



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE" I.S.S.S.T.E.

"LA PAROSCOPIA DIAGNOSTICA Y
ENDOMETRIOSIS HALLAZGOS EN PACIENTES
ESTERILES DE LA CLINICA DE REPRODUCCION
HUMANA DEL CENTRO HOSPITALARIO
20 DE NOVIEMBRE"

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DRA. ROSA CECILIA CONTRERAS BERMUDEZ

ASESOR DE TESIS.

DR. JULIO DE LAJARA DIAZ



ISSSTE

MEXICO, D. F.

1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION	1
GENERALIDADES	2
ENDOMETRIOSIS	6
LAFAROSCOPIA	11
HIPOTESIS	19
OBJETIVOS	19
JUSTIFICACION	30
MATERIAL Y METODOS	21
CRITERIOS DE INCLUSION	29
CRITERIOS DE EXCLUSION	29
CRITERIOS DE ELIMINACION	29
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS	30
RESULTADOS	31
CONCLUSIONES	35
TABLAS Y GRAFICAS	38
BIBLIOGRAFIA	50

I N T R O D U C C I O N

Se ha visto que en el transcurso de la vida, la Medicina es un constante avance que va generando mayor información por lo que respecto a la Ginecología y Obstetricia se ha deseado que el examen de la pelvis femenina se realice con mayor minuciosidad y que nos brinde mayor cantidad de datos que nos permita establecer un diagnóstico y no limitarnos a una simple exploración bimanual habitual, y que además sea menos traumática que la laparotomía. (3-11)

Por lo que ha surgido un método de estudio, la Laparoscopia Diagnóstica cuyas primeras investigaciones y referencias son a partir del año de 1901. Desde entonces varios investigadores le han dado a la Laparoscopia un lugar importante en el diagnóstico de Esterilidad. (5-7)

La Laparoscopia es sin duda uno de los avances técnicos más importantes en la Ginecología en los últimos años. Su utilidad ha sido demostrada desde la elaboración de métodos de oclusión tubaria hasta la realización de programa de fertilización in vitro.

El campo más amplio en que este procedimiento se ha desarrollado es el estudio y manejo de la Esterilidad, motivo por lo que se ha llegado hasta la Laparoscopia de segunda mirada como un método para evaluar, complementar y reconocer las consecuencias de la microcirugía tubaria, en el seguimiento de pacientes con endometriosis y tuberculosis peritoneal con objeto de evaluar la terapéutica en estos procedimientos. (4)

La finalidad de este estudio es el de obtener un diagnóstico de endometriosis por el método de Laparoscopia aunado al reporte histopatológico, con el objeto de dar a la paciente el diagnóstico temprano y aportar a las futuras generaciones una luz más en beneficio de nuestras pacientes tratadas en este Centro Hospitalario "20 de Noviembre".

GENERALIDADES

ENDOMETRIOSIS.

La endometriosis es un padecimiento con múltiples facetas; ha sido llamada la "Enfermedad del Siglo" debido a que su frecuencia ha aumentado considerablemente en los últimos tiempos. Afecta particularmente a aquellas mujeres con actividad fuera de su hogar (Enfermedad de la Civilización), y de ellas a las que desempeñan puestos de responsabilidad (Enfermedad de la Mujer Ejecutiva), o a pacientes sometidas a stress crónico, ya que sea por inestabilidad emocional en el hogar o en el trabajo. Todas estas enfermedades tienen el común denominador de un aplazamiento, tanto en las relaciones sexuales como de la maternidad, en una forma que se antoja peligrosamente retardada.

(4)

La endometriosis se empezó a describir en la literatura médica en el siglo pasado, pero su verdadera frecuencia de presentación no se estableció hasta el presente siglo. Basado en la observación clínica y en el examen de muestras histopatológicas. El Dr. John

Sampson de Albany, en 1921 sugirió que la endometriosis peritoneal en la pelvis aparecía a consecuencia de siembras de endometriosis ovárica. Más tarde en 1927, publicó su clásico trabajo "Peritoneal Endometriosis DUE to menstrual Dissemination of Endometrial Tissue into the Peritoneal Cavity", según el cual el flujo retrogrado de tejido endometrial a través de las trompas de falopio y al interior de la cavidad abdominal constituía la causa primaria de la enfermedad. (7,8,34,25)

Las conclusiones de Sampson han sido corroboradas por las siguientes observaciones.

- 1.- Mediante laparoscopia se ha observado un flujo de sangre a partir de la extremidad fimbriada de la trompa en algunas mujeres durante la menstruación.
- 2.- La endometriosis se observa con mayor frecuencia en las regiones declives de la pelvis. (24,25)
- 3.- Fragmentos del endometrio a partir del flujo menstrual pueden crecer en tejidos de cultivo y tras su inyección por debajo de la piel abdominal.
- 4.- Cuando se realiza la transposición del cuello uterino de monas de forma que se produzca la menstruación en el interior de la cavidad peritoneal, se desarrolla endometriosis. (24,25)

Dado que la endometriosis se ha hallado en lugares distantes de la cavidad abdominal, por ejemplo en la mucosa pulmonar y nasal, y existen incluso publicaciones de su aparición en hombres que fueron sometidos a tratamientos con estrógenos, deben existir otras alternativas distintas a la corriente retrógrada como explicación de la enfermedad. (2,4,7)

Durante los últimos 10 años la endometriosis se ha reportado con más frecuencia probablemente por el uso cada vez mayor del laparoscopio para diagnosticar y evaluar la infertilidad, esterilidad, dolor pélvico bajo y la dismenorrea secundaria. La mayor incidencia por edad oscila entre 30-40 años cerca de un 10% de los casos han sido descritos en mujeres menores de 20 años y se ha estimado que de 1-3% de mujeres postmenopáusicas sufren de endometriosis. (9)

La historia natural de la endometriosis es desconocida porque no se han publicado estudios longitudinales. Sin embargo, la endometriosis parece ser una enfermedad progresiva con extensión a las estructuras superficiales y con invasión y destrucción de los órganos pélvicos. La progresión y la reacción fibrótica alrededor de los implantes no es igual en todas las pacientes. (9,10)

DEFINICION DE ENDOMETRIOSIS

La endometriosis externa es un síndrome que se inicia, se desarrolla y decrece conforme a la funcionalidad orgánica. se puede decir que es un padecimiento general con manifestaciones locales y es a la vez dinámica, evolutiva y hormono-dependiente. presenta signos y síntomas bien definidos y ha sido identificada por la presencia de tejido endometrial heterotópico a nivel de órganos y serosa peritoneal (excepcionalmente fuera de ellos), y desde luego está en estrecha relación con el hipotiroidismo y con el estrogenismo sostenido. (4.25)

Estrogenismo sostenido. Es un estado constitucional, evolutivo y hormono dependiente, que se inicia en las cercanías de la menarquia, tiene su función principal durante de vida sexual de la mujer y no es raro encontrarlo en el climaterio y en la senectud. Esta caracterizado por una mayor concentración y utilización de estrógenos a nivel de los órganos sobre los cuales actua. (4.24)

La posible etiología se basa en la menstruación retrógrada y el transporte de fragmentos endometriales

desprendidos a localizaciones ectópicas, es un fenómeno común en todas las mujeres que menstrúan.

La implantación o el rechazo de fragmentos endometriales ectópicos son funciones del sistema inmune. La endometriosis, refleja una deficiencia del sistema inmune, la cual puede ser transmitida genéticamente.

Esta deficiencia inmune puede resultar en endometriosis con variaciones, tanto cuantitativa como cualitativas en la edad de comienzo, extensión y cinética de la enfermedad.

La producción de autoanticuerpos es una respuesta al crecimiento endometrial ectópico y podría contribuir a la infertilidad. (10,24,25)

Se desconoce la incidencia real de la endometriosis aunque se estima que está presente entre el 10 y 15% de las mujeres en edad genital activa. (11,17,30)

La clínica puede orientarnos en el diagnóstico (dismenorrea, dispareunia, esterilidad, nódulos o tumoraciones pélvicas), y al mismo tiempo basarse en el reconocimiento histológico de glándulas y extremo endometrial en especímenes de biopsia. Obtenidos por vía laparoscópica de zonas sospechosas.

A las zonas macroscópicas típicas (módulos negruzcos o azulados, con elementos de retracción y adherencias peritoneales), se agregan las lesiones atípicas (áreas de peritoneo opaco, zonas vascularizadas y los ya mencionados bolsillos peritoneales).

La dosificación del antígeno Ca-125 en plasma, más que hacer posible la identificación de las pacientes con endometriosis, permitiría el seguimiento evolutivo de los casos diagnosticados y tratados. (11,12-24,30)

La ecografía es de utilidad para diagnosticar las lesiones quísticas, cuya naturaleza de endometriosis deberá ser corroborada por laparoscopia y biopsia.

La observación histológica, así como el estudio de receptores hormonales, permite distinguir formas muy diferenciadas, que sufren cambios cíclicos similares a los del endometrio normotópico y variedades con menor respuesta a las variaciones del medio endocrino.

Esto explica la evolución de los diferentes focos endometriales a los tratamientos hormonales. (24,30,31)

La relación entre endometriosis y esterilidad resulta fácil de explicar en los casos severos, en los que existe distorsión anatómica y funcional de la

relación tubo-ovárica o de la trompa. En los casos leves, para sustentar la relación entre ambos hechos, se han invocado los siguientes factores

- a). Transtornos de la función ovárica: mayor frecuencia de anovulación, síndrome del folículo luteinizado y no roto, fase lútea inadecuada, debidos a la influencia directa de las prostaglandinas o, de otras sustancias, o secundarios a retroalimentación inadecuada hipotálamo-hipofisis, a hipoprolactinemia.
- b). Fagocitos de los gametos por los macrófagos peritoneales.
- c). Alteración de la motilidad útero-tubaria, por las prostaglandinas.
- d). Transtornos de la implantación, consecutivos a depósitos de inmuno globulinas o de complemento a nivel endometrial. (21)

La presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, cada vez se detecta más frecuentemente, y dicha incidencia es más importante en las mujeres estériles, en las que está presente en el 30-40% de los casos; y por otro lado más del 40% de las mujeres con endometriosis presentan esterilidad. (26-31)

Se ha clasificado a la Endometriosis por la Sociedad Americana de Fertilidad en 1976 y revisada en 1985 de acuerdo a la afección en mínima, leve, moderada y severa de acuerdo a un sistema de puntaje basado en:

- a). La localización (peritoneal u ovárica, superficial o profunda).
- b). El tamaño (menor de 1 cm., entre 1 y 3 cms. mayor de 3 cms.)
- c). La obliteración (total o parcial) del fondo de saco de Douglas.
- d). La localización de las adherencias (ováricas o tubáricas), su magnitud (laminares o firmes) y el grado en que comprometen las estructuras involucradas (menos de un tercio, entre un tercio y dos tercios, más de dos tercios). (31,32)

El tratamiento tiene por finalidad el alivio de los síntomas, ya se trate de dismenorrea, dispareunia, o esterilidad. El tipo de tratamiento deberá adaptarse teniendo en cuenta la severidad de la afección, su historia natural, la edad de la paciente, su deseo procreativo, etc. (30,31,32)

HISTORIA DE LA LAPAROSCOPIA

LAPAROSCOPIA.

Laparoscopia proviene del griego: Laparon (Hada) y Skopen (mirada). Es el examen endoscópico de la cavidad peritoneal.

Nos aportar datos de suma importancia de la cavidad abdominal tales como características macroscópicas de los órganos y problemas concomitantes a la patología no sospechadas con anterioridad y evita en muchas ocasiones procedimientos más agresivos y algunas veces innecesarios tales como la Laparotomía.

(1,6,7)

Sinónimos: (8-7)

- 1.- Peritonescopia
- 2.- Ventroscopia
- 3.- Organoscopia
- 4.- Abdominoscopia
- 5.- Celioscopia
- 6.- Esplancoscopia
- 7.- Pelvioscopia

INDICACIONES

- 1.- Diagnósticas
- 2.- Terapéuticas

Entre las indicaciones diagnósticas tenemos:

- A.- Dolor pélvico-crónico
- B.- Neumopatías
- C.- Hernias: inguinales, crural, umbilical, diafragmática
- D.- Sospecha de proceso plástico adherencial importantes
- E.- Masas Pélvicas
- F.- Causas de Ascitis
- G.- Extracción de DIU de la cavidad abdominal
- H.- Toma de biopsia
- I.- Endometriosis
- J.- Esterilización

CONTRAINDICACIONES DEL PROCEDIMIENTO LAPAROSCOPICO

- A.- Descompensación cardiaca y circulatoria
- B.- Neumopatias
- C.- Hernias: inguinales, crural, umbilical, diafragmática
- D.- Sospecha de proceso plástico adherencial importantes
- E.- Pelvis congelada (proceso adherencial)
- F.- Gran obesidad, cáncer avanzado hacen el procedimiento más difícil pero no son contraindicaciones absolutas. (1,9,12)

COMPLICACIONES AL PROCEDIMIENTO LAPAROSCOPICO. (3,10)

- A.- Hemorragias de pared
- B.- Quemaduras
- C.- Efectos de neumoperitoneo por CO2
- D.- Fallas operatorias
- E.- Embolia Gaseosa
- F.- Arritmias cardiacas
- G.- Exploraciones
- H.- Perforaciones
- I.- Incorrecta aplicación del Neumoperitoneo (9,10)

VENTAJAS DEL PROCEDIMIENTO.

- A). Corta estancia intra-hospitalaria (menos de 48 horas)
- B). Mínimas molestias
- C). Menos morbilidad y mortalidad
- D). Puede refutar varios diagnósticos clínicos puestos en duda
- E). No se opone a la Laparotomía

USO DE LA LAPAROSCOPIA EN GINECOLOGIA.

HISTORIA.

El uso de la Laparoscopia en Ginecología, se remonta hacia el año de 1879 en que Nitze comunica el éxito de la visualización de las cavidades corporales. (7,10,11)

Contribuye posteriormente a los avances del Dr. Kelling de Hamburgo, la cual explica la Celioscopia y demuestra su eficacia experimentando en perros y posteriormente lo hace en seres humanos.

Después de 1910, Jacobaeus perfeccionó el instrumental y presentó un método que calificó como torascopia y perineoscopia. (14,16,18)

Continúan los estudios y los avances, y en 1913 el mismo autor publica una monografía con las indicaciones del examen por Laparoscopia siendo el precursor del examen endoscópico abdominal.

En 1912, Nordennstoez de Copenhague, introdujo el concepto de distensión gaseosa de la cavidad abdominal y el empleo de la posición de Trendelenburg. (15,17)

En el mismo año contribuyen en Rusia los Dres. Stolking y en Viena Tedesco. (9)

Para entonces la Laparoscopia había tomado una gran importancia a nivel mundial, ya que antes de esta época no tenían experiencia y además no se despertaba aún el entusiasmo por el procedimiento laparoscópico. (3,11,15)

En 1913 Renon en Francia Neirelles en Rio de Janeiro, toman experiencia de los anteriores y aportan sus propias ideas. (15,17)

En 1924, Klafren publicó la primera aportación acerca de la endoscopia en el tratado de Halban (9,13,19), dándose crédito y siendo entonces aceptado el método en varios países de Europa.

En 1913. Roddick médico internista fue el máximo exponente del procedimiento en los Estados Unidos, y en 1934 publicó los resultados de 550 laparoscopias con anestesia local en las que utilizó un instrumento de su propio diseño e introdujo la biopsia de Fórceps con coagulación diatérmica.

En 1933 el Dr. Fervers aportó las primeras experiencias para la sección de Bidas mediante Laparoscopia. (8,11)

En 1937 el Dr. Anderson, médico cirujano norteamericano, practicó las primeras esterilizaciones por Laparoscopia de coagulación diatérmica.

En el mismo año el Dr. Anderson efectúa los primeros intentos de esterilización tubaria por electrocoagulación. (3,8,13)

Por otra parte en nuestro continente en el año de 1938. Happe en los Estados Unidos utiliza el procedimiento para el diagnóstico de embarazo extrauterino. (8,19,22)

En 1939. Rudder* publicó resultados de 900 pacientes sometidas al procedimiento laparoscópico sin complicaciones y describió hallazgos del aparato genital recordando las primeras operaciones laparoscópicas.

En 1943, Power y Larres describieron un método de esterilización por Laparoscopia en la porción cornual de las trompas. (20,24)

En el mismo año, Telinde introduce la Cuidoscopia, con la paciente en decúbito supino, examinaba los órganos de la paciente pero los resultados fueron imperfectos. (14,25)

En 1942 a 1952, varios autores en Europa y en los Estados Unidos propugnaron por la Cuidoscopia como método diagnóstico de Esterilidad: Falmer introdujo un tubo de insuflación en el útero, modificando así a voluntad la situación del útero durante la exploración.

En 1952, los Dres. Fourestier, Glandu y Vulmiere en Francia, desarrollaron la iluminación a distancia transmitida por filtros de vidrio y mejorando las técnicas fotográficas. (18,20,21)

En 1956 se obtuvieron las primeras fotografías a color a través de la Laparoscopia.

En 1959 sale a luz médica el circuito cerrado de televisión aplicada a la Laparoscopia. (7,23)

En 1960 la Laparoscopia es usada para esterilización por coagulación, corte y aplicación de Clip de Antalium.

En esta década de los 70s. se desarrolló la técnica de una sola punción en pacientes externas y se inició la aplicación de clips de Hulka y anillos de silastic. (5,17)

El Dr. Rous inició el método de coagulación bipolar.

Posteriormente se estandarizaron los procedimientos laparoscópicos hasta la fecha actual.

H I P O T E S I S

La frecuencia de endometriosis en pacientes estériles de la clínica de Reproducción Humana, es más alta que la que se reporta en otros estudios.

O B J E T I V O S

- 1.- Determinar la frecuencia de la endometriosis comprobada por biopsia translaparoscopia en pacientes estériles.
- 2.- Conocer el sitio de localización de endometriosis más frecuentemente observado por laparoscopia diagnóstica.
- 3.- Determinar la frecuencia de la endometriosis acromática.

J U S T I F I C A C I O N

Se ha encontrado un alto índice de endometriosis en el servicio de Biología de la Reproducción, ocasionando como ya se mencionó Esterilidad tanto primaria como secundaria, por lo que se realiza este estudio, como ayuda a la paciente para llegar a un diagnóstico temprano, así como su tratamiento adecuado esperando un buen pronóstico para la paciente (EMBARAZO).

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se realizó en 30 pacientes de la Clínica de Reproducción Humana, del Centro Hospitalario "20 de Noviembre", con diagnóstico de esterilidad tanto primaria como secundaria en cuyo protocolo de manejo se incluyó Laparoscopia diagnóstica en el periodo comprendido del 1ero. de Abril de 1991 a Septiembre del mismo año.

Todos los pacientes contaban con historia clínica completa haciendo énfasis en los antecedentes gineco-obstetricos, los cuales se anotaron en las hojas correspondientes.

VALORACION PREANESTESICA.

La paciente es admitida en el hospital 24 horas antes de su intervención, permaneciendo en ayuno a partir de las 22 horas. La valoración pre-anestésica se dejó a criterio del anestesiólogo en algunas ocasiones

24 horas antes de la intervención, y en otros momentos antes del procedimiento (4,8,15). Se le pide a la paciente diuresis previa. Los medicamentos pre-anestésicos utilizados son a criterio del anestesiólogo, así como los que se utilizaran durante el estudio.

Las especificaciones del laparoscopio y del equipo auxiliar se mencionan a continuación:

EQUIPO LAPAROSCOPICO

Marca K.L.I. Laparoscopio de Jacos - Palmer (14)

Falope Ring Electrosurgery

Laparoscopio sistem "A"

Modelo V-H TRI - Contri ASSY

110 voltios

Una consola de laparoscopio

Un cable de fibra óptica de 5.5 mms.

Un laparoscopio de 12 mnts.

Un trocar y cánula del laparoscopio

Un tanque de CO2 de 15 kgs.

Un transformador de corriente

EQUIPO AUXILIAR

Una pinza de possey

Una cánula de Harchow

Un porta-agujas

Una pinza de disección

Material de sutura. Dermatón tres ceros

Una tijera recta de corte

Se canaliza a la paciente y se mantiene con solución glucosada al 5% de 1000 ml. para mantener vena permeable.

Se coloca a la paciente en posición de litotomía o ginecológica y con solución de jabón y benzal, se efectúa la asepsia del abdomen, genitales externos y vagina.

Se coloca un campo estéril por debajo de los glúteos para aislar y facilitar la aplicación de la cánula de Harchow que va colocada en el orificio cervical ayudado por un separador de Sims, se coloca una pinza de possey en el labio anterior del cérvix, la cual va anclada con un retirador a la cánula de Harchow con el fin de evitar que ésta se salga de su lugar.

Se coloca posteriormente a la paciente en posición de trendelenburg con los miembros pélvicos en hiperextensión y separados entre sí. Se colocan campos estériles sobre el abdomen y piernas, previa preparación de estas regiones, habiendo aplicado una solución de Timerosal (merthiolate).

Con bisturí del No. 11, se efectúa una incisión en la piel de dos centímetros de extensión por debajo del borde inferior de la cicatriz umbilical.

Esto facilita la introducción de la aguja de Verres a la cavidad peritoneal. Esta se introduce casi perpendicular a la pared abdominal con una ligera inclinación en dirección al pubis, al pasar a la fascia aponeurótica, para no lesionar alguna estructura interna o asa intestinal adherida a la pared abdominal o peritoneal. (9.28)

La introducción de la aguja de Verres se facilita traccionando hacia arriba la pared abdominal con la mano izquierda o en su defecto levantando la pared abdominal con ayuda de dos pinzas de campo colocadas a dos cm. de los bordes laterales de la cicatriz umbilical. (2.27)

Con la anterior maniobra de tracción y con la paciente en posición de Trendelenburg se elimina el riesgo de lesionar órganos internos que pudieran estar muy cerca de la pared. Insuflación de doble cañón con un extremo como de resorte, el cual al penetrar la aguja a la cavidad abdominal se lanza hacia adelante, lo que evita que la guja llegue a perforar alguna asa intestinal. (7,21)

Inmediatamente después de la entrada a la cavidad peritoneal de la aguja de Verres se coloca en el extremo proximal de la misma fuente de gas, la cual está conectada a la consola del laparoscópio.

NEUMOPERITONEO.

Después de introducir la aguja de Verres a la cavidad peritoneal, se insuflan 2.5 litros de Bióxido de Carbono. (4)

El manómetro situado en la consola del laparoscópio el cual marca la presión intra-abdominal debe oscilar entre 10 y 20 milímetros de mercurio, lo que nos

indica que no hay obstrucción para el paso de CO₂ y que la aguja está debidamente colocada en el espacio peritoneal. Otro dato importante es que la cantidad de gas que va pasando a la cavidad peritoneal continua en ascenso sin detenerse. El timpanismo abdominal aumenta, y desaparece por percusión de matidez hepática. (9)

Una vez cerciorado el cirujano que el procedimiento quirúrgico llevado hasta el momento es correcto, se retira la aguja de Verres y se hace una ampliación de la herida quirúrgica efectuada previamente de acuerdo al diámetro del trocar que se va a utilizar. (27)

Posteriormente se tracciona la pared abdominal hacia arriba utilizando la mano izquierda y con la ayuda de las pinzas de campo colocadas previamente, de las cuales el ayudante traccionará la pinza de campo opuesta al cirujano.

Con un movimiento en la cavidad abdominal protegiendo y evitando la penetración brusca o demasiado profunda del trocar. (29,30)

Con su experiencia el cirujano adquiere la sensación táctil característica del trocar según va atravesando la fascia aponeurótica y el peritoneo.
(17,23)

Al entrar a la cavidad peritoneal se retira la cánula del trocar y se abre momentáneamente la válvula del mismo para permitir que el gas escape a través de la válvula y de esta manera el cirujano se cerciora de que el trocar está debidamente colocada en su sitio.
(15,18)

Si es así se coloca nuevamente el tubo alimentado de Bixido de Carbono, ya que en el transoperatorio se llegan a aplicar 2.5 litros más de CO₂, lo que hace un total aproximado de 5 litros en el tiempo del evento quirúrgico.

Posteriormente se coloca el laparoscópio en la camisa o trocar del mismo, colocando naturalmente la fuente de luz en el laparoscópio.

Se procede a examinar los genitales internos describiendo su conformación macroscópica y buscando el sitio de lesiones endometriósicas, ayudándose de la cánula de Harchow sostenida con la mano izquierda.

Lo que desplaza el epiplón si este impide la inspección del contenido pélvico. con la pinza de biopsia se toma de la lesión una pequeña muestra la cual se mantiene en formol y esta es llevada al servicio de patología.

Posteriormente se retira el laparoscopio y se permite la salida del gas apretando la válvula de cierre del trocar, de la misma manera se provoca ligera compresión abdominal para facilitar la expulsión de gas. (19,20)

Finalmente se extrae la camisa del laparoscopio y se procede a suturar la herida quirúrgica con dermalong de tres ceros, un punto de Sarnoff en medio de la herida. algunos autores prefieren colocar un punto crónico absorbible subdérmico; se retiran los puntos a los 7 días.

CRITERIOS DE INCLUSION

Se excluyó a toda paciente que se detecte en el servicio de Biología de la reproducción humana y pacientes hospitalizadas, con sospecha de endometriosis por clínica y que presenten por lo menos dos de los síntomas característicos de la endometriosis: Dispareunia, dismenorrea, esterilidad y dolor pélvico, tomando en cuenta pacientes con un rango de edad de los 18 a los 35 años.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluyeron del estudio a las pacientes que se sometían a Laparoscopia diagnóstica, que por algún motivo no se les logre tomar la biopsia de las posibles lesiones endometriósicas.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Se eliminó del estudio, toda paciente que se le explicó el procedimiento del mismo y que no aceptó.

HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
 DIVISION GINECO-OBSTETRICIA
 SERVICIO LAPAROSCOPIAS GINECOLOGICAS

NOMBRE _____ EDAD _____ REGISTRO _____
 MENARCA _____ RITMO _____ IVSA _____ G P A C _____
 FUP _____ FUA _____ FUC _____ CF _____
 EUMENORREICA _____ DISMENORREICA _____ ESTERILIDAD _____
 INFERTILIDAD _____ HISTEROSALPINGOGRAFIA _____
 FECHAS _____ RESULTADOS _____
 CIRUGIAS PREVIAS _____ FUR _____
 HORMONALES SI NO DURACION _____
 DIA DE CICLO _____ DX CLINICO _____
 _____ LAPAROSCOPIA HALLASGOS _____

 DOBLE PUNCION SI NO COMPLICACIONES _____ DURACION DE CIRUGIA _____
 _____ CLASIFICACION DE LA ENDOMETRIOSIS _____
 _____ TRATAMIENTOS PREVIOS _____
 RESULTADO HISTOPATOLOGICO _____
 TRATAMIENTO _____
 RESULTADOS DE PROSTAGLANDINAS _____ EMBARAZO _____
 EVOLUCION _____ FECHA _____

CASO No. _____

FECHA _____

LUGAR DE LA LESION. _____

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el presente trabajo fueron los siguientes:

- 1.- La edad promedio de las pacientes incluidas fue de 30.9 años, con un rango de edades de 24 a 35 años. (Gráfica 1)
- 2.- La menarca se presentó en las pacientes a una edad promedio de 13.1 años con un rango de 11 a 17 años. (Gráfica 2)
- 3.- En cuanto a las características menstruales de nuestro grupo estudiado, encontramos un ritmo menstrual promedio de 29.8 días (rango de 25 a 60 días) y una duración promedio del ciclo menstrual de 4.7 días (rango de 3 a 10 días). (Gráfica 3 y 4)
- 4.- Un 93.3% de nuestras pacientes (26) tenían ciclos menstruales regulares y un 6.7% (2) tenían ciclos irregulares. (Gráfica 5)
- 5.- El inicio de las relaciones sexuales de nuestras pacientes fue en promedio a los 20.1 años (rango de 15 a 29 años). (Gráfica 6)

- 6.- 25 de nuestras 30 pacientes (83.3%), tuvieron sintomatología sugestiva de endometriosis (por lo menos uno de dos síntomas - dismenorrea y dispareunia), y solo cinco pacientes se encontraban asintomáticas (16.7%). (Gráfica 7)
- 7.- 20 de las 30 pacientes cursaban con esterilidad primaria y 10 de las 30 con esterilidad secundaria, al momento del estudio laparoscópico (66.7% y 33.3% respectivamente). (Gráfica 8)
- 8.- De las 20 pacientes con esterilidad primaria, en 15 se confirmó el diagnóstico de endometriosis por estudio histopatológico (75%), y de las 10 pacientes con esterilidad secundaria, en cinco (50%) se encontró endometriosis comprobada histopatológicamente. En la Gráfica 9 se muestra el total de pacientes con diagnóstico de endometriosis; 75% con esterilidad primaria y 25% con esterilidad secundaria.
- 9.- Por medio del estudio histopatológico, se diagnosticaron 20 casos de endometriosis (66.7%); tres pacientes tuvieron un estudio histopatológico normal (10%) y siete pacientes tuvieron otros hallazgos histopatológicos (23.3%). (Gráfica 10)

- 10.- Se sospecho endometriosis acromiática macroscópicamente en cuatro pacientes y se obtuvo confirmación diagnóstica de endometriosis en los cuatro casos; 3 de estas pacientes cursaban con dismenorrea y solo una se encontraba asintomática. (Gráfica 11)
- 11.- De las 20 pacientes con diagnóstico histopatológico de endometriosis, 19 (95%) tenían sintomatología y solo una paciente (5%) no tenía sintomatología. Al aplicar la prueba de Fisher, se encontró una asociación significativa con una $p < 0.01$. (Tabla 1)
- 12.- Los sitios de localización de las lesiones endometriósicas en las 20 pacientes con confirmación histopatológicas fueron los siguientes (se incluyen las pacientes con dos o más sitios de endometriosis):
- a). 13 lesiones en ligamento utero-sacro
 - b). 8 lesiones en ovario izquierdo
 - c). 8 lesiones en fondo de saco posterior

- d). 4 lesiones en salpínges derecha
- e). 3 lesiones en ovario derecho
- f). 3 lesiones en ligamento ancho
- g). 3 lesiones en vejiga
- h). 1 lesión en salpínges izquierda
- i). 1 lesión en cara anterior de útero
- j). 1 lesión en peritoneo parietal

En ningún caso se clasificó la severidad de la endometriosis.

CONCLUSIONES

Al analizar los resultados del presente estudio podemos concluir lo siguiente:

- 1.- No hay diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la edad, menarca, características del ciclo menstrual, inicio de relaciones sexuales de las pacientes incluidas en el estudio, en comparación con otros reportes.
- 2.- La frecuencia de endometriosis en nuestro grupo de pacientes estériles fue de 66.7% con lo que se confirmó la hipótesis del estudio. En la literatura se reporta de un 40 a 50% de endometriosis en pacientes estériles. Sin embargo nuestra muestra es muy pequeña, por lo que se requiere ampliar el número de casos en estudios subsiguientes.
- 3.- La existencia de dismenorrea y/o dispareunia en los casos de endometriosis, confirmada por estudio histopatológico es altamente significativa. Probablemente si se estudian grupos de población más grande el diagnóstico de dismenorrea primaria disminuya considerablemente.

- 4.- No hay diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la frecuencia de endometriosis en pacientes con esterilidad primaria y secundaria.
- 5.- Cada vez con mayor frecuencia se encuentran casos atípicos de endometriosis, la endometriosis acromática es un ejemplo de ellos; en nuestro grupo de estudio se encontró endometriosis acromática en cuatro casos (20%). La confirmación por biopsia es indispensable, un 75% de pacientes con endometriosis acromática fueron asintomáticas.
- 6.- Es imprescindible realizar biopsia en cualquier Laparoscopia diagnóstica; la biopsia debe convertirse en un procedimiento de rutina sobre todo cuando se estudian pacientes estériles.
- 7.- También es imprescindible utilizar alguno de los sistemas de clasificación laparoscópica de endometriosis al encontrar dicho padecimiento, ya que no basta con describir solo la localización de las lesiones; para establecer un diagnóstico y un plan de tratamiento, se requiere conocer la extensión y puntaje de la enfermedad.

8.- Sugerimos continuar este estudio utilizando un grupo control de pacientes con fertilidad comprobada a quienes se les realice Laparoscopia con otros fines (por ejemplo esterilización). Lo que nos permitirá conocer la frecuencia de endometriosis no solo en pacientes estériles.

T A B L A I

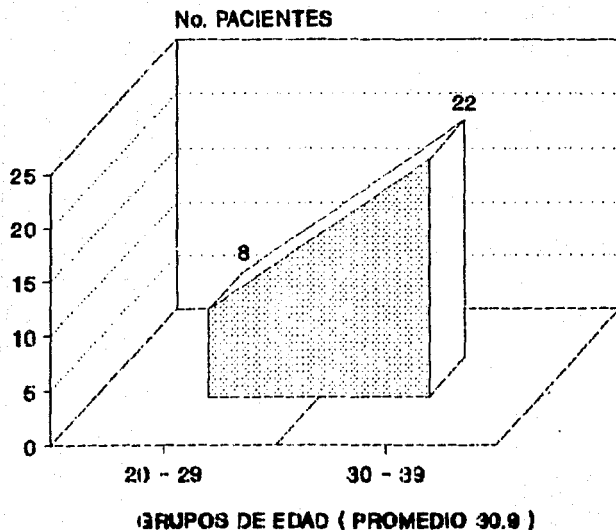
CORRELACION ENDOMETRIOSIS CON SINTOMATOLOGIA

		ENDOMETRIOSIS		
		-		Totales
	1?	6		25
SINTOMAS	1	4		5
	20	10		30

p ≤ .01 A.S.

HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS

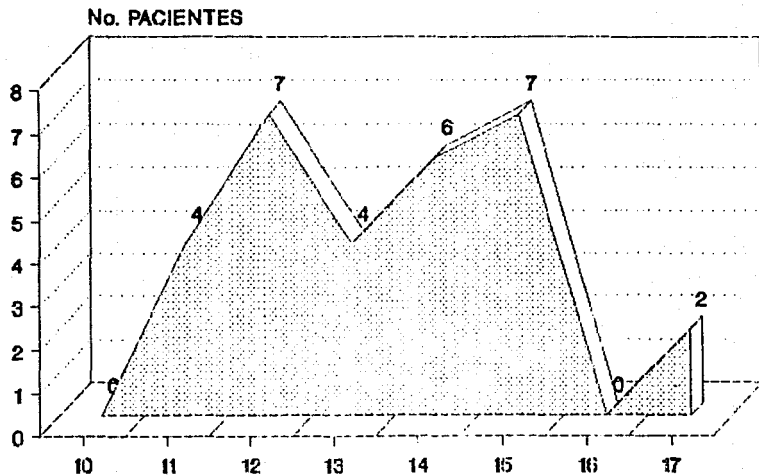
GRAFICA 1



C. H. 20 DE NOV. 1999TE
RCCB

HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS

GRAFICA 2

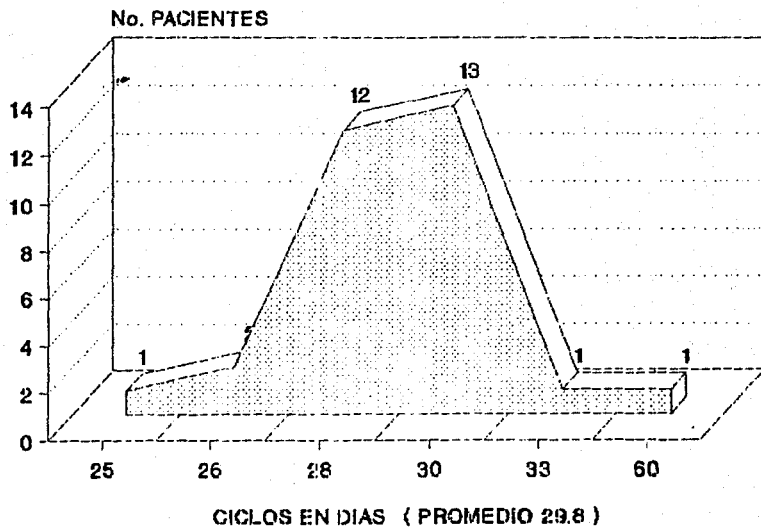


EDAD DE LA MENARCA (PROMEDIO 13.1)

C. H. 20 DE NOV. 1985TE
RCCB

HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS

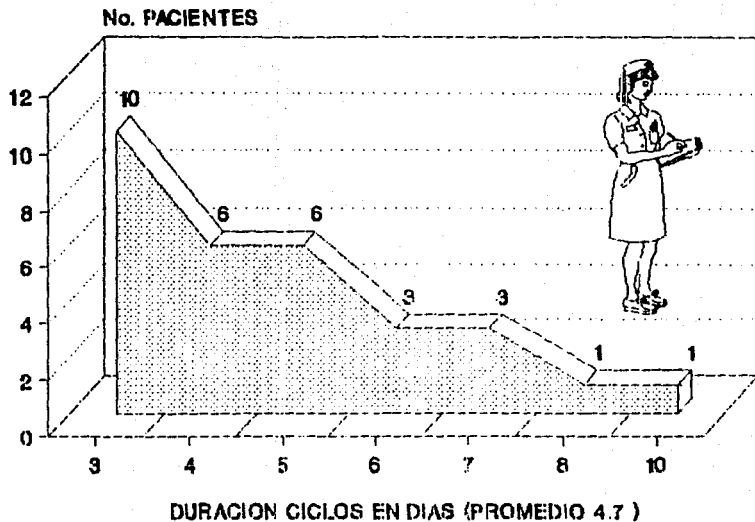
GRAFICA 3



C. H. 20 DE NOV. 1998E
RCCB

HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS

GRAFICA 4

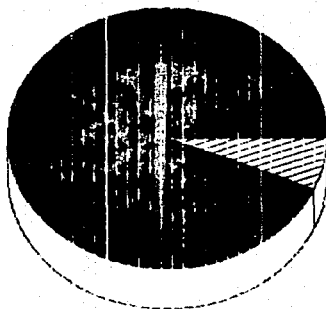


C. H. 20 DE NOV. 1995TE
RCCB

HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS

GRAFICA 5

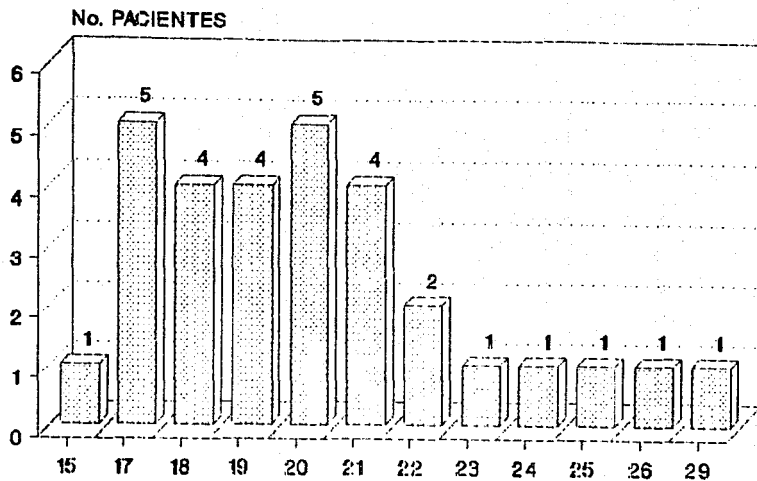
REGULARES
93.3%



IRREGULARES
6.7%

C. H. 20 DE NOV. ISSSTE
RCCB

HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS GRAFICA 6

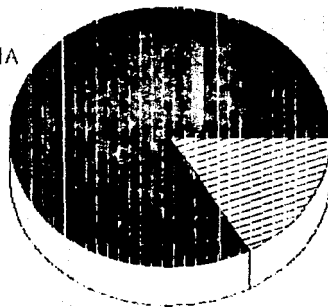


IVSA (AÑOS) PROMEDIO 20.1

C. H. 20 DE NOV. ISSSTE
RCCB

HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS GRAFICA 7

C/SINTOMATOLOGIA
83.3%



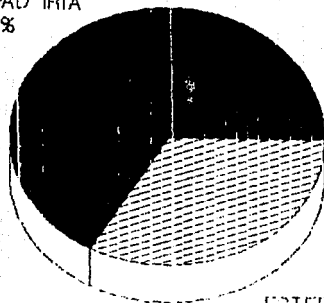
S/SINTOMATOLOGIA
16.7%

RELACION DE PACIENTES
CON Y SIN SINTOMATOLOGIA

C. H. 20 DE NOV. ISSSTE
RCCB

HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS GRAFICA 8

ESTERILIDAD 1RIA
66.7%



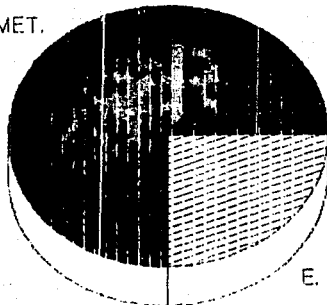
ESTERILIDAD 2RIA
33.3%

RELACION DE PACIENTES
CON ESTERILIDAD 1RIA Y 2RIA

HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS

GRAFICA 9

E. 1RIA Y ENDOMET.
75%



E. 2RIA Y ENDOMET
25%

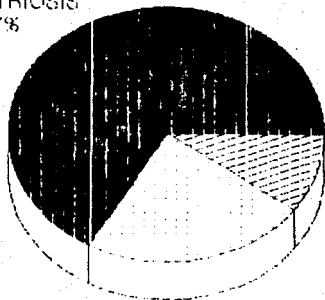
TIPO DE ESTERILIDAD Y ENDOMETRIOSIS

C. H. 20 DE NOV. 1993TE
RCCB

HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS

GRAFICA 10

ENDOMETRIOSIS
66.7%



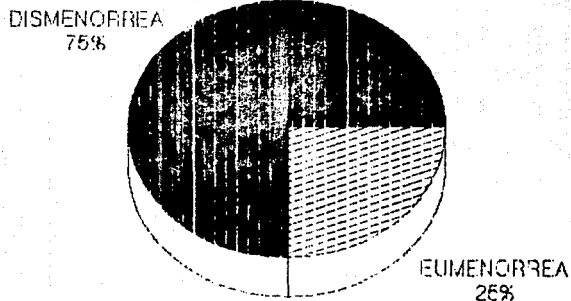
NORMAL
10%

OTROS Dx.
23.3%

RESULTADO DE ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

C. H. 20 DE NOV. 1998TE
RCCB

HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS GRAFICA 11



ENDOMETRIOSIS ACROMATICA
Y DISMENORREA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- S. Franzenheim Laparoscopia y Cuidoscopia en Ginecología.
ED. Científica Médica. Barcelona 1972.
- 2.- The Tuber After Occlusion with the Falope Ring Endoscopy in Gynecology. Dr. Levinson C.J. Day Ley Hl. Pathologie. Changes in Phillips M.M. (Ed.) St. Louis Saqi. Press. 1973.
- 3.- Valutazione Critica dello impiego de ya Laparoscopia in (diagnóstica). Ginecológica. Revista. Diagnóstica Minerva Ginecológica.
Min - GIN 30-1978.
- 4.- Esterilidad Producida por endometriosis
J.T. González Gutiérrez
Ginecología y obstetricia de Mex.
Vol. 55. Enero de 1987. 1-7

5.- Correlation Between Histerosalpingografic and pelvic endoscopy for evaluation of tubal facto.

Dr. MOGHLISSI. R.S. MGS.

Fertil ETHERL 26: 1178-1181. 1975

6 - Laparoscopia (700 casos)

Dr. John son CARL E.

Rochester, Minnesota

Clinicas ginecologicas y obstetras

Sep. 1976. Pag. 707

7.- Laparoscopia abierta

Análisis de 60 casos

Dr. Inojosa Mata Mario Antonio

DR. Morales Perez Armando

Ginecologías y obstetricias de Mex.

Vol. 50, Nov. 1982, Pag. 201

8.- Laparoscopy In Gynecology and Obstetrics

Dr. Santa Maria - Palacios S. - Mendoza G.

Rev. Cli. Española 1980, Mar 15: 156 (5) 333-6

9.- Lo mas reciente en el dx y tx de la endometriosis
XIII IFFS Congreso Mundial de fertilidad y
esterilidad.

Rev. Simposium Oct 1989. Pag. 1-8

10.- Aspectos inmunológicos de la endometriosis

W Paul Dmowsky. MD. PhD.

Sterling International

lad-62 - F - Jul. - 91.

11.- Kresch AA seifer DB. Sachs LB at: Laparoscopy in
100 women with chronic pelvic pain. Obstet.
Ginecol 64: 672. 1984.

12.- Hricak H Lacey C. Schrioc E. et al: Ginecology
masses: value of magnetic resonance imagin Am J
Ostet Ginecol 153:31, 1985.

13.- Friedman H. Volgezan RL. Mendelson EB et al: en
dometriosis detection by US with laparoscopic
correlation. Radiology 157:217, 1985.

14.- Nishimura K. Togashi K. Itoh K et al: Endometrial
cysts of the ovary: MR imaging Radiology
162:315. 1987.

15. Metzger DA. Olive DL. Stohs GF. et al: association
of endometriosis and espontaneous abortion: Effect
of control group selection.
Fertil Steril 45:18. 1986.

16.- Persons AK. Patel P. Horowitz A. et al: Magnetic
resonance imaging of pelvic endometriosis
(abstract 195 Presented at the 35th Annual Meeting
society for gynecology investigation,
Baltimore March 1986.

17.- Endometriosis Associated Infertility
Treatment Options

Randle S. Corfman Ph.D. M.D.

David A. Grainger M.D.

The Journal of Reproductive Medicine, Inc. 0024-
7758 89 135-140

18.- Laparoscopic appearances of peritoneal endometriosis.

Dan C Martin - Gary D Hebert M.D.

Fertility and Sterility

Vol. 51 No. 1 January 1989. 63-67

19.- Walsh JW Taylor KJW, Rosenfield AT: Gray scale ultrasonography in the diagnosis of endometriosis and adenomyosis.

AM J Radiol. 132:87, 1979.

20.- Wheeler JM Johnston BM, Malinak LR: The relationship of endometriosis to spontaneous abortion.

Fertil Steril 39:656, 1983.

21.- Avances en endometriosis

Dr. Ricardo Poul Ferrari

Revista Latinoamericana de esterilidad y fertilidad.

Vol. 5, No. 2, Abril 1991. 65-69.

- 22.- Liu DTY Hitchcock A endometriosis.
Its association with retrograde menstruation,
dismenorrea and tubal pathology Br. J obstet
Ginecol.
1986:93, 859.
- 23.- Bait RE. Smith RA Naplesa JD y cols.
Duplications of the mullerian system and
pelvndometriosis.
In Bruhat M. Canis M Canis M Endometriosis Basel,
Karger 1987, 315.
- 24.- Clinicas de ginecología y obstetricia.
Temas Actuales
Endometriosis, Vol. 1, 1989.
- 25.- Endometriosis.
Leon Esperoff Robert H. Glass-Nathan G. Kase
Endocrinología ginecológica e infertilidad.
Ed. Toray S.A. 3ra. ed. 501-514.

26.- Gynaecological Laparoscopy.

The report of the working party of the confidential enquiry into gynaecological laparoscopy.

B.R.J. Obstet, Gynaecol.

Dr. Carron Browns J.A.

Dr. Chamberlain

as (e): 401-3, Jun 78.

27.- Gynaecological Laparoscopy

Dr. Chamberlain ANH R. Col. surg. Engl.

1980. mar 62 (2): 113-5

28.- Laparoscopy as a diagnostic aid in gynecology

Rev. Chil Obstet Ginecol

Dr. Griffiths

1980:45 (1), 47-8.

29.- Infertility in laparoscopy in prespective review
of five hundred cases.

Dr. Musich JR

Dr. Behrmans S.J.

Am. J. Obstetric and gynecology 1982. Jun 1:143

(3), 293-303.

30.- Uso de la laparoscopia en ginecología

Millan David R.

Vol. 3, 1978

**Temas actuales de ginecología y obstetricia
(Interamericana)**

Pag. 571.

31.- Endometriosis y Esterilidad

Tratamiento comparativo con gestrinona y danazol

Dr. Victor Ruiz Velasco, MD.

Dr. Jaime Rosas Arceo, MD

Alfonso Arsenso, MD

Esterilidad y Fertilidad, Rev: Latinoamericana

Vol. 5, No. 2, Abril 1991: Pag. 58-62.

32.- Avances en endometriosis

Dr. Ricardo Fou Ferrari

Esterilidad y Fertilidad, Rev: Latinoamericana

Vol. 5, No. 2, Abril 1991: Pag. 65-69