

## ENFOQUE DE LA ENDOMETRIOSIS EN EL HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO "ISIDRO AYORA"

Dr. Jorge Novillo S.\*  
Dr. Iván Valencia M.\*\*

### I. INTRODUCCION Y OBJETIVOS

La Endometriosis constituye un capítulo de la Patología Ginecológica que por la dificultad de ser diagnosticada clínicamente y en forma oportuna, constituye para la clase médica una fuente inagotable de investigación, más aún, si coincidentemente existen patologías asociadas que influyen en forma notable en la vida de la mujer y en su función reproductiva.

Debido a la significativa importancia que posee un análisis sobre entidades patológicas no investigadas anteriormente en nuestro medio, procedimos a realizar el presente estudio con el afán de recopilar datos sobre la Endometriosis en el Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" de la ciudad de Quito, durante el período comprendido entre los años 1975 a 1979.

El proceso investigativo en mención es exclusivamente retrospectivo y analiza varios parámetros como su incidencia en el Servicio de Patología del Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" y datos de correlación clínico-patológico tales como: edad, profesión, número de gestaciones y otros que clínica, quirúrgica e histopatológicamente se relacionan con la endometriosis.

### 1.1 Definición

La Endometriosis es una afección ginecológica particular caracterizada por la proliferación o desarrollo aberrante e invasor de tejido endometrial en órganos pélvicos y extrapélvicos. Es la más frecuente e importante de las denominadas "enfermedades invasoras de origen urogenital". Su existencia data de 1860, cuando fue descrita por primera vez por Rokitansky, mientras que su concepto anatomo patológico lo debemos a Sampson desde 1921 y es a partir de esa fecha en que se reporta en la literatura un sinnúmero de artículos y datos relacionados a sus singulares características que en cierto modo le asemejan a un carcinoma. Sin embargo, el hecho fundamental que lo diferencia de las neoplasias malignas, anatómica y funcionalmente, es que en la endometriosis prolifera un tejido completo en proporciones y de características idénticas al del tejido adulto ortotópico, mientras que en las neoplasias malignas no prolifera un tejido organizado sino sólo un tipo de célula en un estroma secundario.

Paralelamente a las largas discusiones sobre su etiología, han proliferado nomenclaturas, sinónimos y clasificaciones de la endometriosis.

Y todo esto ha dado lugar a una terminología complicada y confusa de esta entidad patológica y en aras de una simplificación del lenguaje médico, mencionaremos algunos términos que en el momento actual son los aceptados porque la connotación que se les ha dado es la lógica y objetiva.

Es así como se utiliza el término ENDOMETRIOSIS cuando la proliferación reproduce genuinamente, con el detalle del órgano afectado, el tipo morfológico del endometrio como una unidad de tipo orgánico con sus glándulas y estroma característicos. ADENOSIS si únicamente proliferan glándulas de tipo endometrial. Cuando se asocian a una reacción muscular como es el caso más frecuente en útero, suele llamarse ADENOMIOSIS, mientras que si la reacción provocada es de tipo conjuntivo está justificado denominarla ADENOFIBROSIS.

Cuando únicamente prolifera el estroma se le conoce como ENDOMETRIOSIS ESTROMATICA o ESTROMATOSIS dando lugar a una variante casi imposible de diferenciarla del sarcoma, como sugiere Novak, pero aceptada y descrita por múltiples autores que, inclusive, la consideran frecuente.

## 1.2 Etiopatogenia

Al respecto deben considerarse dos factores diferentes y fundamentales en este capítulo.

1.— El motivo de aparición de endometrio heterotópico.

2.— Los factores que determinan que este subsista, se propague y prolifere.

El origen de la endometriosis ha dado lugar durante decenios a numerosas concepciones teóricas que por lo mismo son bien conocidas desde años atrás, por lo que no haremos sino enumerarlas.

- 1.— Teoría de la inclusión embrionaria (Russel)
- 2.— Teoría de la implantación retrógrada (primera teoría de Sampson).
- 3.— Teoría de la metaplasia celómica (Yvanoff y Meyer).
- 4.— Teoría de la diseminación vascular y linfática (Teoría de Halban o segunda

teoría de Sampson).

5.— Teoría de la invasión directa (Goodall)

6.— Teoría de la implantación quirúrgica.

7.— Teoría de la didembrioplasia (Sanmartino).

Al parecer, en la actualidad sobreviven dos teorías: La primera teoría de Sampson que explica la más frecuente forma de endometriosis externa, de localización pelvigenital, mediante la extrafoliación de celdillas endometriales viables transportadas a través de las trompas en caso de menstruación retrógrada o por maniobras ginecológicas tales como la prueba de Rubin y la histerosalpingografía, considerándosele la más aceptada y explicable desde el punto de vista clínico y experimental.

La otra es la teoría de Yvanoff y Meyer que explica la presencia de múltiples focos aislados de endometriosis debidas a una diferenciación, en la edad adulta, de epitelio celómico remanente en el peritonio o en la superficie ovárica.

Independientemente de la aparición ectópica de endometrio que se explica según las teorías anunciadas, la habilidad de proliferación de las celdillas endometriales u homeoplasia endometrial requiere, por su puesto, otra explicación. El porqué subsiste, propaga y prolifera el endometrio heterotópico, no es un aspecto todavía bien aclarado.

El hecho de que los estrógenos sean hormonas con acción específicamente proliferativa del tejido endometrial y de que las lesiones endometriósicas involucionen cuando se suprime la función ovárica, han establecido la dependencia hormonal ovárica de la endometriosis y la hipótesis de que sea el hiperestrogenismo absoluto o más a aún, el estrogenismo persistente los responsables de esta patología.

La dependencia hormonal ovárica de la endometriosis es además también evidenciada por la evolución de la enfermedad, ya que sus manifestaciones clínicas se encuentran supeditadas a la acción de los esteroides ováricos los que determinan variaciones clínicas del tejido aberrante que explican la sintomatología también cíclica de la enfermedad.

## 2 MATERIAL Y METODOS

- 1) Se determinó el número de pacientes que

en el Servicio de Ginecología del Hospital Gméco-Obstétrico "Isidro-Ayora", durante el período comprendido entre Enero de 1975 a Diciembre de 1979, habían sido sometidas a cirugía ginecológica, correspondiendo a 1.274 pacientes de las cuales, a 899 se les realizó histerectomía y a 375 cirugía sobre anexos. (Tabla I). En el Servicio de Patología se revisaron los reportes histopatológicos de los pacientes que poseían el diagnóstico de endometriosis y cualquier otro diagnóstico asociado.

TABLA No. I

TIPO DE CIRUGIA	NUMERO	o/o
Histerectomías	899	70.5
Cirugía sobre anexos	375	29.5
TOTAL	1,274	100.0

2.— Se analizaron las historias clínicas de las pacientes etiquetadas con el diagnóstico de endometriosis, las mismas que del total de cirugías ginecológicas correspondieron a 82 casos (6.43 por ciento), dato que se halla comprendido entre la incidencia muy variable reportada en trabajos similares realizados en la población en general.

La incidencia real de la enfermedad es difícil de determinar. Considerada en relación con el número de cirugías ginecológicas abdominales realizadas que es de 32.2 por ciento, según Meigs, de 25 por ciento, según Jeffcoate y de 17 por ciento, según Alvarez Bravo.

Se ha mencionado que la endometriosis es en buena medida, producto de la civilización moderna, la misma que predispone a una alteración funcional ovárica debido a condiciones psicológicas y a aspectos socio-económicos que se traducen por matrimonios tardíos, anticoncepción, embarazos planeados a intervalos largos, vida sexual prematrimonial irregular, desordenada e incompleta, excitaciones sexuales insatisfechas, etc. Por otro lado, se insiste en la importancia etiológica de las intervenciones quirúrgicas ginecológicas.

### 3 RESULTADOS

#### 3.1 Incidencia por grupos de edad

Las cifras de edad de aparición de la endo-

metriosis reportadas en la literatura, varían de un autor a otro. Algunos indican que el diagnóstico se realiza con mayor frecuencia entre los 30 y 40 años, otros consideran que es más frecuente entre los 25 y 30 años y otros, basándose en los adelantos de las técnicas modernas de diagnóstico, han podido detectar esta patología aún en niñas de 12 años.

En nuestra casuística, encontramos la siguiente incidencia en relación a la distribución por decenios: 40 a 49 años (64.6 por ciento), 50 a 59 años (15.8 por ciento), 30 a 39 años (13.4 por ciento), 60 a 69 años (4.8 por ciento) y 20 a 29 años el 1.2 por ciento.

CUADRO — 1

GRUPOS DE EDAD	No. de Pacientes	o/o
20 — 29 años	1	1.2
30 — 39	11	13.4
40 — 49	53	64.6
50 — 59	13	15.8
60 — 69	4	4.8
TOTAL	82	100.0

#### 3.2 Incidencia por estado civil

Dos motivos frecuentes de consulta en el Servicio de mujeres jóvenes y en edad reproductiva, es el síndrome doloroso pélvico y la esterilidad conyugal, la misma que se asocia con endometriosis en el 30 a 40 por ciento, de los casos según varios autores y en el 50 a 70 por ciento según Alvarez Bravo. Estos datos adquieren importancia médico-social ya que la presencia de esta entidad constituye una causa frecuente de incapacidad laboral y disturbios familiares. En nuestra serie, 62 pacientes casadas (75.6 por ciento), adolecía de endometriosis, mientras que es menor la proporción en los pacientes con diferente estado civil como se aprecia en la tabla II.

TABLA II

ESTADO CIVIL	NUMERO	o/o
Casada	62	75.6
Soltera	7	8.5
Viuda	7	8.5
Divorciada	1	1.2
Unión libre	4	4.8
Sin datos	1	1.2
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100.0</b>

### 3.3 Incidencia de acuerdo al número de gestaciones.

En la tabla III se reportan el número de pacientes con su respectivo porcentaje, en relación a la presencia o no de embarazos. Es alarmante el elevado número de pacientes: 28 por ciento (23 casos), en los cuales no fue posible recopilar este parámetro por no encontrar ningún dato al respecto en su correspondiente expediente clínico.

TABLA III

NUMERO DE GESTACIONES	Pacientes	o/o
Nulípara	2	2.4
1 - 3	9	10.9
4 - 6	16	19.5
7 - 9	10	12.1
- 9	22	26.8
Sin datos	23	28.0
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100.0</b>

### 3.4 Cuadro clínico

Las clásicas manifestaciones clínicas de la endometriosis siguen vigentes en la actualidad. Sus síntomas varían en amplio margen y por lo general se asocian a otras patologías propias de la mujer, lo que ocasiona constantes errores diagnósticos. No obstante que la enfermedad es polisintomática, se la sospecha en base a la historia clínica y a los hallazgos semiológicos.

La sintomatología proteiforme de la endo-

metriosis depende fundamentalmente de su localización, de su grado de extensión, del estado de la función ovárica de la paciente y del grado de actividad o de latencia de las lesiones.

Es así como la endometriosis extrapélvica se manifiesta por síntomas inherentes al órgano afectado, pero su común denominador es la evolución cíclica de la sintomatología y de las lesiones endometriósicas en relación con el ciclo menstrual. En la mayoría de casos se presenta dolor, tumor y sangrado, siendo el tumor aparente únicamente en los casos de la lesión accesible a la exploración física, mientras que el sangrado puede ser externo (hematuria, proctorragia, etc.) o intersticial, confirmando un color violáceo a las lesiones.

CUADRO 2

CUADRO CLINICO

SINTOMAS	NUMERO	o/o
Trastornos menstruales en exceso	71	50.
Dolor pélvico	24	16.9
Sensación de cuerpo extraño en vagina	12	8.45
Sintomatología urinaria	9	6.34
Vulvo vaginitis	7	4.93
Hemorragia uterina disfuncional	5	3.52
Sensación de masa tumoral en hipogastrio	5	3.52
Otros	9	6.34
<b>TOTAL</b>	<b>142</b>	<b>100.00</b>

En el cuadro 2 se encuentran los síntomas que se presentaron en la serie estudiada, siendo los trastornos menstruales en exceso y el dolor pélvico las manifestaciones más frecuentes: 70 por ciento.

La paciente portadora de endometriosis, además, presenta trastornos menstruales variables e inespecíficos. Predominan, como lo demuestra nuestro trabajo, los trastornos menstruales en exceso (proio-poli-hipermenorrea), atribuibles en parte a la disminución de la capacidad contráctil del endometrio y a la congestión pélvica asociada, pero especialmente provocados por alteraciones del endometrio ortotópico (hiperplasia, poliposis etc.) originadas en la disfunción ovárica coinci-

dente pero independiente de la endometriosis misma. El 3.52 por ciento de las pacientes presentaron cuadro de hemorragia uterina disfuncional. En las endometriosis externas y especialmente en las de localización a nivel del tabique recto-vagina, es frecuente la dispareunia y su intensidad sigue un curso paralelo al grado de invasión endometriósica.

Como ya se ha mencionado previamente las mujeres portadoras de endometriosis con elevada frecuencia son estériles y su incapacidad para concebir es debida a alteraciones ováricas, tubarias, peritoneales y endometriales.

### 3.5 Exploración física ginecológica

Los hallazgos de la exploración física ginecológica se detallan minuciosamente en el cuadro 3.

CUADRO 3

EXPLORACION FISICA	NUMERO	o/o
Trastornos de la estática		
pélvica genital	90	42.2
Patología cervical	25	11.7
Patología uterina		
fibromatosa	19	8.9
Utero de retroversión	16	7.5
Modificaciones del		
tamaño uterino	24	11.2
Secresión genital	11	5.1
Sangrado genital	9	4.2
Tumor en canal		
cervico vaginal	4	1.8
Otros	15	7
TOTAL	213	100.0

El crecimiento y/o deformación del útero, que suelen confundirla con la fibromiomatosis a la cual por otra parte se asocia, se detectó en el 20 por ciento de los casos.

Llama la atención el elevado porcentaje (42.2 por ciento) de pacientes endometriósicas portadoras además, de trastornos de la estática pélvica-genital incluyendo: desgarró perineal antiguo, cistocele, rectocele, uretrocele, histerocele y diastasis perineal, lo cual se explica por los si-

guientes hechos: el 80 por ciento de las pacientes se hallan comprendidas entre la quinta y sexta décadas de la vida, mientras el 68,4 por ciento, presentaron 4 o más embarazos, o sea que, por un lado, se encontraban en la edad en la cual más frecuentemente hace su aparición el prolapsó genital y por otro, está bien establecido que la multiparidad asociada a una deficiente atención obstétrica, constituyen factores coadyuvantes para la aparición del mismo.

### 3.6 Diagnóstico

El diagnóstico de la endometriosis se basa fundamentalmente en los siguientes hechos:

**1.— Cuadro clínico:** La anamnesis detallada e intencionada permite recabar datos que analizados debidamente, guían al ginecólogo experto a establecer un diagnóstico de presunción de la entidad. La exploración pélvica minuciosa debe efectuarse antes y durante la menstruación, completándose del tacto rectal vaginal.

En la elaboración diagnóstica son de valor inestimable, además, ciertas exploraciones auxiliares, tales como:

**2.— La biometría hemática y la eritrosedimentación,** efectuadas antes y luego de la administración de antibióticos, antiinflamatorios o de masaje pélvico, para diferenciarlo especialmente de la enfermedad inflamatoria pélvica.

**3.— El signo semiológico descrito por Halban** que es positivo cuando se detecta injurgitación y dolor de las lesiones, con la administración de estrógenos, mientras que estos se reducen y son menos dolorosos cuando se administran derivados progestágenos.

**4.— La ginecografía** proporciona datos precisos acerca de las condiciones del canal útero-tubario y del espacio tubo ovárico, detectando en ocasiones imágenesseudodiverticulares de la cavidad uterina en caso de endometriosis interna.

**5.— Los estudios radiológicos del intestino** así como la cistoscopia y la rectosigmoideoscopia, son de utilidad cuando se sospecha localizaciones demostrables con estos métodos.

**6.— Endoscopia ginecológica:** pelvioscopia transvaginal o culdoscopia y la laparoscopia ginecológica. Ambos procedimientos endoscópicos son de extraordinario valor diagnóstico ya que permiten la visualización directa de las lesiones y en la actualidad se los realiza casi en forma rutinaria en el campo de la Esterilología.

**7.— Biopsia y análisis anatomopatológico** de las lesiones accesibles.

8.— El diagnóstico de la endometriosis es aún frecuentemente un hallazgo operatorio.

El diagnóstico quirúrgico se lo realiza por la presencia de quistes de chocolate, adherencias firmes, senos hemáticos en morera, equímosis peritoneales y esclerosis peritoneal infraumbilical.

**9.— Estudio histopatológico de la pieza operatoria:** el hallazgo de lesiones endometriósicas al examen anatomopatológico es frecuente sobre todo, junto con la endometriosis interna, para los casos de pacientes en la edad perimenopáusica.

### 3.7 El estudio histopatológico del endometrio

Desde hace 30 años aproximadamente que el estudio histofisiológico del endometrio se lo ha considerado como un método de innegable utilidad para valorar el estudio de la función endócrina ovárica.

En nuestro estudio, el análisis histopatológico de tejido endometrial, previo al tratamiento quirúrgico, se lo realizó en 29 pacientes (28.27 por ciento), siendo el espécimen obtenido a través de biopsia de la cavidad uterina o de legrado uterino instrumental hemostático y/o diagnóstico. Los resultados se reportan en la Tabla IV.

TABLA IV

HISTOPATOLOGICO PREVIO A CIRUGIA	NUMERO	POR CIENTO
Hiperplasia endometrial.	7	24.1
Endometrio proliferativo	5	17.2
Endocervicitis	6	20.6
Pólipo endometrial adenomatoso	1	3.4
Hiperplasia adenomatosa de endocervix	1	3.4
Otros	9	31.3
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100.0</b>

El 43.1 por ciento de los casos presentaron un endometrio o mucosa endocervical con patología que implica la presencia de estados de hiperestrogenismo o estrogenismo persistente, sin producción de progesterona. Este dato corrobora el hecho de la influencia hormonal en la aparición y evolución de la endometriosis.

### 3.8 Cirugía ginecológica

CUADRO — 4

TIPO DE INTERVENCION	NUMERO	POR CIENTO
Histerectomía total abdominal	64	78
Histerectomía vaginal reconstructiva	16	19.5
Miomectomía transvaginal	2	2.4
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100.0</b>

CUADRO - 4 B

TIPO DE INTER- VENCION	NUMERO	POR CIE- N- TO
HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL TECNICA		
Extrafascial	50	78.1
Intrafascial	14	21.8
TOTAL	64	100.0

En el cuadro 4 se señalan en el tipo de intervención ginecológica a la que fueron sometidas las 82 pacientes de nuestra serie. En ochenta de ellas (97.5 por ciento), se practicó la extirpación total de útero siendo la vía quirúrgica mayormente utilizada la abdominal, debido a la imperiosa necesidad, en casos de endometriosis, de efectuar una minuciosa exploración de la cavidad pélvica.

En relación a la técnica de la Histerectomía total abdominal, ésta fue de tipo intrafascial o subfascial en 14 pacientes (21.8 por ciento), ya que su práctica se ha incrementado en el Servicio desde hace siete años aproximadamente por considerar que reúne varias condiciones operatorias de seguridad deseables y de reconstrucción anatómica ideal.

TABLA V

CIRUGÍA ASOCIA- DA	NUMERO	POR CIE- N- TO
Anexectomía bilateral	24	61.5
Anexectomía unilateral	9	23
Extirpación quiste ova- rio	3	7.6
Otros	3	7.6
TOTAL	39	100.0

El tipo de cirugía asociada al tratamiento quirúrgico básico se detalla en la Tabla V, observándose que en un elevado número de pacientes (61.5 por ciento), se practicó la extirpación bilate-

ral de los anexos.

La conservación de los anexos en el transcurso de la histerectomía ha sido y es aún motivo de discusión y controversia. Existen Escuelas que preconizan una conducta muy conservadora, mientras otras sostienen que se los debe extirpar rutinariamente a fin de evitar complicaciones patológicas posteriores y en particular el Carcinoma de Ovario.

La conducta adoptada en el Servicio de Ginecología del Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" a este respecto, se sujeta a los siguientes criterios:

- 1.— Se extirpa todo el ovario que presente alteraciones patológicas.
- 2.— En mujeres menores de 45 años, se conservan los ovarios sanos.
- 3.— En pacientes mayores de 45 años, se extirpan los ovarios cualquiera que sea su estado.

Los datos obtenidos en nuestra serie, en relación a la extirpación de los ovarios, se explica por el hecho ya mencionado de que la mayor parte de los casos se trataba de pacientes comprendidas entre la quinta y sexta década de la vida.

### 3.9 Tratamiento

Desde hace varios años se considera que la supresión de la función ovárica por castración quirúrgica, radioterapia o medicamentosa son los únicos tratamientos valederos de la endometriosis.

En la actualidad estamos obligados a elegir el tratamiento adecuado a cada caso según las características de la enfermedad y de la enferma dependiendo, especialmente, de los siguientes factores:

- 1.— Edad de la paciente.
- 2.— Necesidad o no de descendencia.
- 3.— Intensidad del cuadro clínico.

Se encuentra contraindicada en las siguientes condiciones:

- 1.- Hemorragia uterina anormal no diagnosticada.
- 2.- Marcado daño funcional hepático, renal o cardíaco.
- 3.- Embarazo.
- 4.- Displasias mamarias.

Al igual que el pseudoembarazo terapéutico, con el uso del Isoxazol se obtiene notable mejoría del cuadro clínico, con regresión de los focos endometriósicos en la gran mayoría de los casos e índices de embarazos entre el 42,8 y 50 por ciento según Greenblatt.

### 3.10 Reporte histopatológico de la pieza quirúrgica

En los 82 pacientes estudiadas en la serie se lograron recabar datos histopáticos de Endometriosis cuya localización se puede observar en la tabla VI.

TABLA VI

ENDOMETRIOSIS - LOCALIZACION	NUMERO	POR CIENTO
UTERO	80	97,5
OVARIO	2	2,5
TOTAL	82	100,0

La gran mayoría de los casos tuvo su localización a nivel del útero (97,5 por ciento), mientras únicamente dos casos (2,5 por ciento) fue un ovario. No se encontraron implantes endometriosis en los segmentos del aparato genital femenino.

Además de la presencia de las lesiones endometriósicas en útero y ovario, en el reporte his-

topatológico se detectaron 235 tipos de patología asociada al padecimiento como se aprecia en el cuadro 5.

CUADRO 5

### DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO ASOCIADO.

LOCALIZACION	NUMERO	POR CIENTO
Cérvix	117	49,7
Endometrio	67	28,5
Miometrio	25	10,6
Trompas Uterinas	6	2,5
Ovario	17	7,2
Otros	3	1,2
TOTAL	235	100,0

La patología cervical (49,5 por ciento), miometrial (10,0 por ciento) y ovárica (7,2 por ciento) fueron con amplio margen las más frecuentes y consistentes fundamentalmente en procesos de inflamación crónica, involución, tumoral benigna y quística respectivamente.

Cabe señalar el hecho de que la patología cervical asociada incluyó la presencia de 5 casos de hiperplasia adenomatosa endocervical y 3 pólipos adenomatosos, mientras que la patología endometrial asociada incluyó la existencia de 28 casos de lesiones hiperplásticas de diverso tipo.

## 4. RESUMEN

Se procedió a efectuar una investigación retrospectiva sobre Endometriosis, en el lapso comprendido entre Enero/75 a Diciembre/79.

Del total de pacientes sometidas a cirugía ginecológica, 82 (6,43 por ciento) fueron diagnosticadas de Endometriosis, verificado mediante el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica extirpada.

El 64,6 por ciento de las pacientes se halla-



#### 4.— Localización, tipo y extensión de las lesiones endometriósicas.

El tratamiento más efectivo y lógico, por ser factible de individualizarlo, es el quirúrgico que puede variar desde la simple fulguración de las lesiones endométricas hasta la histerectomía total con anexectomía bilateral.

En los últimos años se considera que la cirugía conservadora constituye el tratamiento que proporciona los mejores resultados conocidos, en cifras de gestación que oscila del 50 al 80 por ciento.

Algunos investigadores recomiendan instaurar tratamiento médico de cuatro a ocho semanas en el preoperatorio, con objeto de reblandecer y magnificar los implantes endometriósicos. La cirugía de la endometriosis debe realizarse con técnica meticulosa y hemostasia perfecta, siendo la microcirugía la que en la actualidad ofrece las mejores perspectivas.

El tratamiento médico de la endometriosis en aquellas mujeres que desean conservar su capacidad reproductora, es el de la supresión de la función hormonal ovárica ya sea en la modalidad de pseudoembarazo (pseudociesis), o en la de pseudomenopausia que al parecer es la más recomendable según lo reportado en la literatura durante años recientes.

Varios son los esquemas que se han propuesto para instaurar el tratamiento médico de la endometriosis los cuales incluyen estrógenos, andrógenos, progestágenos, así como la combinación de estrógenos—progestágenos.

Cada uno de estos regímenes proporciona beneficios terapéuticos propios del cuadro de pseudoembarazo que ocasionan y que han sido señalados en la literatura por diferentes investigadores, sin embargo, aún no existe un plan terapéutico ideal.

En la actualidad se utilizan, casi exclusivamente, asociaciones de estrógenos progestágenos

para provocar un pseudoembarazo terapéutico y por tanto debemos tener presente las contradicciones para su administración.

El tratamiento por este método debe tener una duración de seis a doce meses, según los resultados clínicos observados, pues con tratamientos más cortos la reactivación de la endometriosis es frecuente. Una vez finalizado el ciclo terapéutico debe recordarse y advertir a la paciente sobre la aparición de una hemorragia uterina por privación hormonal semejante a una menstruación normal en cantidad o aún más escasa.

Esta modalidad terapéutica obtiene resultados clínicos alentadores al producir regresión objetiva de los implantes, con curación aparente y prolongada en el 72 al 85 por ciento de los casos, recurrencia de la enfermedad entre el 17 al 24 por ciento y el logro de embarazadas en el 15 por ciento de las pacientes, según datos reportados por Alvarez Bravo, mientras que otros autores reportan índices de embarazo que llegan hasta el 40 por ciento.

Por otro lado, la pseudomenopausia se la consigue mediante la utilización de un nuevo medicamento hormonal incorporado al arsenal terapéutico por Greenblatt desde 1971 y denominado "Isoxazol".

El Isoxazol, conocido comercialmente como Danazol o Danocrine, es un derivado sintético de la 17 alfa etinil testosterona que posee una marcada actividad biológica antigona dotrópica, carece de efectos estrogénico y progestacional pero posee leve actividad androgénica y moderado efecto anabólico. Se piensa que el Isoxazol, al bloquear la producción de ganadotropinas a nivel de la adenohipofisis, paraliza la maduración folicular y por ende, impide la formación de estrógenos. Llegándose en último término a lograr una castración de tipo médico.

La dosis terapéutica varía de 600 a 800 mg. diarios dividida en dos tomas y su utilización debe prolongarse durante 6 a 9 meses.

ban comprendidas entre los 40 y 49 años de edad el 15.3 por ciento entre 50 a 59 años, 13.4 por ciento correspondió al grupo que se hallaba entre los 30 y 39 años, el 4.8 por ciento entre 60 y 69 años y el 1.2 por ciento entre 20 y 29 años.

La mayor incidencia de endometriosis, de acuerdo al estado civil, correspondió a 62 pacientes casados (75.6 por ciento).

En relación al número de gestaciones es importante conocer que el 58.4 por ciento de las pacientes tenían 4 hijos o más, debiéndose anotar que en el 28 por ciento del grupo estudiado no fue posible obtener dato alguno respecto a este parámetro. Al analizar la sintomatología clínica que representaban el grupo de mujeres afectadas de endometriosis, el 70 por ciento de las mismas adolecían trastornos menstruales en exceso y dolor pélvico.

El estudio histopatológico previo al tratamiento quirúrgico se efectuó en 29 pacientes (28.27 por ciento), de los cuales el 48.1 por ciento de casos presentó endometrio o mucosa endocervical persistente.

A ochenta pacientes (97.5 por ciento), se les efectuó la extirpación total del útero, al 78 por ciento de las mismas se les realizó mediante cirugía abdominal, de las cuales el 21.8 por ciento fue mediante la técnica intrafascial.

En relación al diagnóstico histopatológico y a la localización de la endometriosis cabe anotar que en el 97.5 por ciento de los casos se hallaba localizada a nivel del útero y solamente en el 2.5 por ciento a nivel del ovario. Conjuntamente se reporta el diagnóstico histopatológico asociado en el cual se aprecia que en el 49.7 por ciento de casos existía patología cervical, en el 28.5 por ciento endometrial, en 10.6 por ciento miometrial y en el 7.2 por ciento ovárica.

## 5. CONCLUSIONES

Los resultados en nuestra serie nos ha conducido al conocimiento de datos estadísticos bási-

cos y fundamentales acerca de la Endometriosis Pélvica en el Servicio de Ginecología del Hospital Gineco-Ostétrico "Isidro Ayora" y que servirán en un futuro cercano, por un lado, la actualización periódica de los mismos y por otro, a la enunciación de hipótesis de trabajo de carácter prospectivo sobre otros aspectos de la Endometriosis en nuestro medio.

Luego del detenido análisis de los datos obtenidos y de la revisión de una amplia bibliografía sobre el tema, nos permitimos emitir las siguientes conclusiones, recomendaciones y normas que deberán observarse en el manejo de las pacientes que asisten al Servicio de Ginecología del Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" en general y en las portadoras de cuadros clínicos sugestivos de Endometriosis en particular.

- 1.— La historia clínica debe elaborarse de manera completa, minuciosa e intencionada con objeto de evitar la desagradable situación de no encontrar reportados en ella datos fundamentales sobre la paciente que evidentemente inciden en la fidelidad de los resultados al realizar la evaluación porcentual.
- 2.— La Endometriosis es un capítulo de la patología ginecológica de características muy particulares que aparece con mayor frecuencia entre los 25 y 40 años de edad, precisamente durante la época reproductiva de la mujer y en personal de niveles socio-económicos y culturales medios o elevados, con actividad intelectual más o menos manifiesta y por ende sometidas a continuas y variadas tensiones de tipo emocional.
- 3.— La Endometriosis es un proceso patológico tributario de estados de hiperestrogenismo persistente y por consiguiente de carácter progresivo y hormonodependiente.
- 4.— Su verdadera etiología aún continúa no muy bien definida y por lo tanto el tratamiento a instaurarse no será de ninguna manera causal sino más bien paliativo.

- 5.— Ante la presencia de una paciente portadora de un cuadro clínico sugestivo de Endometriosis pélvica, debemos recurrir en lo posible a todos los métodos auxiliares de diagnóstico teniendo elevada importancia la endoscopia ginecológica y el estudio histopatológico de las lesiones a través de la biopsia.
- 6.— Que el tratamiento quirúrgico de la Endometriosis es el que permite la mejor individualización de los casos y comprende una amplia gama de técnicas operatorias que deben llevarse a efecto de la manera más minuciosa y detallada, valiéndose del aporte valioso de la microcirugía.
- 7.— Cuando existe contradicción para la cirugía se obtiene buenos beneficios terapéuticos al instaurar el tratamiento médico por un lapso de 6 a 12 meses, ya sea en su modalidad de pseudoembarazo o ya mediante la utilización del Isoxazol.
- 8.— Debido al elevado porcentaje de pacientes estériles afectadas de Endometriosis en el campo de la Esterilología, deberá tenerse en mente siempre la presencia de esta patología con objeto de llegar a una precisión diagnóstica y a la instauración de la terapia adecuada.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.— ALVAREZ BRAVO, A.: Conceptos sobre Endometriosis. Ginec. Obstet. Mex. 20:415, 1965.
- 2.— ALVAREZ BRAVO, A.; Endometriosis. Avances Recientes en Ginecología y Obstetricia. Pág. 53, Ed. Asoc. Mex. Ginec. Obstet. Mex 1967.
- 3.— ALVAREZ BRAVO, A.: Histerectomía. Conceptos Generales. Actualidades en Ginecología y Obstetricia. Pág. 44. Ed. Asoc. Mex. Ginec. Obstet. Mex. 1970.
- 4.— ALVAREZ BRAVO, A.: Los Estados de Estrogenismo Persistente. Actualidades en Gineco-

logía y Obstetricia. Pág. 183. Ed. Asoc. Mex. Ginec. Obstet. Mex. 1970.

- 5.— ALVAREZ BRAVO, A. Castelazo Ayala, L. Mac Gregor, C.; Marqueo, Marqueo, M.; Martínez Mansutov, J. y Vásquez, E.: Memoria del V Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. I Tomo págs 125-162. Viña del Mar, Chile, 1966.
- 6.— ANSBACHER, R.: Treatment of endometriosis with Danazol. Am. J. Obstet. Gynecol. 121: 283, 1975.
- 7.— CORTEZ GALLEGOS, V.; Gallegos, J. A.; Sánchez Basurto, C. y Rivadeneyra, H. J. : Estrogen Peripheral levels Vs estrogen tissue concentration in the human female reproductive tract. J. Steroid Biochem. 6: 15, 19, 20, 21, 1975.
- 8.— GONZALES GUTIERREZ, J. T.; Gómez Ruiz Velasco, A. y Gonzáles Gonzáles J. S: Endometriosis y Esterilidad. Ginec. Obstet. Mex. 40: 453, 1979.
- 9.— GONZALES GUTIERREZ J. T.: Gómez Ruiz Velasco, A.: El tratamiento quirúrgico Conservador en la Endometriosis Pélvica. Ginec. Obstet. Mex. 42:33, 1977.
- 10.— GOMEZ RUIZ VELASCO A., y Gonzáles Gutiérrez, J. T.: Hiperplasia Adenomatosa del Endometrio y Endometriosis incipiente. Ginec. Obstet. Mex. 33: 203, 1974.
- 11.— DOUGLAS, C. P.: di Paola, G.; Gomel, V., Kasser, O, Pous-Ivern, L., SEM, K. y Winston, R.: Endometriosis. Memorias XVIII Congreso Chileno de Obstet. y Ginec. Tomo I, Santiago, 1980.
- 12.— Dmowski, W. P. y Coehn, M. R.: Treatment of Endometriosis with Antigonadotropin, Danazol. A Laparoscopic and Histologic evaluation Obstet. Gynecol. 46: 147, 1975.
- 13.— FRIEDLANDER, J.: The Treatment of Endometriosis with Danazol. J. Reprod. Med. 10: 197, 1973.

- 14.— HERNANDEZ Ayup, S. y Col.: Nuevo Tratamiento para la Endometriosis: Isoxazol. Ginec. Obstet. Mex. 43: 325, 1978.
- 15.— HERNANDEZ Ayup, S. y Col.: Nueva Dimensión Terapéutica de la Endometriosis: Isoxazol. Ginec. Obstet. Mex. 44: 23, 1978
- 16.— KASER, O.; Fried Berg, V., Ober, K.G. Thomsen, K. y Sander, J: Ginecología y Obstetricia. Salvat Editores, S. A., Barcelona, 1974.
- 17.— KASER, O, Iklé, F.: Atlas de Operaciones Ginecológicas. 3ra. Edición, Ed. Toray, S. A., Barcelona, 1978.
- 18.— KARNAKY, K. J.: The use of stilbestrol for endometriosis. South, Med. J. 41: 1109, 1948.
- 19.— KISTNER, R. W.: The use of never progestins in treatment of endometriosis. Am. J. Obstet. Gynecol. 75:264, 1958.
- 20.— GREENBLATT, R. B.; Dmowski, W. P.; Mahesh, V. B. y Scholer, H. F. L.: Clinical studies with an antigonadotro-ping-danazol. Fertil. Steril. 22:102, 1971.
- 21.— GREENBLATT, R. B.; Hernández Ayup S. y Borenstein, R.: Experiences with Danazol an antigonadotropin in the treatment of infertility. Am. J. Obstet. Gynecol. 178: 783, 1974.
- 22.— CHERREZ, N.; Guijarro, R.; Orbe F. y Valencia, I.: Fibroleiomiomatosis uterina, Universidad Central del Ecuador, 1979.
- 23.— LUNA Olsen, E.; Curiel García, J.: Valdéz Estrada, H.; Alvarado Durán, A.; Endometriosis. Tratamiento quirúrgico conservador en pacientes con esterilidad. Ginec. Obstet. Mex. 45: 371, 1979.
- 24.— NAVA, S. R.; Lascurain, O. A.; Vázquez R. C. y Del Bosque, R: Endometriosis y Adenomiosis. Ginec. Obstet. Mex. 35: 23, 1974.
- 25.— REIFFENSTUHL, G. y Platzer, W.: Operaciones por Vía Vaginal. Salvat Editores, S. A., Barcelona, 1978
- 26.— SANMARTINO, R.: Boletín Científico de la Soc. Méd. de Mendoza, Argentina. 11: 553, 1960.
- 27.— SCHROEDER, R.: Endometrial Hiperplasia in Relation to Genital Function. Am. J. Obstet. & Gynecol. 68:294, 1954.
- 28.— SPANGLER, D. B.; Jones, G. y Jones, H.: Infertility dued to Endometriosis. Consevative surgical Therapy. A. m. J. Obstet. 109: 205, 1971.
- 29.—VALENCIA MADERA, I. Cátedra de Ginecología. IV Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia. Universidad Central del Ecuador Quito, 1980.
- 30.— WOOD, C. F.; Wu, C. H.; Flickinger, G. L. y Michail, G.: Hormonal Changes Associated With Danazol Therapy. Obstet Gynecol, 45: 302, 1975.

\* Médico becario del Curso de Especialización en Gineco-Obstetricia. Universidad Central del Ecuador.

\*\* Ginecólogo del Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora". Profesor de Ginecología del Departamento de Graduados, Universidad Central del Ecuador.