

# ENDOMETRIOSIS: EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE INFERTILIDAD

José Pacheco, Remo Ángeles, Silvia Bustamante, Francisca Díaz,  
Jesús Ishihara, Patricia Orihuela, Cristina Zúñiga, Zithney Bazán\*

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Revisar los casos de endometriosis encontrada durante la laparoscopia o laparotomía en mujeres evaluadas por infertilidad o aborto recurrente. **DISÑO:** Estudio retrospectivo descriptivo de corte transversal. **MATERIAL Y MÉTODOS:** 675 mujeres con infertilidad o aborto recurrente fueron sometidas a laparotomía o laparoscopia. **LUGAR:** Servicio de Reproducción Humana del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud. **RESULTADOS:** La prevalencia de endometriosis fue 47% (317 pacientes), siendo más frecuente en mujeres entre 30 y 39 años. La endometriosis fue mínima en siete casos (2,2%), leve en 101 (31,9%), moderada en 128 (40,4%) y severa en 81 casos (25,6%). En 38 casos se halló uno o más endometriomas. La localización más frecuente fue en fondo de saco posterior, ligamentos uterosacros y en la superficie ovárica. Se encontró, además, salpingitis crónica en 26% (81 casos), con hidrosálpinx en 20 casos. Gestaron 55 pacientes (17,4%), haciendo énfasis en que el seguimiento no fue óptimo. **CONCLUSIONES:** La frecuencia de endometriosis es alta en mujeres con infertilidad o aborto recurrente. El diagnóstico de la enfermedad ha sido en esta revisión por laparoscopia y laparotomía, intervenciones durante las cuales se realiza la fulguración de los focos y la eliminación de los endometriomas, así como se lisa las adherencias y se restituye la anatomía funcional de las trompas de Falopio.

**Palabras clave:** Endometriosis, clasificación Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, laparoscopia, laparotomía, endometrioma, infertilidad, aborto recurrente.

Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46: 40-46.

## SUMMARY

**OBJECTIVE:** To review all cases of endometriosis found during laparoscopy or laparotomy in women with infertility or recurrent abortion. **DESIGN:** Retrospective descriptive transversal study. **Material and methods:** Six hundred and seventy-five women with infertility or recurrent abortion subjected to laparotomy or laparoscopy. **SETTING:** Service of Human Reproduction, Edgardo Rebagliati Martins National Hospital, EsSalud. **RESULTS:** Prevalence of endometriosis was 47% (317 patients), more frequent in women 30 to 39 year-old. Endometriosis was minimal in 7 cases (2.2%), mild in 101 (31.9%), moderate in 128 (40.4%) and severe in 81 cases (25.6%). In 38 cases one or more endometriomas were found. Most frequent localizations were the posterior cul-de-sac, uterosacral ligaments and surface of the ovary. We also found chronic salpingitis in 26% (81 cases), including 20 cases of hydrosalpinx. Fifty-five patients (17.4%) got pregnant, considering suboptimal follow-up. **CONCLUSIONS:** There is a high frequency of endometriosis in women with infertility or recurrent abortion. Diagnosis of endometriosis has been by laparoscopy or laparotomy in this study, surgical interventions that permit fulguration of endometriotic foci and removal of endometriomas, as well as lysis of adhesions and restitution of Fallopian tubes functional anatomy.

**Key words:** Endometriosis, American Society of Reproductive Medicine classification, laparoscopy, laparotomy, endometrioma, infertility, recurrent abortion.

Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46: 40-46.

## INTRODUCCIÓN

Una de las patologías más complejas y perturbadoras por su presentación y evolución, motivo de estudio permanente de los ginecoobstetras, es la endometriosis y sus síntomas y secuelas, la cual

\* Servicio de Reproducción Humana,  
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud.  
d100834@sanfer.unmsm.edu.pe



se considera afecta a 10 ó 15% de las mujeres y a 30 ó 40% de las mujeres infértiles. Sin embargo, ya Williams y Pratt en 1977 la encontraban en 50% de las laparotomías que ellos realizaban<sup>1</sup>. Actualmente se considera que la endometriosis pudiera acontecer en la mayoría de mujeres, sino en todas, en diferentes etapas de su vida<sup>2</sup>.

La endometriosis consiste en implantes ectópicos de tejido endometrial<sup>3</sup>, con efectos sobre el líquido peritoneal, el número y actividad de los macrófagos, los picos de LH. Es causa de dolor pélvico, defecto de la fase lútea, infertilidad y de un mayor número de abortos, embarazos ectópicos y mortinatos. La edad media de las mujeres que la padecen es 30 años, es decir, durante la etapa de exposición a las menstruaciones. Ocurre más en la nulípara y tiene un factor hereditario, aunque el patrón mendeliano no es claro<sup>4</sup>.

Si bien la primera descripción de endometriosis fue en 1860, por von Rokitansky, el término "endometriosis" fue introducido por John Sampson, en 1927, cuya teoría consideró el reflujo del endometrio por la trompa uterina. En la patogénesis se considera las teorías de metaplasia del epitelio celómico, diseminación vascular y linfática, el trasplante de células endometriales, alteraciones del componente celular de inmunidad y el rol de los macrófagos, entre otros.

Interesados en conocer la frecuencia de endometriosis en las pacientes sometidas a laparoscopia quirúrgica en un servicio de infertilidad, se realizó el presente estudio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El presente es un estudio descriptivo retrospectivo observacional de corte transversal realizado en el Servicio de Reproducción Humana del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud (ex Instituto Peruano de Seguridad Social) entre los meses de enero de 1993 y diciembre de 1998, revisando las historias clínicas e informes operatorios.

Las pacientes fueron referidas a nuestro Servicio por infertilidad o por aborto recurrente. La sintomatología presuntiva de endometriosis consistió en dismenorrea y dispareunia, dificultades intes-

tinuales durante las menstruaciones, sangrado premenstrual, menorragia, anovulación, folículo no roto luteinizado, ovarios grandes y dolorosos, útero fijo, nódulos uterosacros, dolor rectal al defecar y tenesmo, entre otros. Sin embargo, muchas pacientes no presentaban sintomatología y la endometriosis fue un hallazgo laparoscópico.

En nuestro servicio, el protocolo de estudio de las pacientes incluye una anamnesis exhaustiva, examen clínico general prolijo; se documenta la ovulación por monitorización hormonal, del moco cervical, del crecimiento folicular por ecografía y por biopsia de endometrio; se solicita histerosalpingografía, Papanicolaou, descarte de clamidiasis, espermograma y estudio de espermigración, entre otros. En los casos de aborto recurrente, se añade los estudios genético, infeccioso y perfil inmunológico, autoinmune y aloinmune. Terminada la evaluación, la paciente es sometida a laparoscopia o laparotomía, previa Junta Médica.

En la intervención quirúrgica se tiene mucho cuidado en anotar cuidadosamente los diversos hallazgos, utilizando desde hace dos años, en el caso de la endometriosis, la ficha de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva<sup>5</sup>, de manera de poder determinar el manejo inmediato y futuro y la predicción de fertilidad, así como con fines comparativos.

## RESULTADOS

En el lapso de enero 1993 a diciembre 1998, se encontró los informes operatorios de 675 casos, 258 laparotomías (38,2%) y 417 laparoscopias (61,7%), realizadas por los médicos del Servicio de Reproducción Humana del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud. Hubo 317 casos de endometriosis, lo que representa una prevalencia de 47%. Con respecto a la infertilidad, 205 casos (64,7%) sufrían de infertilidad primaria y 112 (35,3%) de infertilidad secundaria.

La edad de las pacientes con hallazgos laparoscópicos de endometriosis fue mayormente entre los 30 y 39 años, con sólo once casos de más de 40 años, ya que nuestro Servicio no recibe por Protocolo pacientes de 40 años o más desde hace dos años (Tabla 1).



**Tabla 1.** Edad de las pacientes y tiempo de infertilidad.

	n	%
Años de edad		
• 25 - 29	32	10,1
• 30 - 34	143	45,1
• 35 - 39	131	41,5
• 40 ó más	11	3,3
Media = 33,9		
Años de infertilidad		
• 2 - 3	150	47,3
• 4 - 5	87	27,4
• 6 - 7	47	14,9
• 8 - 9	24	7,5
• 10 - 12	9	2,9
Promedio = 6,6 ± 4 años		

El tiempo de infertilidad de las pacientes se observa en la Tabla 1, que en promedio fue 6,6 ± 4 años, siendo el mayor grupo el de dos a cinco años.

En el 70% de los casos, la endometriosis fue asintomática (Tabla 2). Cuando existió sintomatología, ella consistió en dolor pélvico crónico, dismenorrea y dispareunia.

El diagnóstico postoperatorio (Tabla 3) fue endometriosis mínima (1 a 5 puntos) en 7 casos, leve (6 a 15 puntos) en 101, moderada (16 a 40 puntos) en 128 y severa (más de 40 puntos) en 81 casos. En 38 casos se halló uno o más endometriomas. Se encontró, además, salpingitis crónica, leiomiomatosis uterina y síndrome adherencial como factores coincidentes de infertilidad; pero, en 106 casos (33,4%) sólo se halló endometriosis.

La localización fue mayormente peritoneal y ovárica (Tabla 4), predominando en los fondos de saco posterior, ligamento uterosacro y teniendo presencia frecuente en los ovarios.

**Tabla 2.** Endometriosis y sintomatología.

Síntomas	n	%
• Dolor pélvico crónico	37	11,7
• Dismenorrea	31	9,7
• Dispareunia	25	7,9
• Sin síntomas	224	70,7

**Tabla 3.** Diagnóstico postoperatorio

Diagnóstico	n	%
• Endometriosis	317	100,0
– Mínima	7	2,2
– Leve	101	31,9
– Moderada	128	40,4
– Severa (Endometrioma 38)	81	25,6
• Salpingitis crónica	81	25,6
– Trompas patológicas	61	19,2
– Hidrosálpinx	20	6,3
• Leiomiomatosis uterina	60	18,9
• Síndrome adherencial	58	18,3
• Quiste de ovario	12	3,8
• Endometriosis sola	106	33,4

En la Tabla 5 observamos que hubo los diferentes tipos de lesiones endometriósicas descritos en la literatura, sin mayor diferencia entre ellas. El líquido peritoneal estuvo aumentado en 27 casos (9%).

En todos los casos intervenidos se fulguró los focos de endometriosis, y se reseco los endometriomas en los 38 casos. Además, en la cuarta parte de los casos se realizó algún tipo de cirugía tubárica. En varios casos se extirpó quistes ováricos o paratubáricos y se efectuó lisis de adherencias.

En 81 casos de endometriosis severa, se realizó una nueva intervención (*second look*), principalmente laparoscópica, hallándose recurrencia de la endometriosis en 37 casos (45,6%).

**Tabla 4.** Localización de la endometriosis

Localización	n	%
• Fondo de saco posterior	66	20,3
• Ligamento uterosacro	61	19,2
• Ovarios	58	18,3
• Parametrios	50	15,8
• Trompas de Falopio	31	9,8
• Útero	24	7,5
• Fondo de saco anterior	14	4,4
• Extragenital *	13	4,1

\* Colon sigmoideas 7, peritoneo 4, vejiga 2

**Tabla 5.** Tipo de lesión de endometriosis.

Lesión	n	%
• Blanca	77	24,3
• Negra	61	19,2
• Roja	55	17,4
• Endometriomas	38	12,0
• Adherencias	59	18,6
– Moderadas	38	12,0
– Severas	21	6,6
• Líquido en fondo de saco	27	9,0

De las pacientes a las que pudimos hacer seguimiento, 55 gestaron, lo que representó 17,4%, haciendo la observación que nuestro Hospital es un nivel de referencia y no tiene pacientes propias. En la Tabla 6 hacemos una correlación entre la edad, tiempo de infertilidad, estadio de enfermedad y gestación.

En la Tabla 7 se observa el lapso entre tratamiento y gestación y la evolución de las gestaciones, de las que tenemos conocimiento. El mayor número de pacientes gestó entre los cinco y ocho meses luego del diagnóstico y tratamiento quirúrgico, con o sin tratamiento médico, y el 94,5% dentro de los 12 meses. Terminaron en parto a término 87% y 11% en aborto.

**Tabla 6.** Características de la población con endometriosis que gestó.

Edad	n	Gestaron	%
• 25 - 29	32	1	34,4
• 30 - 34	143	26	18,2
• 35 - 39	131	17	5,3
• 40 ó más	11	1	9,1
Tiempo de infertilidad (años)			
• 2 - 3	150	22	14,7
• 4 - 5	87	18	20,7
• 6 - 7	47	9	19,1
• 8 - 9	24	5	20,9
• 10 - 12	9	1	11,0
Estadio de endometriosis			
• I	7	1	14,3
• II	101	24	43,6
• III	128	18	32,7
• IV	81	12	21,8

**Tabla 7.** Lapso entre tratamiento y gestación y evolución de las mismas.

	n	%
Meses entre tratamiento y gestación		
• 3 - 4	8	14,5
• 5 - 6	15	27,3
• 7 - 8	13	23,6
• 9 - 10	9	16,4
• 11 - 12	7	12,7
• > 13	3	5,5
Evolución de las gestaciones		
• Parto a término	48	87,2
• Aborto	6	10,9
• Embarazo ectópico	1	1,8

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En la presente revisión, hemos encontrado que 47% de las pacientes con infertilidad o aborto recurrente sufría de endometriosis. Este hallazgo difiere en alguna forma del estudio que uno de los autores (JP) presentara en su incorporación a la Academia Peruana de Cirugía en 1998, ocasión en la que comunicamos que de 79 laparoscopias realizadas en los seis meses previos, en 48 se encontró endometriosis, lo que representó una prevalencia de 60,7%<sup>6</sup>. Esto indica la importancia del empleo del laparoscopio para tener una visión más cercana y real de lo que acontece en la pelvis femenina, ya que el hallazgo de endometriosis aumentará a una cifra más real, que cuando se observa la endometriosis durante una laparotomía, especialmente en lo que se refiere a lesiones muy pequeñas.

De todas maneras, con los hallazgos del presente estudio se corrobora la frecuencia con la que la endometriosis es encontrada en pacientes con infertilidad o con pérdida reproductiva, frecuencia que es mucho mayor que las cifras clásicamente comunicadas para infertilidad. El hallazgo nos dice que la endometriosis es relativamente frecuente en la población limeña infértil, lo que debe ser considerado en toda su magnitud. Este resultado es mayor que el 32,5% encontrado en otro estudio local<sup>7</sup>.

Conocemos que el reflujo menstrual tubárico ocurre en cada menstruación. Sin embargo, no todas las mujeres desarrollan la endometriosis. En las que acontece, se observa inmunidad celular deficiente,



con disminución de la respuesta del linfocito T y aumento en el número y actividad de los macrófagos peritoneales, siendo los gametos atacados con facilidad. Los anticuerpos antiendometriales atacan los implantes endometriósicos y luego al endometrio, lo que impide el transporte de los gametos y la nidación<sup>8</sup>. Los macrófagos peritoneales producen factores de crecimiento contra las células endometriales estromales humanas, aumentan el factor alfa de necrosis tumoral y la interleuquina-1 (macrófagos activados). El complemento C3c y C4 están elevados en el suero y en el líquido peritoneal.

La etapa temprana de endometriosis se caracteriza por invasión de colágeno tipo III y las integrinas  $\alpha 2\beta 1$ ,  $\alpha 3\beta 1$ ,  $\alpha 4\beta 1$ ,  $\alpha 5\beta 1$  y  $\alpha 6\beta 1$  se expresan en las lesiones endometriósicas. La integrina  $\alpha 2\beta 1$  está presente con frecuencia en el líquido peritoneal en mujeres con endometriosis, pero ausente en las mujeres sin endometriosis. Estas integrinas estarían comprometidas en la adhesión del tejido endometrial descamado durante la menstruación en el peritoneo<sup>9,10</sup>, sin tener influencia de los estrógenos y la progesterona<sup>11</sup>.

En el ciclo sexual normal existe mayor cantidad de receptores de estrógeno (RE) y progesterona (RP) en las células del epitelio y del estroma del endometrio en la fase proliferativa, disminuyendo en la secretora. Mientras tanto, en las lesiones endometriósicas, las cantidades de RE y RP son constantes durante el ciclo menstrual. Hay expresión de RE, ARNm de los RE y RP en las células columnares del peritoneo pélvico y en la endometriosis típica, pero no en el mesotelio normal, lo que podría demostrar que la endometriosis se desarrolla en un mesotelio alterado<sup>12</sup>.

Así mismo, el líquido peritoneal de pacientes con endometriosis contiene un factor quimiotáctico proteico, posiblemente segregado por los implantes endometriósicos, que atrae las células inflamatorias –los macrófagos– a la cavidad peritoneal. Este factor puede ser un miembro de la familia inmunofilina, debido a su perfil inhibitorio<sup>13</sup>.

Lo anterior nos explica la complejidad de la entidad conocida como endometriosis, su alta frecuencia en los problemas de infertilidad y la dificultad para que estas mujeres lleguen a concebir. En nuestro estudio, el 86,6% de las mujeres tenía entre 30

y 39 años (Tabla 1). El 47% de ellas tenía 2 a 3 años de infertilidad, pero el 10% sufría 8 años o más de infertilidad.

Se puede sospechar la presencia de endometriosis al hacer una evaluación clínica minuciosa. Pero, en la mayor parte de los casos la endometriosis se presenta de manera asintomática, como en nuestro estudio, en el que 71% no tenía sintomatología. Por eso, la laparoscopia es indispensable para establecer el diagnóstico, ya que sólo la tercera parte de las pacientes tienen diagnóstico preoperatorio presuntivo de endometriosis<sup>6</sup>.

Clásicamente, se describe las lesiones de endometriosis como implantes incoloros, de color rojo cereza o azul oscuro o negros o blancos a amarillentos, lesiones que abultan de la serosa. Actualmente solamente se les clasifica en implantes rojos, blancos y negros<sup>5</sup>. Otras formas de presentación son los quistes de chocolate y los defectos tipo quemadura. El magnífico adelanto que ha significado la laparoscopia en la detección de estas lesiones no puede ser resaltado en todo su valor. Sin embargo, aún con la amplificación que produce la óptica, estamos seguros que muchas de las lesiones pasan desapercibidas por su tamaño casi microscópico o por presentar un color que se confunde con los tejidos peritoneales y los órganos pélvicos. Así mismo, no siempre abultan sobre la superficie. Y otras veces, sólo encontramos las adherencias y ventanas ocasionadas por la endometriosis. Por lo tanto, consideramos que deben existir muchas otras lesiones no visibles a los aditamentos con que contamos actualmente.

En nuestros casos, no hubo un predominio de algún tipo de lesión, y ellas se presentaron como lesiones rojas, negras y blancas, endometriomas (12%) y con adherencias moderadas a severas y líquido peritoneal incrementado en varias de ellas.

La localización de la endometriosis es, de acuerdo a la literatura, en los ovarios en 50 a 55%, en los ligamentos anchos (aspecto posterior), en los uterosacros, en el *cul-de-sac* anterior y posterior, en el septo rectovaginal. También en la serosa del útero, del cérvix, vejiga, trompas, vulva, vagina. En nuestros casos, el hallazgo fue más frecuente en el peritoneo del fondo de saco posterior, en los ligamentos uterosacros y en los ovarios (Tabla 4).



Por otro lado, se ha hallado endometriosis en el colon sigmoides, en el apéndice, pudiendo producir íleo; en las cicatrices del abdomen y ombligo, en el uréter, en el diafragma, pleura, pulmones, bazo, vesícula biliar, riñón. Es interesante lo que nos enseñó Dockerty, el destacado patólogo de la Clínica Mayo, quien nos mostraba la existencia casi universal de deciduosis -es decir, lesiones endometriósicas- en la superficie de los ovarios durante las intervenciones cesáreas<sup>14</sup>, lesiones que uno de los autores (JP) las encuentra en casi toda cesárea.

Con el afán de poder comparar nuestros resultados, hemos utilizado la clasificación de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (SAMR), aunque anteriormente se empleaba la clasificación de Acosta. La última revisión de la SAMR de 1996 vuelve a clasificar la endometriosis en I mínima (1 a 5 puntos), II leve (6 a 15 puntos), III moderada (16 a 40 puntos) y IV severa (más de 40 puntos)<sup>5</sup>, de acuerdo a:

- Localización: peritoneal u ovárica, superficial o profunda.
- Tamaño: < 1 cm, 1 a 3 cm, > 3 cm.
- Obliteración del fondo de saco de Douglas: parcial o total.
- Adherencias: ováricas o tubáricas, laminares o firmes, que comprometen las estructuras en 1/3, 2/3 ó 3/3.

En nuestra revisión, prácticamente sólo un tercio de los casos fue de endometriosis mínima y leve, lo cual difiere de la presentación reciente<sup>2</sup>, en el cual dos tercios tenían estos estadios de la enfermedad, otra vez, posiblemente por un mayor acercamiento a las lesiones con el empleo del laparoscopia. En 26% de los casos, la endometriosis era severa.

Las varias clasificaciones de endometriosis presentadas hasta el momento, la mayoría basadas en la clasificación de Acosta<sup>8</sup>, no han tenido una buena correlación con el dolor pélvico<sup>15</sup> ni han podido predecir la posibilidad de embarazo exitoso. Esto también ocurre con la clasificación de la SAMR. En un análisis retrospectivo multicéntrico en pacientes que recibieron tratamiento médico y/o quirúrgico, no hubo diferencias significativas en la tasa de embarazos según el estadio de la endometriosis, salvo ligera declinación de los embarazos en el estadio IV, sin significación estadística<sup>16</sup>. Con respecto a nuestros casos, preveíamos que existiría un gran sesgo, por la alta frecuencia de problemas tubáricos coincidentes

en nuestras pacientes, secuelas de procesos infecciosos, y porque no podemos hacer seguimiento adecuado a las pacientes, ya que son referidas de otras clínicas de EsSalud y, al gestar, generalmente no son vueltas a referir a nuestro Hospital.

Es importante comentar el poco número de endometriosis mínima comunicadas en nuestro estudio. Creemos que pueda deberse a una recolección incompleta de datos, ya que recién se ha empleado la gráfica de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva desde hace dos años. Sin embargo, en la comunicación anterior<sup>6</sup>, hallamos 33% de endometriosis mínima, 25% de leve, 23% de moderada y 19% de severa, porcentajes que se parecen a lo encontrado en otra comunicación local<sup>7</sup>. Aquí, otra vez hacemos énfasis sobre el valor de la laparoscopia para una visión más cercana y real de las lesiones endometriósicas pequeñas.

El manejo de nuestras pacientes con endometriosis se complica por los hallazgos coincidentes de salpingitis crónica (25,6%) -que incluía 6,3% de casos de hidrosálpinx- y síndrome adherencial (18,3%), entre otros, los que con seguridad han tenido influencia en nuestros resultados de embarazo. Encontramos endometriosis sola en 106 casos (33,4%). Estos hallazgos también difieren con los presentados en casos de laparoscopia sola, cuando comunicamos 62% de salpingitis crónica, 44% de síndrome adherencial, 25% de obstrucción tubárica, entre otros<sup>6</sup>.

Hallada la endometriosis, nuestra conducta es fulgurar todos los focos de endometriosis visibles, con cauterio monopolar o bipolar, tomando las precauciones necesarias frente a órganos nobles, como la vejiga, los uréteres, el rectosigmoide. En los casos de endometriomas, abrimos el quiste y, luego de drenarlo, extirpamos la cápsula totalmente, para impedir la recurrencia, seguido de un lavado prolijo. Sin embargo, recientemente estamos tratando de ser más conservadores, abriendo el endometrioma y fulgurando el quiste, por la probabilidad de destruir ovario sano adyacente<sup>17-19</sup>. Además, efectuamos lisis de las adherencias y tratamos de restituir la función tubárica<sup>20</sup>.

En los casos de endometriosis mínima y la mayor parte de las endometriosis leves, no se daba tratamiento medicamentoso. Hoy no damos tratamiento médico a estos dos estadios de endometriosis. En los otros casos, empleamos el danazol 200 mg PO cuatro veces por día por seis a nueve meses y los agonistas de la GnRH, por cuatro a seis meses, añadiendo estró-



genos o tibolona, en los casos del empleo de agonistas de GnRH, para contrarrestar los fuertes efectos hipoestrogénicos.

Habíamos explicado que no podemos evolucionar a nuestras pacientes a largo plazo. Es así que en la presente casuística, la evolución sólo se realizó hasta un año, lapso en el cual la paciente gestó estando aún en tratamiento. Otras pacientes que eventualmente hayan gestado con toda probabilidad han sido seguidas en sus clínicas o han pasado directamente a los Servicios de Obstetricia de Alto Riesgo de nuestro hospital.

De las pacientes que pudimos evolucionar, 55 gestaron, lo que representó 17,4%, resultado similar al publicado recientemente en otra población limeña<sup>7</sup>. Cuando relacionamos la edad de las pacientes que gestaron, el 34% tenía entre 25 y 29 años, lo que difiere del 10% de las pacientes que tenían la misma edad en el grupo estudiado. La probabilidad de gestar en corto lapso disminuyó significativamente conforme la edad avanzó, a 18%, 5% y 9% en los grupos de edad de 30 a 34, 35 a 39 y 40 ó más, respectivamente (Tabla 6).

Nos llamó la atención, sin embargo, que, al evaluar el tiempo de infertilidad y la probabilidad de gestar (Tabla 6), no hubo diferencia significativa si el tiempo de infertilidad era de dos a nueve años.

Con respecto al estadio de endometriosis, 14% de las pacientes con endometriosis mínima gestó, 44% de endometriosis leve, 33% de endometriosis moderada y 22% de endometriosis severa; lo cual no muestra diferencia significativa, al ser los casos de endometriosis mínima tan pocos; resultados que, por otro lado, están plenamente de acuerdo a los hallados por Guzick y col<sup>16</sup>.

El mayor número de pacientes gestó entre los cinco y ocho meses luego del diagnóstico y tratamiento quirúrgico, con o sin tratamiento médico, y el 94,5% dentro de los 12 meses, tiempo después del cual hubo poco seguimiento. La evolución de la gestación –partos a término, abortos y embarazos ectópicos– no difiere de la población general (Tabla 7).

Finalmente, en 81 casos de endometriosis severa, se realizó una nueva intervención (*second look*), principalmente laparoscópica, se halló recurrencia de endometriosis en 37 casos (45,6%). Esto representa lo difícil que puede ser manejar las endometriosis severas.

En conclusión, la endometriosis es una enfermedad frecuente en la mujer, que tiene mayor presencia en

la mujer con infertilidad o con aborto recurrente. Es necesaria su detección en todos los casos de dificultad para concebir, de manera de efectuar su tratamiento y determinar el pronóstico. El diagnóstico sólo puede ser realizado por laparoscopia o laparotomía, intervenciones durante las cuales se realizará la fulguración de los focos y la eliminación de los endometriomas, así como se lizará las adherencias y se restituirá la función tubárica. Creemos que con el presente trabajo estamos contribuyendo al conocimiento de la endometriosis y de la patología ginecológica y quirúrgica de la mujer peruana, así como en la posibilidad de restitución de su fertilidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Williams TJ, Pratt JH. Comunicación personal.
2. Pacheco J. Actualización sobre endometriosis. Ginecol Obstet (Perú) 1999; 45: 235-48.
3. D'Hooghe TM, Hill JA. Endometriosis. En: Berek JS, Adashi FY, Hillard PA, Novak's Gynecology. 11th edit. Baltimore, USA Williams & Wilkins, 1996, pag. 887-914.
4. Kennedy S. Is there a genetic basis to endometriosis?. Semin Reprod Endocrinol 1997; 15(3): 309-18.
5. American Society for Reproductive Medicine. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. Fertil Steril 1997; 67: 817-21.
6. Pacheco J. Experiencia sobre endometriosis en un servicio de infertilidad. Trabajo de incorporación como Académico Titular a la Academia Peruana de Cirugía, diciembre 1998.
7. Jetterson I, Cerna S, Rechkemmer A. Endometriosis en pacientes con infertilidad. 1999; 45: 79-85.
8. Acosta A. Endometriosis. In: Pacheco J. Tratado de Ginecología y Obstetricia. MAD Corp SA, Lima, 1999.
9. Lessey BA, Young SL. Integrins and other cell adhesion molecules in endometrium and endometriosis. Semin Reprod Endocrinol 1997; 15: 291-9.
10. Sueoka K, Shiokawa S, Miyazaki T, Kuji N, Tanaka M, Yomishura Y. Integrins and reproductive physiology: expression and modulation in fertilization, embryogenesis, and implantation. Fertil Steril 1997; 67: 799-811.
11. Sillem M, Pritti S, Schmidt M, Rabe T, Runnebaum B. Endometrial integrin expression is independent of estrogen or progesterin treatment in vitro. Fertil Steril 1997; 67: 877-82.
12. Fujishita A, Nakane PK, Koji T, Masuzaki H, Ortega Chávez R, Yamabe T, Ishimaru T. Expression of estrogen and progesterone receptors in endometrium and peritoneal endometriosis: an immunohistochemical and in situ hybridization study. Fertil Steril 1997; 67: 856-64.
13. Weil S, Wang S, Perez M, Lytle C. Chemotaxis of macrophages by a peritoneal fluid protein in women with endometriosis. Fertil Steril 1997; 67: 865-9.
14. Dockerty JP. Comunicación personal.
15. Damario MA, Rock JA. Classification of endometriosis. Semin Reprod Endocrinol 1997; 15(3): 235-44.
16. Guzick DS, Silliman NP, Adamson GD, Bultram VC, Canis M, Malinak IR, Schenken RS. Prediction of pregnancy in infertile women based on the American Society for Reproductive Medicine's revised classification on endometriosis. Fertil Steril 1997; 67: 822-9.
17. Ledger WL. Infertilidad por endometriosis y fertilización in vitro. Workshop AstraZeneca, Lima, 1999.
18. Hemmings R, Bissonnette F, Bouzayen R. Results of laparoscopic treatment of ovarian endometriomas: laparoscopic ovarian fenestration and coagulation. Fertil Steril 1998; 70(3): 527-29.
19. Barlow D. Today's treatments: how do you choose? VI Congrès mondial sur l'endometriose. Quebec City, Canada, 1998.
20. Pacheco J, Angeles R. Enfermedad pélvica inflamatoria crónica y fertilidad. Ginecol Obstet Perú 1997; 43: 191-5.