



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA
NUMERO 4 LUIS CASTELAZO AYALA.

**IMPACTO DEL TRATAMIENTO
MEDICO – QUIRURGICO SOBRE LA FERTILIDAD
EN MUJERES CON ENDOMETRIOSIS EN EL HOSPITAL
LUIS CASTELAZO AYALA EN EL PERIODO 2011 - 2012.**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DR. FERNANDO RAFAEL GUERRERO LOPEZ

TUTOR Y ASESOR METODOLOGICO:

DR. JUAN CARLOS MARTINEZ CHEQUER



MÉXICO DF

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez

Director General

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4, Luis Castelazo Ayala. IMSS.

Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer

Director de Educación e Investigación en Salud

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4, Luis Castelazo Ayala. IMSS.

Sitio donde se desarrolló el tema:

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4, Luis Castelazo Ayala. IMSS.

Tutor y Asesor metodológico:

Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer

Director de Educación e Investigación en Salud

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4, Luis Castelazo Ayala. IMSS.

Autor:

Dr. Fernando Rafael Guerrero López.

Residente de 4to año de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4, Luis Castelazo Ayala. IMSS.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer,
por su confianza, dedicación y apoyo para la
realización de esta tesis

Al Servicio de Biología de la Reproducción y Tracto Genital Superior,
así como al departamento de Archivo Clínico
del hospital, por las facilidades otorgadas para la elaboración del presente trabajo.

DEDICATORIA

A Dios, a mi Esposa Brenda Cabrera, a mi Hijo Fernando Daniel Guerrero,
a mis padres y hermanos
por ser lo más importante en mi vida y por creer siempre en mi.

ÍNDICE

Página

Resumen	.....	7
Marco teórico	.....	9
Justificación	.....	12
Planteamiento del problema	.....	13
Objetivo general	.....	14
Hipótesis de trabajo	.....	15
Metodología	.....	16
Resultados	.....	17
Discusión	.....	20
Conclusiones	.....	21
Referencias Bibliográficas	.....	22
Anexo 1. Formulario de recolección datos	.....	23
Anexo 2. Clasificación ASRM	.....	25
Anexo 3. Gráficas	.....	26

RESUMEN

La endometriosis es considerada como un proceso inflamatorio crónico, debilitante, que afecta a una gran cantidad de mujeres en edad fértil, caracterizada por su alta tasa de recurrencia. Es definida como la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina y se puede manifestar como lesiones viscerales peritoneales, adherencias, fibrosis o endometriomas.

La endometriosis esta presente en 6-10% de las mujeres en edad fértil, se encuentra como causa atribuible hasta para el 38% de las pacientes infértiles y hasta un 87% de mujeres que presentan dolor pélvico crónico puede ser a causa de endometriosis.

Se estima que en Estados Unidos de America existen cerca de 7 millones de mujeres afectadas por dicha patología, así mismo se reportan alrededor de 51,000 mujeres hospitalizadas por año en el rango de edad de 15 – 64 años.

Es importante mencionar lo enigmático de esta entidad nosológica ya que la magnitud o severidad de la sintomatología no se correlaciona con la severidad de la progresión de la enfermedad ya que pacientes con estadios tempranos pueden cursar con un cuadro clínico sumamente florido y pacientes con estadios avanzados de la enfermedad pueden cursar asintomáticas.

OBJETIVO:

Conocer el impacto sobre la fertilidad a corto plazo en las mujeres con endometriosis, sometidas a tratamiento medico, quirúrgico y/o medico – quirúrgico

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo, transversal y descriptivo, mediante la consulta del censo diario del servicio de ginecología, así como las bitácoras de la consulta externa de los servicios de Biología de la Reproducción, Tracto Genital Superior y Laparoscopia, identificando a las pacientes con diagnostico de Endometriosis. en el periodo comprendido del 01 de Noviembre de 2011 al 31 de Octubre de 2012, identificación de pacientes susceptibles a participar en nuestra investigación y entrevista a la paciente con la finalidad de conocer resultados a corto plazo sobre la fertilidad. Posteriormente se recolecto la información en una base de datos, se efectuó el análisis estadístico con programas informáticos.

RESULTADOS:

Se obtuvo un total de 53 expedientes de pacientes con el diagnostico de Endometriosis en el periodo establecido, se identificaron aquellas pacientes que cumplían con los criterios de inclusión para la presente investigación, siendo un total de 40 pacientes, y se observo que no se obtuvo ningún embarazo en la población a lo largo del periodo de estudio, por lo que se efectuó un análisis mas a fondo a cerca de las características clínicas y sociodemográficas de la muestra de las pacientes comparándolas contra el grado de extensión de la enfermedad, (Leve o Severa)

CONCLUSIONES

No se documento gestación en las pacientes estudiadas durante el periodo establecido. Es necesario un mayor estudio de la relación entre fertilidad y endometriosis así como valorar

las opciones terapéuticas brindadas a nuestra población ya que parecieran no ser las adecuadas para lograr gestación.

Dado que el estudio de la fertilidad en nuestro medio institucional no es un programa prioritario en este momento es necesaria plantear una estrategia eficaz y de apoyo a las pacientes que padecen esta condición clínica con la finalidad de brindar mejor atención a nuestra población derechohabiente.

Por ultimo es necesario plantear la utilización de todas las técnicas de reproducción asistida a nuestra población derechohabiente ya que en el periodo de investigación establecido no se efectuaron.

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCION:

La endometriosis es considerada como un proceso inflamatorio crónico, debilitante, que afecta a una gran cantidad de mujeres en edad fértil, caracterizada por su alta tasa de recurrencia,^{1,2}

Es definida como la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina y se puede manifestar como lesiones viscerales peritoneales, adherencias, fibrosis o endometriomas.^{1,2,3,}

La endometriosis esta presente en 6-10% de las mujeres en edad fértil, se encuentra como causa atribuible hasta para el 38% de las pacientes infértiles y hasta un 87% de mujeres que presentan dolor pélvico crónico puede ser a causa de endometriosis.⁴

Se estima que en Estados Unidos de America existen cerca de 7 millones de mujeres afectadas por dicha patología.⁵ así mismo se reportan alrededor de 51,000 mujeres hospitalizadas por año en el rango de edad de 15 – 64 años.⁶

La endometriosis es rara antes de la menarca y tiende a desaparecer posterior a la menopausia, siendo su pico máximo de diagnostico e incidencia en la cuarta década de la vida.⁵

Estudiando otros parámetros se ha identificado que los hallazgos laparoscópicos en mujeres de origen Afroamericano e hispanas son menos severos en comparación con mujeres caucásicas, así mismo el componente genético se encuentra incrementado hasta en 8 veces comparado con la población general, en aquellas pacientes cuya ascendencia de primer grado padece o padeció endometriosis.⁶

Al hablar de la etiología de esta enfermedad podemos hacer mención a las distintas teorías enumeradas siendo la mas aceptable en nuestros días la teoría de menstruación retrograda así mismo mencionamos la migración linfática y hematógena y la metaplasia celómica teorías que son capaces de explicar la presencia de tejido endometrial en el exterior de la cavidad uterina provocando lesiones que son capaces de activar sustancias pro inflamatorias provocando lesiones de mayor extensión y perpetuando dichas lesiones capaces de generar un cuadro clínico.^{1,4}

Es bien conocido que las anomalías Mullerinas, sobre todo las que provocan obstrucción de la salida del flujo menstrual se encuentran en relación con endometriosis dependiendo la serie estudiada en un porcentaje que se encuentra desde el 11% hasta mas del 40%.⁷

Las lesiones endometriales provocan un desorden inflamatorio crónico con aumento de la actividad de macrófagos activados y citocinas proinflamatorias como son: TNF, IL1,6 y 8 sustancias que se encuentran aumentadas en el liquido peritoneal y que son responsables de los cambios en la inervación del útero de las pacientes con endometriosis, provocando dolor pélvico crónico, dismenorrea e infertilidad; provocando que la función espermática y la estructura celular primaria del ovocito se puede ver alterada ante la presencia de un medio ambiente hostil dadas las altas concentraciones de sustancias proinflamatorias y de stress oxidativo.^{2,4,8}

Herington et al refieren que la respuesta inmunológica que se encuentra en las pacientes con endometriosis se encuentra alterada, ya que las células responsables del control de las células endometriales durante la menstruación son incapaces de regular al tejido endometrial ectópico en la cavidad endometrial.⁸

Los factores de riesgo y los factores protectores identificados según la literatura mundial son:

De riesgo:

Menarca temprana (antes de los 11 años de edad)

Ciclo menstrual menor de 27 días y con hiperpolimenorrea.

Protectores:

Multiparidad

Ejercicio regular.

Fumar

Lactancia prolongada.^{4,5,6}

Las manifestaciones clínicas mas frecuentes son: dolor pélvico crónico e infertilidad ambas explicadas por la presencia de un mal funcionamiento de las funciones hormonales e inmunológicas de la paciente así mismo otras entidades clínicas presentes son: Dismenorrea, Dispareunia, Tumor Anexial, y Menorragia.^{1,4,9,10,}

Respecto al dolor pélvico crónico Linda C. et al refieren que cuando este se ha presentado durante al menos 6 meses se asocia con dismenorrea hasta en un 90%de casos.^{1,10}

Es importante mencionar lo enigmático de esta entidad nosológica ya que la magnitud o severidad de la sintomatología no se correlaciona con la severidad de la progresión de la enfermedad ya que pacientes con estadios tempranos pueden cursar con un cuadro clínico sumamente florido y pacientes con estadios avanzados de la enfermedad pueden cursar asintomáticas.^{9,10}

La localización mas frecuente de esta patología es el tracto genital superior (Ovarios, Salpinges, Fondos de saco) sin embargo las lesiones son capaces de invadir órganos vecinos y existen reportes de endometriosis extrapélvica, con la consiguiente sintomatología dependiendo el órgano afectado.^{4,10}

El diagnóstico definitivo solo puede efectuarse a través de la histología de las lesiones removidas a través de cirugía abierta o laparoscópica.

Las lesiones histológicas consisten en glándulas y estroma endometrial con presencia de múltiples grados de inflamación y fibrosis.

Los estudios de imagen únicamente son útiles cuando la lesión se presenta en forma de tumor anexial.^{2,11}

Actualmente se busca incorporar otras técnicas de imagen (Imagen por Resonancia Magnética) y compararlos con los hallazgos quirúrgicos vía laparoscópica o vía laparotomía abierta sin embargo no se ha tenido el éxito deseado y la correlación imagen histológica es muy pobre en estados tempranos (mínima, leve y moderada) de la enfermedad.¹¹

CLASIFICACION:

Esta patología se clasifica de acuerdo a lo establecido por la sociedad Americana de Medicina Reproductiva, el espectro es amplio y se estadiificará de acuerdo a los hallazgos presentes durante el procedimiento quirúrgico otorgándole un puntaje de acuerdo a la presencia ya sea de lesiones superficiales o profundas, en peritoneo o en ovarios, adherencias finas (transparentes) o densas en salpinges y ovarios así como la obliteración parcial o total del fondo de saco.

Mínima grado I
Leve grado II
Moderada o grado III
Severa o grado IV. (Ver Anexo 2)

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

El tratamiento quirúrgico puede utilizarse si bien cuando existe poca respuesta a la terapéutica medica, también puede utilizarse como tratamiento de primera línea¹²

El manejo quirúrgico incluye excisión, drenaje, ablación de endometriomas, resección de nódulos, adherenciólisis, y denervación.¹²

Mohamed Mabrouk, Et al, reportan que la resección laparoscópica apreciablemente mejora la condición clínica de la paciente con endometriosis severa no solo en el aspecto clínico sino en el psicológico y emocional condiciones que requieren de el adecuado equilibrio en las pacientes con deseo de fertilidad.^{13.}

Respecto a la reserva ovárica posterior al tratamiento quirúrgico se ha observado que esta se encuentra disminuida junto con la ovulación espontánea dado que a su vez disminuyen los niveles séricos de hormona antimulleriana, así mismo se documenta que son pacientes con pobre respuesta a la hiperestimulación ovárica con los consiguientes malos resultados en cuanto a fertilidad, dejando así como opción las técnicas de reproducción asistida de alta complejidad como mejor opción de manejo a la infertilidad.^{14,15}

TRATAMIENTO MEDICO:

Idealmente tan pronto el diagnostico es confirmado distintos fármacos pueden ser utilizados como terapéutica neoadyuvante o adyuvante.¹²

los siguientes fármacos se encuentran disponibles en el arsenal terapéutico:

Gestágenos (combinación de efecto antiestrogénico y antigonadotrópico)

Endoceptivo liberador de levonorgestrel

Anticonceptivos orales (amenorrea terapéutica administrándose en forma continua)

Análogos de GNRH (supresión ovárica en el eje hipotálamo hipófisis)

Analgésicos (inhibiendo sustancias y células proinflamatorias)

y las combinaciones de los antes mencionados¹²

OPCIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES CON DESEO DE FERTILIDAD:

Existen únicamente 2 opciones en este tipo de pacientes en esta UMAE: Tratamiento quirúrgico de la endometriosis y tratamiento medico ya que las técnicas de reproducción asistida de baja complejidad como la inseminación intrauterina (IUU) y las técnicas de alta complejidad las cuales incluyen fertilización in vitro (IVF) con transferencia de embriones (ET) o Inyección espermática intracitoplasmática (ICSI)¹⁶ al no ser programas prioritarios del sector salud por el momento no se efectúan en esta UMAE.

Las técnicas de reproducción asistida de alta complejidad son especialmente convenientes en aquellas pacientes cuya anatomía se ve distorsionada a consecuencia de la endometriosis, así como aquellas que a su vez el factor masculino puede estar involucrado también.¹⁶

Aboulghar et al. Incluso sugieren por investigaciones efectuadas y publicadas por ellos que en pacientes cuyo objetivo es la fertilidad la reproducción asistida debe efectuarse incluso antes que el tratamiento medico o quirúrgico.^{17.}

JUSTIFICACION

Una de las causas de infertilidad que ameritan atención medica y/o quirúrgica en esta UMAE es la endometriosis. Sin embargo se desconoce si los resultados que se obtienen a corto plazo en el momento actual son diferentes de acuerdo al tratamiento utilizado; así mismo, tampoco se conoce el resultado en el numero de embarazos obtenidos independientemente del tratamiento utilizado en las pacientes afectadas por endometriosis.

Por lo cual el conocer esa información repercutirá en la correcta asignación de tratamientos y/o recursos para la atención de las pacientes afectadas por la endometriosis.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el impacto a corto plazo, del tratamiento médico y del tratamiento quirúrgico sobre la fertilidad en mujeres con endometriosis?

OBJETIVO GENERAL

Conocer el impacto sobre la fertilidad a corto plazo en las mujeres con endometriosis, sometidas a tratamiento médico, quirúrgico y/o médico – quirúrgico.

HIPOTESIS DE TRABAJO

Los diferentes tratamientos utilizados en la infertilidad de las mujeres con endometriosis ofrecen resultados semejantes.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional retrospectivo, transversal y descriptivo.

La metodología fue la siguiente:

Se consultó el censo diario, del servicio de ginecología, así como las bitácoras de la consulta externa de los servicios de Biología de la Reproducción, Tracto Genital superior y Laparoscopia, se identificaron a las pacientes cuyo diagnóstico sea endometriosis, en el periodo comprendido del 01 de Noviembre de 2011 al 31 de Octubre de 2012, posteriormente se consultó en el archivo clínico los expedientes, para obtener la información apropiada (ver hoja de captación de resultados) al contar con la población susceptible de participar en el presente estudio, se efectuó una entrevista a todas y cada una de las pacientes que reunieron los criterios de inclusión con la finalidad de conocer los resultados obtenidos sobre la fertilidad a corto plazo. Por último, los datos fueron analizados a través de pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales, dependiendo de la distribución de los datos.

El trabajo final es publicado como tesis de especialidad del Dr. Fernando R. Guerrero López y posteriormente se tratará de publicar en una revista científica de la especialidad.

Criterios de inclusión:

Mujeres con diagnóstico de endometriosis
Pacientes sometidas a tratamiento médico
Pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico
Pacientes sometidas a tratamiento médico y quirúrgico

Criterios de exclusión:

Mujeres usuarias de algún programa de planificación familiar
Pacientes con alguna barrera cultural o sociológica

Criterios de eliminación:

Pacientes con expedientes incompletos
Pacientes cuyo expediente no contenga número telefónico para la realización de entrevista posterior a 6 meses del tratamiento recibido.

TIPOS DE VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE: Tratamiento para la endometriosis

VARIABLE DEPENDIENTE: Fertilidad

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES:

1.- Tratamiento para la Endometriosis: Se considerara a cualquier medida terapéutica ofrecida a la paciente (médico, quirúrgico y/o médico – quirúrgico)

2.- Fertilidad: Se considerara a la obtención de un embarazo, (cualquier edad gestacional) a partir de la finalización del tratamiento.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 53 expedientes de pacientes con el diagnóstico de endometriosis en el periodo establecido, se identificaron aquellas pacientes que cumplían con los criterios de inclusión para la presente investigación, siendo un total de 40 pacientes, y se observó que no se obtuvo ningún embarazo en la población a lo largo del periodo de estudio, por lo que se efectuó un análisis más a fondo a cerca de las características clínicas y sociodemográficas de la muestra de las pacientes comparándolas contra el grado de extensión de la enfermedad, (Leve o Severa), interpretándose de la siguiente manera cada uno de los resultados obtenidos.

Se encontró significancia estadística en aquellas pacientes que presentaron dismenorrea siendo hasta 9 veces más frecuente la presencia de endometriosis severa en aquellas pacientes que presentaban esta sintomatología clínica, con un RR de 0.25 y un IC 0.07 – 0.93 según lo demostrado en la tabla 1.

Existe una mayor incidencia de Endometriosis severa en la población cuya actividad económica se encuentra en relación con el ámbito profesional, así como una mayor incidencia en la población con escolaridad media superior y profesional sin embargo al momento de efectuarse análisis estadístico no se encuentra diferencia significativa, según se aprecia en la tabla 2.

El resto de las características sociodemográficas no muestran significancia estadística. (tabla 2)

Respecto a las características clínicas de las pacientes con endometriosis. La enfermedad tiene una incidencia muy baja en el grupo de edad de menores de 20 años, así mismo se observa poca incidencia en las mujeres con problema de obesidad, sin embargo al momento de efectuar análisis estadístico no se encontró significancia estadística respecto a estas variables por lo que no pueden tratarse como factores protectores. (tabla 3)

La enfermedad es más prevalente en aquellas mujeres que no presentan ciclos eumenorréicos así como en aquellas que presentan dolor pélvico crónico como se ha documentado en la literatura médica universal, sin embargo tampoco presentan valor significativo al momento de efectuar el análisis estadístico. (tabla 3)

Respecto al tratamiento ya sea médico o médico - quirúrgico no existió diferencia significativa al momento de efectuar el análisis estadístico y compararlo con el grado de extensión de la enfermedad, resultado que va de la mano con el hecho de que no se logró ninguna gestación en nuestras pacientes susceptibles del estudio. (tabla 3)

El resto de las variables clínicas no presentan significancia estadística según lo podemos observar en la tabla 3.

TABLA 1

DISMENORREA	ENDOMETRIOSIS		p<0.03
	LEVE	SEVERA	
SI	3	27	
NO	4	6	

TABLA 2 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

ENDOMETRIOSIS			
	LEVE	SEVERA	
NIVEL SOCIOECONOMICO			
ALTO	1	2	p < 0.44 NS
MEDIO	6	31	
ESCOLARIDAD			
MEDIA	1	8	p < 0.84 NS
MEDIA SUPERIOR	5	21	
PROFESIONAL	1	4	
OCUPACION			
ACT. DOMESTICA	2	10	p < 0.71 NS
ACT. COMERCIAL	1	9	
ACT. PROFESIONAL	4	14	
RELIGION			
CATOLICA	6	29	p < 0.63
OTRA	1	4	
ORIGEN			
CD. DE MEXICO	4	28	p < 0.12
OTRO	3	5	

TABLA 3 VARIABLES CLINICAS

ENDOMETRIOSIS			
	LEVE	SEVERA	
EDAD			
<20 AÑOS	0	2	p < 0.78 NS
21 – 35 AÑOS	4	19	
>35 AÑOS	3	12	
INDICE DE MASA CORPORAL			
NORMAL	4	15	p < 0.60 NS
SOBREPESO	3	14	
OBESIDAD	0	4	
TABAQUISMO			
SI	2	17	p < 0.49 NS
NO	5	16	
ALCOHOLISMO			
SI	1	11	p < 0.30 NS
NO	6	22	
COMORBILIDAD			
SI	2	4	p < 0.27 NS
NO	5	29	
EUMENORREA			
SI	3	4	p < 0.08 NS
NO	4	29	
DISPAREUNIA			
SI	2	22	p < 0.09 NS
NO	5	11	
DOLOR PELVICO CRONICO			
SI	3	23	p < 0.35 NS
NO	4	10	
TRATAMIENTO			
MEDICO	4	0	p < 0.06 NS
MEDICO - QUIRURGICO	3	33	

DISCUSION:

Existen en la literatura médica universal múltiples estudios y publicaciones que documentan la relación entre endometriosis e infertilidad (que como se ha mencionado es de hasta el 38% de las pacientes que acuden a solicitar servicios médicos por infertilidad) así como el éxito obtenido con las distintas medidas terapéuticas que se emplean ya sean quirúrgicas o medicas exclusivamente.

En nuestra investigación no se documentó gestación en ninguna de las pacientes estudiadas, tal vez dado el intervalo de tiempo tan corto que se estableció en un principio, sin embargo la investigación siempre fue encaminada a valorar los resultados obtenidos con las distintas opciones terapéuticas disponibles en nuestras derechohabientes, en el corto plazo; será necesario retomar esta investigación y compararla con resultados a largo plazo.

Otra posible explicación a los resultados obtenidos en esta investigación es que no se estén brindando las opciones terapéuticas adecuadas, ya que al comparar nuestros resultados con los de la literatura médica nosotros no obtuvimos ninguna gestación, mientras que Mabrouk Et, al documentan resultados más alentadores con el tratamiento quirúrgico de la enfermedad, sin embargo en nuestra población no se presentó este resultado observando un mismo resultado con terapéutica medica que con terapéutica quirúrgica.

En nuestra institución únicamente se utilizan técnicas de reproducción asistida de baja complejidad y Benaglia y Hirokawa publican que la reserva ovárica queda sumamente disminuida posterior a efectuarse el tratamiento quirúrgico, conllevando así un pobre resultado en el impacto de la Fertilidad, lo que podemos interpretar como una opción terapéutica inadecuada.

Al analizar las variables tanto sociodemográficas como clínicas, y compararlas con el grado de extensión de la enfermedad encontramos que a pesar de existir gran diversidad en cuanto a sintomatología, condición socioeconómica, creencias, edad, estado nutricional, etcétera, al momento de efectuar análisis estadístico, no se encuentra diferencia significativa concordando con lo que se publica por distintos autores y que se menciona en el marco teórico de esta investigación. Esta enfermedad sigue siendo enigmática ya que el grado de extensión puede o no corresponder con la intensidad de la sintomatología clínica.

Respecto a las pacientes analizadas aquellas que presentaron dismenorrea fueron más propensas a presentar endometriosis severa dato clínico que clásicamente se ha vinculado con esta entidad nosológica y se encuentra en concordancia con lo publicado por Petraglia Et,al, Falcone Et,al y McLeod Et, al.

En lo referente al tratamiento en la población de nuestro estudio, el 90% de las pacientes se sometieron a tratamiento médico y quirúrgico, sin lograr mejores resultados o más alentadores al compararlo con el 10% de las pacientes que únicamente recibieron tratamiento médico.

Por último como previamente se ha mencionado esta investigación deja la puerta abierta a futuras investigaciones las cuales sean más amplias en las cuales se tenga acceso a un arsenal terapéutico mayor tanto en lo referente a la Endometriosis como a lo referente al tema de Infertilidad con la finalidad de otorgar una atención de mejor calidad a nuestras pacientes con problemas de Fertilidad.

CONCLUSIONES:

- No se documentó gestación en las pacientes estudiadas durante el periodo establecido.
- Es necesario un mayor estudio de la relación entre fertilidad y endometriosis así como valorar las opciones terapéuticas brindadas a nuestra población ya que parecieran no ser las adecuadas para lograr gestación.
- Dado que el estudio de la fertilidad en nuestro medio institucional no es un programa prioritario en este momento, es necesario plantear una estrategia eficaz y de apoyo a las pacientes que padecen esta condición clínica con la finalidad de brindar mejor atención a nuestra población derechohabiente.
- Se documenta que es hasta 9 veces más frecuente la presencia de endometriosis severa en aquellas pacientes que presentan dismenorrea.
- No existe un mejor resultado en cuanto a la fertilidad se refiere brindando ya sea tratamiento médico o quirúrgico.
- Por último es necesario plantear la utilización de todas las técnicas de reproducción asistida a nuestra población derechohabiente ya que la tendencia en la población mundial es retrasar la maternidad con el consiguiente aumento en la tasa de infertilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Linda C. Giudice, M.D., **Endometriosis**. N Engl J Med. 2010 June 24; 362(25): 2389–2398.
- 2.- Felice Petraglia, M.D, Et al. **Inflammation: a link between endometriosis and preterm birth**. Fertility and Sterility Volume 98, Issue 1 , Pages 36-40, July 2012
- 3.- Suneeta Senapati, MD, Et al. **Managing Endometriosis Associated Infertility**. Clin Obstet Gynecol. 2011 December ; 54(4): 720–726.
- 4.- Falcone, MD, Et al. **Management of Endometriosis**. Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists. Number 114, July 2010.
- 5.- Patrick Bellelis, Et al. **EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS OF PELVIC ENDOMETRIOSIS – A CASE SERIES**. Rev Assoc Med Bras 2010; 56(4): 467-71
- 6.- BRANDI S. MCLEOD, MD and MATTHEW G. RETZLOFF, MD. **Epidemiology of Endometriosis: An Assessment of Risk Factors**. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOLUME 53. NUMBER 2. JUNE 2010.
- 7.- SERENA DOVEY, MD and JOSEPH SANFILIPPO, MD, **Endometriosis and the Adolescent**. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY / VOLUME 53 / NUMBER 2 / JUNE 2010
- 8.- Jennifer L Herington, Et al. **Immune interactions in endometriosis**. Expert Rev Clin Immunol. 2011 September ; 7(5): 611–626.
- 9.- Ivo Brosens, Et al. **Endometriosis, a modern syndrome**. Indian J Med Res. 2011 June; 133(6): 581–593.
- 10.- Pamela Stratton, Karen J. Berkley. **Chronic pelvic pain and endometriosis: translational evidence of the relationship and implications**. Human Reproduction Update, Vol.17, No.3 pp. 327–346, 2011.
- 11.- Germaine M. Buck Louis, Ph.D. **Incidence of endometriosis by study population and diagnostic method: the ENDO Study**. Fertil Steril. 2011 August ; 96(2): 360–365.
- 12.- Gülden Halis, Et al. **The Diagnosis and Treatment of Deep Infiltrating Endometriosis**. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(25): 446–56
- 13.- Mohamed Mabrouk, Et al, **Does laparoscopic management of deep infiltrating endometriosis improve quality of life? A prospective study**. Health and Quality of Life Outcomes 2011, 9:98.
- 14.- Laura Benaglia, Et al. **Unoperated ovarian endometriomas and responsiveness to hyperstimulation**. Human Reproduction, Vol.26, No.6 pp. 1356–1361, 2011
- 15.- Wakana Hirokawa. **The post-operative decline in serum anti-Müllerian hormone correlates with the bilaterality and severity of endometriosis**. Human Reproduction, Vol.26, No.4 pp. 904–910, 2011.
- 16.- Carlo Bulletti, Et al. **Endometriosis and infertility**. J Assist Reprod Genet (2010) 27:441–447
- 17.- Aboulghar MA, Mansour RT, Serour GI, Al-Inany HG, Aboul-ghar MM. **The outcome of in vitro fertilization in advanced endometriosis with previous surgery: a case-controlled study**. Am J Obstet Gynecol. 2003;188(2):371–5.

ANEXOS

ANEXO 1

FORMULARIO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

IMPACTO DEL TRATAMIENTO MEDICO – QUIRURGICO SOBRE LA FERTILIDAD EN MUJERES CON
ENDOMETRIOSIS EN EL HOSPITAL LUIS CASTELAZO AYALA EN EL PERIODO 2011 - 2012.

FORMULARIO #:.....

NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA:.....

DATOS GENERALES DE LA PACIENTE:

EDAD:

< 20 años () 21 – 35 años () > 35 años

APNP:

Escolaridad:

Ninguna () Básica () Media () Medio Superior ()
Profesional o mayor ()

Lugar de Origen: _____

Ocupación: _____

Religión: _____

Nivel Socioeconómico: _____

APP:

IMC:

< 18.5 () 18.5 – 24.9 () 25.0 – 29.9 () > 30.0 ()

Tabaquismo: si () no ()

Etilismo : si () no ()

Comorbilidad: si () no () Cual: _____

AGO:

Menarca:

< 11 años () 11 – 15 años () >15 años ()

Ciclo Menstrual: Eumenorreico si () no ()

IVSA:

< 15 años () 15 – 20 años () >20 años ()

Dismenorrea: si () no ()

Dispareunia: si () no ()

Dolor Pélvico Crónico: si () no ()

Grado de extensión de la enfermedad: (de acuerdo a clasificación de ASRM)

Mínima () Leve () Moderada () Severa ()

Tratamiento recibido:

Médico exclusivamente () Quirúrgico exclusivamente () Médico y Quirúrgico ()

Embarazo posterior a 6 meses de tratamiento: si () no ()

En caso de haber logrado gestación: Resultado Perinatal:

Aborto 1er trimestre () Aborto 2o Trimestre () Parto pretérmino () Gestación a Terminó () Embarazo actual ()

En caso de haber logrado gestación con producto viable: Vía de interrupción :

Parto () Cesárea ()

ANEXO 2

CLASIFICACION DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE MEDICINA DE LA REPRODUCCION



THE AMERICAN FERTILITY SOCIETY REVISED CLASSIFICATION OF ENDOMETRIOSIS

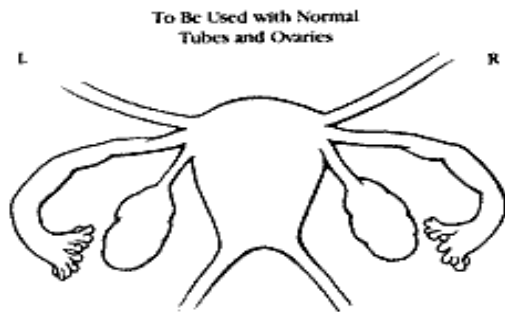
Patient's Name _____ Date _____
 Stage I (Minimal) - 1-5 Laparoscopy _____ Laparotomy _____ Photography _____
 Stage II (Mild) - 6-15 Recommended Treatment _____
 Stage III (Moderate) - 16-40
 Stage IV (Severe) - >40
 Total _____ Prognosis _____

PERITONEUM	ENDOMETRIOSIS	< 1cm	1-3cm	> 3cm
		Superficial	1	2	4
	Deep	2	4	6
OVARY	R. Superficial	1	2	4
	Deep	4	16	20
	L. Superficial	1	2	4
	Deep	4	16	20
POSTERIOR CULDESAC OBLITERATION		Partial		Complete
		4		40
OVARY	ADHESIONS	< 1/3 Enclosure	1/3-2/3 Enclosure	> 2/3 Enclosure
	R. Filmy	1	2	4
	Dense	4	8	16
	L. Filmy	1	2	4
	Dense	4	8	16
	R. Filmy	1	2	4
	Dense	4*	8*	16
	L. Filmy	1	2	4
Dense	4*	8*	16	
TUBE	R. Filmy	1	2	4
	Dense	4*	8*	16
	L. Filmy	1	2	4
	Dense	4*	8*	16

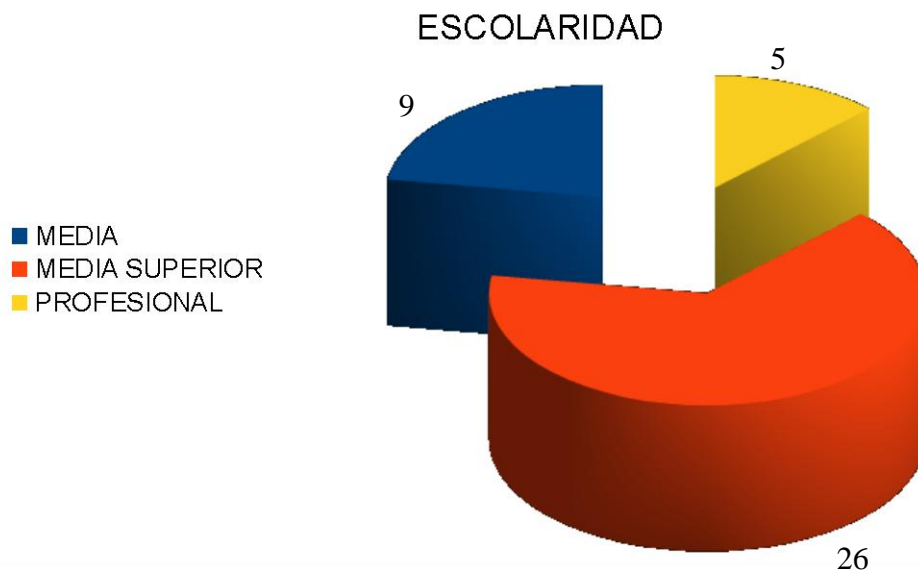
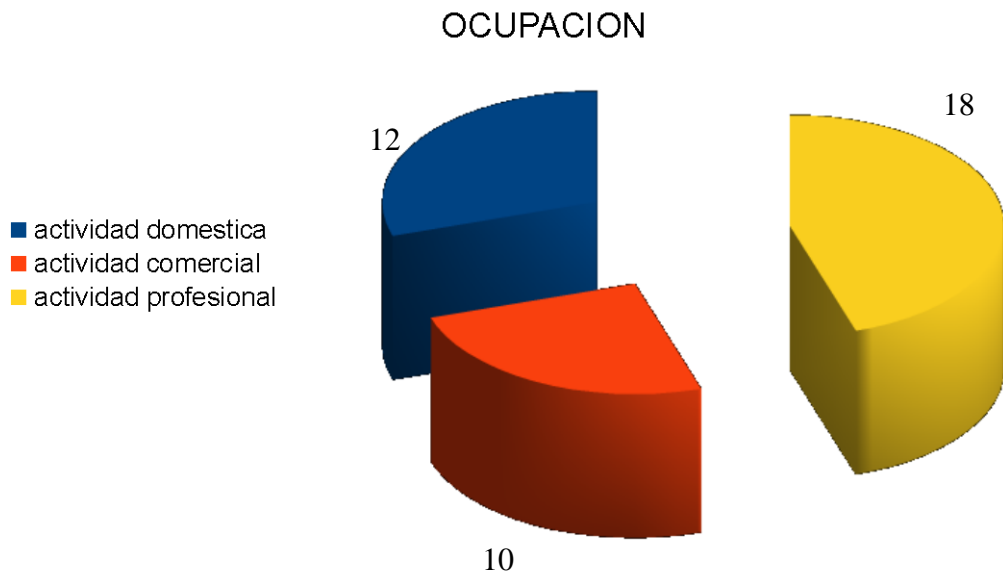
*If the fimbriated end of the fallopian tube is completely enclosed, change the point assignment to 16.

Additional Endometriosis: _____

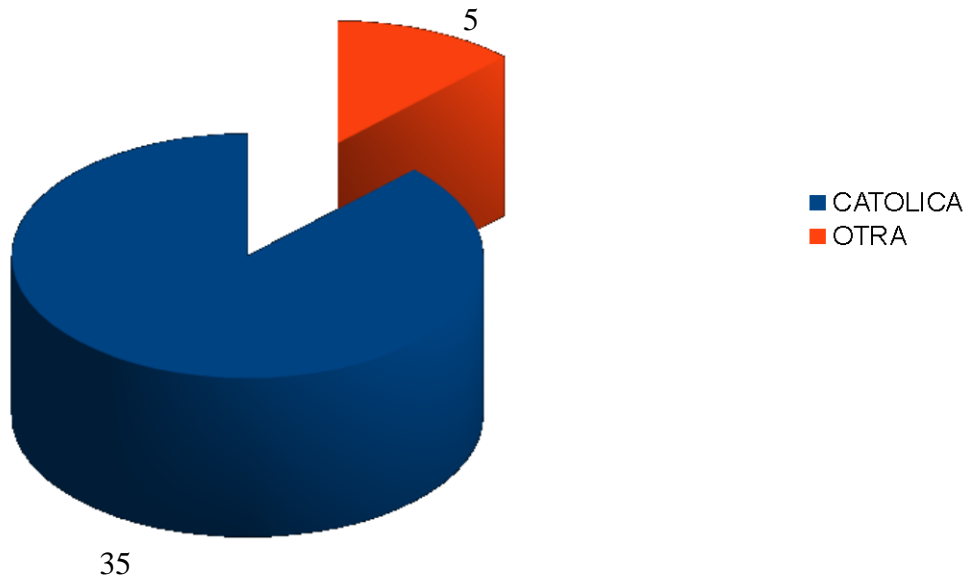
Associated Pathology: _____



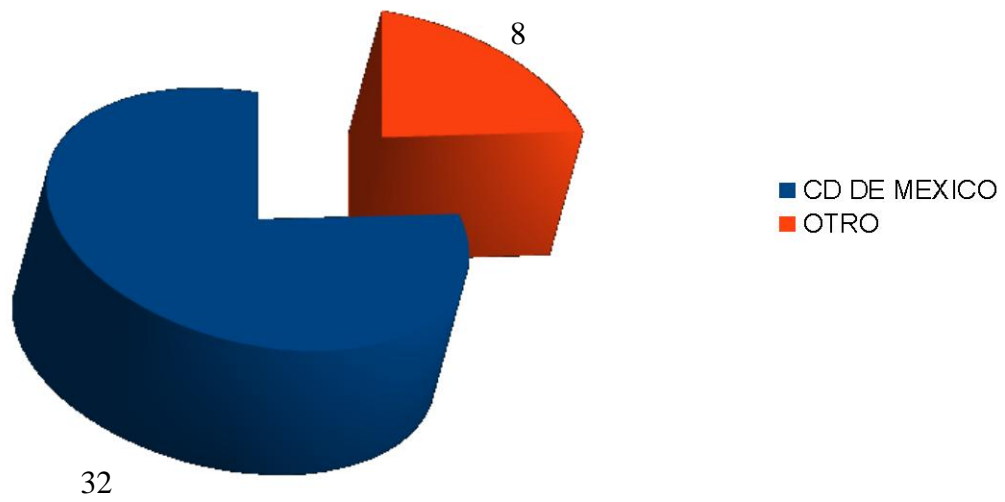
ANEXO 3 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS



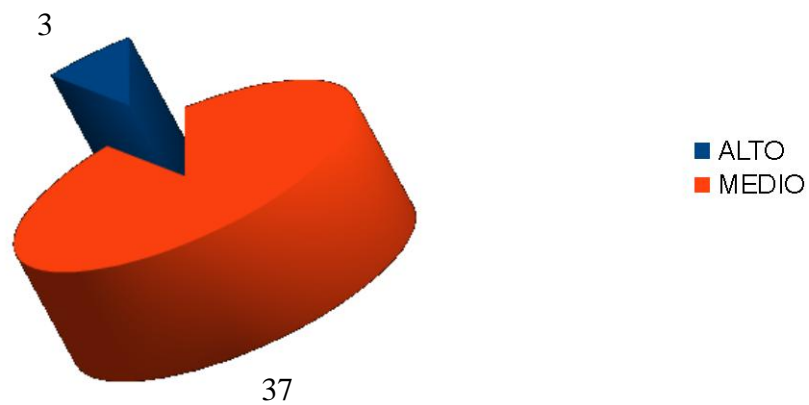
RELIGION



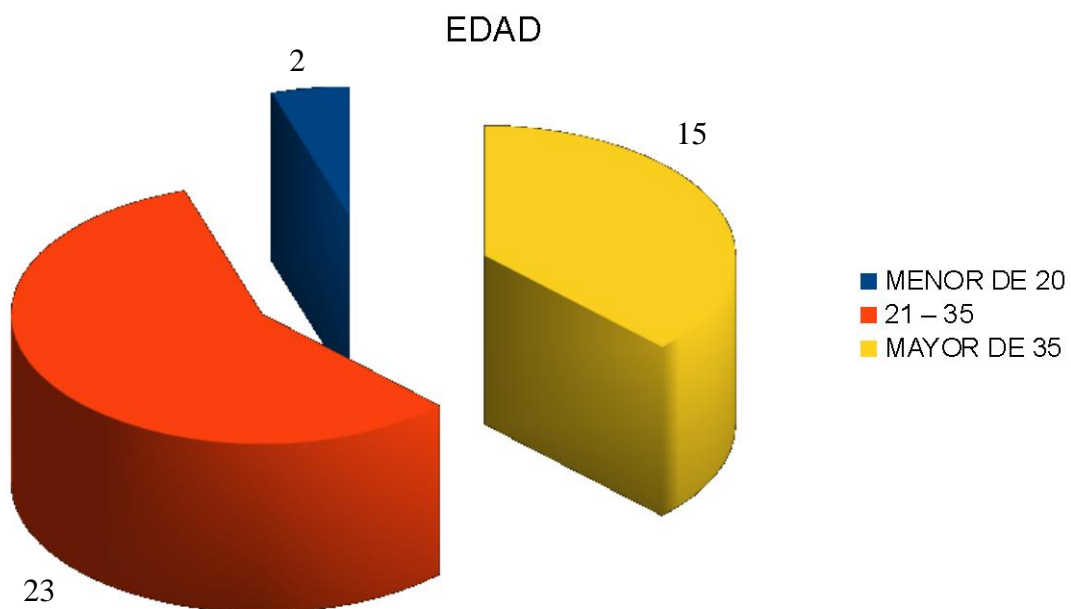
ORIGEN



NIVEL SOCIOECONOMICO

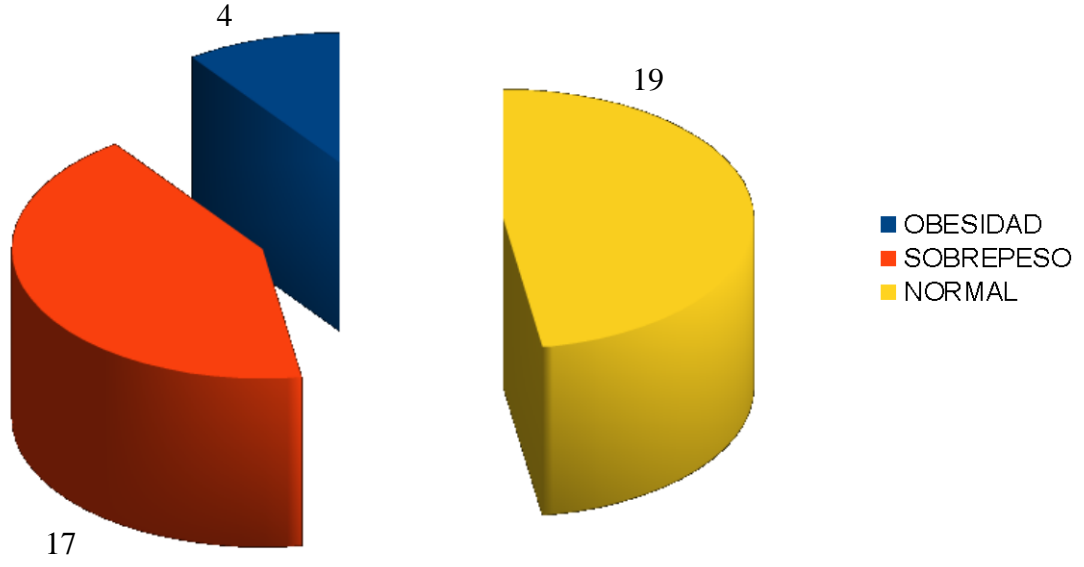


VARIABLES CLINICAS

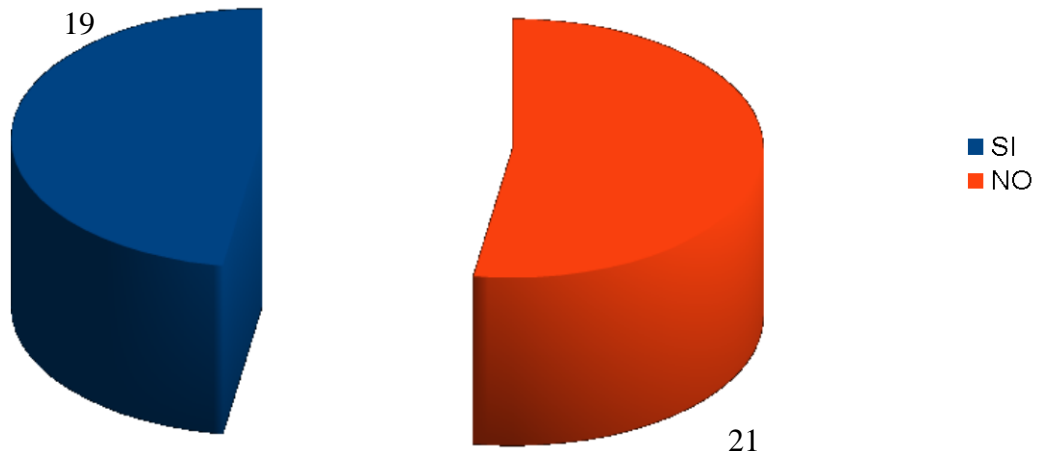


4

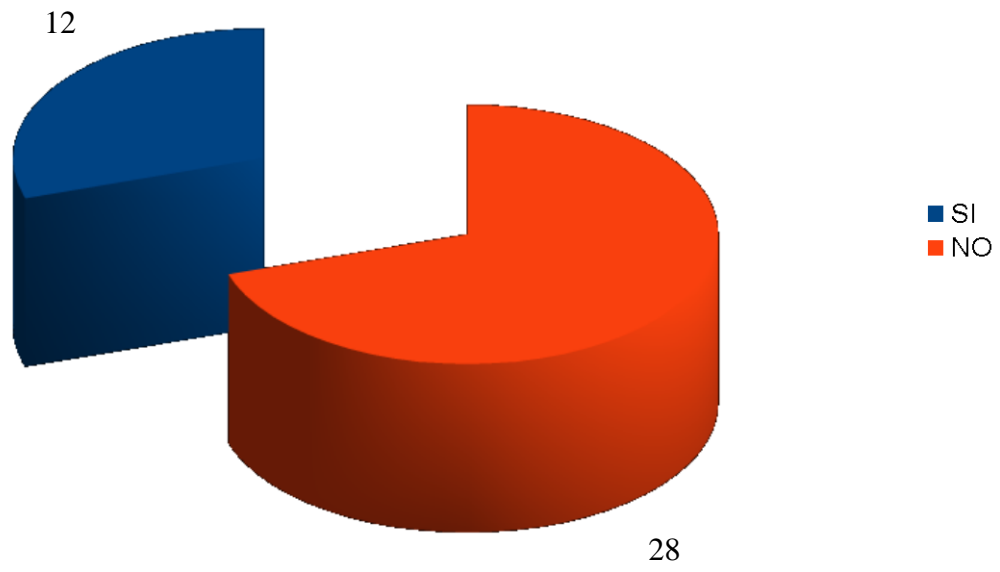
INDICE DE MASA CORPORAL



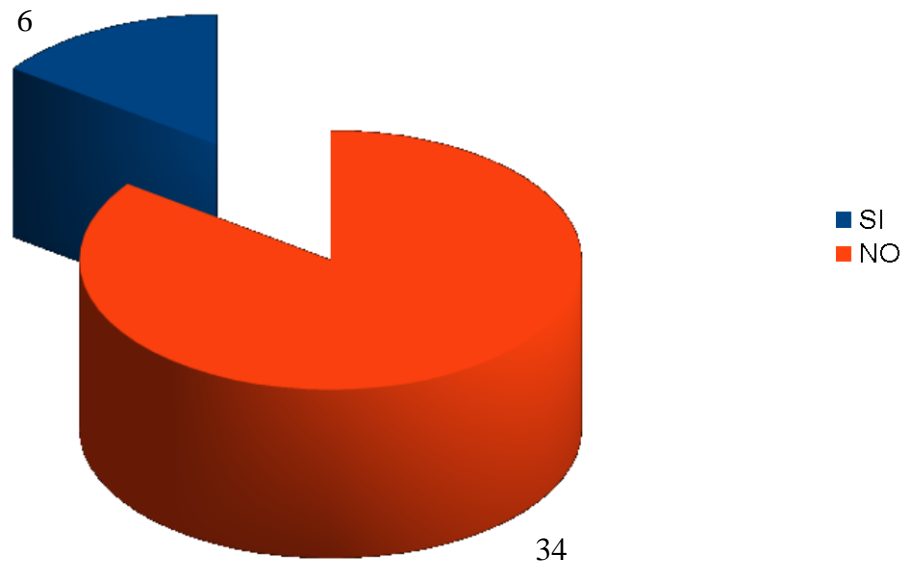
TABAQUISMO



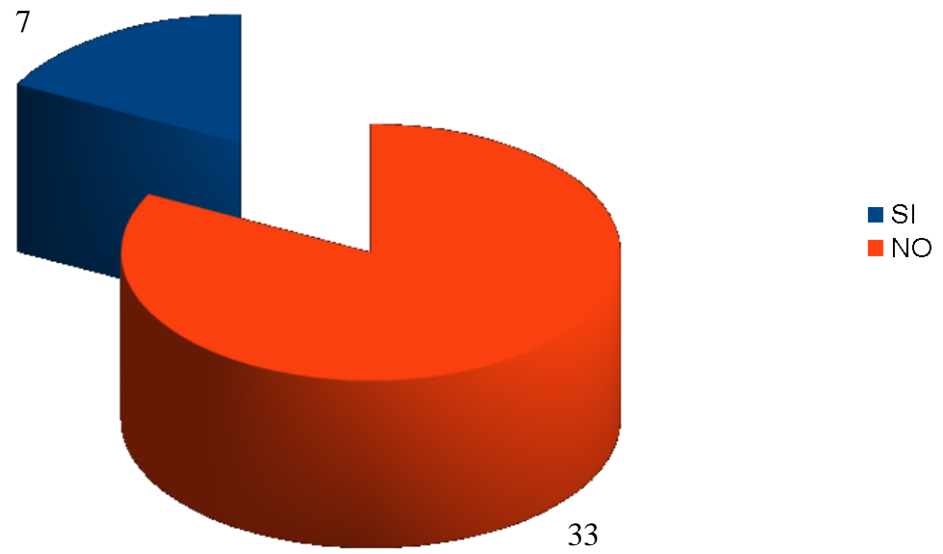
ETILISMO



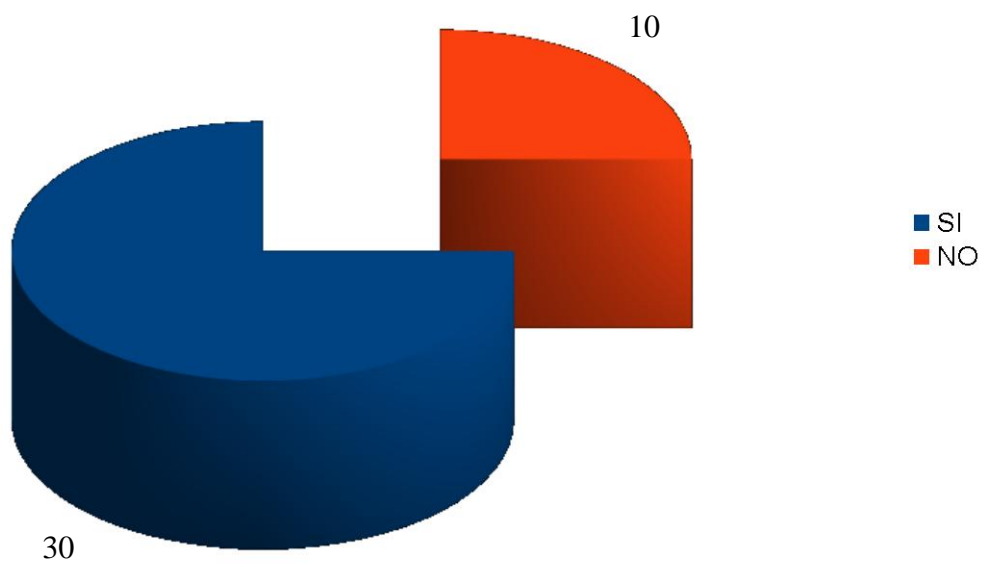
COMORBILIDAD



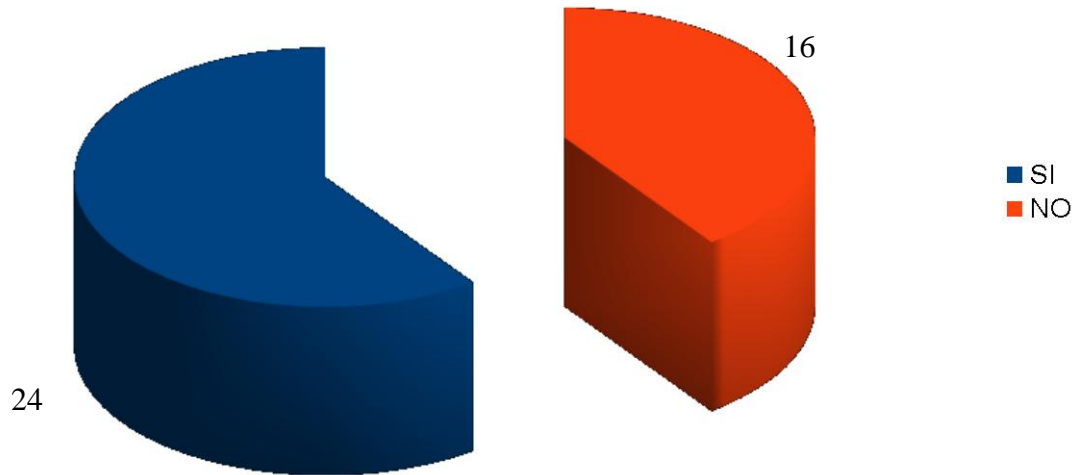
EUMENORREA



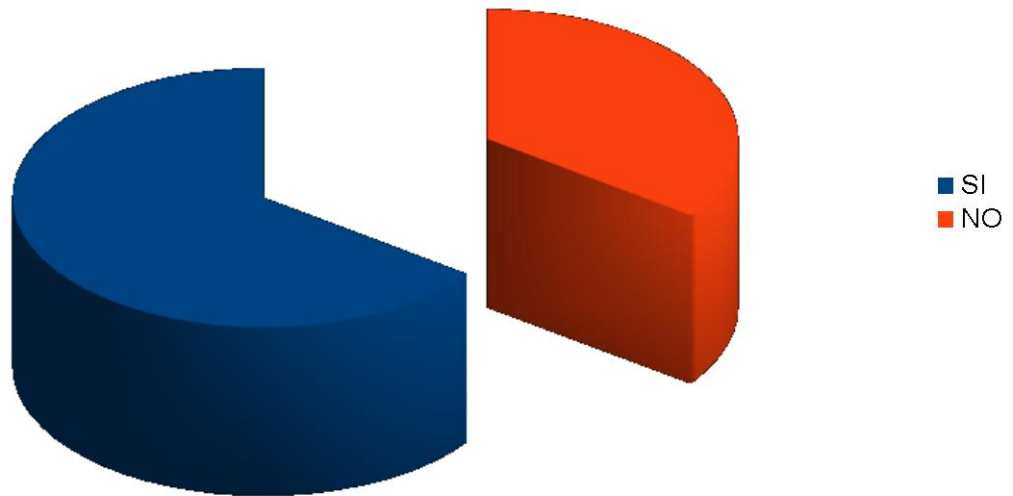
DISMENORREA



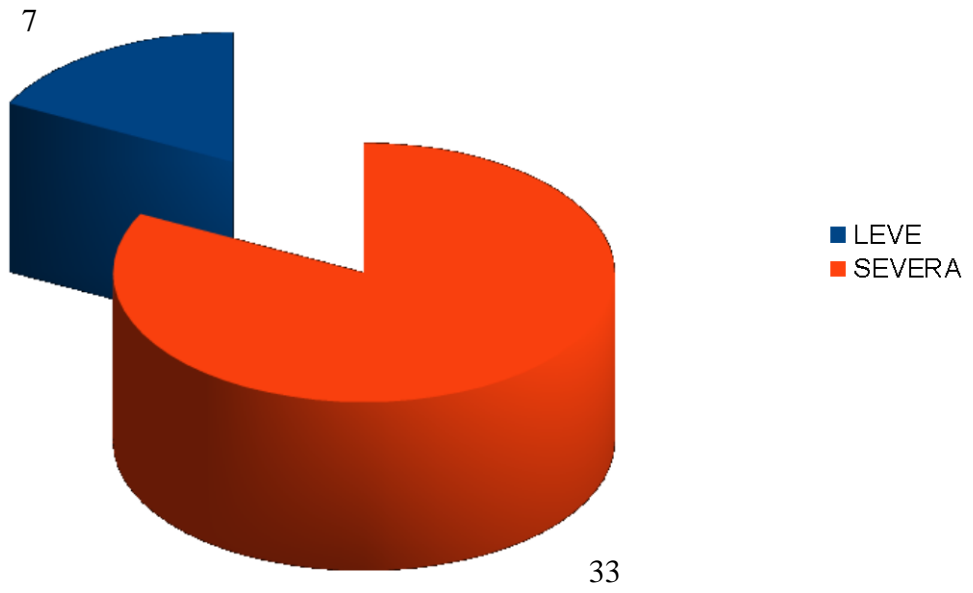
DISPAREUNIA



DOLOR PELVICO CRONICO



GRADO DE EXTENSION



TRATAMIENTO

