudio y Unidad de análisis.**

Este trabajo se circunscribe a las mujeres atendidas en los Servicios de Infertilidad y Ginecología del Hospital de la Mujer, SS.

El período de estudio comprenderá de enero del 2005 a julio de 2010.

En este estudio se tienen dos unidades de análisis. La primera refiere a las mujeres que conforman el grupo de estudio; la segunda corresponde a los expedientes clínicos de las mujeres incluidas en el estudio.

#### 4. Selección y tamaño de muestra.

El número de mujeres para este estudio, será definido como un muestreo por conveniencia 12 ya que se trata de un padecimiento crónico degenerativo, con una baja incidencia poblacional e institucional. Por factibilidad de este estudio, no es pertinente considerar un estudio multicéntrico.

#### VI. Criterios de Selección: inclusión y exclusión (eliminación)

##### Criterios de inclusión

Pacientes de sexo femenino

Pacientes que asistieron al Hospital de la mujer entre el 2005 al 2010 con diagnóstico de endometriosis extrapélvica

##### Criterios de exclusión

Pacientes con otro tipo de endometriosis diferente a la endometriosis extrapélvica

Paciente que no se encontró el expediente debido a que fue depurado

Expedientes que se encontraban en el archivo muerto del hospital de la mujer

#### VII. Variables de Estudio. Definiciones conceptuales y operacionales

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE
<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS</b>			
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.	1. Masculino 2. Femenino	Cualitativa Dicotomica
Edad	Número de años cumplidos o vividos por la persona, desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista	Años cumplidos	Cuantitativa Discreta
Estado civil	Distingue a la población de 12 y más años, según se encuentre actualmente unida (por matrimonio o unión libre), desunida (por muerte, separación o divorcio) o soltera.	1. Unión Libre 2. Separada 3. Divorciada 4. Viuda 5. Soltera 6. Casada 999. Se ignora	Cualitativa nominal
Nivel socioeconómico	Actividad realizada para producir bienes y servicios para el mercado; incluye la producción agropecuaria para el autoconsumo	1. Bajo 2. Medio 3. Alto	Cualitativa Ordinal
Escolaridad	Último grado o año de estudio aprobado por la población de 5 y más años en alguno de los niveles del Sistema Educativo Nacional o equivalente, esto es, en el nivel básico (primaria y secundaria); medio superior (preparatoria o bachillerato y normal básica) y superior (profesional y postgrado).	1. Ninguna 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Prepa incompleta 7. Prepa completa 8. Profesional	Cualitativa Ordinal

	Incluye también las carreras técnicas o comerciales que se clasifican de acuerdo a su antecedente escolar que puede ser de primaria terminada, secundaria terminada y preparatoria terminada.	9. Posgrado 999. Se ignora	
Ocupación	Conjunto de funciones o tareas que desempeña la persona ocupada en su trabajo, empleo, puesto u oficio principal, en la semana anterior a la fecha de la entrevista.	1. Hogar 2. Empleada 3. Comerciante 4. Estudiante 999. Se ignora	Cualitativa nominal
Lugar de Nacimiento	Entidad federativa o país donde nació una persona.	1. Aguas calientes 2. Baja California 3. Baja California Sur 4. Campeche 5. Chiapas 6. Chihuahua 7. Coahuila 8. Colima 9. D.F 10. Durango 11. Estado de México 12. Guanajuato 13. Guerrero 14. Hidalgo 15. Jalisco 16. Michoacán 17. Morelos 18. Nayarit 19. Nuevo León 20. Oaxaca 21. Puebla 22. Querétaro 23. Quinta Ro 24. San Luis de Potosí 25. Sinaloa 26. Sonora 27. Tabasco 28. Tamaulipas 29. Tlaxcala 30. Veracruz 31. Yucatán 32. Zacatecas 999. Se ignora	Cualitativa nominal
Lugar de Residencia	Toda persona que vive normalmente en la vivienda, es decir, que ahí duerme, prepara sus alimentos, come y se protege del medio ambiente y, por ello, la reconoce como su lugar de residencia habitual.	1. Aguas calientes 2. Baja California 3. Baja California Sur 4. Campeche 5. Chiapas 6. Chihuahua 7. Coahuila 8. Colima 9. D.F 10. Durango 11. Estado de México 12. Guanajuato 13. Guerrero 14. Hidalgo 15. Jalisco 16. Michoacán 17. Morelos 18. Nayarit 19. Nuevo León 20. Oaxaca 21. Puebla	Cualitativa nominal

		22. Querétaro 23. Quinta Ro 24. San Luis de Potosí 25. Sinaloa 26. Sonora 27. Tabasco 28. Tamaulipas 29. Tlaxcala 30. Veracruz 31. Yucatán 32. Zacatecas 999. Se ignora	
--	--	--	--

FACTORES DE RIESGO			
Familiares con diagnóstico de Endometriosis Pélvica	Endometriosis, un término usado por primera vez por Sampson, es la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina	Madre: 1. Si 2. No  Hermanas: 3. Si 4. No  Tías 5. Si 6. No	Cualitativa dicotómica
Familiares con diagnóstico de Endometriosis Extrapélvica	Presencia de glándulas y estroma endometrial en sitios distantes al útero	Madre: 1. Si 2. No  Hermanas: 3. Si 4. No  Tías 5. Si 6. No	Cualitativa dicotómica
Diagnóstico de endometriosis pélvica previo al endometriosis extrapélvica	Diagnóstico es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad	1. Si <b>2.</b> No	Cualitativa dicotómica
Si fue si, tiempo que transcurrió en hacerse el diagnóstico de endometriosis extrapélvica con diagnóstico de endometriosis pélvica previamente	Tiempo es la magnitud física con la que medimos la duración o separación de acontecimientos sujetos a cambio	MESES	Cuantitativa discreta
Tratamiento recibido previo al diagnóstico de endometriosis extrapélvica	Tratamiento se define como el conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas, cuando se ha llegado a un diagnóstico	1. Análogos de la GnRH 2. Danazol 3. Progestágenos 4. Estrógenos con Progestágenos 5. Gestrinona 6. Ninguno	Cualitativa nominal
Por cuanto tiempo recibió el tratamiento anterior	Tratamiento se define como el conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas, cuando se ha llegado a un diagnóstico	No. Meses	Cuantitativa discreta
Pacientes presentó recidivas de endometriosis extrapélvica posterior al tratamiento empleado	Recidiva se define como aquel momento en el que el paciente cree que ya está curado (después de la	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica



	convalecencia) y, sin embargo, vuelve a aparecer la enfermedad.		
Si presento recidivas, cuanto tiempo después del tratamiento las presenté	Recidiva se define como aquel momento en el que el paciente cree que ya está curado (después de la convalecencia) y, sin embargo, vuelve a aparecer la enfermedad.	No. Meses	Cuantitativa discreta
Estadio de la recidiva	Recidiva se define como aquel momento en el que el paciente cree que ya está curado (después de la convalecencia) y, sin embargo, vuelve a aparecer la enfermedad.	1. Endometriosis Intestinal 2. Endometriosis Cutánea 3. Endometriosis Pulmonar 4. Endometriosis Nerviosa 5. Endometriosis Urinaria	Cualitativa nominal
Estadio de la endometriosis en el momento del diagnóstico	Estadio es la clasificación de la extensión y gravedad de una enfermedad	1. Endometriosis mínima 2. Endometriosis leve 3. Endometriosis Moderada 4. Endometriosis Severa 5. Endometrisis Extrapélvica	Cualitativa ordinal
Resultado de Histopatología	Diagnostico basado en la observación morfológica de lesiones, principalmente a través de la microscopía de luz, utilizando diversos tipos de tinciones	1. Endometriosis pélvica 2. Endometriosis extrapélvica 3. No tiene 4. Otro diagnóstico	Cualitativa nominal
Edad de la Menarquía	Edad en la que aparece el primer período menstrual	No.años	Cuantitativa discreta
Ciclos Menstruales	Periodo de 28 +- 5 días, comprendido entre 2 menstruaciones durante el cual se lleva a cabo la maduración de folículos ováricos, la ovulación y la formación de un cuerpo lúteo.	1. Regulares 2. Irregulares	Cualitativa dicotómica
Número de Gestaciones	Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación del gameto femenino y termina con el nacimiento		Cuantitativa Discreta
Número de partos	Es la expulsión del producto de la concepción desde el útero hacia el exterior de más de 20 semanas o que pese más de 500gramos.		Cuantitativa Discreta
Número de Cesáreas	Nacimiento de un feto por medio de una incisión en la pared abdominal y en la pared uterina.		Cuantitativa Discreta
Número de Abortos	Expulsión del producto de la concepción que pese menos de 500gr o menos de 20 semanas de gestación		Cuantitativa Discreta
Número de Ectópicos	Implantación del blastocisto fuera del revestimiento endometrial de la cavida uterina		Cuantitativa Discreta
Métodos de planificación familiar	Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no	1. OTB 2. Anticonceptivos orales 3. Anticonceptivos inyectables 4. Implante subdermico 5. DIU 6. Mirena 7. Anillo	Cualitativa nominal

	planeado.		
Antecedente de Cesárea	Nacimiento de un feto por medio de una incisión en la pared abdominal y en la pared uterina.	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Antecedente de Histerotomía	Incisión quirúrgica del útero	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Antecedente de Histerectomía	Es la extracción del útero o matriz, ya sea por causas naturales o por causa de una intervención quirúrgica	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Antecedente de parto	Es la expulsión del producto de la concepción desde el útero hacia el exterior de más de 22 semanas o que pese más de 500gramos.	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Antecedente de OTB	Es un método de anticoncepción quirúrgica y definitivo	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Antecedente de Miomectomía	Procedimiento quirúrgico efectuado para extirpar fibromas del útero sin afectar al útero	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica

<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b>			
Dispareunia	Presencia de dolor durante el coito	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Dismenorrea	Presencia de dolor durante la menstruación	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Dolor pélvico crónico	Dolor pélvico que tiene más de 6 meses de duración	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Estreñimiento cíclico	Defecación infrecuente o con esfuerzo, generalmente de heces escasas y duras durante la menstruación	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Diarrea cíclica	Alteración de las heces en cuanto a volumen, fluidez o frecuencia en relación anormal a la fisiológica durante la menstruación	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Tenesmo rectal	Sensación de tener la necesidad de defecar, que a veces al intentar la defecación no se consigue y que no desaparece la sensación después de hacerlo durante la menstruación	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Polaquiuria Cíclica	Aumento del número de micciones (frecuencia miccional) durante el día, que suelen ser de escasa cantidad y durante la menstruación	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Disuria cíclica	Difícil, dolorosa e incompleta expulsión de la orina durante la menstruación	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Urgencia miccional cíclica	Urgencia repentina y poderosa de orinar durante la menstruación	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Hematuria cíclica	Presencia de sangre en la orina durante la menstruación	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Hematemesis cíclica	Vómito con sangre durante la menstruación	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Tos catamenial	Tos durante la menstruación	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Hemoptisis catamenial	Espujo con sangre durante la menstruación	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica

CLASIFICACION DIAGNOSTICA			
Endometriosis Cutánea	Presencia de glándulas y estroma endometrial en piel	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Endometriosis urinaria	Presencia de glándulas y estroma endometrial en el sistema urinaria	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Endometriosis Intestinal	Presencia de glándulas y estroma endometrial en el aparato gastrointestinal	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Endometriosis Pulmonar	Presencia de glándulas y estroma endometrial en el Aparato Respiratorio	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Endometriosis Neurológica	Presencia de glándulas y estroma endometrial en el Sistema Nervioso	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Endometriosis diferenciación a Cáncer Endometriode	Presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica

ESTUDIOS DE LABORATORIO			
Ca 125	Marcador tumoral	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Si el anterior fue si, valor de resultado	Marcador tumoral	UI/ml	Cuantitativa continua
Ultrasonido pélvico	Es una onda acústica o sonora cuya frecuencia está por encima del espectro audible del oído humano	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Laparoscopia diagnóstica	La laparoscopia es una técnica de endoscopia que permite la visión de la cavidad pélvica-abdominal con la ayuda de un lente óptico. A través de una fibra óptica por un lado se transmite la luz para iluminar la cavidad, mientras que se observan las imágenes del interior con una cámara conectada al mismo lente	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Fecha de laparoscopia diagnóstica	La laparoscopia es una técnica de endoscopia que permite la visión de la cavidad pélvica-abdominal con la ayuda de un lente óptico. A través de una fibra óptica por un lado se transmite la luz para iluminar la cavidad, mientras que se observan las imágenes del interior con una cámara conectada al mismo lente	Día Mes Año	Cuantitativa discreta
Laparotomía exploradora	Es una cirugía que se hace con el propósito de abrir, explorar y examinar para tratar los problemas que se presenten en el abdomen	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Fecha de laparotomía exploradora	Es una cirugía que se hace con el propósito de abrir, explorar y examinar para tratar los problemas que se presenten en el abdomen	Día Mes Año	Cuantitativa discreta
Tomografía Axial computarizada abdominopélvica	Tomografía viene del griego <i>tomos</i> que significa corte o sección y de <i>grafía</i> que significa representación gráfica. Por tanto la tomografía es la obtención de	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica

	imágenes de cortes o secciones de algún objeto.		
--	---	--	--

<b>TRATAMIENTO MEDICO</b>			
Tratamiento Médico	Tratamiento se define como el conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas, cuando se ha llegado a un diagnóstico	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Tratamiento Médico Recibido	Tratamiento se define como el conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas, cuando se ha llegado a un diagnóstico	1. Análogos de la GnRH 2. Progestágenos 3. Danazol 4. Estrógenos con progestágenos 5. Gestrinona	Cualitativa nominal
Tiempo de administración	Tiempo es la magnitud física con la que medimos la duración o separación de acontecimientos sujetos a cambio		Cuantitativa discreta
		No. meses	

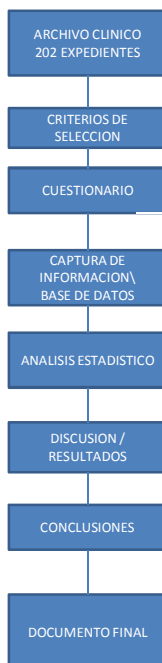
<b>TRATAMIENTO QUIRÚRGICO</b>			
Tratamiento Quirúrgico	Tratamiento se define como el conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas, cuando se ha llegado a un diagnóstico	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Fecha de ingreso al hospital	Corresponde al mes y año en que la paciente se internó en el hospital	Día    Mes    Año	Cuantitativa discreta
Fecha de 1 cirugía	Corresponde al mes y año en que operaron a la paciente por 1 vez	Día    Mes    Año	Cuantitativa discreta
Fecha 2 cirugía	Corresponde al mes y año en que operaron por segunda vez a la paciente	Día    Mes    Año	Cuantitativa discreta
Fecha de 3 cirugía	Corresponde al mes y año en que operaron por tercera vez a la paciente	Día    Mes    Año	Cuantitativa discreta
Número de Cirugías	Número de veces que la paciente ha sido operada		Cuantitativa discreta
Fecha de egreso del hospital	Corresponde al mes y año en que la persona fue dada de alta después de la última cirugía en el hospital	Día    Mes    Año	Cuantitativa discreta
Seguimiento de la paciente para retiro de material de sutura	Observación minuciosa de la evolución de la paciente	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica

Seguimiento de la paciente para entrega de resultado histopatológico	Diagnostico basado en la observación morfológica de lesiones, principalmente a través de la microscopía de luz, utilizando diversos tipos de tinciones	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Seguimiento de la paciente para valoración de la evolución de la enfermedad	Observación minuciosa de la evolución de la paciente	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Resección de lesión vaginal	Extirpación quirúrgica de una parte de la piel enferma	1. Si No	Cualitativa dicotómica
Resección de pared abdominal	Extirpación quirúrgica de una parte de la pared abdominal enferma	2. Si 3. No	Cualitativa dicotómica
Resección intestinal	Extirpación quirúrgica de una parte de intestino enfermo	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Resección vesical	Extirpación quirúrgica de una parte vesical enferma	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Toracoscopia	Procedimiento se inserta un instrumento óptico llamado toracoscopio que permite visualizar el contenido de la cavidad torácica	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Toracotomía	Una <b>toracotomía</b> es un tipo de cirugía para abrir la <b>pared torácica</b> que se puede realizar cuando hay una enfermedad pulmonar	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica


EFECTOS SECUNDARIOS DEL MEDICAMENTO			
Hirsutismo	Crecimiento excesivo de vello terminal en mujeres siguiendo un patrón masculino de distribución, en zonas andrógeno-dependientes: patillas, barbilla, cuello, areolas mamarias, tórax, en área inmediatamente superior o inferior al ombligo, así como en muslos, espalda.	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Sequedad vaginal	Falta de lubricación en la vagina	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Depresión	Síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Amenorrea	Ausencia de la menstruación por un período de tiempo mayor a los 90 días	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Bochornos	Sensación de calor, muchas veces acompañada de sudor y enrojecimiento de la piel	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Aumento de peso	Incremento del peso corporal que ocurre cuando una persona consume más calorías de las que el cuerpo necesita o utiliza	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Retención de líquidos	Acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial, además de en las	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica

	cavidades del organismo		
Disminución de la libido	Deseo sexual	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica
Se encontró el diagnóstico de endometriosis extrapélvica en el expediente	Presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina	1. Si 2. No	Cualitativa dicotómica

### VIII. Procedimientos para la recolección de información



### IX. Instrumentos de medición a utilizar

	<b>HOSPITAL DE LA MUJER. SS. Servicio de Infertilidad</b> Estudio: Características clínicas (factores de riesgo, diagnóstico, tipo de endometriosis extrapélvica) en mujeres con el diagnóstico de endometriosis extrapélvica atendidas en el Hospital de la Mujer del 2005 a 2010		
<b>Fecha de recolección de información (día / mes / año)</b>	<b>Numero de Expediente</b>	<b>Folio de Identificación</b>	
<b>Nombre Completo de la Paciente</b>	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
<b>CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS</b>			
<b>Variable de Estudio</b>	<b>Opción de respuesta</b>	<b>Respuesta</b>	
Sexo	3. Masculino 4. Femenino		
Edad			
Estado civil	7. Unión Libre 8. Separada 9. Divorciada 10. Viuda		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>11. Soltera</li> <li>12. Casada</li> <li>999. Se ignora</li> </ul>	
Nivel socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Bajo</li> <li>5. Medio</li> <li>6. Alto</li> </ul>	
Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>10. Ninguna</li> <li>11. Primaria incompleta</li> <li>12. Primaria completa</li> <li>13. Secundaria incompleta</li> <li>14. Secundaria completa</li> <li>15. Prepa incompleta</li> <li>16. Prepa completa</li> <li>17. Profesional</li> <li>18. Posgrado</li> <li>999. Se ignora</li> </ul>	
Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> <li>5. Hogar</li> <li>6. Empleada</li> <li>7. Comerciante</li> <li>8. Estudiante</li> <li>999. Se ignora</li> </ul>	
Lugar de Nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>33. Aguas calientes</li> <li>34. Baja California</li> <li>35. Baja California Sur</li> <li>36. Campeche</li> <li>37. Chiapas</li> <li>38. Chihuahua</li> <li>39. Coahuila</li> <li>40. Colima</li> <li>41. D.F</li> <li>42. Durango</li> <li>43. Estado de México</li> <li>44. Guanajuato</li> <li>45. Guerrero</li> <li>46. Hidalgo</li> <li>47. Jalisco</li> <li>48. Michoacán</li> <li>49. Morelos</li> <li>50. Nayarit</li> <li>51. Nuevo León</li> <li>52. Oaxaca</li> <li>53. Puebla</li> <li>54. Querétaro</li> <li>55. Quinta Ro</li> <li>56. San Luis de Potosí</li> <li>57. Sinaloa</li> <li>58. Sonora</li> <li>59. Tabasco</li> <li>60. Tamaulipas</li> <li>61. Tlaxcala</li> <li>62. Veracruz</li> <li>63. Yucatán</li> <li>64. Zacatecas</li> <li>999. Se ignora</li> </ul>	
Lugar de Residencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Aguas calientes</li> <li>2. Baja California</li> <li>3. Baja California Sur</li> <li>4. Campeche</li> <li>5. Chiapas</li> <li>6. Chihuahua</li> <li>7. Coahuila</li> <li>8. Colima</li> <li>9. D.F</li> <li>10. Durango</li> <li>11. Estado de México</li> <li>12. Guanajuato</li> <li>13. Guerrero</li> <li>14. Hidalgo</li> <li>15. Jalisco</li> <li>16. Michoacán</li> </ul>	

	17. Morelos 18. Nayarit 19. Nuevo León 20. Oaxaca 21. Puebla 22. Querétaro 23. Quinta Ro 24. San Luis de Potosí 25. Sinaloa 26. Sonora 27. Tabasco 28. Tamaulipas 29. Tlaxcala 30. Veracruz 31. Yucatán 32. Zacatecas 999. Se ignora	
--	--	--

<b>FACTORES DE RIESGO</b>		
<b>Variable de Estudio</b>	<b>Opción de respuesta</b>	<b>Respuesta</b>
<b>ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES</b>		
<b>Familiares con diagnóstico de Endometriosis Pélvica</b>	Madre: 7. Si 8. No  Hermanas: 9. Si 10. No  Tías 11. Si 12. No	
<b>Familiares con diagnóstico de Endometriosis Extrapélvica</b>	Madre: 7. Si 8. No  Hermanas: 9. Si 10. No  Tías 11. Si 12. No	
<b>ANTECEDENTES PATOLOGICOS</b>		
Diagnóstico de endometriosis pélvica previo al endometriosis extrapélvica	3. Si 4. No	
Si fue si, tiempo que transcurrió en hacerse el diagnóstico de endometriosis extrapélvica con diagnóstico de endometriosis pélvica previamente	1. 6 meses 2. 1 año 3. 2 años 4. 3 años 5. Mas de 3 años	
Tratamiento recibido previo al diagnóstico de endometriosis extrapélvica	7. Análogos de la GnRH 8. Danazol 9. Progestágenos 10. Estrógenos con Progestágenos 11. Ninguno	
Por cuanto tiempo recibió el tratamiento anterior	1. 1-3 meses 2. 4-6 meses 3. Mas de 6 meses 4. Ninguno	
Pacientes presentó recidivas de endometriosis extrapélvica posterior al tratamiento empleado	3. Si 4. No	
Si presento recidivas, cuanto tiempo después del tratamiento las presentó	1. 6 meses 2. 1 año 3. 2 años 4. Mas de 3	



	años	
Sitio de la recidiva	6. Endometriosis Intestinal 7. Endometriosis Cutánea 8. Endometriosis Pulmonar 9. Endometriosis Nerviosa 10. Endometriosis Urinaria	
Estadio de la endometriosis en el momento del diagnóstico	6. Endometriosis mínima 7. Endometriosis leve 8. Endometriosis Moderada 9. Endometriosis Severa 10. Endometriosis Extrapélvica	
Resultado de Histopatología	5. Endometriosis pélvica 6. Endometriosis extrapélvica	
<b>ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS</b>		
Edad de la Menarquía	1. 9 años 2. 10 años 3. 11 años 4. 12 años 5. 13 años 6. 14 años 7. 15 años 8. 16 años	
Ciclos Menstruales	3. Regulares 4. Irregulares	
Métodos de planificación familiar	8. OTB 9. Anticonceptivos orales 10. Anticonceptivos inyectables 11. Implante subdermico 12. DIU 13. Mirena 14. Anillo	
<b>ANTECEDENTES QUIRURGICOS</b>		
Antecedente de Cesárea	3. Si 4. No	
Antecedente de Histerectomía	3. Si 4. No	
Antecedente de parto	3. S 4. No	
Antecedente de OTB	1. Si 2. No	
Antecedente de Miomectomia	1. Si 2. No	
<b>CARACTERISTICAS CLINICAS</b>		
<b>Variable de Estudio</b>	<b>Opción de respuesta</b>	<b>Respuesta</b>
Dispareunia	1. Si 2. No	
Dismenorrea	1. Si 2. No	
Dolor pélvico crónico	1. Si 2. No	
Estreñimiento cíclico	1. Si 2. No	
Diarrea cíclica	1. Si 2. No	
Tenesmo rectal	1. Si 2. No	
Tumoración cutánea que aumenta su tamaño durante la menstruación	1. Si 2. No	
Polaquiuria Cíclica	1. Si	

	2. No	
Disuria cíclica	1. Si 2. No	
Urgencia miccional cíclica	1. Si 2. No	
Hematuria cíclica	1. Si 2. No	
Hematemesis cíclica	1. Si 2. No	
Tos catamenial	1. Si 2. No	
Hemoptisis catamenial	1. Si 2. No	

<b>CLASIFICACION DIAGNOSTICA</b>		
<b>Variable de Estudio</b>	<b>Opción de respuesta</b>	<b>Respuesta</b>
<b>Endometriosis Cutánea</b>	1. Si 2. No	
<b>Endometriosis Intestinal</b>	1. Si 2. No	
<b>Endometriosis Pulmonar</b>	1. Si 2. No	
<b>Endometriosis Urinaria</b>	1. Si 2. No	
<b>Endometriosis Neurológica</b>	1. Si 2. No	
<b>Endometriosis diferenciación a Cáncer Endometriode</b>	1. Si 2. No	
<b>ESTUDIOS DE LABORATORIO</b>		
<b>Variable de Estudio</b>	<b>Opción de respuesta</b>	<b>Respuesta</b>
<b>Ca 125</b>	1. Si 2. No	
<b>Ultrasonido Pélvico</b>	1. Si 2. No	
<b>Laparoscopia Diagnóstica</b>	1. Si 2. No	
<b>Laparotomía Exploradora</b>	1. Si 2. No	
<b>TAC abdominopelvica</b>	1. Si 2. No	
<b>TRATAMIENTO</b>		
<b>Variable de Estudio</b>	<b>Opción de respuesta</b>	<b>Respuesta</b>
<b>Tratamiento Médico</b>	1. Si 2. No	
<b>Tratamiento Médico Recibido</b>	6. Análogos de la GnRH 7. Progestágenos 8. Danazol 9. Estrógenos con progestágenos 10. Gestrinona	
<b>Tiempo de administración</b>	1. 1-3 meses 2. 4-6 meses 3. Mas de 6 meses	
<b>EFECTOS SECUNDARIOS DEL MEDICAMENTO</b>		
<b>Hirsutismo</b>	3. Si 4. No	

<b>Sequedad vaginal</b>	1. Si 2. No	
<b>Depresión</b>	1. Si 2. No	
<b>Amenorrea</b>	1. Si 2. No	
<b>Bochornos</b>	1. Si 2. No	
<b>Aumento de peso</b>	1. Si 2. No	
<b>Retención de líquidos</b>	1. Si 2. No	
<b>TRATAMIENTO QUIRURGICO</b>		
<b>Tratamiento Quirúrgico</b>	1. Si 2. No	
<b>Fecha de ingreso al hospital</b>		
<b>Fecha del tratamiento quirúrgico</b>		
<b>Resección de lesión Cutánea</b>	1. Si 2. No	
<b>Resección Intestinal</b>	1. Si 2. No	
<b>Resección Vesical</b>	1. Si 2. No	
<b>Torascopia</b>	1. Si 2. No	
<b>Toracotomía</b>	1. Si 2. No	

## **X. RESULTADOS**

Del 10 de julio del 2010 al 3 de agosto del 2010 se realizó la búsqueda de los expedientes clínicos considerando la información dada por la Dra. Ada Karina Epidemióloga del hospital de la mujer que fue de 155 expedientes, búsqueda en los libros de registro de procedimientos quirúrgicos del servicio de endoscopias que fue de 58 expedientes incluyendo el archivo muerto y en los libros de Quirófano central del servicio de Ginecología que fue de 20 expedientes. En total se revisaron 233 expedientes y de los cuales se encontraron 27 expedientes con el diagnóstico de endometriosis extrapélvica.

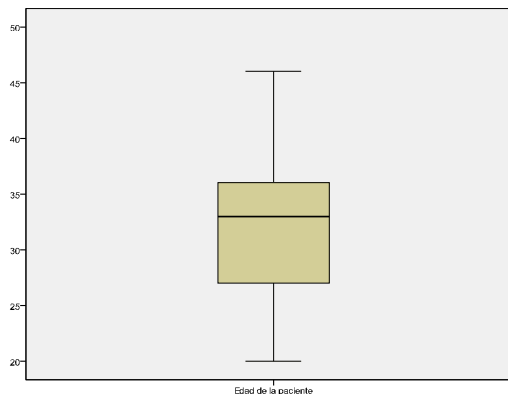
**En relación a las características sociodemográficas de las mujeres en el estudio se observó lo siguiente:**

Con respecto a la edad se observó que la media fue de 31.81 años, IC95% = 29.02 a 34.61 años, valor mínimo de 20 años y valor máximo de 46 años y una mediana de 33 años. (Figura 1,2)

**Figura 1. Distribución de la edad de las mujeres del estudio**



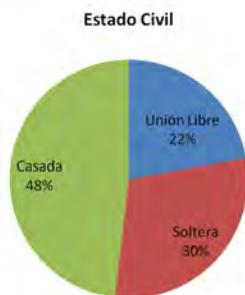
**Figura 2. Distribución de la edad de las mujeres del estudio**



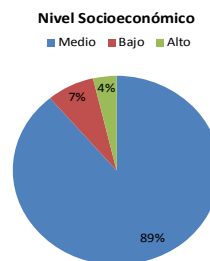
En el Estado civil se observó: 70.3% de las pacientes tienen pareja (casadas y unión libre) y el 29.6% son solteras.

En el nivel socioeconómico se observó: 88.9% de las pacientes se encontraron en nivel medio y 11.1% de las pacientes se encontraron en nivel alto y bajo. (Figura 3, 4)

**Figura 3. Distribución del estado civil**



**Figura 4. Distribución del nivel socioeconómico**



Escolaridad se observó: 46.1% de las pacientes se encontraron  $\leq$  secundaria y 53.8% se encontraron  $\geq$  que la preparatoria.

Ocupación se observó: 73.1% se dedican al hogar, 18.5% trabajan (comerciante y empleada) y estudiante 7.7%. (Figura 5, 6)

Figura 5. Distribución de la Escolaridad

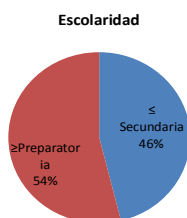
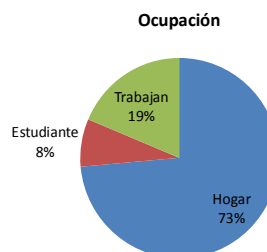


Figura 6. Distribución de la Ocupación



Lugar de nacimiento se observó: D.F fue del 73.1% y Puebla 7.7%.

Lugar de residencia se observó: D.F fue del 81.5%, Estado de México 14.8% y Veracruz 3.7%. (Figura 7,8)

Figura 7. Distribución Lugar de nacimiento

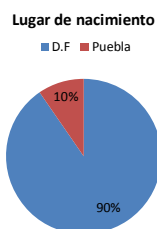
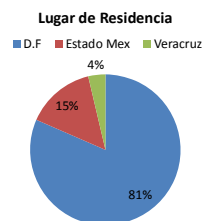


Figura 8. Distribución Lugar de Residencia



**Dentro de las variables que corresponden a los factores de riesgo se observó:**

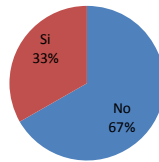
Familiares con diagnóstico de endometriosis pélvica y extrapélvica no se observó en madres, tías y hermanas.

**Dentro de las variables que corresponden a Antecedentes Patológicos se observó:**

Diagnóstico de endometriosis pélvica previo al diagnóstico de endometriosis extrapélvica se observó: No en 66.7% y Si en 33.3%. (Figura 9)

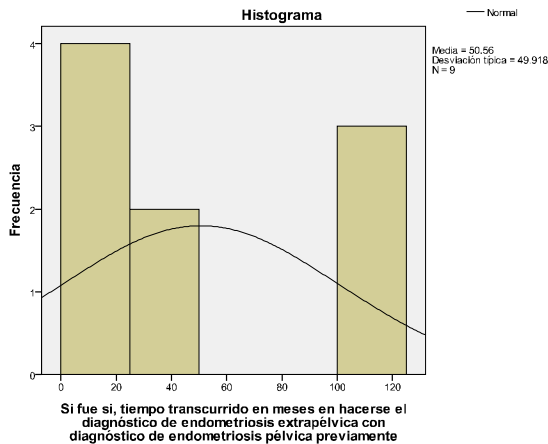
**Figura 9. Distribución del diagnóstico de Endometriosis Pélvica previo al diagnóstico de endometriosis extrapélvica**

**Diagnóstico de endometriosis Pélvica  
previo al Diagnóstico de Endometriosis  
extrapélvica**



El tiempo transcurrido en hacerse el diagnóstico de endometriosis extrapélvica con diagnóstico de endometriosis pélvica previamente se observó que la media fue de 50.56 meses, IC95% = 12.19 a 88.93 meses, valor mínimo de 6 meses y valor máximo de 120 meses y una mediana de 30 meses. (Figura 10, 11)

**Figura 10. Distribución del tiempo transcurrido en meses en hacerse el diagnóstico de endometriosis extrapélvica con diagnóstico previo de endometriosis pélvica**

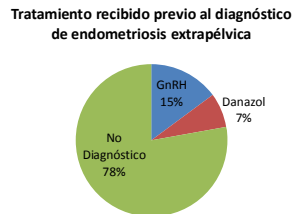


**Figura 11. Distribución del tiempo transcurrido en meses en hacerse el diagnóstico de endometriosis extrapélvica con diagnóstico previo de endometriosis pélvica**



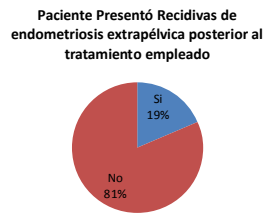
Tratamiento recibido previo al diagnóstico de endometriosis extrapélvica se observó: Análogos de la GnRh 14.8%, Danazol 7.4% y no recibió tratamiento por no tener diagnóstico previo fue de 77.8%. (Figura 12)

**Figura 12. Distribución del Tratamiento recibido previo al diagnóstico de endometriosis extrapélvica**



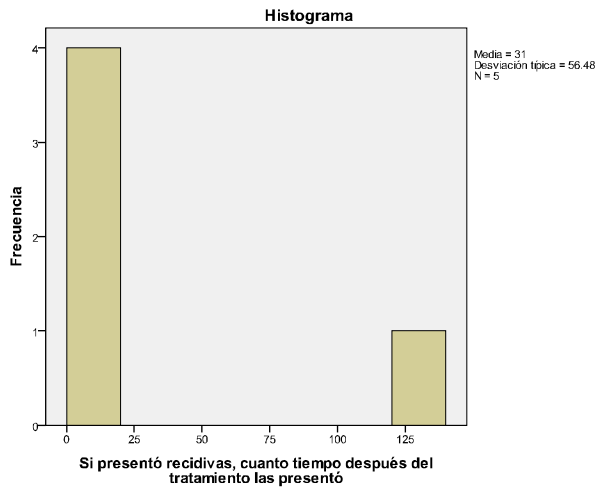
Paciente presentó recidivas de endometriosis extrapélvica posterior al tratamiento empleado: Si 18.5% y No 81.5%. (Figura 13)

**Figura 13. Paciente presentó recidivas de endometriosis extrapélvica posterior al tratamiento empleado**



Si presentó recidivas, Cuanto tiempo después del tratamiento las presentó: se observó que la media fue de 31 meses, IC95% = -39.13 a 101.13 meses, valor mínimo de 4 meses y valora máximo de 132 meses y una mediana de 6 meses. (Figura 14, 15)

**Figura 14. Distribución del tiempo en que presentó recidivas de endometriosis extrapélvica posterior a tratamiento**



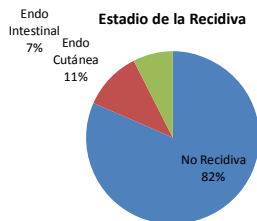
**Figura 15. Distribución del tiempo en que presentó recidivas de endometriosis extrapélvica posterior a tratamiento**



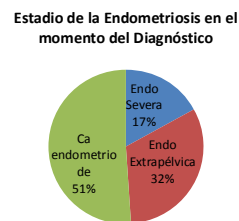
Estadio de la recidiva se observó: 81.5% de las pacientes no presentaron recidivas, 11.1% la recidiva fue en endometriosis cutánea, 7.4% presentaron recidivas de endometriosis intestinal.

Estadio de la endometriosis en el momento del diagnóstico: endometriosis extrapélvica 63%, endometriosis severa 33.3%, y carcinoma endometriode fue del 3.7%. (Figura 16 y 17)

**Figura 16. Distribución del Estadio de la Recidiva**



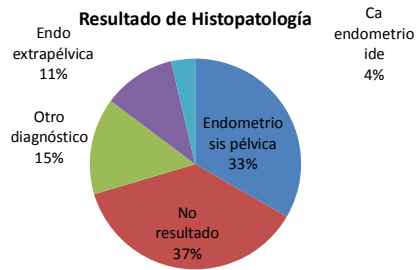
**Figura 17. Distribución del Estadio de la endometriosis en el momento del diagnóstico**



Resultado de Histopatología: 37% no tienen diagnóstico histopatológico, 33.3% presentaron diagnóstico de endometriosis pélvica, 14.8% presentaron otro diagnóstico diferente a endometriosis, 11.1% presentaron diagnóstico de endometriosis pélvica y el 3.7% presentó diagnóstico de carcinoma endometriode. (Figura 18)



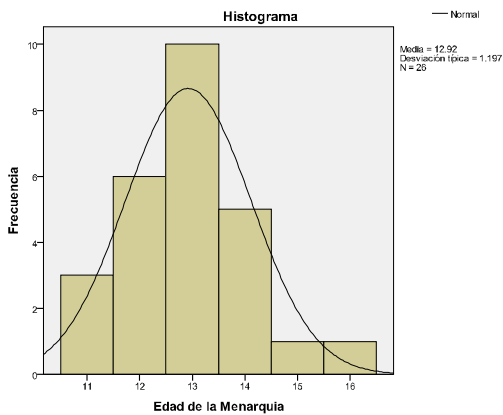
**Figura 18. Distribución del Resultado de Histopatología**



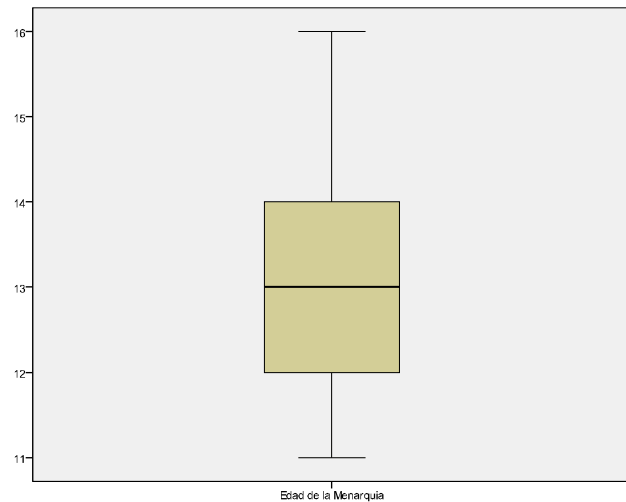
**Dentro de los antecedentes Ginecoobstétricos se observaron:**

Edad de la menarquía se observó que la media fue de 12.92 años, IC95% = 12.44 a 13.41 años, valor mínimo de 11 años y valora máximo de 16 años y una mediana de 13 años. (Figura 19,20).

**Figura 19. Distribución de la edad de la menarquía**

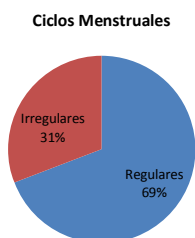


**Figura 20. Distribución de la edad de la menarquía**

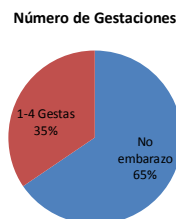


Ciclos Menstruales: Regulares fue de un 69.2% e irregulares fue de un 30.8%.  
 Número de Gestaciones: 65.4% de las pacientes no se embarazaron y el 34.6% de las pacientes se embarazaron (1 a 4 gestaciones). (Figura 21, 22)

**Figura 21. Distribución de los ciclos menstruales**

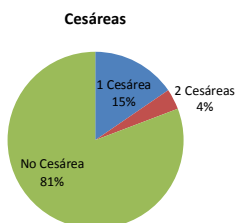


**Figura 22. Distribución del Número de gestaciones**

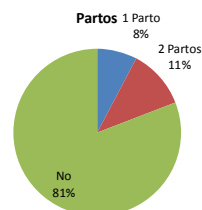


Número de partos: Pacientes con 1 parto fue el 7.7% y pacientes con 2 partos fue el 11.5%.  
Número de cesáreas: se observó 1 Cesárea fue el 15.4% y 2 Cesáreas fue el 3.8%. (Figura 23,24)

**Figura 23. Distribución de las Cesáreas**

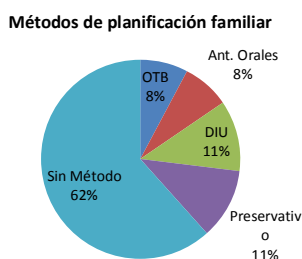


**Figura 24. Distribución de los partos**



Número de abortos: se observó 1 aborto fue el 7.7%.  
Número de embarazos ectópicos: 1 ectópico fue el 3.7%.  
Método de planificación familiar: 61.5% de las pacientes no tenían método de planificación familiar, 38.4% tuvieron método (OTB, anticonceptivos orales, DIU, Preservativo). (Figura 25)

**Figura 25. Distribución de los Métodos de Planificación familiar**

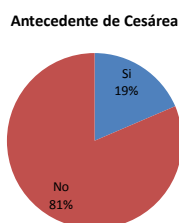


### **Antecedentes Quirúrgicos**

Antecedente de Cesárea: Si 18.5% y No 81.5% de las pacientes

Antecedente de Histerotomía: Si 3.7% y No 96.3% de las pacientes.(Figura 26, 27)

**Figura 26. Distribución antecedente de Cesárea**



**Figura 27. Distribución antecedente de Histerotomía**



Antecedente de Histerectomía: Ninguna de las pacientes tenía este antecedente.

Antecedente de Legrado: Si 7.4% y No 92.6% de las pacientes.

Antecedente de OTB: Si 3.7% y No 96.3% de las pacientes.(Figura 28,29)

**Figura 28. Distribución de antecedente de legrado**      **Figura 29. Distribución de antecedente de OTB**

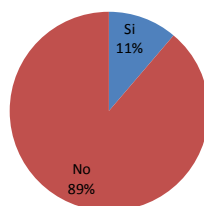


Antecedente de Miomectomía: Ninguna paciente presentó este antecedente.

Antecedente de Laparotomía exploradora: Si 11.1% y No 88.4% de las pacientes.(Figura 30)

**Figura 30. Distribución de antecedente de Laparotomía Exploradora**

Antecedente de Laparotomía Exploradora

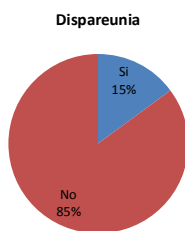


**Dentro del Cuadro Clínico se observaron:**

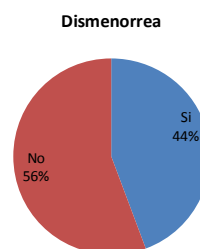
Dispareunia: Si 14.8% y No 85.2%.

Dismenorrea: Si 44.4% y no 55.6%. (Figura 31, 32)

**Figura 31. Distribución de Dispareunia**



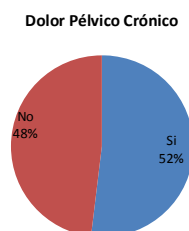
**Figura 32. Distribución de Dismenorrea**



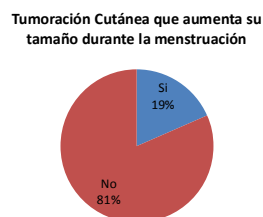
Dolor pélvico Crónico: Si 51.9% y No 48.1%.

Tumoración Cutánea que aumenta su tamaño durante la menstruación: Si 18.5% y No 81.5%. (Figura 33,34)

**Figura 33. Distribución de dolor pélvico crónico**



**Figura 34. Distribución de Tumoración Cutánea que aumenta de tamaño durante la menstruación**



De las variables estreñimiento cíclico, diarrea cíclica, tenesmo rectal, polaquiuría cíclica, disuria cíclica, urgencia miccional cíclica, hematuria cíclica, hematemesis cíclica, tos catamenial y hemoptisis catamenial ninguna paciente presentó estos síntomas clínicos.

**Dentro de la clasificación diagnóstica se observó lo siguiente:**

Endometriosis Cutánea: Si 18.5% y No 81.5%.

Endometriosis Intestinal: Si 51.9% y No 48.1%. (Figura 35,36)

Figura 35. Distribución de la endometriosis cutánea

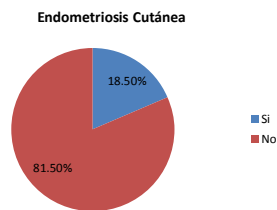
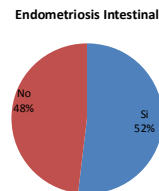


Figura 36. Distribución de la endometriosis intestinal



Endometriosis Urinaria: Si 37% y No 63%.

Endometriosis con diferenciación a Carcinoma Endometriode: Si 3.7% y No 96.3%.(Figura 37,38)

Figura 37. Distribución de Endometriosis Urinaria

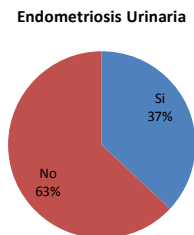
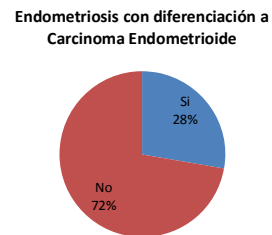


Figura 38. Distribución con diferenciación a Carcinoma endometriode

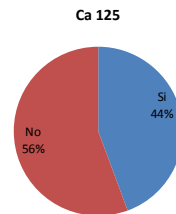


Endometriosis Neurológica y pulmonar no se observó en ninguna paciente.

**Dentro de los estudios de laboratorio se observó lo siguiente:**

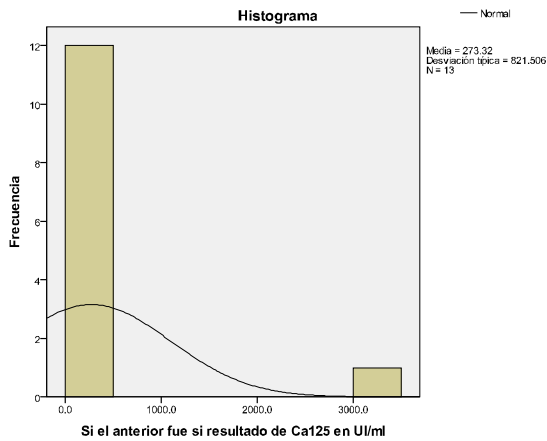
Ca 125: Si 44.4% y no 55.6% de las pacientes. (Figura 39)

**Figura 39. Distribución del Ca 125**

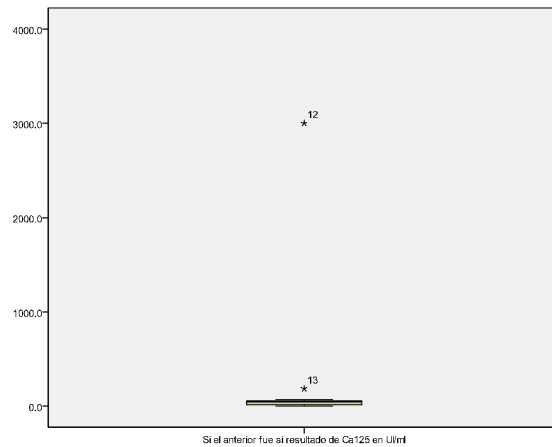


Resultado de Ca 125 en UI/ml se observó que la media fue de 273.323, IC95% = -223.108 a 769.754, valor mínimo de 1 y valor máximo de 3003.0 y una mediana de 46.6. (Figura 40, 41)

**Figura 40. Distribución del Resultado del Ca 125 en UI/ml**



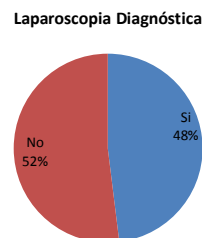
**Figura 41. Distribución del Resultado del Ca 125 en UI/ml**



Ultrasonido Abdominal: Si 96.3% y no 3.7% de las pacientes.

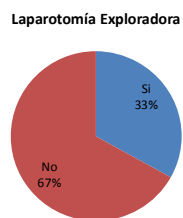
Laparoscopia Diagnóstico: Si 48.1% y no 51.9% de las pacientes.(Figura 42,43)

**Figura 42. Distribución de Ultrasonido Abdominal** **Figura 43. Distribución de Laparoscopia diagnóstica**



Laparotomía Exploradora: Si 33.3% y no 66.7% de las pacientes.(Figura 44)

**Figura 44. Distribución de Laparotomía Exploradora**



Tomografía Axial computarizada abdomino pélvica ninguna paciente se realizó este estudio.

**Dentro del Tratamiento Médico se observó:**

Tratamiento médico: Si 63% y No 37 de las pacientes.

Tratamiento médico recibido: análogos 40.7%, no recibieron tratamiento 37% y danazol 22.2% de las pacientes. (Figura 45,46)



Figura 45. Distribución del tratamiento médico

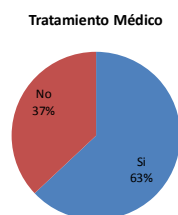
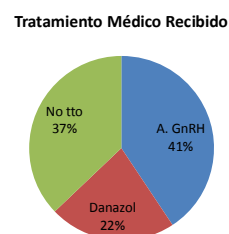


Figura 46. Distribución del tratamiento médico recibido

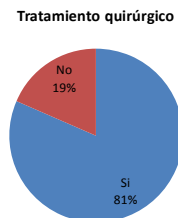


Tiempo de administración del tratamiento se observó que la media fue de 5.59 meses, IC95% = 4.84 a 6.34 meses, valor mínimo de 1mes y valora máximo de 9 meses y una mediana de 6meses.

**Dentro del tratamiento quirúrgico se observó:**

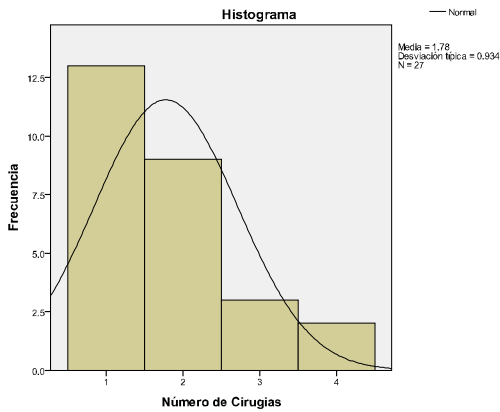
Tratamiento quirúrgico: Si 81.5% y no 18.5% de las pacientes. (Figura 47)

Figura 47. Distribución del Tratamiento quirúrgico



Número de cirugías: 1 cirugía 48.1%, 2 cirugías 33.3%, 3 cirugías 11.1% y 4 cirugías 7.4%.(Figura 48 y 49)

**Figura 48. Distribución del número de cirugías**



**Figura 49. Distribución del número de cirugías**



Seguimiento de la paciente para retiro de material de sutura y para entrega del resultado histopatológico se realizó en el 100% de las pacientes.

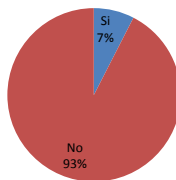
Seguimiento de la paciente para valoración de la evolución de la enfermedad: Si 96.3% y no 3.7% de las pacientes.

Resección de lesión vaginal: Si 7.4% y no 92% del total de las pacientes

Resección de lesión en pared abdominal: Si 11.1% y no 88.9% de las pacientes.(Figura 50,51)

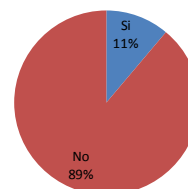
**Figura 50. Distribución de resección de lesión vaginal**

Resección de endometriosis vaginal



**Figura 51. Distribución de resección de lesión en pared abdominal**

Resección de pared abdominal



Resección intestinal y vesical, toracostomía y toracotomía no se realizó en ninguna paciente.

## **XI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

Implicaciones para la práctica clínica

### **En las características sociodemográficas de nuestro estudio se observó:**

La edad media de las pacientes fue de 31.81 años lo cual está acorde con el estudio de Ceglie del 2008 que reportó que afecta a mujeres en edad reproductiva y Pérez 2009 que reportó mujeres entre 25 y 35 años.

En el Estado civil se observó: 70.3% de las pacientes tienen pareja.

En el nivel socioeconómico se observó: 88.9% de las pacientes se encontraron en nivel medio.

Escolaridad se observó: 46.1% de las pacientes se encontraron  $\leq$  secundaria y 53.8% se encontraron  $\geq$  que la preparatoria.

Ocupación se observó: 73.1% se dedican al hogar.

Lugar de nacimiento se observó: D.F fue del 73.1% y Puebla 7.7%.

Lugar de residencia se observó: D.F fue del 81.5%, Estado de México 14.8% y Veracruz 3.7%.

De las características sociodemográficas mencionadas anteriormente ninguna está mencionada en los artículos que se revisaron para la realización de este estudio. Pero son de importancia debido a que ninguno de los artículos revisados para este estudio son de autores Mexicanos.

### **En cuanto a los factores de riesgo observados:**

Familiares con diagnóstico de endometriosis pélvica y extrapélvica no se observó, lo cual tampoco se observó en ninguno de los artículos revisados para este estudio.

Diagnóstico de endometriosis pélvica previo al diagnóstico de endometriosis extrapélvica se observó: No en 66.7% y Si en 33.3%. Este factor de riesgo no fue nombrado en ningún artículo que se revisó para este estudio.

Tratamiento recibido previo al diagnóstico de endometriosis extrapélvica se observó: Análogos de la GnRh 14.8%, Danazol 7.4% y no recibió tratamiento por no tener diagnóstico previo fue de 77.8%, lo cual es acorde con el artículo publicado por De Ceglie 2008 y Pérez 2010 en donde reportan que los medicamentos que se usan frecuentemente son los ya nombrados.

Paciente presentó recidivas de endometriosis extrapélvica posterior al tratamiento empleado: Si 18.5% y No 81.5%. Si presentó recidivas, Cuanto tiempo después del tratamiento quirúrgico las presentó: se observó que la media fue de 31 meses, IC95% = -39.13 a 101.13 meses, valor mínimo de 4 meses y valor máximo de 132 meses y una mediana de 6 meses. Estos datos no vienen nombrados en ninguno de los artículos que fueron revisados para este estudio.

Estadio de la recidiva se observó: 81.5% de las pacientes no presentaron recidivas, 11.1% la recidiva fue en endometriosis cutánea, 7.4% presentaron recidivas de endometriosis intestinal, la recidiva de endometriosis cutánea según Horton 2008 fue del 4.3% lo cual es

menor que lo observado en nuestro estudio. El porcentaje de la recidiva de la endometriosis gastrointestinal no viene reportada en ninguno de los artículos que revisamos para este estudio. De las 27 pacientes en 5 se observó endometriosis cutánea lo cual equivale al 18.5%, de las cuales 3 presentaron recidivas siendo esto un 60% de recidivas, lo cual no es acorde con el metaanálisis que publicó Horton en el 2008 en donde reportan que la recidiva fue de un 4.3% en las pacientes posterior al tratamiento quirúrgico.

Resultado de Histopatología: 37% no tienen diagnóstico histopatológico, 33.3% presentaron diagnóstico de endometriosis pélvica, 14.8% presentaron otro diagnóstico diferente a endometriosis, 11.1% presentaron diagnóstico de endometriosis pélvica y el 3.7% presentó diagnóstico de carcinoma endometriode. Es importante notar que el 14.8% de las pacientes observadas tuvieron un diagnóstico diferente al de endometriosis por resultado histopatológico.

Edad de la menarquía se observó que la media fue de 12.92 años, IC95% = 12.44 a 13.41 años, valor mínimo de 11 años y valor máximo de 16 años y una mediana de 13 años. Ciclos Menstruales: Regulares fue de un 69.2% e irregulares fue de un 30.8%.

Estas variables no se comentan en ninguno de los artículos revisados.

Número de Gestaciones: 65.4% de las pacientes no se embarazaron y el 34.6% de las pacientes se embarazaron (1 a 4 gestaciones). El 65% de las pacientes observadas fueron infértiles lo cual está acorde con el estudio de De Ceglie 2007.

Método de planificación familiar: 61.5% de las pacientes no tenían método de planificación familiar, 38.4% tuvieron método (OTB, anticonceptivos orales, DIU, Preservativo).

Antecedente de Cesárea: Si 18.5% y No 81.5% de las pacientes. Antecedente de Histerotomía: Si 3.7% y No 96.3% de las pacientes y Antecedente de OTB: Si 3.7% y No 96.3% de las pacientes. De las 5 pacientes con diagnóstico de endometriosis cutánea en el 60% de estas pacientes tuvieron antecedente de Cesárea y el 20% con antecedente de OTB. Lo cual está acorde con el estudio de Horton 2008.

Dispareunia: Si 14.8% y No 85.2%. Dismenorrea: Si 44.4% y No 55.6% y Dolor pélvico Crónico: Si 51.9% y No 48.1%. Los 3 síntomas anteriores fueron los más frecuentes para las pacientes con endometriosis extrapélvica en general lo cual está acorde con el estudio publicado por De Ceglie 2007.

Tumoración Cutánea que aumenta su tamaño durante la menstruación: Si 18.5% y No 81.5%. Lo cual indica que el 100% de las pacientes con endometriosis cutánea presentaron este síntoma lo cual está acorde con el estudio realizado por Horton 2007.

De las variables estreñimiento cíclico, diarrea cíclica y tenesmo rectal que son los síntomas característicos de la endometriosis intestinal no se encontró en ninguna paciente lo cual no está acorde con De Ceglie 2008.

Polaquiuria cíclica, disuria cíclica, urgencia miccional cíclica, hematuria cíclica, que son los síntomas característicos de la endometriosis urinaria no se observó en ninguna de nuestras pacientes lo cual no está acorde con Pérez 2007.

Tos catamenial y hemoptisis catamenial ninguna paciente presentó estos síntomas clínicos. No se presentó en ninguna de nuestras pacientes debido a que no observamos pacientes con Endometriosis Pulmonar.

**Dentro de la clasificación diagnóstica se observó lo siguiente:**

Endometriosis Cutánea: Si 18.5% y No 81.5%. De los cuales 3 fueron en pared abdominal es decir 11.1% lo cual es acorde con el artículo publicado por Coeman 2005 donde reporta que la endometriosis en pared abdominal es un sitio poco común de la endometriosis extrapélvica.

Endometriosis Intestinal: Si 51.9% y No 48.1%. Lo anterior no está acorde con el artículo publicado por De Ceglie 2007 en donde reporta que la endometriosis gastrointestinal se encuentra en un 3-37% de las mujeres que menstrúan.

Endometriosis Urinaria: Si 37% y No 63%. De ese 37% de pacientes que tuvieron endometriosis todas fueron vesicales lo cual está acorde con el artículo publicado por Pérez 2009 en donde reportó que de todos los casos de endometriosis del tracto urinario la vejiga representa el 84% siendo el sitio más frecuente.

Endometriosis con diferenciación a Carcinoma Endometrioide: Si 3.7% y No 96.3%. Lo cual está acorde con el artículo publicado por De Ceglie donde reporta que la malignidad ha sido reportada de un 0.7-1% de pacientes y 78.7% ocurre en el ovario.

Endometriosis Neurológica y pulmonar no se observó en ninguna paciente. Lo cual está acorde con el Estudio publicado por Alifano 2008.

**Dentro de los estudios de laboratorio se observó lo siguiente:**

Ca 125: Si 44.4% y no 55.6% de las pacientes

Resultado de Ca 125 en UI/ml se observó que la media fue de 273.323, IC95% = -223.108 a 769.754, valor mínimo de 1 y valor máximo de 3003.0 y una mediana de 46.6. El Ca 125 Hay un gran interés en el uso de marcadores séricos para el diagnóstico de endometriosis, pero no es lo suficientemente preciso para el uso en la práctica clínica. Este marcador se ha usado para controlar el progreso de la endometriosis lo cual fue reportado por De Ceglie 2007.

Ultrasonido Abdominal: Si 96.3% y no 3.7% de las pacientes. Está de acuerdo con De Ceglie y Pérez 2009.

Laparoscopia Diagnóstico: Si 48.1% y no 51.9% de las pacientes, lo cual no está acorde con De Ceglie 2007.

Laparotomía Exploradora: Si 33.3% y no 66.7% de las pacientes. Esta variable no está nombrada en ninguno de los artículos revisados.

Tomografía Axial computarizada abdomino pélvica ninguna paciente se realizó este estudio. Lo cual no es acorde con DeCeglie 2007.

### **Dentro del Tratamiento Médico se observó:**

Tratamiento médico: Si 63% y No 37 de las pacientes.

Tratamiento médico recibido: análogos 40.7%, no recibieron tratamiento 37% y danazol 22.2% de las pacientes

Tiempo de administración del tratamiento se observó que la media fue de 5.59 meses, IC95% = 4.84 a 6.34 meses, valor mínimo de 1mes y valora máximo de 9 meses y una mediana de 6meses.

### **Dentro del tratamiento quirúrgico se observó:**

Tratamiento quirúrgico: Si 81.5% y no 18.5% de las pacientes.

Número de cirugías: 1 cirugía 48.1%, 2 cirugías 33.3%, 3 cirugías 11.1% y 4 cirugías 7.4%

Resección de lesión vaginal: Si 7.4% y no 92% del total de las pacientes.

Resección de lesión en pared abdominal: Si 11.1% y no 88.9% de las pacientes. En el 100% de las pacientes con endometriosis en pared abdominal se les realizó resección cutánea. Lo cual está en acorde con el metaanálisis publicado por Horton en el 2008 donde indica que el tratamiento de elección es el tratamiento quirúrgico con excisión local amplia. Resección intestinal y vesical, toracostomía y toracotomía no se realizó en ninguna paciente. La resección intestinal no se realizó en ninguna de nuestra de pacientes a pesar que tenían el diagnóstico de endometriosis intestinal debido a ninguna presentó como complicación obstrucción intestinal, dolor, cambios en el hábito intestinal o sangrado lo cual está acorde con el artículo publicado por De Ceglie en el 2007.

### **Implicación para la investigación**

Nuestros resultados clínicos sugieren que según lo estudiado y analizado, nuestras características deben ser evaluadas en posteriores estudios.

Se debe realizar un estudio epidemiológico prospectivo que permita evaluar el peso o importancia de cada una de las variables estudiadas.

Es recomendable aumentar el tamaño de la muestra por lo que se recomienda abrir el período del estudio por arriba de 10 años.

Buscar la forma de invasión de las células endometriales a piel, intestino, ovario, vejiga. Buscar los factores de hacer que la endometriosis se diferencie en cáncer. En base a lo anterior se podría definir cuáles son los medicamentos que se deben utilizar para tratarla.

Una de las limitaciones de nuestro estudio basada en la experiencia clínica o base de datos secundaria se centra: Existencia de la información, Información reportada explícitamente y la adecuada compilación de la información a través de un formato o cuestionario.

## **XII. CONCLUSIONES**

Dentro de los factores de riesgo encontrados para presentar endometriosis extrapélvica fueron los siguientes: diagnóstico de endometriosis pélvica previo al diagnóstico de endometriosis extrapélvica, antecedente de Cesárea como factor de riesgo para presentar endometriosis cutánea. No necesariamente se necesita antecedente quirúrgico para desarrollar una endometriosis extrapélvica.

Los síntomas característicos de las pacientes con endometriosis extrapélvica son los siguientes: dispareunia, dismenorrea y dolor pélvico crónico lo cual no difiere de las endometriosis pélvicas.

El síntoma característico para las pacientes con endometriosis cutánea es una tumoración cutánea que aumenta su tamaño.

Las pacientes con endometriosis intestinal y urinaria observadas no tuvieron síntomas gastrointestinales y/o urinarios.

Dentro de las endometriosis extrapélvicas observadas las más frecuentes fueron las siguientes en orden descendente: Intestinal, urinaria y cutánea.

El método diagnóstico más frecuentemente observado fue el ultrasonido pélvico seguido de la laparoscopia diagnóstica.

El marcador tumoral Ca125 siguiendo siendo un parámetro orientador y en este estudio se observó que cuando el resultado se aleja en forma importante de la media correspondió a un Cancer endometriode.

El 63% de las pacientes recibieron tratamiento médico siguiendo el más frecuente los análogos de la GnRH.

Se utilizó como tratamiento quirúrgico exclusivo y quirúrgico/médico siendo importante para retardar recidiva en la endometriosis cutánea, a pesar del tratamiento médico en la endometriosis intestinal se presentó recidiva.

### **XIII. ANALISIS**

No existen factores de riesgo que nos indiquen que una paciente va a desarrollar endometriosis extrapélvica

No existe un síntoma característico que nos haga pensar que la paciente tiene o desarrollará endometriosis extrapélvica

El marcador tumoral Ca125 nos puede orientar en la severidad de la enfermedad

No se puede concluir si en endometriosis intestinal y urinaria se retardarían las recidivas al dar tratamiento médico y quirúrgico.

No existe un método diagnóstico definitivo para la endometriosis extrapélvica.

No existe consenso para el adecuado manejo de las pacientes con endometriosis extrapélvica porque no hay un seguimiento de los casos para valorar efectividad del tratamiento médico y/o quirúrgico.

Buscar la forma de invasión de las células endometriales a piel, intestino, ovario, vejiga.

Buscar los factores de hacer que la endometriosis se diferencie en cáncer. En base a lo anterior se podría definir cuáles son los medicamentos que se deben utilizar para tratarla

Al dar un diagnóstico oportuno a las pacientes con endometriosis extrapélvica se mejorará su pronóstico mejorando de esta forma su calidad de vida.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valbuena D, Simón C: Etiopatogenia de la Endometriosis. *Cuad Med Reprod* 1995, 1: 189-211
2. Coeman V, Sciort R, Breuseghem V. Rectus abdominis endometriosis: a report of two cases. *The British Journal of Radiology*. 2005: 68-71
3. Kocakoc E, Bhatt S, Dogra V. Endometriosis. *Ultrasound Clin* 3 2008: 399-414
4. Horton J, Dezee K, Ahnfeldt E, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. *The American Journal of Surgery* 2008: 196, 207-212
5. Agarwal A, Fong Y F. Cutaneous endometriosis. *Singapore Med J* 2008: 704-709
6. Alifano M, Camilleri S. Pneumothorax de la femme et endométriose thoracique. *Rev Mal Respir* 2008: 966-972.
7. De Ceglie A, Bilardi C, Bianchi S, Picasso M, Di Muzio M, Trimarchi A, Conio M. Acute small bowel obstruction caused by endometriosis: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2008: 3430-3434
8. Bagade P, Guirguis M. Menstruating from the umbilicus as a rare case of primary umbilical endometriosis: a case report. *Journal of Medical Case Report* 2009, 3:9326
9. Templeman C. Adolescent Endometriosis. *Obstet Gynecol Clin N Am* 36, 2009: 177-185
10. Pérez M, Pérez U, Aguilera A, Alonso J, Hernández A, Girón M, Hernández M, Santiago J, De la Peña J. Urinary Tract Endometriosis: Clinical Diagnostic, and Therapeutic Aspects. *J UROLOGY* 73 2009: 47-51.
11. Feinstein AR. *Clinical epidemiology: the architecture of clinical research*. Filadelfia: WB Saunders, 1985
12. Casal J, Mateu E Tipo de Muestreo. *Rev.Epidem. Med. Prev* 2003;1:3-7

## CRONOGRAMA

Actividad	Año 2010											
	MESES											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Resumen	x											
Marco Teórico	x	x	x	x	x							
Planteamiento del Problema						X						
Justificación							x					
Objetivos del Estudio							x					
Material y Métodos							x					
Consideraciones Éticas							x					
Resultados								x				
Discusión								x				
Conclusiones								x				
Evaluación del Comité de Investigación Institucional								x				
Evaluación del Comité de Ética Institucional								x				