



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRÍCIA No. 3  
"DR. VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ"  
DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS  
DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL  
ENDOMETRIOMA DE PARED EN LA UMAE  
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRÍCIA NO. 3  
DR. VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES  
SÁNCHEZ DEL CMN "LA RAZA"

No. DE REGISTRO: R-2023-3504-022

## TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALIDAD EN

**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

**DRA. NATALI MENDOZA LEYVA**

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

**DR. JOSÉ LUIS LÓPEZ LÓPEZ**

CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **FIRMAS DE AUTORIZACIÓN**

**CARACTERÍSTICAS LINICAS Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO  
QUIRURGICO DEL ENDOMETRIOMA DE PARED EN LA UMAE HOSPITAL  
DE GINECO OBSTETRICIA NO. 3 DR. VICTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS  
REYES SANCHEZ DEL CMN “LA RAZA”  
No. DE REGISTRO: R-2023-3504-022**

---

Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz

Director de Educación e Investigación en Salud

---

Dra. Verónica Quintana Romero

Jefe de la División de Educación en Salud

---

Dra. Abril Adriana Arellano Llamas

Jefe de División de Investigación en Salud

---

Dr. José Luis López López

Tutor y médico adscrito al servicio de Ginecología

## INVESTIGADOR RESPONSABLE

Nombre: José Luis López López.  
Área de adscripción: Servicio de Ginecología. Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No 3, "Dr. Víctor Manuel Espinosa de Los Reyes Sánchez" del Centro Médico Nacional La Raza.  
Domicilio: Calzada Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. CP 02990.  
Teléfono: 57245900 Extensión  
Correo electrónico: [Lopex@hotmail.com](mailto:Lopex@hotmail.com)  
**Matrícula IMSS** 99358301

## INVESTIGADOR(ES) ASOCIADO(S)

1.- Nombre: Natali Mendoza Leyva  
Área de adscripción: Dirección de Educación e Investigación en Salud, Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No 3, "Dr. Víctor Manuel Espinosa de Los Reyes Sánchez" del Centro Médico Nacional La Raza  
Domicilio: Calzada Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. CP 02990.  
Teléfono: 57245900  
Correo electrónico: [Natix1293@gmail.com](mailto:Natix1293@gmail.com)  
**Matrícula IMSS** 97163098

## UNIDADES Y DEPARTAMENTOS DONDE SE REALIZARÁ EL PROYECTO

Servicio Ginecología  
Unidad: Servicio de Ginecología. Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No 3, "Dr. Víctor Manuel Espinosa de Los Reyes Sánchez" del Centro Médico Nacional La Raza.  
Delegación: Norte DF  
Dirección: Calzada Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. CP 02990.  
Ciudad: Ciudad de México  
Teléfono: 55-57-24-59-00



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud **3504**  
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

Registro COFEPRIS 17 CI 09 002 136  
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 009 2018072

FECHA Viernes, 25 de agosto de 2023

**Doctor (a) JOSE LUIS LOPEZ LOPEZ**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **CARACTERISTICAS CLINICAS Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL ENDOMETRIOMA DE PARED EN LA UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 3 DR. VICTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SANCHEZ DEL CMN "LA RAZA"** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2023-3504-022

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**Doctor (a) Zarela Lizbeth Chinolla Arellano**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3504

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## **DEDICATORIA**

A mis padres Rafael y Susana agradezco el darme la vida, su amor incondicional y el apoyo infinito para alcanzar todas mis metas, por ustedes todo y sin ustedes nada sería posible.

A mis hermanos Rafael y Guadalupe por su comprensión durante todos estos años, gracias por siempre regalarme una sonrisa.

A mi Abuelita y familia por creer en mí, por cada atención y presente; con sus muestras de cariño me hicieron sentir en casa siempre.

A mi tutor Dr. José Luis López gracias por ser mi maestro y guía en esta especialidad, haber coincidido con una persona llena de paciencia y sabiduría fue el mejor regalo del destino.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	6
MARCO TEÓRICO .....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	15
JUSTIFICACIÓN .....	16
OBJETIVOS .....	17
<b>General</b> .....	17
<b>Secundarios</b> .....	17
HIPÓTESIS .....	17
MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
<b>Diseño de estudio</b> .....	18
<b>Lugar del estudio</b> .....	18
<b>Universo de trabajo</b> .....	18
<b>Periodo de muestreo</b> .....	18
<b>Cálculo de tamaño de muestra</b> .....	18
<b>Criterios de selección</b> .....	19
<b>Criterios de inclusión</b> .....	19
<b>Criterios de exclusión</b> .....	19
<b>Forma de selección de los participantes</b> .....	19
<b>Descripción general del estudio</b> .....	19
<b>Análisis de datos</b> .....	20
<b>Cuadro de variables</b> .....	21
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	24
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD. ....	26
RESULTADOS.....	27
DISCUSIÓN .....	32
CONCLUSIONES.....	34
CRONOGRAMA.....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	36
ANEXOS.....	40

## RESUMEN.

### CARACTERISTICAS CLINICAS Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL ENDOMETRIOMA DE PARED EN LA UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 3 DR. VICTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SANCHEZ DEL CMN "LA RAZA"

Autores: Dr. José Luis López López, Dra. Natali Mendoza Leyva

**Antecedentes:** El endometrioma de la pared abdominal es una condición rara, que generalmente se desarrolla en una cicatriz quirúrgica. La endometriosis de la pared abdominal puede ser difícil de diagnosticar, ya que es comparativamente una entidad desconocida que no ha recibido la debida atención entre los cirujanos, hasta el momento.

**Objetivo:** Describir las características clínicas y resultados del tratamiento quirúrgico del endometrioma de pared en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 La Raza.

**Material y métodos:** Diseño: Serie de casos, transversal, observacional, retrospectivo, descriptivo. Se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico histopatológico de endometrioma de pared del periodo de enero 2018 a enero 2023. Se registró y describió el manejo y evolución a las pacientes con las siguientes variables: edad, tiempo de evolución, diagnóstico prequirúrgico, tiempo de evolución, síntomas de presentación, tamaño y localización del endometrioma, tipo de cirugía y la presencia de recurrencia. Para la revisión de los resultados se utilizó estadística descriptiva: medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias y porcentajes. El programa estadístico de apoyo que se utilizó para realizar el análisis fue el SPSS v25.

**Resultados:** Se evaluaron un total de 7 casos identificados con endometrioma de pared en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia no. 3 Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez del CMN "La Raza" IMSS. La edad de presentación fue de  $38 \pm 7$  años, desde 28 a 51 años. El índice de masa corporal fue  $27.8 \pm 5.1$  kg/m<sup>2</sup>. En todos los casos se refirió antecedente quirúrgico, principalmente cesárea (85.7%) seguido de laparotomía exploradora (42.9%) y de otras cirugías (28.6%). Los antecedentes ginecobstétricos referidos incluyeron un inicio de la menarca desde los 9 años en el 14.3%, con un pico de 28.6% a los 12 años y casos hasta los 16 años en el 14.3%. Antecedente de dos en 71.4%. La sintomatología reportada fue dolor (85.71%), tumoración palpable (85.7%), hiperemia y dolor (57.1%) y dismenorrea (71.4%). El diagnóstico histopatológico fue endometriosis activa de la pared abdominal (42.9%), la localización más prevalente fue la herida quirúrgica



previa suprapúbica (28.6%). La estancia hospitalaria fue de 4 días (3 a 8 días). La cirugía terapéutica en todos los casos fue abdominal abierta, sin identificar recurrencia en ninguna de las pacientes durante 2 años de seguimiento.

**Conclusiones:** Los principales síntomas del endometrioma de pared son dolor y masa abdominal, el tiempo transcurrido entre el antecedente quirúrgico y la presentación de los síntomas en las pacientes fue de 4 años. Se identificó sobrepeso en la mayoría de las pacientes estudiadas y en todos los casos se asociaron con un evento quirúrgico previo, principalmente cesárea. El tratamiento de todos los casos fue quirúrgico de forma abdominal abierta y no existió recurrencia reportada en las pacientes durante el seguimiento de 2 años desde el alta hospitalaria posterior a la cirugía terapéutica hasta su egreso de tercer nivel.

## **MARCO TEÓRICO**

### **Introducción**

La endometriosis se considera una enfermedad sistémica más que una enfermedad que afecta predominantemente a la pelvis y se define como la aparición, crecimiento e infiltración de tejido endometrial (glándulas y estroma) fuera del útero, lo que provoca sangrado repetido, dolor, infertilidad y nódulos o masas. <sup>(1)</sup>

La incidencia de la endometriosis aumenta cada año y su prevalencia se ha estimado en 190 millones de mujeres en todo el mundo, según las estimaciones de población del Banco Mundial para 2017, que ocurre en aproximadamente el 10-15 % de las mujeres en edad reproductiva, el 50 % de las mujeres que sufren de infertilidad y entre el 50 y el 80 % de las mujeres con dolor pélvico con un costo anual de 70 000 millones de dólares solo en los Estados Unidos. <sup>(2) (3) (4)</sup>

La mayor parte del endometrio ectópico está confinado a la cavidad pélvica, incluidos el ovario, el peritoneo pélvico, el diafragma del recto vaginal y el ligamento uterosacro. La endometriosis también puede ocurrir fuera de la cavidad pélvica, con una incidencia baja, que representa aproximadamente el 12 % de los casos de endometriosis. <sup>(5) (6)</sup>

En teoría, la endometriosis puede ocurrir en todos los órganos del cuerpo, incluidos el tracto gastrointestinal, el tracto urinario, los sistemas respiratorio superior e inferior, el diafragma, el tórax, el pericardio, el cordón umbilical, la pared abdominal, la vulva, el cerebro y el sistema musculoesquelético. <sup>(7)</sup>

### **Antecedentes fisiopatológicos**

La endometriosis es una afección ginecológica benigna definida como la presencia de glándulas similares al endometrio y estroma fuera del útero. <sup>(8)</sup>

La endometriosis, en sus diversas formas, ha perturbado a los médicos desde tiempos inmemoriales. La teoría de Sampson de la menstruación retrógrada es la más popular que explica la presencia de este tejido endometrial pélvico extrauterino. Sin embargo, se ha informado endometriosis en sitios extra pélvicos como riñón, vejiga, pulmones y cerebro, lo que no puede explicarse con esta teoría.<sup>(9)</sup>

La teoría definitiva del origen de la endometriosis es controvertida, pero la diseminación vascular o linfática de las células endometriales parece una explicación plausible a nuestro planteamiento.<sup>(10)</sup>

La evidencia a favor es la relación temporal con la intervención quirúrgica como antecedente y el traumatismo del músculo durante la cirugía. El cambio cíclico en el dolor, la hinchazón y el carácter de las lesiones endometriósicas debe considerarse consistente con la endometriosis, aunque no se ha informado de manera consistente.<sup>(11)</sup>

La endometriosis, uno de los principales contribuyentes al dolor pélvico y la subfertilidad<sup>(12)</sup>, se caracteriza por tejido similar al endometrio fuera del útero, principalmente en el peritoneo pélvico, los ovarios y el tabique rectovaginal y, en casos raros, en el diafragma, la pleura y el pericardio. La endometriosis afecta del 6 al 10 % de las mujeres en edad reproductiva, del 50 al 60 % de las mujeres y adolescentes con dolor pélvico y hasta del 50 % de las mujeres con infertilidad.<sup>(13)</sup>  
<sup>(14)</sup>

El dolor pélvico crónico representa el 10% de las visitas ginecológicas de pacientes ambulatorios. Se debe obtener una historia médica, quirúrgica, social y familiar completa de las pacientes que presenten este síntoma y se les debe realizar un examen físico que incluya un examen pélvico. El dolor focal o la sensibilidad en el examen pélvico se asocia con enfermedad pélvica en el 97 % de las pacientes y con endometriosis en el 66 % de las pacientes. Una masa pélvica, órganos pélvicos

inmóviles y nódulos rectovaginales sugieren endometriosis pero no son diagnósticos debido a su baja sensibilidad y especificidad. Está indicada una evaluación tanto de la paciente como de su pareja masculina en casos de infertilidad asociada. <sup>(15)(16)</sup>

El dolor pélvico debido a endometriosis suele ser crónico (dura  $\geq 6$  meses) y se asocia con dismenorrea (en 50 a 90% de los casos), dispareunia, dolor pélvico profundo y dolor abdominal bajo con o sin dolor de espalda y lomo. El dolor puede ocurrir de manera impredecible e intermitente a lo largo del ciclo menstrual o puede ser continuo, y puede ser sordo, palpitante o agudo, y exacerbado por la actividad física. Los síntomas asociados con la vejiga y el intestino (náuseas, distensión y saciedad temprana) son típicamente cíclicos. El dolor a menudo empeora con el tiempo y puede cambiar de carácter; con poca frecuencia, las mujeres informan ardor o hipersensibilidad, síntomas que sugieren un componente neuropático. Los síntomas se superponen con los de varias otras afecciones ginecológicas (p. ej., enfermedad inflamatoria pélvica, adherencias pélvicas, quistes o masas ováricas, leiomiomas y adenomiosis) y afecciones y factores no ginecológicos (p. ej., síndrome del intestino irritable, enfermedad inflamatoria intestinal, cistitis intersticial, dolor miofascial, depresión y antecedentes de abuso sexual), lo que dificulta el diagnóstico. <sup>(17)</sup>

La enfermedad peritoneal, que depende de los estrógenos para su crecimiento, se deriva de la menstruación retrógrada de células y tejidos endometriales sensibles a las hormonas esteroides, que se implantan en las superficies peritoneales y provocan una respuesta inflamatoria. Esta respuesta se acompaña de angiogénesis, adherencias, fibrosis, cicatrización, infiltración neuronal y distorsión anatómica, resultando en dolor e infertilidad. Aunque la mayoría de las mujeres tienen menstruación retrógrada, no todas las mujeres con menstruación retrógrada tienen endometriosis; las mujeres afectadas pueden tener una disfunción inmunitaria que interfiere con la eliminación de las lesiones. Dado que los endometriomas ováricos son clónales y las lesiones pueden tener mutaciones

genéticas, las mutaciones somáticas con la desregulación del crecimiento resultante también pueden ser factores etiológicos. La enfermedad en sitios distantes es probablemente causada por diseminación linfática o hematológica o transformación metaplásica. <sup>(18) (19)</sup>

## **Epidemiología**

La prevalencia de la endometriosis es de aproximadamente el 10 % <sup>(20) (21)</sup>; sin embargo, las estimaciones difieren ampliamente debido a las diferentes poblaciones y diseños de estudio. <sup>(22)</sup>

De acuerdo con las estimaciones basadas en la población de las bases de datos europeas (rango 0,8-1,8 %) <sup>(23) (24)</sup>, la prevalencia de endometriosis diagnosticada se ha informado como 10,8 por 1000 (IC del 95 % 10,5-11,0) <sup>(25)</sup>, que es menor que las estimaciones basadas en poblaciones de alto riesgo.

También se han informado casos raros de endometriosis esquelética <sup>(11) (26)</sup>.

## **Diagnóstico.**

Los síntomas de la endometriosis incluyen dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia, disuria e infertilidad. Los síntomas pueden aparecer años antes del diagnóstico, lo que resulta en un retraso promedio de 10 años. El estándar de oro para el diagnóstico incluye la laparoscopia con o sin biopsia; sin embargo, existe respaldo para tratar los síntomas antes del diagnóstico quirúrgico definitivo. <sup>(27) (28)</sup>  
<sup>(29)</sup>

Los antecedentes que se han identificado relacionados con el diagnóstico incluyen la obstrucción del flujo menstrual (p. ej., anomalías müllerianas <sup>(30)</sup>, exposición a dietilestilbestrol en el útero <sup>(31)</sup>, exposición prolongada a estrógenos endógenos (p. ej., debido a menarquia temprana, menopausia tardía u obesidad), ciclos menstruales cortos, bajo peso, <sup>(32)</sup> y exposición a sustancias químicas disruptoras endocrinas. <sup>(33)</sup> Los estudios de gemelos y familiares sugieren un componente

genético. <sup>(34)</sup> El consumo de carnes rojas y grasas trans se asocia con un mayor riesgo de endometriosis confirmada por laparoscopia, y el consumo de frutas, vegetales verdes y ácidos grasos de cadena larga n-3 se asocia con una disminución del riesgo. <sup>(35)</sup>

## **Tratamiento**

Hay argumentos para cambiar el diagnóstico de quirúrgico y más hacia objetivos clínicos para centrarse más en el paciente y menos en la lesión para reducir el costo y la demora en el diagnóstico. Los medicamentos analgésicos y hormonales se utilizan con frecuencia en el tratamiento. Las pacientes con endometriosis pueden pagar un promedio de siete visitas a un médico general antes de ser derivadas a un especialista y pueden someterse a un tratamiento de los síntomas sin un diagnóstico confirmado, lo que contribuye a la carga de los recursos de atención médica. <sup>(36)</sup> <sup>(37)</sup>  
<sup>(38)</sup>

## **Estudios relacionados**

Hassan evaluaron pacientes diagnosticados con endometrioma de la pared abdominal durante un período de 10 años fueron identificados a partir de la base de datos quirúrgica integral. Se encuestaron y analizaron la edad, la paridad, los síntomas, las cirugías previas, el diagnóstico inicial, las modalidades de diagnóstico, la operación actual y las recurrencias. Hubo 40 pacientes con una edad media de  $32,3 \pm 5,2$  años. Todos los pacientes (100%,  $n = 40$ ) tenían una masa abdominal en o adyacente a las cicatrices quirúrgicas. El síntoma principal fue el dolor, de naturaleza no cíclica (45 %,  $n = 18$ ) o cíclica (40 %,  $n = 16$ ). La duración media de los síntomas fue de  $18,2 \pm 23,4$  meses. El diagnóstico preoperatorio fue correcto en el 47,5% ( $n = 19$ ) de los casos. El tratamiento quirúrgico fracasó en 3 casos (3/33, 9,1%) y se reintervino. <sup>(39)</sup>

Michail et al en el 2017 en su estudio refieren al realizar una revisión sobre pacientes con endometriosis de 1000 mujeres con endometriosis durante un período de 20 años, encontramos 200 casos con endometriosis extra pélvica. Se evaluaron los

informes médicos y se confirmó el diagnóstico en el espécimen patológico. El tracto gastrointestinal representa la localización más común de endometriosis extra pélvica con 104/200(52%) casos ( $p < 0,01$ ), seguido por el sistema urinario con 70/200(35%) casos. el uréter del lado izquierdo estaba involucrado en 49/200 (24, 5%) casos, significativamente más alto en comparación con el uréter del lado derecho 21/100 (10, 5%) ( $p < 0,01$ ). Todas las mujeres tenían características similares en cuanto a edad, peso, principales síntomas, edad de la menarquia, etapas de la endometriosis, embarazo y antecedentes familiares de endometriosis. (9)

Piriyev et al 2023 realizaron una revisión de los datos de tres centros de endometriosis. En total 80 pacientes fueron incluidos en este estudio. El Academic Hospital Cologne Weyertal es un centro certificado de endometriosis de nivel III en Alemania. El tamaño del nódulo (muestra histológica) fue significativamente mayor en mujeres con adenomiosis que en aquellas sin adenomiosis ( $3,34 \pm 1,4$  vs.  $2,55 \pm 1,33$  cm,  $p=0,016$ ). También se encontró que la incidencia de afectación subfascial era significativamente mayor en estas mujeres (42 % frente a 19 %,  $p=0,03$ ). No se encontraron diferencias significativas en pacientes con y sin obesidad. En el 78% de los casos, el nivel de proliferación (marcador Ki67) fue inferior al 30%. (40)

Beneddeto et al para investigar el curso clínico y el manejo de la endometriosis de la pared abdominal (AWE). 83 mujeres con endometriosis de la pared abdominal fueron incluidas en el estudio. La endometriosis de la cicatriz umbilical se encontró en 26 pacientes (31,3%), siendo primaria en 20 casos (76,9%) y secundaria a un procedimiento laparoscópico en 6 casos (23,1%). 2 pacientes tenían implantes secundarios fuera del ombligo después de la cirugía laparoscópica. Implante secundario tras cesárea en 55 pacientes (66,3%). El diagnóstico se realizó por ecografía en 65 pacientes (78,3%) y por RM en los 18 restantes (21,7%). Se realizó extirpación completa del nódulo no registrándose hasta el momento ningún caso de recidiva. (41)

Paramythiotis et al en el 2022 realizaron un estudio donde refieren la presentación, la investigación clínica y el tratamiento quirúrgico de un caso de endometriosis de la pared abdominal. Una mujer de 42 años se presentó con dolor abdominal agudo en los cuadrantes inferiores en los márgenes de una antigua cicatriz de cesárea. Durante la investigación de la paciente se encontraron dos masas en la pared abdominal altamente sospechosas de estar constituidas por tejido endometrial. Estos fueron removidos en cirugía y se confirmó tejido endometrial secundario a cesárea previa tras análisis histológico. En consecuencia, aunque es raro, si una masa dolorosa en una cicatriz quirúrgica, como una incisión de Pfannenstiel, se encuentra en mujeres en edad reproductiva con antecedentes de cirugía obstétrica, el diagnóstico diferencial debe incluir endometriosis. Hay una parte de los casos en los que la endometriosis recurre dentro de los cinco años posteriores a la cirugía conservadora. <sup>(42)</sup>

Las pacientes que son atendidas por diagnóstico de endometrioma de pared en el hospital de gineco obstetricia No. 3, son derivadas de las unidades de segundo nivel con el diagnóstico de endometriosis severa o tumor abdominal, historia de dolor en sitios aledaños a una cicatriz quirúrgica previa y aumento de tamaño en mismo sitio. Para establecer el diagnóstico, se realiza un interrogatorio detallado, antecedentes de cirugías previas que involucren acceso a la cavidad abdominal y pélvica, semiología de los síntomas referidos, apoyados por estudios de gabinete como ultrasonido.

Existen en nuestro hospital dos servicios que atienden como parte de su consulta la endometriosis, sin embargo el tratamiento quirúrgico y seguimiento del endometrioma de pared es exclusivo del servicio de Ginecología.



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La endometriosis puede tener un profundo impacto en la vida de las mujeres, incluido el dolor asociado, la infertilidad, la disminución de la calidad de vida y la interferencia con la vida diaria, las relaciones y el sustento. El primer paso para aliviar estas secuelas adversas es diagnosticar la condición subyacente. Para muchas mujeres, el camino hacia el diagnóstico de la endometriosis es largo y lleno de barreras y diagnósticos erróneos. Los desafíos inherentes incluyen un estándar de oro basado en un procedimiento quirúrgico invasivo y sintomatología diversa, lo que contribuye al retraso bien establecido de 4 a 11 años desde el inicio de los primeros síntomas hasta el diagnóstico quirúrgico.

Hay relativamente pocos estudios sobre endometriosis abdominal en mujeres de nuestro medio. Se sabe poco sobre esta enfermedad en mujeres mexicanas, y un diagnóstico más temprano puede mejorar los resultados para reducir el dolor crónico y mejorar la calidad de vida.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las características clínicas y resultados del tratamiento quirúrgico del endometrioma de pared en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 La Raza?

## **JUSTIFICACIÓN**

La endometriosis extra pélvica, tradicionalmente considerada rara, ha sido reportada en un número considerable de casos en la literatura internacional. Se recomienda una mayor conciencia y sospecha clínica de la enfermedad y un enfoque multidisciplinario para lograr un diagnóstico oportuno y optimizar los resultados del paciente.

Remediar el retraso en el diagnóstico requiere una mayor educación del paciente y una derivación oportuna a un proveedor de atención médica para mujeres y un cambio en el enfoque médico del trastorno. La endometriosis debe abordarse como una enfermedad crónica, sistémica, inflamatoria y heterogénea que se presenta con síntomas de dolor pélvico y/o infertilidad, en lugar de centrarse principalmente en los hallazgos quirúrgicos y las lesiones pélvicas. Con este enfoque, se prevé que los síntomas, signos y hallazgos clínicos de la endometriosis se conviertan en los principales impulsores del diagnóstico clínico y la intervención temprana. Se espera que la combinación de estos factores en un algoritmo práctico simplifique el diagnóstico de la endometriosis y haga que el proceso sea accesible para más médicos y pacientes, lo que culminará en un tratamiento efectivo más temprano.

Actualmente, no hay muchos estudios en nuestro medio que brinden recomendaciones sobre métodos de diagnóstico óptimos, opciones de tratamiento y resultados para la endometriosis que involucra sitios extrapélvicos.

## **OBJETIVOS**

### **General**

Describir las características clínicas y resultados del tratamiento quirúrgico del endometrioma de pared en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 La Raza.

### **Secundarios**

- Definir el perfil demográfico de las pacientes con endometrioma de pared en el HGO 3 La Raza.
- Determinar las comorbilidades de las pacientes con endometrioma de pared en el HGO 3 La Raza.
- Identificar la prevalencia de antecedentes gineco-obstétricos en el endometrioma de pared en el HGO 3 La Raza.
- Identificar la sintomatología y características clínicas en el endometrioma de pared en el HGO 3 La Raza.
- Describir el diagnóstico histopatológico en el endometrioma de pared en el HGO 3 La Raza.
- Describir el tipo de abordaje quirúrgico y la estancia hospitalaria en el endometrioma de pared en el HGO 3 La Raza.
- Determinar si existe o no recurrencia del endometrioma.

## **HIPÓTESIS**

Dado que se trata de un estudio de carácter descriptivo, donde no se identifica como objetivo determinar causa efecto, se considera que no es necesario establecer una hipótesis para comprobación de causalidad.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Diseño de estudio**

Serie de casos.

Por la intervención: Observacional.

Por el tiempo en que se produjo la información: Retrospectivo

Por la interpretación de resultados: descriptivo

Por la medición de variables de resultado: transversal

Serie de casos, transversal, observacional, retrospectivo, descriptivo

### **Lugar del estudio**

El estudio se realizó en la UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de Los Reyes Sánchez” CMN La Raza, en el servicio de Ginecología

### **Universo de trabajo**

Se incluyeron todas las pacientes con endometrioma de pared, en el servicio de Ginecología del Hospital De Gineco Obstetricia No 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa De Los Reyes Sánchez” Del Centro Médico Nacional La Raza diagnosticadas durante el transcurso del 01 de enero 2018 a 31 de enero de 2023, de pacientes ya dadas de alta definitiva.

### **Periodo de muestreo**

Agosto 2023.

### **Cálculo de tamaño de muestra**

La muestra fue conformada por la totalidad de pacientes del periodo enero 2018 a 31 de enero de 2023 que contaron con antecedente de endometrioma de pared en el servicio de ginecología del Hospital de Gineco Obstetricia No 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de Los Reyes Sánchez” del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS.

Dado que se estudiaron a todas las pacientes que cumplieron los criterios de selección atendidos en el periodo de tiempo propuesto no se calculó tamaño de muestra

## **Criterios de selección**

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes con reporte endometrioma de pared en el HGO 3
- Pacientes que cuenten con expedientes completos
- Pacientes que fueron atendidas en el periodo de enero 2018 a 31 de enero 2023
- Mayores de 18 años

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con expedientes incompletos
- Pacientes trasladados en alguna otra institución
- Que llevaron el manejo de la patología en hospital privado o externo al HGO 3
- Reporte de patología maligno

## **Forma de selección de los participantes**

Se estudiaron a TODAS las pacientes que cumplan los criterios de selección

## **Descripción general del estudio**

1. La Dra. Natali Mendoza Leyva acudió a los registros de programación del servicio de ginecología y al servicio de anatomía patológica donde identificó los diagnósticos de endometrioma de pared durante el transcurso del 01 de enero 2018 a 31 de enero de 2023.
2. Una vez identificadas, la Dra. Natali Mendoza Leyva, hizo el listado y revisó los expedientes de dichas pacientes, tomando en cuenta
  - a. Edad
  - b. Índice de masa corporal

- c. Patología crónico degenerativa
- d. Cirugías previas
- e. Menarca
- f. Número de Gestas
- g. Número de Partos
- h. Número de Cesáreas
- i. Sintomatología
- j. Diagnostico consignado histopatología
- k. Localización anatómica
- l. Intervención de cirugía
- m. Días de estancia
- n. Recurrencia.

3. La Dra. Natali Mendoza Leyva transcribió estos datos a una hoja de Excel creada para tal fin.
4. El Dr. José Luis López y la Dra. Natali Mendoza elaboraron y transcribieron los datos llevando a cabo el análisis estadístico en el programa SPSS.
5. La Dra. Natali Mendoza y el Dr. José Luis López López redactaron el informe final y el manuscrito para publicación de los resultados.

### **Análisis de datos**

Para esto se utilizó estadística descriptiva, como medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar), para las variables cuantitativas continuas y discretas, si la distribución de los datos es paramétrica (datos con distribución normal); o la mediana y el rango intercuartilar si la distribución de los datos es no paramétrica, (distribución no normal). En el caso de las variables nominales se realizó por medio de frecuencias (n) y proporciones (%).

El programa estadístico de apoyo que se utilizó para realizar el análisis fue el SPSS v25. La presentación de resultados se realizó por medio de tablas según los datos registrados.

## Cuadro de variables

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Unidad de Medición
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.(22)	Tiempo transcurrido del nacimiento a la fecha de captación por primera vez en la consulta de ginecología, expresada en años cumplidos, reportado en el expediente clínico.	Cuantitativa discreta	Años
Índice de masa corporal	Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo. Se obtiene dividiendo el peso entre la talla al cuadrado. En los adultos se utiliza como uno de los recursos para evaluar el estado de nutricional de acuerdo con los valores propuestos por las OMS (Organización Mundial de la Salud). (43)	Bajo peso IMC < 18.5 kg/m <sup>2</sup> Normal IMC 18.5-24.9kg/m <sup>2</sup> Sobrepeso IMC < 25-29.9kg/m <sup>2</sup> Obesidad Grado I IMC 30-34.9 kg/m <sup>2</sup> Obesidad Grado II IMC 35-39.9 kg/m <sup>2</sup> Obesidad Grado III IMC Más de 40 kg/m <sup>2</sup> , reportados en expediente clínico al momento de la captación por primera vez en la consulta de ginecología.	Cuantitativa continua	Kg/m <sup>2</sup>
Patología crónica degenerativa	Es la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona (4)	Se recabará dicho dato del expediente clínico otorgado por servicio de Ginecología	Cualitativa nominal politómica	Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Asma, Dislipidemia, Otra (describir) Ninguna
Cirugías previas	Procedimiento que se realizó con anterioridad y en el cual se extirpó o reparó una parte del cuerpo. (39)	Se recabará dicho dato del expediente clínico otorgado por servicio de ginecología, en la nota del momento de la captación.	Cualitativa nominal politómica	Cesáreas, salpingoclasia bilateral, apendicectomía, colecistectomía, hernioplastía, quistectomía, laparotomía exploradora, abdominoplastía. Otra (describir) Ninguna

Menarca	Edad fisiológica en que ocurre la primera menstruación (8)	Edad fisiológica en que ocurrió la primera menstruación de la paciente, dato referido en expediente clínico.	Cuantitativa Discreta	años cumplidos
Número de Gestas	Número total de embarazos que ha tenido una mujer, sin importar el resultado (8)	Es la cantidad embarazos que ha presentado hasta el momento de ser captada en el estudio.	Cuantitativa Discreta	1,2,3,4....
Número de Partos	Expulsión de un (o más) fetos maduros y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior, considerando la cantidad (8)	Es la cantidad embarazos que concluyeron en partos por vía vaginal hasta el momento de ser captada y documentado en nota de primera vez.	Cuantitativa Discreta	1,2,3,4....
Número de Cesáreas	Número total de embarazos que ha tenido una mujer mediante procedimiento quirúrgico (8)	Es la cantidad embarazos que concluyeron en cirugía por vía abdominal hasta el momento de ser captada en el estudio y documentado en nota de primera vez.	Cuantitativa Discreta	1,2,3,4....
Sintomatología	Características ocurridas en un diagnóstico clínico, según los niveles de seguimiento natural de la enfermedad, donde puede ocurrir solo la mejoría o la pérdida de la vida.(17)	Seguimiento clínico en el paciente reportado en el expediente clínico, al momento de la captación.	Cualitativa, Nominal	Dolor Amenorrea Dismenorrea Otros (Describir)
Diagnóstico consignado o histopatología	Registro del diagnóstico establecido y confinado en el expediente clínico al momento de Histopatología (29)	Registro del diagnóstico establecido y confinado en el expediente clínico por Histopatología, de la intervención quirúrgica realizada, consignado en hoja de reporte histopatológico.	Cualitativa nominal	Diagnóstico de registro



Localización anatómica	Situación geo anatómica donde se aloja una estructura masa o tumor determinado por estudios de imagen (1)	Localización establecida en el expediente clínico que se identificó durante la intervención quirúrgica, reportado en expediente clínico, en nota de técnica quirúrgica.	Cualitativa nominal	Situación identificada anatómicamente (describir)
Intervención quirúrgica	Consideración de elección de procedimiento quirúrgico a realizar. (32)	Tipo de abordaje quirúrgico diagnóstico, reportado en expediente clínico, en nota de técnica quirúrgica.	Cualitativa nominal	1.- Laparoscópica 2.- Abierta 3.- Otras, especificar
Días de estancia	Condición temporal que cumple un paciente durante su hospitalización médica (40)	Evaluación de días transcurridos desde el ingreso a la unidad médica con motivo de la cirugía para resección de endometrioma hasta su egreso, reportado en expediente clínico, en nota de egreso.	Cuantitativa discreta	Días
Recurrencia	Situación clínica del paciente en un momento determinado (41)	Situación clínica del paciente en el momento determinado de la revisión del expediente clínico en un tiempo de seguimiento de 2 años documentado en expediente en notas de evolución o nota de alta de la unidad.	Cualitativa Nominal	Si No

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud el riesgo de esta investigación es considerado como **SIN RIESGO** por realizarse solamente a base de los expedientes.

Los procedimientos se apegan a las normas éticas, al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y a la declaración de Helsinki y sus enmiendas.

Dado que se trata de un estudio retrospectivo con revisión de registros clínicos de pacientes ya dadas de alta definitiva en el cual la confidencialidad de las participantes se resguardará de manera estricta y a que hacer acudir a las participantes a firmar consentimiento informado imposibilitaría la realización del proyecto (artículo 32, Declaración de Helsinki, Actualización 2013), proponemos a los Comités de Ética en Investigación y al de Investigación en Salud permita que se lleve a cabo sin consentimiento informado por las características del estudio que es de tipo observacional, no modificaría la conducta hacia ninguna paciente. En caso de que el Comité de Ética en Investigación no apruebe la realización del protocolo sin consentimiento informado, se intentará localizar a las pacientes y el mismo será solicitado por personal ajeno a la atención médica, siempre después de que el paciente haya recibido la atención médica motivo de su asistencia si fuera el caso. De igual forma, los testigos no deberán ser personas que pudieran ser influenciadas por quien solicite el consentimiento informado.

Contribuciones y beneficios (para las pacientes y para la sociedad): Esta investigación contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y tecnológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de problemas de salud que se consideran prioritarios para la población.

Las pacientes no obtendrán algún beneficio, sin embargo para las pacientes en lo posterior, se espera que los resultados nos permitan conocer mejor la enfermedad, lo cual ofertará una atención de mayor calidad al contar con los datos propuestos.

Posibles molestias o daños: Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de nuestro estudio aplicará una: Investigación sin riesgo: Porque son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Balance riesgo-beneficio: El riesgo de la investigación de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud es considerado sin riesgo ya que no interviene en el manejo protocolario de los pacientes, y se realizará en población de grupo no vulnerable, por lo que se considera que el balance riesgo/beneficio, es adecuado.

En todo momento se preservará la confidencialidad de la información de las participantes, ni las bases de datos ni las hojas de colección contendrán información que pudiera ayudar a identificarlas, dicha información será conservada en registro aparte por el investigador principal bajo llave, de igual forma al difundir los resultados de ninguna manera se expondrá información que pudiera ayudar a identificar a las participantes. Lo anterior aplica particularmente cuando se usen fotografías corporales, en cuyo caso se hará una carta expofeso para tal fin.

Manera de seleccionar a los posibles participantes; La selección de pacientes se realizará de una forma no aleatorizada de casos consecutivos por conveniencia.

Forma de otorgar a las participantes los beneficios esperados; NO aplica.

## **RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.**

### **Recursos humanos:**

- Investigador responsable del servicio de ginecología.
- Médico residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.

El investigador responsable, Dr. José Luis López López es médico especialista en Ginecología y obstetricia con subespecialidad en Oncología Ginecológica, con 12 años de experiencia clínica, profesor adjunto en el área de Ginecología, con propedéutico de investigación de 200 horas y autor de 12 tesis dirigidas.

### **Recursos físicos:**

Se contó con expediente clínico, computadora personal, Software para procesamiento de texto y base de datos.

Los gastos de papelería, computadoras y paquetes estadísticos corrieron a cargo de los investigadores.

No hubo necesidad de solicitar algún tipo de financiamiento.

## RESULTADOS

Se evaluaron un total de 7 casos identificados con endometrioma de pared en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia no. 3 Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez del CMN “La Raza” diagnosticadas durante el transcurso del 01 de enero 2018 a 31 de enero de 2023.

El perfil demográfico de las pacientes se caracterizó por un promedio de edad en los  $38 \pm 7$  años, con casos entre los 28 y 51 años. El índice de masa corporal fue en promedio para valores de sobrepeso en  $27.8 \pm 5.1$  kg/ m<sup>2</sup>.

**Tabla 1. Características demográficas de los casos con endometrioma de pared en el HGO 3**

	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Edad, años	38	7	28	51	38	40
Índice de masa corporal Kg/m <sup>2</sup>	27.8	5.1	21.0	34.6	28.0	21.0 <sup>a</sup>

Fuente: Base de datos UMAE Hospital de Gineco Obstetricia no. 3 Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez del CMN “La Raza”

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño

En los antecedentes de interés patológico, se identificó solo 1 caso con DM y un caso más con CUCI, para cada situación correspondió 14.3%. A mencionar que el 100% de las pacientes refirió antecedentes quirúrgicos, principalmente evento cesárea en el 85.7% de pacientes, además de laparotomía exploradora en el 42.9% y otras cirugías en el 28.6% de los casos.

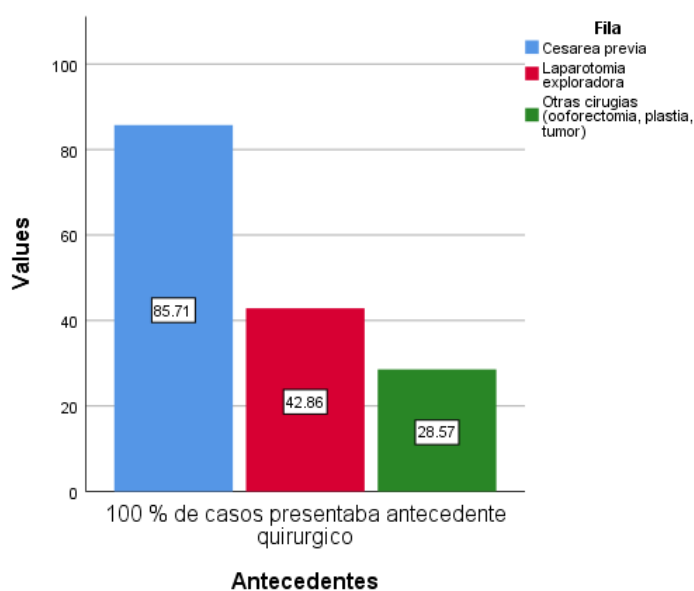
**Tabla 2. Antecedentes de interés de las pacientes con endometrioma de pared en el HGO 3**

		Recuento	% de N columnas
Patología crónico degenerativa	CUCI	1	14.3%
	DM	1	14.3%
	Ninguna	5	71.4%

Cesárea previa	Si	6	85.7%
Laparotomía exploradora	Si	3	42.9%
Otras cirugías (ooforectomía, plastia, tumor)	Si	2	28.6%

Fuente: Base de datos UMAE Hospital de Gineco Obstetricia no. 3 Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez del CMN "La Raza"

**Grafico 1. Antecedentes de interes de las pacientes con endometrioma de pared en el HGO 3**



Los antecedentes gineco obstétricos referidos incluyeron un inicio de la menarca desde los 9 años en el 14.3%, con un pico de 28.6% a los 12 años y casos hasta los 16 años en el 14.3%. El número de gestas más frecuente fueron dos en el 71.4% de casos, la prevalencia de partos fue baja, solo 1 caso refirió parto vaginal, y como se mencionó el 85.7% de casos con antecedente de cesárea.

**Tabla 3. Antecedentes ginecobstétricos de las pacientes con endometrioma de pared en el HGO 3**

	Recuento	% de N columnas
Menarca	9	14.3%

	10	1	14.3%
	12	2	28.6%
	13	1	14.3%
	15	1	14.3%
	16	1	14.3%
Número de Gestas	0	1	14.3%
	2	5	71.4%
	3	1	14.3%
Número de Partos	0	6	85.7%
	1	1	14.3%
Número de Cesáreas	0	1	14.3%
	1	1	14.3%
	2	5	71.4%

Fuente: Base de datos UMAE Hospital de Gineco Obstetricia no. 3 Dr.

Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez del CMN "La Raza"

La sintomatología reportada fue diversa, con una mayor distribución para dolor y presencia de tumoración palpable en el 85.7% para cada condición. Además, se refirió hiperemia y dolor en el 57.1% de los casos y dismenorrea en el 71.4% de pacientes.

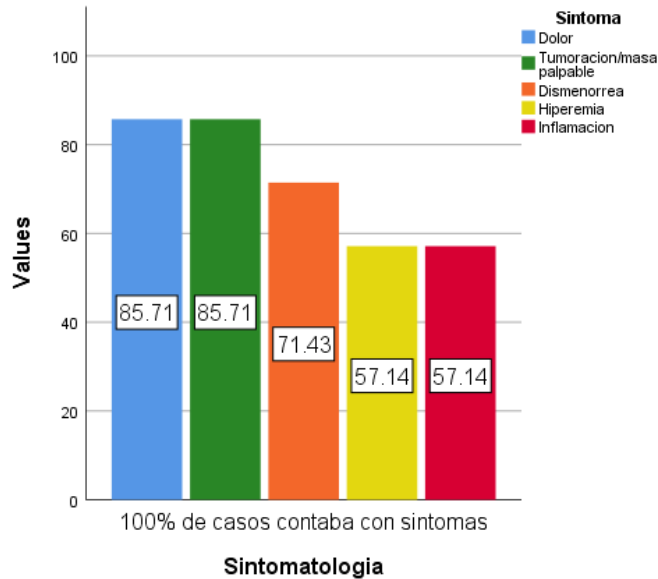
**Tabla 4. Sintomatología de las pacientes con endometrioma de pared en el HGO 3**

		Recuento	% de N columnas
Dolor	Si	6	85.7%
Inflamación	Si	4	57.1%
Tumoración/masa palpable	Si	6	85.7%
Dismenorrea	Si	5	71.4%
Hiperemia	Si	4	57.1%

Fuente: Base de datos UMAE Hospital de Gineco Obstetricia no. 3 Dr. Víctor

Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez del CMN "La Raza"

**Gráfico 2. Sintomatología de las pacientes con endometrioma de pared en el HGO 3**



Finalmente, en relación al diagnóstico consignado por histopatología, la endometriosis activa de la pared abdominal fue lo más frecuente en el 42.9% de pacientes, siendo el sitio anatómico de más prevalencia la herida quirúrgica previa supra púlica en el 28.6% de pacientes. El promedio de días estancia en hospital fue de 4 con valores entre 3 y 8 días. Cabe mencionar que la cirugía de intervención en todos los casos fue abdominal abierta y que no se identificó recurrencia en ninguna de las pacientes.

**Tabla 5. Sintomatología de las pacientes con endometrioma de pared en el HGO 3**

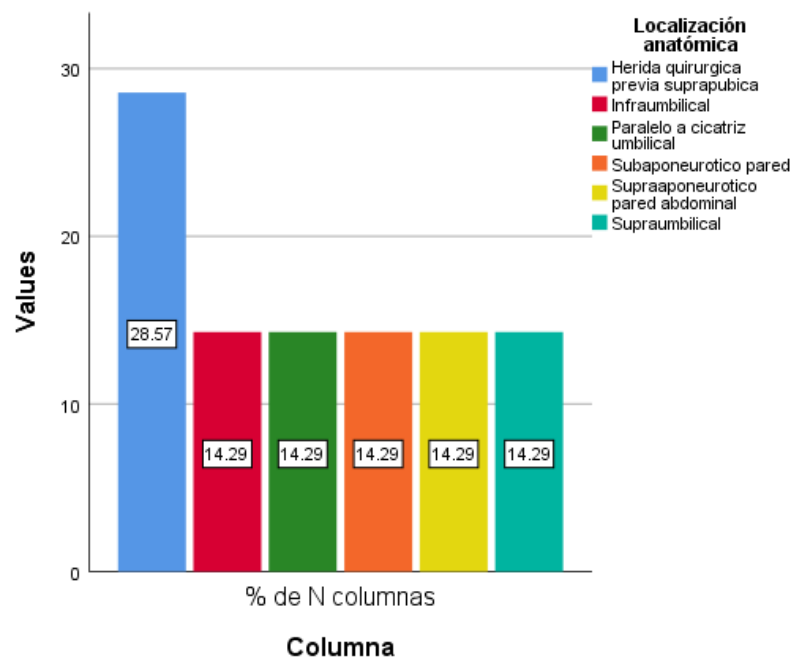
		Recuento	% de N columnas	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Diagnostico consignado histopatología	Endometrioma abdominal	1	14.3%				
	Endometrioma abdominal	1	14.3%				
	/deciduosis.						
	Endometriosis activa de pared abdominal	3	42.9%				
	Tejidos blandos con endometriosis	1	14.3%				
	Tumor / Endometriosis / fibrosis	1	14.3%				



Localización	Herida quirúrgica previa suprapúbica	2	28.6%				
anatómica	Infraumbilical	1	14.3%				
	Paralelo a cicatriz umbilical	1	14.3%				
	Subaponeurótico pared abdominal	1	14.3%				
	Supraaponeurótico pared abdominal	1	14.3%				
	Supraumbilical	1	14.3%				
Días de estancia				4	2	3	8

Fuente: Base de datos UMAE Hospital de Gineco Obstetricia no. 3 Dr. Victor Manuel Espinosa de los Reyes Sanchez del CMN "La Raza"

**Tabla 5. Localización anatomica patologica de las pacientes con endometrioma de pared en el HGO 3**



## DISCUSIÓN

Como bien se ha identificado, nuestros casos contaron con una edad promedio de 38 años, pacientes con índice de masa corporal normal del 28.5 %, obesidad del 28.5% y sobrepeso en el 42.85% de casos, en todas las pacientes hubo un evento quirúrgico como antecedente, principalmente cesárea en el 85.7% de los casos, con presencia de dolor y masa palpable en la sintomatología y el sitio anatómico fue sobre una herida quirúrgica previa o periumbilical. Nuestros hallazgos coinciden (excepto en la edad) con el reporte de Hassan y cols que evaluaron 40 pacientes con una edad media de  $32,3 \pm 5,2$  años. Todos los pacientes (100%,  $n = 40$ ) tenían una masa abdominal en o adyacente a las cicatrices quirúrgicas. El síntoma principal fue el dolor, de naturaleza no cíclica (45 %,  $n = 18$ ) o cíclica (40 %,  $n = 16$ ). La duración media de los síntomas fue de  $18,2 \pm 23,4$  meses. El diagnóstico preoperatorio fue correcto en el 47,5% ( $n = 19$ ) de los casos. Aunque nuestras pacientes no presentaron fracaso o recaída, en el estudio de Hassan se reporta que el tratamiento quirúrgico fracasó en 3 casos (3/33, 9,1%) y se reintervino. <sup>(39)</sup>

Cabe resaltar que nuestros casos presentaron la endometriosis de pared abdominal, sin embargo existen reportes como el de Michail et al que en una revisión de endometriosis de 1000 mujeres mencionan que el tracto gastrointestinal representa la localización más común de endometriosis extra pélvica con 104/200(52%) casos ( $p < 0,01$ ), seguido por el sistema urinario con 70/200(35%) casos. El uréter del lado izquierdo estaba involucrado en 49/200 (24, 5%) casos, significativamente más alto en comparación con el uréter del lado derecho 21/100 (10, 5%) ( $p < 0,01$ ). A diferencia de nuestros casos, Michail y col refieren que todas las mujeres tenían características similares en cuanto a edad, peso, principales síntomas, edad de la menarquia, etapas de la endometriosis, embarazo y antecedentes familiares de endometriosis. <sup>(9)</sup>

Beneddeto et al evaluaron 83 mujeres con endometriosis de la pared abdominal contrario a nuestras observaciones, la endometriosis de la cicatriz umbilical se

encontró en 26 pacientes (31,3%), siendo primaria en 20 casos (76,9%) y secundaria a un procedimiento laparoscópico en 6 casos (23,1%). Nuestros casos parecen presentar con mayor frecuencia la endometriosis sobre cicatriz previa suprapúbica, además los autores mencionan que 2 pacientes tenían implantes secundarios fuera del ombligo después de la cirugía laparoscópica, lo que se identificó de forma similar en nuestros casos. En los antecedentes se coincidió en el antecedente de cesárea previa, siendo el implante secundario tras cesárea en 55 pacientes (66,3%) de Benedetto. <sup>(41)</sup>

## **CONCLUSIONES**

Los principales síntomas del endometrioma de pared son dolor y masa abdominal, el tiempo transcurrido entre el antecedente quirúrgico y la presentación de los síntomas en las pacientes fue de 4 años.

Se identificó sobrepeso en la mayoría de las pacientes estudiadas y en todos los casos se asociaron con un evento quirúrgico previo, principalmente cesárea.

El tratamiento de todos los casos fue quirúrgico de forma abdominal abierta y no existió recurrencia reportada en las pacientes durante el seguimiento de 2 años desde el alta hospitalaria posterior a la cirugía terapéutica hasta su egreso de tercer nivel.

## CRONOGRAMA

### CARACTERISTICAS CLINICAS Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL ENDOMETRIOMA DE PARED EN LA UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 3 DR. DEL CMN "LA RAZA"

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>FECHAS PROGRAMADO</b>	<b>FECHAS REALIZADO</b>
Revisión bibliográfica y elaboración protocolo:	Julio 2022 – Marzo 2023	Julio 2022 – Marzo 2023
Presentación del proyecto al CEI y al CLIS y aprobación	Julio - Agosto 2023	Agosto 2023
Recolección de datos	Agosto 2023	Agosto 2023
Análisis de los resultados:	Agosto, 2023	Septiembre 2023
Reporte final y entrega de tesis	Agosto 2023	Octubre 2023

## BIBLIOGRAFÍA

1. Johnson NP, Hummelshoj L, Adamson GD, et al. World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis. *Hum Reprod.* 2017; 32(2):315-324.
2. Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med.* 2020; 382 (13):1244–1256
3. Wang Y, Nicholes K, Shih IM. The Origin and Pathogenesis of Endometriosis. *Annu Rev Pathol.* 2020; 15 :71–95.
4. Taylor HS, Kotlyar AM, Flores VA. Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations. *Lancet* 2021; 397 (10276):839–852.
5. Andrés MP, Arcoverde FVL, Souza CCC, Fernandes LFC, Simoes AM, Marie KR. Extrapelvic Endometriosis: A Systematic Review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2020; 27 (2):373–389.
6. Davis AC, Goldberg JM. Extrapelvic Endometriosis. *Semin Reprod Med.* 2017; 35 (1):98–101
7. Machairiotis N, Stylianaki A, Dryllis G, et al. Extrapelvic endometriosis: a rare entity or an under diagnosed condition? *Diagn Pathol.* 2013; 8 :194.
8. Eskenazi B., Warner ML. Epidemiology of endometriosis *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997; 24 (2):235–258.
9. Matalliotakis M, Goulielmos GN, Kalogiannidis I, Koumantakis G, Matalliotakis I, Arici A. Extra pelvic endometriosis: Retrospective analysis on 200 cases in two different countries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017; 217, 34-37.
10. Roseau G, Dumontier I, Palacio L, et al. Rectosigmoid endometriosis: endoscopic ultrasound features and clinical implications. *Endoscopy* 2000; 32 (7) :525–530.
11. Nagamoto, Y., Hashimoto, N., Kakunaga, S. et al. Endometriosis in the deltoid muscle: a case report. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2012; 22 :497–500.
12. Giudice LC, Swiersz RO. LM, Endometriosis de Burney. En: Jameson JL, De Groot LJ, editores. *Endocrinología.* 6ª ed. Elsevier; Nueva York: 2010. págs. 2356–70.

13. Goldstein DP, Cholnoky C, Emans SJ, Leventhal JM. Laparoscopia en el diagnóstico y manejo del dolor pélvico en adolescentes. *J Reprod Med.* 1980; 24 :251–6
14. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1997; 24(2):235-58.
15. Ripps BA, Martin DC. Focal pelvic tenderness, pelvic pain and dysmenorrhea in endometriosis. *The Journal of Reproductive Medicine.* 1991;36(7):470-472.
16. Comité de Práctica de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva. Endometriosis e infertilidad. *Fértil estéril.* 2006; 86 (Suplemento):S156–S160
17. Evans S, Moalem-Taylor G, Tracey DJ. Dolor y endometriosis. *Dolor.* 2007; 132 (suplemento 1):S22–S25
18. Bulun SE. Endometriosis. *N Engl J Med.* 2009; 360(3):268-79.
19. Tokushige N, Markham R, Russell P, Fraser IS. Nerve fibres in peritoneal endometriosis. *Hum Reprod.* 2006; 21(11):3001-7.
20. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d’Hooghe T, Cicco Nardone F de, Cicco Nardone C de, C Jenkinson, Kennedy SH, Zondervan KT on behalf of the World Endometriosis. Research Foundation Global Study of Women’s Health consortium. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility and Sterility* 2011; 96:366-73.
21. Cramer DW, Missmer SA. The epidemiology of endometriosis. *Ann N Y Acad Sci.* 2002; 955:11-22.
22. Viganò P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P. Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2004; 18(2):177-200.
23. Ballard, K., Seaman, H., De Vries, C. and Wright, J., Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case–control study— Part 1. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115: 1382-1391.
24. Abbas S, Ihle P, Koster I, Schubert I. Prevalence and incidence of diagnosed endometriosis and risk of endometriosis in patients with endometriosis-related

- symptoms: findings from a statutory health insurance-based cohort in Germany. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012; 160(1):79-83.
25. Eisenberg VH, Weil C, Chodick G, Shalev V. Epidemiology of endometriosis: a large population-based database study from a healthcare provider with 2 million members. *BJOG.* 2018; 125(1):55-62.
26. Basu PA, Kesani AK, Stacy GS, Peabody TD. Endometriosis of the vastus lateralis muscle. *Skeletal Radiol.* 2006;35(8):595-8.
27. Hudelist G, Fritzer N, Thomas A, Niehues C, Oppelt P, Hass D, et al. Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Hum Reprod* 2012; 27:3412–3416
28. Harvey J., Warwick I. Endometriosis. *BMJ.* 2010; 340 :1416–1417.
29. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, Laufer MR, Leyland N, Missmer SA, Singh SS, Taylor HS. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;220(4):354.e1-354.e12.
30. Sanfilippo JS, Wakim NG, Schikler KN, Yussman MA. Endometriosis in association with uterine anomaly. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:39-43.
31. Missmer, S.A., S.E. Hankinson, D. Spiegelman, R.L. Barbieri, K.B. Michels, and D.J. Hunter. In utero exposures and the incidence of endometriosis. *Fertility and Sterility.* 2004; 82:1501-8.
32. Missmer, S.A., S.E. Hankinson, D. Spiegelman, R.L. Barbieri, L.M. Marshall, and D.J. Hunter. Incidence of laparoscopically confirmed endometriosis by demographic, anthropometric, and 110 lifestyle factors. *American Journal of Epidemiology.* 2004; 160:784-96.
33. Diamanti-Kandarakis E, Bourguignon JP, Giudice LC, Hauser R, Prins GS, Soto AM, et al. Endocrine-disrupting chemicals: an Endocrine Society scientific statement. *Endocr Rev;* 30(4):293-342.
34. Montgomery GW, Nyholt DR, Zhao ZZ, Treloar SA, Painter JN, Missmer SA, Kennedy SH, Zondervan KT. The search for genes contributing to endometriosis risk. *Hum Reprod Update.* 2008;14(5):447-57.
35. Missmer SA, Chavarro JE, Malspeis S, Bertone-Johnson ER, Hornstein MD, Spiegelman D, Barbieri RL, Willett WC, Hankinson SE. A prospective study of



- dietary fat consumption and endometriosis risk. *Hum Reprod.* 2010; 25(6):1528-35.
36. Falcone T., Lebovic DI Manejo clínico de la endometriosis. *Obstet Gynecol.* 2011;118:691—705
37. Johnson NP, Hummelshoj L; World Endometriosis Society Montpellier Consortium. Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod.* 2013;28(6):1552-68.
38. Ballard KD, Lowton K., Wright J. ¿Cuál es el retraso? Un estudio cualitativo de las experiencias de las mujeres para llegar a un diagnóstico de endometriosis. *Fertility and Sterility.* 2006; 86 :1296–1301.
39. Bektaş H, Bilsel Y, Sari YS, Ersöz F, Koç O, Deniz M, Boran B, Huq GE. Abdominal wall endometrioma; a 10-year experience and brief review of the literature. *J Surg Res.* 2010;164(1):e77-81.
40. Piriye E, Namazov A, Mahalov I, et al. Clinical and Surgical Characteristics of Abdominal Wall Endometriosis: A Multicenter Case Series of 80 Women. *In Vivo.* 2023; 37(2):756-762.
41. Benedetto C, Cacoza D, de Sousa Costa D, et al. Abdominal wall endometriosis: Report of 83 cases. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022;159(2):530-536.
42. Paramythiotis D, Karlafti E, Tsomidis I, et al. Abdominal wall endometriosis: a case report. *Pan Afr Med J.* 2022;41:193.
43. Rodríguez, V. S.; Donoso, R. D.; Sánchez, P. E. et al. Uso del índice de masa corporal y porcentaje de grasa corporal en el análisis de la función pulmonar. *Int. J. Morphol.*, 2019 37(2):592-599.

## **ANEXOS**

**NOMBRE DEL ESTUDIO: CARACTERISTICAS CLINICAS Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL ENDOMETRIOMA DE PARED EN LA UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 3 DR. VICTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SANCHEZ DEL CMN “LA RAZA”**

Dado que se trata de un estudio retrospectivo con revisión de registros clínicos en el cual la confidencialidad de las participantes se resguardara de manera estricta, y a que hacer acudir a las participantes a firmar consentimiento informado imposibilitaría la realización del proyecto, proponemos a los Comités de Ética en Investigación y al de Investigación en Salud permita que se lleve a cabo sin consentimiento informado por las características del estudio que es de tipo observacional, no modificaría la conducta hacia ninguna paciente.

### **ANEXO 1. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3  
“DR VICTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SANCHEZ”  
CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”**

Ciudad de México a \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL ESTUDIO: CARACTERISTICAS CLINICAS Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL ENDOMETRIOMA DE PARED EN LA UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 3 DR. VICTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SANCHEZ DEL CMN “LA RAZA”**

## **NÚMERO DE REGISTRO DEL PROYECTO ANTE CLIS: R-2023-3504-022**

Por medio de la presente, se está invitando a que participe en un estudio de investigación clínica que se realiza en esta Unidad Médica.

**PROPÓSITO DEL ESTUDIO.** Este estudio tiene como propósito Describir las características y resultados del tratamiento quirúrgico del endometrioma de pared. Usted (o su familiar) ha sido invitada(o) a participar en este estudio debido a que tiene las siguientes características: “pacientes con endometrioma de pared, en el servicio de Ginecología del Hospital De Gineco Obstetricia No 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa De Los Reyes Sánchez” Del Centro Médico Nacional La Raza diagnosticadas durante el transcurso del 01 de enero 2018 a 31 de enero de 2023” por lo que pensamos que pudiera ser un buen candidato para participar en este proyecto. Al igual que usted 7 pacientes serán invitadas a participar en este estudio.

**PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO.** Procedimientos específicos de esta investigación: Si acepta participar entonces: se revisara su expediente y datos de su atención cuando se le diagnostico el endometrioma de pared.

**POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRÁ AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.** Usted no recibirá ninguna remuneración económica por participar en este estudio. Los beneficios de su participación para usted y/o el paciente esperamos que sean: usted no recibirá beneficio directo, sin embargo los datos del estudio nos permitirán conocer mejor la enfermedad y atender mejor a próximos pacientes con ese diagnóstico. Los beneficios de su participación para la sociedad esperamos que sean: prevención y control de problemas de salud que se consideran prioritarios para la población

**POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS.** Los posibles riesgos o molestias por su participación son: Ninguna. El investigador principal está comprometido a responder



Área de adscripción: Servicio de Ginecología. Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No 3, "Dr. Victor Manuel Espinosa de Los Reyes Sánchez" del Centro Médico Nacional La Raza.

Domicilio: Calzada Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. CP 02990.

Teléfono: 57245900 Extensión

Correo electrónico: [Lopex@hotmail.com](mailto:Lopex@hotmail.com)

**Matrícula IMSS** 99358301

Nombre: Natali Mendoza Leyva

Área de adscripción: Dirección de Educación e Investigación en Salud, Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No 3, "Dr. Víctor Manuel Espinosa de Los Reyes Sánchez" del Centro Médico Nacional La Raza

Domicilio: Calzada Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. CP 02990.

Teléfono: 57245900

Correo electrónico: [Natix1293@gmail.com](mailto:Natix1293@gmail.com)

**Matrícula IMSS** 97163098

**PERSONAL DE CONTACTO PARA DUDAS SOBRE SUS DERECHOS COMO PARTICIPANTE EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.** En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación: Calz Vallejo esquina Antonio Valeriano SN. Colonia La Raza Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. CP 02990. Teléfono (55) 5724 5900 extensión 23768, de lunes a viernes en horario de 07:00 a 13:30 horas o al correo electrónico: [efreen.montano@imss.gob.mx](mailto:efreen.montano@imss.gob.mx)

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.** Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Se

me ha dado una copia de este formato. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

**NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE.** Se me ha explicado el estudio de investigación y me han contestado todas mis preguntas. Considero que comprendí la información descrita en este documento y libremente doy mi consentimiento para participar en este estudio de investigación.

---

*Nombre del paciente*

---

*Firma*

**NOMBRE, FIRMA Y MATRÍCULA DEL ENCARGADO DE SOLICITAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.** Le he explicado el estudio de investigación al participante y he contestado todas sus preguntas. Considero que comprendió la información descrita en este documento y libremente da su consentimiento a participar en este estudio de investigación.

---

*Nombre, firma y matrícula del encargado de obtener el  
Consentimiento Informado*

---

*Firma*

**FIRMA DEL TESTIGO** Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmó este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

---

Testigo 1

Nombre, dirección, relación

---

Firma

**FIRMA DEL TESTIGO.** Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmó este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

---

Testigo 2

Nombre, dirección, relación

---

Firma

## ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ENDOMETRIOMA DE PARED EN LA UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 3 DR. DEL CMN “LA RAZA”

Variable	Definición Operacional	Unidad de Medición	Resultado del expediente
Edad	Tiempo transcurrido del nacimiento a la fecha de captación por primera vez en la consulta de ginecología, expresada en años cumplidos, reportado en el expediente clínico.	Años	
Índice de masa corporal	Bajo peso IMC < 18.5 kg/m <sup>2</sup> Normal IMC 18.5-24.9kg/m <sup>2</sup> Sobrepeso IMC < 25-29.9kg/m <sup>2</sup> Obesidad IMC 30-o mayor kg/m <sup>2</sup>	Kg/m <sup>2</sup>	
Patología crónica degenerativa	Se recabará dicho dato del expediente clínico otorgado por servicio de ginecología	Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Asma, Dislipidemia, Otra (describir) Ninguna	
Cirugías previas	Se recabará dicho dato del expediente clínico otorgado por servicio de ginecología.	Cesáreas, salpingoclasia bilateral, apendicectomía, colecistectomía, hernioplastía, quistectomía, laparotomía exploradora, abdominoplastía. Otra (describir) Ninguna	
Menarca	Edad fisiológica en que ocurrió la primera menstruación de la paciente	Años cumplidos	
Número de Gestas	Es la cantidad embarazos que ha presentado hasta el momento de ser captada en el estudio.	1,2,3,4....	
Número de Partos	Es la cantidad embarazos que concluyeron en partos por vía vaginal hasta el momento de ser captada en el estudio	1,2,3,4....	
Número de Cesáreas	Es la cantidad embarazos que concluyeron en cirugía por vía abdominal hasta el momento de ser captada en el estudio.	1,2,3,4....	
Sintomatología	Seguimiento clínico en el paciente identificado como la resolución de su padecimiento.	Dolor Amenorrea Dismenorrea Otros (Describir)	
Diagnostico consignado histopatología	Registro del diagnóstico establecido y confinado en el expediente clínico por Histopatología de la intervención quirúrgica realizada, consignado en hoja de reporte histopatológico	Diagnóstico de registro	
Localización anatómica	Localización establecida en el expediente clínico que se identificó durante la intervención quirúrgica	Situación identificada anatómicamente (describir)	
Intervención de cirugía	Tipo de abordaje quirúrgico diagnóstico, reportado en expediente clínico, en nota de técnica quirúrgica.	1.- Laparoscópica 2.- Abierta 3.- Otras, especificar	
Días de estancia	Evaluación de días transcurridos desde el ingreso a la unidad médica con motivo de la cirugía para resección de endometrioma hasta su	Días	



	egreso, reportado en expediente clínico, en nota de egreso		
Recurrencia	Situación clínica del paciente en el momento determinado de la revisión del expediente clínico en un tiempo de seguimiento de 2 años	Si No	