



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 1996; 42 (1): 44-45

### Endometriosis y fertilidad

DRS. ALBERTO ASCENZO B., CARLOS VERGARA, ALBERTO ASCENZO P.

#### Resumen

*Estudio retrospectivo de 19 años en 489 pacientes con endometriosis de los resultados obtenidos con el tratamiento médico, quirúrgico o con ambos en relación a la fertilidad. La posibilidad de considerar como de origen autoinmune es cada día mayor. En los resultados observamos que la sintomatología no tiene relación con el grado de enfermedad. En la endometriosis mínima gestó el 64,6% de pacientes, en la leve el 56,1%, en la moderada 42,4% y en la severa, sólo el 27%, independientemente del tratamiento médico efectuado.*

Palabras claves: *endometriosis fertilidad, enfermedad autoinmune, gestación.*

#### Summary

*Retrospective 19-year study offerlity in 489 pacientes with endometriosis treatte with eiter medical or surgical therapy or both. It seems most propable that endometriosis is an autoinmune disease. Our result show symptmatology is notrelated to endometriosis and in 56,1% with slight, 42,4% with moderate and only 27% with severe endometriosis, independent of medical treatment employed.*

Key words: *Endeometrosis; fertily; autoinune disease; pregnancy*



## Introducción

La endometriosis es una de las patologías ginecológicas más enigmáticas. Hablamos de ella cuando se encuentra estroma y glándulas endometriales fuera de la cavidad uterina. Se trata de una enfermedad hormonodependiente que se presente entre el 15,2%<sup>(1)</sup> y el 70%<sup>(2)</sup> de mujeres en edad reproductiva, que se comporta en forma progresiva al tratamiento. La etiología y patogénesis de la enfermedad permanece desconocida, pero existe evidencia considerable para considerar una enfermedad autoinmune<sup>2,3</sup>. Las manifestaciones clínicas suelen ser variables y no depende de la severidad de la enfermedad. El diagnóstico definido únicamente puede hacerse a través de la visualización directa y es recomendable confirmarla por la biopsia.

## Material y métodos

Se efectuó un estudio retrospectivo, observacional en el Instituto de Fertilidad Matrimonial entre los años de 1975 y 1994. Se utilizó como único criterio de inclusión encontrar la enfermedad en pacientes con deseo de gestación; y como criterio de exclusión, gestación o enfermedad sistemática moderado o severo.

La clasificación utilizada en los primeros años fue la de Acosta A. y col<sup>4</sup>, la cual ha sido reclasificada a la de la sociedad Americana de Fertilidad de 1985<sup>5</sup>. El tratamiento que efectuamos en nuestros pacientes no difiere con respecto de la edad, ya que la consulta es por fertilidad. En la endometriosis mínima se efectúa cauterización de los focos más tratamiento médico por 6 meses. En la moderada, tratamiento médico por 6 meses seguido de cirugía por la conservadora y luego tratamiento médico por 6 meses, más. En la severa, el esquema a seguir es el tratamiento médico por 6 meses, cirugía conservadora y tratamiento médico por 6 meses más.

## Resultados

Se hizo el diagnóstico de endometriosis en 489 pacientes, 357 (73,0%) por laparoscopia y 132 (26,9%) por laparotomía. Se encontró que 382 (78,1%) presentaban esterilidad primaria y 107 (21,8%) secundaria.

	Dispareunia	Dismenorrea	Manchado	Galactorrea
Minima	20	42	10	60
Leve	13	134	3	64
Moderada	12	14	2	35
Severa	24	12	7	25

La edad fluctuó entre los 18 y 40 años, presentándose mayor incidencia entre los 30 y 35 años. La sintomatología fue como se describe en la tabla 1. Los resultados obtenidos están tabulados sin tomar en cuenta 1 tipo de tratamiento médico, pero considerando el tipo de estadiaje de la endometriosis y los resultados en relación con gestación, ya que esta es la razón de la consulta. Los efectos secundarios más frecuentes, los vemos en la tabla 3

## Discusión

La frecuencia alta de autoanticuerpos en mujeres con endometriosis ha sido demostrada también en mujeres con falla en su función reproductora<sup>6</sup>. Además de los cambios de la función celular inmune periférica, se ha observado alteraciones en el estado inmune local dentro de la cavidad peritoneal, donde presumiblemente un sistema



inmune sano "desecha" las células endometriales que están fuera de lugar. Se supone que los macrófagos juegan un papel importante en la remoción de las células endometriales que llegan a la cavidad peritoneal<sup>7-9</sup>. Por ello, aunque la etiología exacta aún no está clara, parece que endometriosis puede ser primeramente una enfermedad sistémica autoinmune, o unas disfunciones inmunes locales o ambas. El diagnóstico de certeza se efectúa sólo por la observación directa de las lecciones-laparoscopia o laparotomía-; sin embargo, debe tenerse presente que no siempre la enfermedad está representada por la lesión clásica-negruzca arrugada en quemadura de pólvora. Existe diferentes formas de presentación, entre los más comunes: lesiones blancas, excrescencias glandulares, adherencias ováricas lesiones rojas "en llama" "defectos circulares" o "ventanas" peritoneales, petequias peritoneales, área de hipervascularización y otros. Existen diversos esquemas de manejo que incluyen la terapia médica hasta la ablación de las lesiones mediante a electrocoagulación, láser y otros<sup>10,12,15</sup>.

<b>Tabla 2. Gestaciones</b>			
Endometriosis	Pacientes	Gestaciones	%
Mínima	133	86	64,6
Leve	242	136	56,1
Moderada	66	28	42,4
Severa	48	13	27,0

<b>Tabla 3. Efectos secundarios</b>		
	Pacientes	%
- Aumento de peso	215	43,9
- Edema	209	42,7
- Seborrea	150	30,6
- Acné	150	30,6
- Hirsutismo	118	24,1
- Sangrado	115	23,5
- Bochornos	60	12,2
- Náuseas	45	9,2

El tratamiento médico de la endometriosis se basa en que el tejido ectópico debe responder como tejido endometrial normal y con el tratamiento provocamos, un estado de pseudo embarazo, pseudo menopausia o hipofisectomía médica. Para este fin, se ha utilizado anticonceptivos orales acetato de medroxiprogesterona, danazol, gestrinona o análogos del GnRH. En el presente estudio se efectúa una diferenciación entre los diversos tratamientos médicos, basándonos en nuestros propios resultados<sup>13</sup> y en el hecho de ser estudio retrospectivo, tomando en cuenta el estadio de enfermedad los resultados obtenidos en relación con gestación. Como era de suponer, los mejores resultados los obtenemos de la endometriosis mínima y leve, los cuales son prácticamente comparables en los casos en que no se da tratamiento<sup>13,14</sup>, con la diferencia en nuestra observación personal que, cuando no se da tratamiento médico y no se logra la gestación, el grado endometriosis se agrava y por lo tanto, las posibilidades de gestación son menores<sup>16</sup>.



## **Referencias bibliográficas**

1. Ruiz V. Endometriosis y fertilidad. Ed. Acosta y Warman, pp. 99
2. López, VH. Palomo E. Incidencias de endometriosis en una población infértil. XXI Congreso nacional de Ginecología y Obstetricia. Guatemala, 1993.
3. El-Eoley, et al. Danazol but not gonadotropin releasing hormone agonists suppresses autoantibodies in endometriosis. *Fertil Steril* 1990; 54:725
4. Acosta AA. Buttram VC Jr. Besch PK, Malinak LR, Van Der Heyden J. A proposed classification of pelvic endometriosis. *Obstet Gynecol* 1973;42: 19.
5. Buttram VC Jr. Evolution of the revised American Fertility classification of endometriosis. *Fert. Steril* 1985; 43: 347
6. López VH. Tratamiento médico-quirúrgico de la endometriosis. Simposio El rostro cambiante de la endometriosis panamá 3. 12. 1993.
7. Steinleitner A. Heterologous transplantation of activated murine peritoneal macrophages inhibits gamete interaction in vivo; A paradigm for endometriosis associated subfertility. *Fertil Steril* 1990; 54:725.
8. Damewood M. Effect of serum from patients with minimal to mild endometriosis on mouse embryo growth. *Fertil Steril* 1990; 54: 917
9. Proug S. Peritoneal fluid fractions from patients with endometriosis do not promote two-cell mouse embryo growth. *Fertil Steril* 1990; 54: 927.
10. Rock JA. Moutos DM. Endometriosis: The present and the future-an overview of treatment options.
11. Metzger DA. Luciano AA. Hormonal therapy for endometriosis. *Obstet Gynecol Clin Amer* 1989; 16: 105-122
12. Wilson EA. Surgical therapy for endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1988; 31:857-65
13. Ascenzo A. Endometriosis mínima. III Congreso Latinoamericano de Esterilidad y Fertilidad. Santiago de Chile, 1990.
14. Poulson JD. Asmar P. Saffan DS. Mild and moderate endometriosis. Comparison of treatment modalities for fertile couples. *J Reprod Med* 1991; 36: 151.
15. Barbieri R. Hormonal therapy of endometriosis. *Fertil Steril* 1992; 56: 5-820
16. Cook SA. Rock AJ. The role of laparoscopy in the treatment of endometriosis. *Fertil Steril* 1991; 55