

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



159
2EJ

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO "LA RAZA"

FALLA DE ORIGEN
ENDOMETRIOSIS OVARICA
PROFUNDA: EVALUACION DE LA
SECUENCIA DIAGNOSTICA,
TERAPEUTICA Y RESULTADOS

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A
DRA. ROMILDA URBINA SUAREZ

ASESOR: DR. JUAN C. HINOJOSA CRUZ



MEXICO, D. F.

MARZO 1995

SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
SECRETARÍA DE ECONOMÍA



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



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.

**ENDOMETRIOSIS OVARICA PROFUNDA:
EVALUACION DE LA SECUENCIA DIAGNOSTICA
TERAPEUTICA Y RESULTADOS.**

DEDICATORIA

A

MAYOQUI

MI HERMANO POR SIEMPRE

INDICE

ANTECEDENTES CIENTIFICOS	1
OBJETIVOS	5
HIPOTESIS	6
MATERIAL Y METODOS	7
RESULTADOS	8
GRAFICAS	12
COMENTARIOS	20
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFIA	24

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La endometriosis es una de las patologías más frecuentes en ginecología, reportándose una incidencia de afección a mujeres en edad reproductiva que vá del 7 al 50% (1), además frecuentemente asociada a esterilidad y a síntomas tales como dolor pélvico crónico, dismenorrea y dispareunia.

La endometriosis ovárica profunda es una de las formas frecuentes dentro de la distribución de la endometriosis y corresponde a por lo menos endometriosis moderada, según la clasificación revisada de la Sociedad Americana de Fertilidad (2).

El ovario es el sitio más común de endometriosis debido a que tiene una superficie irregular que permite al tejido endometrial penetrar hacia su sustancia, además es un sitio con mayor predisposición para desarrollar enfermedades adherenciales que forman una cavidad potencial para el endometrioma (3).

La existencia de endometrioma significa un volúmen crítico de endometriosis, distorsión de la anatomía y frecuentemente coexiste con formación de adherencias, incrementando el ries-

go de dolor y esterilidad (3).

Se han propuesto multitud de esquemas de tratamiento para erradicar ésta enfermedad, minimizar la sintomatología y conseguir el embarazo, los cuales han sufrido cambios con los años. En 1958, Kistner trató la endometriosis con combinaciones de estrógenos y progestágenos, induciendo un estado de pseudoembarazo; en 1971, Greemblatt y cols. iniciaron el tratamiento con Danazol, induciendo una condición de pseudomenopausia (1).

Hace ya algunos años, se propuso el manejo quirúrgico-consevador en el tratamiento de la endometriosis con laparotomía precedido y/o seguido por terapia médica (1).

Recientemente se inició el manejo de la endometriosis por medio de la cirugía laparoscópica sola o combinada con Danazol, aunque más recientemente se han utilizado análogos de GnRH para el tratamiento de ésta enfermedad (1).

Actualmente se considera que el tratamiento médico único es transitorio, porque se sabe que ésta enfermedad tiende a recurrir en un rango de aproximadamente el 19% (4), y la única

terapia curativa es la ooforectomía bilateral.

Por otro lado, el tratamiento quirúrgico en efecto es capaz de erradicar la endometriosis ovárica profunda, pero por sí mismo no erradica las recurrencias y sí contribuye a la neoformación de adherencias, reportándose ésta última complicación hasta en un 97% (5).

Debido a que la cirugía es el tratamiento de elección para la endometriosis ovárica profunda, las posibilidades de un diagnóstico diferencial con quistes funcionales es crucial, y aunque se cuenta con el ultrasonido abdominal, se han reportado fallas en éste, sin embargo se alcanza una sensibilidad del 75% y una especificidad del 90% con el ultrasonido transvaginal (6).

El tratamiento de la endometriosis ovárica profunda es definitivamente quirúrgico (7), y dentro de las modalidades quirúrgicas se cuenta con la laparoscopia y la laparotomía utilizando adyuvantes como la electricidad, el láser y otros (8,9,10) Pacientes tratadas laparoscópicamente con láser tuvieron un 38% de fertilidad y un 77% de remisión del dolor (10).

Respecto al tratamiento combinado, médico-quirúrgico -

se han estudiado tanto las ventajas como los problemas, estando entre las primeras que la cirugía puede ser simplificada, sobre todo al disminuir el tamaño de la masa endometriósica, además - que previene las posibilidades de implantes si ocurriese derrame de algún quiste durante la cirugía, éste último aún motivo de controversia (11,12).

Dentro de los problemas de la medicación conjunta prequirúrgica, se dice que al reducir las lesiones puede no hacer - las visibles y por lo tanto no ser removidas quirúrgicamente, - las cuales pueden proliferar una vez suprimido el tratamiento médico, asimismo la cicatrización alrededor y dentro de las mismas dificultaría su remoción, también se menciona que el tratamiento médico postquirúrgico puede tener efecto sistémico y retardar la recuperación de la cirugía, además de alterar la cicatrización en peritoneo y ovarios y no permitir intentar el - embarazo después de la cirugía (11,12).

Por otro lado se ha logrado demostrar que el endometrio heterotópico tiene un comportamiento diferente al ortotópico y - de ésta manera aunque una mujer esté en amenorrea, la enfermedad puede progresar.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Analizar el resultado del tratamiento de la endometriosis ovárica profunda en función de sintomatología, embarazo y recurrencia.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

Determinar la frecuencia de la endometriosis ovárica profunda.

Analizar la metodología diagnóstica para la endometriosis ovárica profunda.

HIPOTESIS

El tratamiento quirúrgico es el tratamiento de elección para la endometriosis ovárica profunda.

El tratamiento quirúrgico no es el tratamiento de elección en el manejo de la endometriosis ovárica profunda.

MATERIAL Y METODOS

Se incluyeron en el grupo de estudio los casos de las pacientes que acudieron al servicio de Biología de la Reproducción del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico *La Raza*, en los años de 1991, 1992 y 1993, por esterilidad primaria o secundaria y a aquellas con dolor pélvico crónico y/o dismenorrea sin deseo de embarazo, en quienes por laparoscopia se confirmó el diagnóstico de endometriosis ovárica profunda, de quienes fué posible el análisis completo de sus expedientes médicos y que estuvieron en control por lo menos durante 6 meses posteriores al procedimiento terapéutico establecido.

Se excluyeron a las pacientes que desistieron de su deseo de embarazo por pérdida de la pareja (dos), y a las que no volvieron a control por causa desconocida (una).

RESULTADOS

En los años en que se realizó el estudio se diagnosticaron 120 casos de endometriosis ovárica profunda, incluimos solo a aquellos que llenaron nuestros criterios, por lo que nuestro grupo de estudio quedó conformado por 32 pacientes, en las que el rango de edad fué de 21 a 38 años, con un promedio de 29.1 La menarca en ellas se presentó entre los 11 a 14 años con un promedio de 12.3 Todas tenían ciclos menstruales regulares y el IVSA fué en promedio de 24.1 años.

23 de las 32 pacientes acudieron por esterilidad primaria (71.85), 5 de las 32 por esterilidad secundaria (15.6%) y 4 (12.5%) sin deseo de embarazo pero con dolor pélvico y/o dismenorrea. Fig 1

21 de las 28 (75%) pacientes que acudieron por esterilidad presentaban además dolor pélvico y/o dismenorrea.

Fig 2.

El diagnóstico de sospecha de endometriosis ovárica profunda por ultrasonido se realizó en 12 de 20 casos (60%).

Fig 3.

Otros factores alterados sospechados prelaparoscopia fueron el uterino 6.2% (dos casos), el masculino 3.1% (un caso), y el tuboperitoneal 25% (8 casos). Fig 4

Por laparoscopia se confirmó la presencia de endometriosis ovárica profunda en el 100% de los casos, correspondiendo un 40% a endometriosis severa, otros hallazgos fueron: miomatosis uterina en el 15% (tres casos), alteración tuboperitoneal en el 40% (8 casos) y malformación mulleriana en el 5% (un caso). Fig 4

Posterior a la laparoscopia diagnóstica, 13 de las 32 pacientes (40.3%) fueron tratadas médicamente, y 4 de éstas pacientes por laparoscopia de segunda mirada se notificó persistencia de la enfermedad, y una se encontró sin enfermedad.

Se realizaron 31 laparotomías, reportándose la presencia de endometriosis ovárica profunda en el 100% de los casos, siendo dilaterales un 25.8% (8 casos), se confirmó un 43.7% (15 casos) de enfermedad adherencial anexial, 3.2% (un caso) de oclusión tubaria distal, 9.6% (tres casos) de miomatosis uterina y un 3.2% (un caso) de malformación mulleriana. Fig 4. y

5

En las 31 pacientes se realizó excéresis de endometrioma, 14 adherenciolisis, 1 fimbrioplastía, 1 resección - de rudimento uterino y 3 miomectomías. Fig 6

9 de las 31 pacientes (29%) tratadas quirúrgicamente- recibieron posteriormente tratamiento médico con danazol.

En un tiempo promedio de 12 meses posteriores a la laparotomía, se confirmaron por laparoscopia de segunda mirada un 9.6% (tres casos) de recurrencia. Fig 7.

De las 28 pacientes que acudieron por esterilidad, en 7 se logró embarazo (25%) en un tiempo promedio de 15.4 meses - posteriores al tratamiento quirúrgico, de éstas 6 no recibieron tratamiento médico posterior al tratamiento quirúrgico, y una fué tratada con danazol. La tasa de embarazo corregida fué del 28% - al excluir a las pacientes que posteriormente a recibir el tratamiento, desistieron del deseo de embarazo por separarse de su pareja (dos casos), y una por abandono del seguimiento por causa desconocida. Fig 8.

5 de las pacientes embarazadas correspondían al grupo de esterilidad primaria y 2 al grupo de esterilidad secundaria.

Una paciente que acudió por dolor pélvico y dismenorrea, presentó hepatitis postdanazol, pero se logró remisión de la sintomatología. Otra se envió a reproducción asistida.

Con respecto a las pacientes que acudieron por dolor pélvico y/o dismenorrea, todas se dieron de alta asintomáticas.

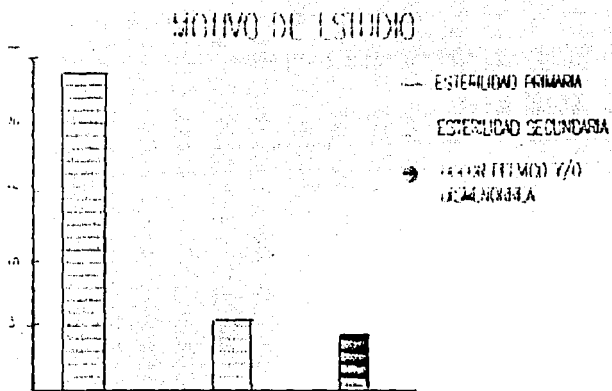


Fig. 1

DOLOR Y/O DISMENORREA

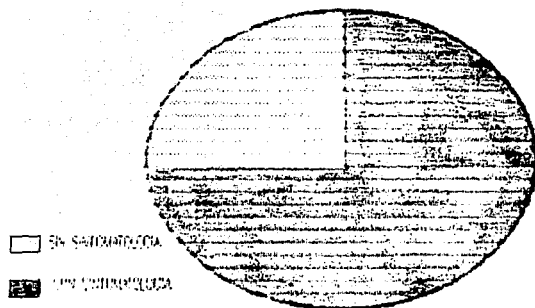


Fig 2.

SUSPECHA POR ULTRASONIDO

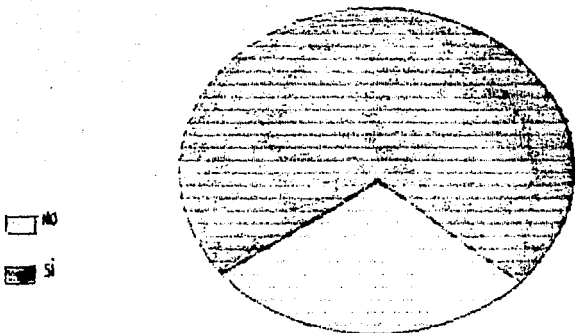


Fig 3

DIAGNOSTICO DE OTROS FACTORES

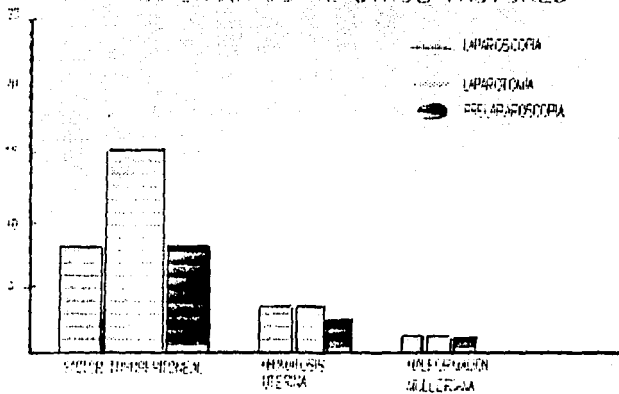


Fig 4

ENDOMETRIOMAS BILATERALES

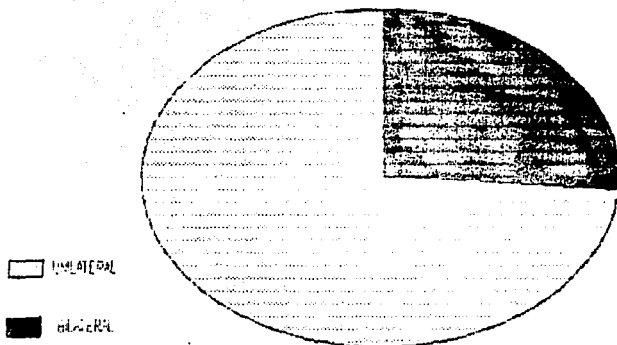


Fig 5

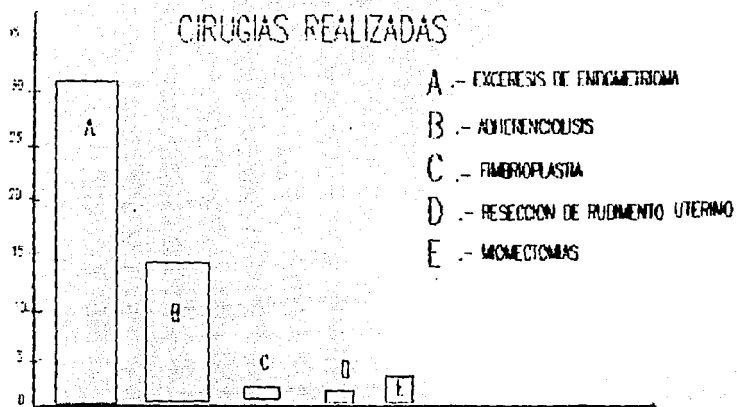


Fig 6

RECURRENCIAS

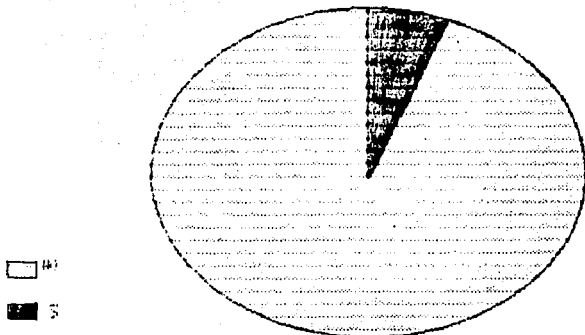


Fig. 7

TASA DE EMBARAZO

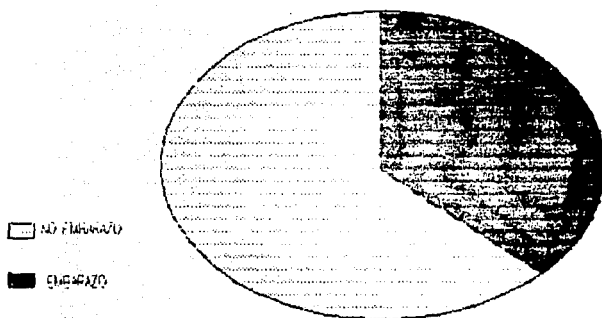


Fig 8

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

COMENTARIOS

En el servicio de Biología de la Reproducción, del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del CMN *La Raza*, de cada 250 laparoscopías que se realizan, se diagnostica endometriosis en el 25% de los casos, de éstos etapificando la enfermedad el 39% correspondería a endometriosis mínima, un 27% a endometriosis leve, el 24% a endometriosis moderada y el 10% a endometriosis severa. El 11% corresponde a endometriosis ovárica profunda, que por sí misma etapifica a la enfermedad por lo menos como endometriosis moderada.

En el periodo del estudio se realizaron 1608 laparoscopías diagnósticas, encontrando 120 casos de endometriosis ovárica profunda (7.5%).

Un 87.5% de los casos estuvo asociado a esterilidad, y la mayoría de las pacientes presentaron además de la esterilidad dolor pélvico y/o dismenorrea (75%).

La laparoscopia confirma en el 100% de los casos la -

presencia de endometriosis ovárica profunda y el diagnóstico de sospecha por ultrasonido en el 60%, corresponde al publicado por otros autores.

Es importante señalar la alta frecuencia de bilateralidad de endometriosis ovárica profunda en nuestro grupo de estudio, así como la presencia de más de un 50% de alteración del factor tuboperitoneal asociado, lo cual disminuye el pronóstico para la fertilidad en ellas.

Como ha sido sugerido por otros autores, el tratamiento médico no resuelve en forma definitiva la endometriosis ovárica profunda, lo cual queda demostrado al resaltar que de las 13 pacientes que recibieron tratamiento médico posterior a la laparoscopia 12 ameritaron laparotomía donde se documentó la enfermedad, a pesar de eso la terapia médica preoperatoria se propone como adyuvante para facilitar la cirugía, disminuir el sangrado transoperatorio y la probabilidad de reformación de adherencias, éste punto aún continúa siendo motivo de controversia, y el seguimiento a largo plazo en ésta serie, dará la pauta para su uso rutinario.

La probabilidad de recurrencia de un 10% a los 12 meses después del tratamiento quirúrgico confirma el beneficio del tratamiento quirúrgico para la endometriosis ovárica profunda.

En cuanto a la tasa de embarazos del 28% en un tiempo promedio de 15,4 meses, es similar a lo referido por otros autores.

El pronóstico en cuanto a sintomatología es promisorio aunque es indispensable el seguimiento a largo plazo a éstas, para evaluar la recurrencia.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio confirmamos que el tratamiento para la endometriosis ovárica profunda, causante ya sea de esterilidad primaria o secundaria y dolor pélvico crónico y/o dismenorrea aún sin deseo de embarazo, es idealmente el tratamiento quirúrgico conservador, independientemente de que se administre o no terapia médica adyuvante.

BIBLIOGRAFIA

1. Fayas, J. COMPARATION OF DIFFERENT TREATMENT METHODS OF ENDOMETRIOMAS BY LAPAROSCOPY. *Obst Gyn.* 1991;78:660-65.
2. The American Fertility Society. REVISED AMERICAN FERTILITY - SOCIETY CLASSIFICATION OF ENDOMETRIOSIS: 1985. *Fertil Steril.* 1985; 43:351-352.
3. Wood, C. et al. DIAGNOSIS AND SURGICAL MANAGEMENT OF ENDOMETRIOMAS. *Aust. N. Z. J. Obst Gynaec.* 1992;32:161-63.
4. Redwine, D. CONSERVATIVE LAPAROSCOPIC EXCISION OF ENDOMETRIOSIS BY SHARP DISECTION: LIFE TABLE ANALYSIS OF REOPERATION AND PERSISTENT OF RECURRENT DISEASE. *Fertil Steril.* 1991;56:628-634.
5. Operative Laparoscopy Study Group. POSTOPERATIVE ADHESION DEVELOPMENT AFTER OPERATIVE LAPAROSCOPY: EVALUATION AT EARLY SECOND LOOK PROCEDURES. *Fertil Steril.* 1991;55:700-04.
6. Mais, V. et al. THE EFFICIENCY OF TRANSVAGINAL ULTRASONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF ENDOMETRIOMA. *Fertil Steril.* 1993;50:776-780.

7. Canis, M. et al. SECOND LOOK LAPAROSCOPY AFTER LAPAROSCOPIC -
CYSTECTOMY OF LARGE OVARIAN ENDOMETRIOMAS. Fertil Steril. 1992; -
58:617-19.
8. Vercellini, P. et al. LAPAROSCOPIC ASPIRATION OF OVARIAN ENDO -
METRIOMAS. J. Rep. Med. 1992; 24:577-80.
9. Cook, A. Rock, J. THE ROLE OF LAPAROSCOPY IN THE TREATMENT OF -
ENDOMETRIOSIS. Fertil Steril. 1991; 55:663-79.
10. Daniell, J. et al. LASER LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF LARGE ENDO -
METRIOMAS. Fertil Steril. 1991; 55:692-95.
11. Thomas, E, J. COMBINING MEDICAL AND SURGICAL TREATMENT FOR EN -
DOMETRIOSIS: THE BEST OF BOTH WORLDS? . Br J Obst Gyn. 1992; 99:5-
8.
12. Shaw, R, W. THE ROLE OF GnRH ANALOGUES IN THE TREATMENT OF EN -
DOMETRIOSIS. Br J Obst Gyn. 1992; 99:9-12.