



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Correlación clínico-quirúrgica y anatomopatológica en
pacientes sometidas a cirugía laparoscópica por
endometriosis pélvica : Hospital Nacional Arzobispo
Loayza, 2010-2012**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Gineco-Obstetricia

AUTOR

Hilarion Ramos Ccoyllo

LIMA – PERÚ
2014

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	04
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	05
1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	05
1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	06
1.3.- MARCO TEÓRICO.....	13
1.4.- HIPÓTESIS.....	18
1.5.- OBJETIVOS.....	18
1.5.1.- OBJETIVO GENERAL.....	18
1.5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS	20
2.1.- TIPO DE ESTUDIO.....	20
2.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	20
2.3.- UNIVERSO.....	20
2.4.- MUESTRA.....	20
2.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	20
2.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	20
2.7.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	21
2.7.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE.....	21
2.7.2.- VARIABLE DEPENDIENTE.....	21
2.7.3.- VARIABLES INTERVINIENTES.....	21

2.8.- RECOLECCIÓN DE DATOS.....	22
2.8.1.- TÉCNICA.....	22
2.8.2.- INSTRUMENTO.....	23
2.9.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	23
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	24
3.1.- RESULTADOS.....	24
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	35
4.1.- DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	35
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	37
5.1.- CONCLUSIONES.....	37
5.2.- RECOMENDACIONES.....	38
CAPÍTULO VI: BIBLIOGRAFÍA.....	39
6.1.- BIBLIOGRAFÍA.....	39
CAPÍTULO VII: ANEXOS.....	44
7.1.- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44

RESUMEN

Objetivos: Determinar las características clínico-quirúrgicas y anatomopatológicas de las pacientes con endometriosis pélvicas sometidas a cirugía laparoscópica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo comprendido entre Enero de 2010 y Diciembre del 2012.

Material y métodos: La muestra seleccionada estuvo comprendida por 206 pacientes operadas por vía laparoscópica en el periodo que corresponde al estudio. Los instrumentos empleados estuvieron conformados por una ficha de recolección de datos convenientemente elaborada para los fines de estudio.

Resultados: la media de la edad de los pacientes fue 32.5+/-5.4 años; siendo la mínima de 19 años y la máxima de 46 años. En cuanto a las características clínicas de las pacientes con endometriosis pélvicas sometidas a cirugía laparoscópica encontramos que el 81.4 % de las pacientes tuvo infertilidad; dolor pélvico crónico el 22.5 %, dismenorrea el 22.5 %; dispareunia el 11.8 %; dolor palpable el 12.7 %, tacto vaginal doloroso el 15.7 %. En cuanto a los hallazgos operatorios de pacientes con endometriosis pélvicas sometidas a cirugía laparoscópica encontramos que a nivel uterino hubo una mayor frecuencia de focos endometriósicos en un 34.9 %, a nivel de trompas hubo una mayor frecuencia de adherencias; a nivel de ovarios también hubo una mayor frecuencia de adherencias y focos endometriósicos; a nivel del Douglas hubo una mayor frecuencia de focos endometriósicos en un 20.4 %.

Conclusión: Hay una relación estadísticamente significativa de endometriosis en fondo de saco anterior con dispareunia; de endometriosis en ovario derecho con dolor palpable; endometriosis en ovario izquierdo con masas pélvicas; y de endometriosis en los ligamentos anchos con tacto vaginal doloroso. (P<0.05)

Palabras clave: clínica, laparoscopia, anatomopatología, endometriosis pélvica.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La endometriosis pélvica constituye un desorden ginecológico benigno, que es causa frecuente de infertilidad y dolor pélvico, los cuales tienen un importante impacto en la calidad de vida en la mujer en edad fértil¹⁻³.

Existe diversidad de modalidades de tratamiento, las cuales incluyen terapia médica, quirúrgica y una combinación de éstas, sin embargo, los resultados obtenidos dependen de la prioridad de la paciente basada en el alivio de los síntomas y/o deseos de fertilidad.

La laparoscopia constituye la cirugía menos invasiva para el diagnóstico y tratamiento de la endometriosis pélvica, lo cual se encuentra implementado ya en algunos hospitales de la ciudad de Lima, sin embargo existen pocos estudios publicados en este tópico⁴. Razón por la cual planteamos la realización del presente trabajo de investigación; pues es escasa la literatura en nuestro medio en relación al tema.

1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Coayla Córdova⁴¹, revisó todos los casos de las pacientes que fueron dadas de alta de los Servicios de Ginecología de los Hospitales: Regional Honorio Delgado (HRHD) y Nacional de Sur (HNS) de la ciudad de Arequipa con el diagnóstico de Endometriosis desde Enero de 1994 hasta Diciembre de 2010, con el objeto de describir las principales características que presentan estas pacientes.

El objetivo era determinar cuál es la sintomatología que se presentaba con mayor frecuencia en las pacientes con endometriosis, en que estadio de la enfermedad se las diagnosticó y como es la evolución de la misma. Se presentó más frecuentemente en el rango de edad de 31 – 40 años (54,7 %). Los síntomas más frecuentes fueron: la infertilidad, dismenorrea, entre otras. Así mismo la paridad de las pacientes fue de 0 hijos en su mayoría (52,5 %). Se vio que la enfermedad se diagnosticó en estadio II y III en la mayoría de los casos e igual proporción se observó en las pacientes que consultaron por infertilidad.

El método más utilizado para hacer el diagnóstico fue la laparoscopia diagnóstica (73.5 %), se instauró tratamiento médico a un 76 % de los casos, el cual en su mayoría consistió en Danazol, dicho tratamiento fue cumplido en forma total en un 70

%, en forma parcial en un 6 %. Las pacientes que cumplieron en forma total el tratamiento médico, a un 53,7 % se les realizaron Second Look, de las cuales en su mayoría se observó mejoría con relación al estadio de inicio.

Se reporta además cuantas pacientes que consultaron por infertilidad consiguieron embarazarse luego de ser diagnosticadas. Se observó que un 36 % consiguió embarazarse luego de recibir tratamiento médico, un 4 % se embarazó sin recibir tratamiento médico. Asimismo se reporta cuantas pacientes reportaron recurrencia de sintomatología; un 31,17 % presentó recurrencia luego de recibir tratamiento médico, un 5,19% presentaron recurrencia sin recibir tratamiento médico.

Sakae Miyagi⁴² realiza un estudio con el propósito de caracterizar a las pacientes con infertilidad debidas a endometriosis atendidas en el Centro Médico Naval de Lima, así como determinar las tasas de éxito de embarazo con los diferentes tratamientos.

El estudio se realizó en 70 pacientes atendidas en el nosocomio en cuestión durante el periodo 1993 – 2010. Los resultados muestran que el promedio de edad de las pacientes que presentan infertilidad debido a endometriosis es de 31 años; la mayoría de ellas tuvo la menarquía a los 13 años y un tiempo de búsqueda de gestación

entre 1 y 3 años. Más de la mitad de las pacientes presentaba infertilidad primaria y no tenían antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica.

Las manifestaciones clínicas que se observan con más frecuencia son las dismenorreas y la dispareunia. En el 93.33 % de pacientes se observó cromotubación positiva en por lo menos una trompa de Falopio y adherencias (52,86 %). La localización más frecuente de la endometriosis fue el útero (64,29 %), ovarios (52,86 %) entre otros.

En la mayoría de pacientes no se practicó la segunda laparoscopia. No se encontró relación significativa entre el logro de gestación o resultado y el tiempo de búsqueda de gestación, el tipo de infertilidad, el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria o el grado de endometriosis.

Rivas Villantoy⁴³ estudió a 732 mujeres estériles, y se obtuvieron 71 casos de endometriosis en mujeres de 20 a 39 años de edad, con una incidencia de endometriosis en mujeres con diagnóstico de infertilidad de 9,84 %. Se realizó seguimiento de uno a tres años después de la laparoscopia, para determinar la tasa de embarazos durante este intervalo. Dentro de las conclusiones y hallazgos se encontró que el uso de cirugía laparoscópica en el tratamiento de

la endometriosis puede mejorar tasas de fertilidad, mientras implica un riesgo mínimo, y se recomienda realizar estudios de mayor población.

Morales Galván⁴⁴ investigó a pacientes con diagnóstico de infertilidad y endometriosis que experimentaron cirugía laparoscópica entre Enero del 2004 y Diciembre del 2006. La ecografía transvaginal se realizó en estas pacientes previo a la Técnica quirúrgica laparoscópica, la comparación entre los hallazgos de dichos procedimientos fueron concordantes en un 84 % y discordantes en un 16 %, se halló que el ultrasonido tenía una sensibilidad y especificidad promedio mayor de 70 %, la cual fue mayor en los estadios avanzados. Se concluyó que el ultrasonido es un método muy útil para caracterizar adecuadamente las lesiones endometrióticas y pueden predecir la extensión pélvica y los estadios de la endometriosis.

Koninckx Pr⁴⁵, realiza un estudio prospectivo de 643 laparoscopias consecutivas para la infertilidad, dolor pélvico, o infertilidad y dolor, el área pélvica, la profundidad de la infiltración, y el volumen de lesiones endometrióticas fueron evaluadas. La incidencia, área y volumen de lesiones sutiles disminuyó con la edad, mientras que para las lesiones típicas, estos parámetros y la profundidad de la infiltración aumenta con la edad. La

endometriosis profundamente infiltrante está fuertemente asociada con dolor pélvico, mujeres con dolor que tienen lesiones mayores y más profundas. Debido a que la endometriosis profunda tiene poco énfasis en la revisión de la clasificación de la Sociedad Americana de Fertilidad y luego del análisis de los diagnósticos realizados en cada clase, se propone considerar una simplificación incluyendo la revisión de las lesiones profundas. En conclusión, se presenta evidencia sugestiva para apoyar la idea de que la endometriosis es un trastorno progresivo, y se demuestra que la endometriosis profundamente infiltrante está fuertemente asociada con el dolor pélvico.

Arumugam K⁴⁶, realiza un estudio controlado donde investiga si la presencia de características menstruales, que pueden aumentar la exposición de la cavidad peritoneal a la menstruación retrógrada, aumenta el riesgo de desarrollar endometriosis. Las características menstruales considerados fueron: 1. edad de la menarquía en menos de 12 años, 2. duración del flujo menstrual de más de cinco días y 3. Ciclo menstrual longitudes de <28 días. La frecuencia con la que estas características menstruales se produjeron en 305 mujeres con endometriosis se comparó con la frecuencia en sus 305 controles mujeres sin endometriosis. Ajuste de factores de confusión la de la paridad, edad al primer parto y la clase social, la única característica que menstrual se asoció significativamente

con la endometriosis es la longitud del ciclo menstrual de menos de 28 días (odds ratio 1,83; 95 % intervalos de confianza 1.60-2.55). No hubo pruebas suficientes para concluir que la presencia de características menstruales que pueden aumentar la exposición de la cavidad peritoneal a la menstruación retrógrada, un aumento de mujeres riesgo de desarrollar endometriosis. La asociación de corta duración del ciclo menstrual con la endometriosis puede haber sido consecuente y no causal.

Jacobson TZ et al¹; en USA en el 2002 plantean las recomendaciones en el tratamiento de la endometriosis basadas en una completa revisión de la evidencia científica sobre la eficacia y seguridad del procedimiento. Los autores concluyen que, aunque los riesgos no son un factor relevante, existen dudas sobre la eficacia del procedimiento por lo que debería llevarse a cabo en condiciones de supervisión / investigación, con el adecuado entrenamiento del médico, y el consentimiento informado del paciente.

En esta revisión los autores¹⁻⁸ encuentran que la cirugía laparoscópica puede ser efectiva en el tratamiento del dolor pélvico en la endometriosis de ligera a moderada, aunque como los datos encontrados son limitados, los resultados deben ser interpretarlos con cautela.

Asimismo; en esta revisión los autores encuentran que la cirugía

laparoscópica puede mejorar las posibilidades de gestación en la endometriosis de ligera a moderada, aunque debido a las limitaciones metodológicas se precisa más investigación.

Ghezzi F, et al² en USA en el 2012 refieren que la ureterolisis laparoscópica puede ser una opción eficaz en el tratamiento de las pacientes con endometriosis ureteral.

Daraï E, et al³ en USA el 2012 refieren que la resección laparoscópica colorrectal en mujeres con endometriosis colorrectal puede ser un alternativa adecuada a la laparotomía.

Brouwer R, et al⁴ en USA el 2012 refieren que la endometriosis de recto puede ser tratada con éxito mediante la resección segmentaria del recto por vía laparoscópica con baja morbilidad y recurrencia.

Remorgida V, et al⁵ en USA el 2012 refieren que el aspecto variado de la endometriosis intestinal hace que resulte de difícil diagnóstico, siendo el tratamiento quirúrgico el de elección en pacientes sintomáticos.

Como podemos ver en la revisión de la literatura no hay trabajo s donde hagan un estudio de la correlación clínico-quirúrgica de la endometriosis tratada por vía laparoscópica; asimismo en nuestro medio no encontramos literatura en relación al tema que planteamos.

1.3.- MARCO TEÓRICO

La endometriosis es un desorden ginecológico benigno frecuente, de curso crónico, estrógeno-dependiente, asociado a presencia de dolor pélvico e infertilidad. Se caracteriza por la presencia de tejido endometrial de la cavidad endometrial y muscular uterina, principalmente en el peritoneo pélvico, ovarios, septum rectovaginal y con menor frecuencia en pericardio y pleura⁶.

La prevalencia de endometriosis pélvica oscila entre el 6 al 10 % en población general femenina; y en mujeres con dolor y/o infertilidad alcanza el 35 – 50 %. Se presenta en mujeres en edad reproductiva (muy rara antes de la menarquía y tras la menopausia) y muchas veces el diagnóstico se hace tardíamente (en promedio de 11.7 años en los E.U.A. y 8.0 años en el Reino Unido) debido a la variabilidad de los signos y síntomas por lo que puede confundirse con otras enfermedades⁷⁻⁹.

La etiología de la endometriosis es desconocida; se han planteado diversas teorías que intentan explicar la fisiopatología de la enfermedad siendo las principales la teoría de la menstruación retrógrada, metaplasia celómica, alteración de la inmunidad celular, metástasis, base genética, base ambiental y modelo de interacción multifactorial (base genética y ambiente)⁸⁻¹⁰.

La teoría más aceptada es la de la menstruación retrógrada, formulada en 1920, la cual plantea que el desorden se genera de la menstruación retrógrada de tejido endometrial hacia las trompas de Falopio y la cavidad peritoneal. La enfermedad en la pelvis ha sido atribuida a la adhesión de fragmentos endometriales al epitelio del peritoneo, invasión del peritoneo, establecimiento de aporte sanguíneo y generación de una respuesta inmune subóptima que impide una depuración adecuada de los implantes⁹. La menstruación es una condición fisiológica común en mujeres con trompas permeables y ocurre en cerca del 90 % de mujeres que menstrúan regularmente¹¹⁻¹³.

La segunda teoría, de la metaplasia celómica, propone la existencia de células totipotenciales capaces de transformarse en células endometriales lo cual explica algunos raros casos de endometriosis como la presencia en pacientes que nunca han menstruado (por ejemplo, en la ausencia congénita de útero y vagina: el Síndrome de Rokitansky-Kusler-Hauser), y la aún más rara ocurrencia de esta enfermedad en hombres¹⁴⁻¹⁷.

Algunos autores han propuesto una teoría inmunológica. Aduciendo que la endometriosis tiene una deficiencia inmune que lleva a una inapropiada remoción de las células endometriales de la cavidad pélvica. Las pacientes con endometriosis

frecuentemente sufren de enfermedades inflamatorias autoinmunes y comparten muchas similitudes con enfermedades autoinmunes tales como artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, y psoriasis¹⁸⁻²⁰.

En cuanto a los cambios en la inmunidad celular se ha reportado: alteración en la relación de los linfocitos T ayudadores (Helper)/linfocitos T supresores con tendencia al aumento de los primeros, disminución de la citotoxicidad de las células naturales asesinas (NK) al tejido endometrial ectópico, incremento en el número y activación de los macrófagos peritoneales con mayor producción de citokinas, prostaglandinas y factores de crecimiento. Esto tendría efecto sobre el espermatozoide, el ovocito, la fecundación y las fases iniciales del desarrollo embrionario²¹⁻²³.

Referente a la inmunidad humoral existe considerable evidencia de alteración en la actividad de las células B e incremento en la incidencia de autoanticuerpos los cuales interfieren en varios procesos durante la reproducción humana incluyendo función espermática, fertilización y adecuada evolución del embarazo²⁴⁻²⁷.

Participan también factores implantatorios como la reducción de la receptividad endometrial mediante la disminución de la expresión de integrinas y aumento de los abortos preclínicos por el

componente de desequilibrio de prostaglandinas y citokinas asociado a la presencia de endometrio ectópico²⁸⁻³⁰.

Las pacientes con endometriosis pueden presentar multiplicidad de signos y síntomas que hacen difícil diferenciar esta enfermedad de otros procesos, pudiendo presentar síntomas de disfunción menstrual (dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia), disfunción ovulatoria (amenorrea, deficiencia de la fase lútea, galactorrea, defectos de la fase lútea, y síndrome de folículo no roto) y de disfunción reproductiva (infertilidad e incremento de la frecuencia de abortos). En el examen físico pueden encontrarse modularidad en el fondo de saco o ligamentos uterosacros, masa pélvica fija, sensibilidad pélvica, retroversión fija uterina, entre otros³¹⁻³⁴.

El diagnóstico definitivo requiere la práctica de un procedimiento quirúrgico, sea laparotomía o laparoscopia, con la toma de biopsia para la confirmación de éste. Se ha demostrado que existe correlación entre el diagnóstico visual y los resultados de la histopatología en un 80 % de los casos³⁵⁻³⁷.

El tratamiento depende de la edad de la paciente, extensión de la enfermedad, severidad y los deseos de fertilidad. El tratamiento quirúrgico es efectivo en el alivio de los síntomas como

dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico no menstrual así como en el incremento de la fertilidad³⁸.

La laparoscopia que inicialmente fue empleada como un procedimiento diagnóstico en caso de sospecha de endometriosis rápidamente se fue transformando en el método más aceptado para el tratamiento de esta patología convirtiéndose en la terapia quirúrgica de primera elección, ya que además de hacer la terapia quirúrgica de primera intención permite al mismo tiempo establecer el diagnóstico, verificar la extensión y severidad de la enfermedad y presumir un pronóstico³⁹.

La cirugía laparoscópica terapéutica consiste en la destrucción mediante electrocauterio o láser de los implantes endometriósicos y/o adherencias. En los estadios más tempranos de la enfermedad la laparoscopia revela las lesiones clásicas descritas como “quemaduras de pólvora”; las lesiones pueden presentarse sobre la superficie del peritoneo como petequias, ampollas, quistes o nódulos. En los estadios más avanzados las lesiones pueden presentarse como cicatrices y adherencias⁴⁰.

La cirugía conservadora (laparotomía) se emplea principalmente cuando no es posible realizar una operación translaparoscópica y/o por la magnitud de las lesiones por lo que está restringida

principalmente a estadios avanzados (III y IV) y severos por la enfermedad³⁸⁻⁴⁰.

En nuestro país no existen estudios publicados acerca de la correlación de los hallazgos operatorios en pacientes sometidas a cirugía laparoscópica, lo cual ha motivado la realización de la presente tesis.

1.4 HIPOTESIS

H1: Existe una correlación significativa de las características clínicas con los hallazgos operatorios en pacientes sometidas a cirugía laparoscópica por endometriosis pélvica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo comprendido entre enero de 2010 y diciembre del 2012

H0: No existe una correlación significativa de las características clínicas con los hallazgos operatorios en pacientes sometidas a cirugía laparoscópica por endometriosis pélvica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo comprendido entre enero de 2010 y diciembre del 2012

1.5.- OBJETIVOS

1.5.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar las características clínico-quirúrgicas y anatomopatológicas de las pacientes con endometriosis pélvicas

sometidas a cirugía laparoscópica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo comprendido entre Enero de 2010 y Diciembre del 2012.

1.5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir las características sociodemográficas de las pacientes con endometriosis pélvicas sometidas a cirugía laparoscópica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo comprendido entre enero de 2010 y diciembre del 2012.

Determinar las características clínicas de las pacientes con endometriosis pélvicas sometidas a cirugía laparoscópica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo comprendido entre enero de 2010 y diciembre del 2012.

Describir los hallazgos operatorios de pacientes con endometriosis pélvicas sometidas a cirugía laparoscópica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo comprendido entre enero de 2010 y diciembre del 2012.

Determinar las características anatomopatológicas de las pacientes con endometriosis pélvicas sometidas a cirugía laparoscópica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo comprendido entre enero de 2010 y diciembre del 2012.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1.- TIPO DE ESTUDIO

Observacional, analítico.

2.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo, retrospectivo transversal.

2.3.- UNIVERSO

Todas aquellas pacientes sometidas a cirugía laparoscópica en la cual se diagnosticó endometriosis pélvica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo comprendido entre enero de 2010 y diciembre del 2012.

2.4.- MUESTRA

No se realizará muestreo, por tratarse de un estudio de recolección de casos. Se trabajará con la población de pacientes con endometriosis sometidas a cirugía laparoscópica

2.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Toda paciente, con o sin diagnóstico presuntivo de endometriosis a la que se le haya realizado laparoscopia diagnóstica y/o terapéutica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo comprendido entre Enero de 2010 y Diciembre del 2012

2.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Historias clínicas con información pertinente incompleta.

Presencia de neoplasias maligna del aparato reproductor femenino.

2.7.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES:

Endometriosis: visualización de lesiones compatibles con endometriosis mediante laparoscopia (petequias, ampollas, quistes, nódulos, cicatrices y adherencias).

Estadaje: Clasificación de la endometriosis de acuerdo a los hallazgos laparoscópicos en los grados Ia, Ib, II, III y IV.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Manifestaciones clínicas: presencia o ausencia de alguno de los siguientes signos o síntomas: dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia, infertilidad, nodularidad en el fondo de saco o ligamentos uterosacros, masa pélvica fija, sensibilidad pélvica, retroversión fija uterina. Se indicará la presencia o ausencia de manifestaciones clínicas.

Patologías asociadas a endometriosis: enfermedades encontradas de manera simultánea a endometriosis pélvica durante la laparoscopia. Se indicará la presencia o ausencia de patologías asociadas y se especificará el tipo de patología.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES					
VARIABLE INDEPENDIENTES	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CRITERIO DE MEDICION	INSTRUMENTO
EDAD	Tipo de vida del paciente al momento del examen expresado en años.	Cuantitativa	De razón	-----	Instrumento de Recolección de datos Historia Clínica
HALLAZGOS OPERATORIOS EN ENDOMETRIOSIS	Descripción de hallazgos encontrados en laparoscopia en pacientes con endometriosis	Cualitativa	Nominal	-----	
ENDOMETRIOSIS	Hallazgo operatorio compatible con endometriosis	Cualitativa	Nominal	Si No	
ESTADIAJE ENDOMETRIOSIS	Clasificación del grado de endometriosis de acuerdo a hallazgos laparoscópicos	Cualitativa	Ordinal	Grado Ia Grado Ib Grado II Grado III Grado IV	
PATOLOGIA ASOCIADA A ENDOMETRIOSIS	Enfermedades simultaneas a endometriosis pélvica durante laparoscopia	Cualitativa	Nominal	Miomatosis Uterina Quiste de Ovario Enf. Pélvica Inflamatoria Adenomiosis	
DOLOR PÉLVICO CRÓNICO	Dolor en abdomen inferior de duración mayor de 6 meses	Cualitativa	Nominal	Si No	
INFERTILIDAD	Incapacidad de completar un embarazo luego de 12 meses de mantener relaciones sexuales sin medidas anticonceptivas	Cualitativa	Nominal	Si No	

2.8.- RECOLECCIÓN DE DATOS

2.8.1.- TÉCNICA

Fuente primaria: Datos obtenidos del libro de registro de atenciones en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Técnica de recolección de información: Llenado de un formato de recolección de datos. En primer lugar se ubicará en el libro de registro de pacientes atendidas en el servicio en el periodo de

estudio, posteriormente se revisará la historia clínica de la paciente para el llenado de la ficha de recolección de datos.

2.8.2.- INSTRUMENTO

Toda la información obtenida en base a las variables planteadas fue recopilada en una Ficha de Recolección de Datos de elaboración propia (ver anexo).

2.9.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizará el programa SPSS 21.0 para elaborar la base de datos y el procesamiento de los mismos. Para el análisis se empleará estadística descriptiva presentando los datos en tablas de contingencia, determinando el OR con un Intervalo de confianza de 95 %. Se evaluará la asociación de las variables por estadística inferencial mediante el Test del Chi cuadrado con un nivel de significación estadística $P < 0.05$.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

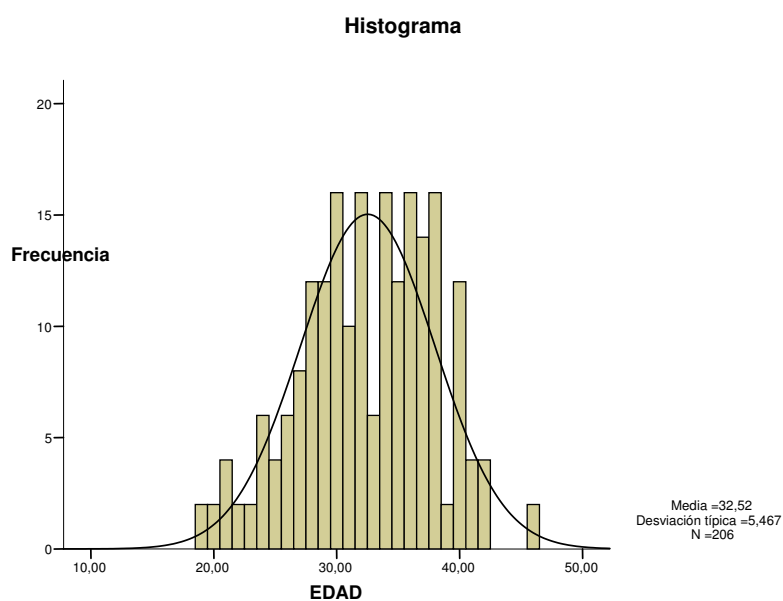
El número total de pacientes estudiadas fue de 206 casos, las cuales fueron sometidas a cirugía laparoscópica por endometriosis pélvica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el servicio de Ginecología y Obstetricia durante el periodo de estudio.

Encontramos que la media de la edad fue de 32.5 años con una desviación estándar de 5.4 años; siendo la mínima de 19 años y la máxima de 46 años.

TABLA N°01		
EDAD DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA POR ENDOMETRIOSIS PÉLVICA		
N	VÁLIDOS	103
	PERDIDOS	0
MEDIA		32.5
DESV. TÍP.		5.48
MÍNIMO		19.00
MÁXIMO		46.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

TABLA N°01
EDAD DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGÍA
LAPAROSCÓPICA POR ENDOMETRIOSIS PÉLVICA



Encontramos que el 81.4 % de las pacientes tuvo infertilidad; dolor pélvico crónico el 22.5 %, dismenorrea el 22.5 %; dispareunia el 11.8 %; dolor palpable el 12.7 %, tacto vaginal doloroso el 15.7 % del total de casos estudiados.

TABLA N°02
CLÍNICA DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA
POR ENDOMETRIOSIS PÉLVICA

		N	%
DOLOR PÉLVICO CRÓNICO	NO	160	77.7 %
	SI	46	22.3 %
DISMENORREA	NO	158	76.7 %
	SI	48	23.3 %
DISPARENUNIA	NO	180	87.4 %
	SI	26	12.6 %
HUD	NO	200	97.1 %
	SI	6	2.9 %
DEFECACION DOLOROSA	NO	204	99.0 %
	SI	2	1.0 %
DISURIA	NO	200	97.1 %
	SI	6	2.9 %
DOLOR PALPABLE	NO	180	87.4 %
	SI	26	12.6 %
MASAS PELVICAS	NO	186	90.3 %
	SI	20	9.7 %
TACTO VAGINAL DOLOROSO	NO	174	84.5 %
	SI	32	15.5 %
VÁLIDOS		206	100.0 %

Fuente: Ficha de recolección de datos

Encontramos que el 16.8 % de las pacientes tuvo una ecografía normal; quiste anexial el 11.9 %, miomatosis el 2.0 %; del total de casos estudiados.

TABLA N°03

**HALLAZGOS ECOGRÁFICOS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGÍA
LAPAROSCÓPICA POR ENDOMETRIOSIS PÉLVICA**

		N	%
ECOGRAFIA	NO SE REALIZO	128	63.4%
	QUISTE ENDOMETRIÓSI	2	1.0%
	QUISTE ANEXIAL	24	11.9%
	NORMAL	34	16.8%
	UTERO LATERALIZADO	2	1.0%
	FOCOS ENDOMETRIÓSI	2	1.0%
	MIOMATOSIS	4	2.0%
	PIOSALPINX BILATERAL	2	1.0%
	DISTORSION TROMPA	2	1.0%
	OVARIO AGRANDADO	2	1.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Encontramos una mayor frecuencia de infertilidad primaria en el 47.5 % de los casos; seguido de infertilidad secundaria en el 33.7 % de los casos estudiados

TABLA N°04			
DIAGNÓSTICO PREQUIRÚRGICO DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA POR ENDOMETRIOSIS PÉLVICA			
		N	%
DX PRE	QUISTE ENDOMETRIÓICO BILATERAL	2	1.0%
	DOLOR PÉLVICO CRÓNICO	26	12.9%
	EIP	2	1.0%
	QUISTE ANEXIAL	2	1.0%
	QUISTE OVARIO+COLECCIÓN PARAUTERINA	2	1.0%
	MIOMATOSIS UTERINA	2	1.0%
	DISMENORREA	2	1.0%
	INFERTILIDAD PRIMARIA	96	47.5%
	INFERTILIDAD SECUNDARIA	68	33.7%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Encontramos una mayor frecuencia de laparoscopia exploratoria en el 90.1 % de los casos, al 61.4 % de las pacientes se les realizó Electrofulguración; al 46.5 % de los casos se les realizó Adherenciolisis.

TABLA N°05 TIPO DE INTERVENCIÓN REALIZADA EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA POR ENDOMETRIOSIS PÉLVICA			
		N	%
LAPAROSCOPIA	LAPAROSCOPIA	182	90.1%
	LAPAROSCOPIA +LIBERACIÓN HIDROSALPINX	2	1.0%
	LAPAROSCOPIA +MIOMECTOMIA	2	1.0%
	LAPAROSCOPIA +DRENAJE QUISTE	6	3.0%
	LAPAROSCOPIA +QUISTECTOMIA+ ADHERENCIOLISIS	2	1.0%
	LAPAROSCOPIA +QUISTECTOMIA	6	3.0%
	LAPAROSCOPIA +FIMBRIOPLASTIA	2	1.0%
EXTRACCIÓN ENDOMETRIOMAS	NO	188	93.1%
	SI	14	6.9%
ELECTROFULGURACIÓN	NO	78	38.6%
	SI	124	61.4%
LEGRADO TUBÁRICO	NO	190	94.1%
	SI	12	5.9%
OTRAS	QUISTECTOMIA	8	4.0%
	ADHERENCIOLISIS	94	46.5%
	BIOPSIA	2	1.0%
	FIMBRIOPLASTIA	8	4.0%
	MIOMECTOMIA	6	3.0%
	DEBRIDACIÓN QUISTE	2	1.0%
	CONVERSIÓN+ MIOMECTOMIA MÚLTIPLE	2	1.0%
	HISTEROSCOPIA	4	2.0%
	DRENAJE QUISTE	4	2.0%
	CONVERSIÓN+ MIOMECTOMIA+ QUISTECTOMIA	4	2.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Encontramos que a nivel uterino hubo una mayor frecuencia de focos endometriósicos en un 34.9 %, a nivel de trompas hubo una mayor frecuencia de adherencias; a nivel de ovarios también hubo una mayor frecuencia de adherencias y focos endometriósicos; a nivel del Douglas hubo una mayor frecuencia de focos endometriósicos en un 20.4 %; a nivel de ligamentos anchos, ligamento redondo y uterosacros hubo una mayor frecuencia de hallazgos normales.

		N	%
ÚTERO	NORMAL	62	30.1 %
	ADHERENCIAS	58	28.1 %
	FOCOS ENDOMETRIÓSICOS	72	34.9 %
	MIOMAS	58	28.1 %
	QUISTES TRANSPARENTES MÚLTIPLES	4	1.9 %
TROMPA DERECHA	NORMAL	106	51.5 %
	FOCOS ENDOMETRIOSIS	16	7.8 %
	QUISTE MORGAGNI	14	6.8 %
	CONGESTIÓN	2	1.0 %
	ADHERENCIAS	50	24.3 %
	QUISTE ENDOMETRIÓSICO	4	1.9 %
	HIDROSALPINX	4	1.9 %
	OBSTRUCCIÓN PROXIMAL TOTAL	2	1.0 %
	OBSTRUCCIÓN DISTAL PARCIAL	4	1.9 %
	FIBROSIS	2	1.0 %
	FIMBRIAS FIMÓTICAS	2	1.0 %
TROMPA IZQUIERDA	NORMAL	120	58.3 %
	FOCOS ENDOMETRIOSIS	2	1.0 %
	QUISTE MORGAGNI	20	9.7 %
	CONGESTIÓN	2	1.0 %
	ADHERENCIAS	50	24.3 %
	QUISTE ENDOMETRIÓSICO	4	1.9 %
	HIDROSALPINX	4	1.9 %
	FIBROSIS	2	1.0 %
FIMBRIAS FIMÓTICAS	2	1.0 %	
OVARIO DERECHO	NORMAL	46	41.7 %
	FOCOS ENDOMETRIOSIS	32	15.5 %
	QUISTE MORGAGNI	4	1.9 %
	CONGESTIÓN	2	1.0 %
	ADHERENCIAS	32	15.5 %
	QUISTE ENDOMETRIÓSICO	28	13.6 %
OVARIO IZQUIERDO	NORMAL	100	48.5 %
	FOCOS ENDOMETRIOSIS	28	13.6 %
	QUISTE MORGAGNI	2	1.0 %
	CONGESTIÓN	2	1.0 %
	ADHERENCIAS	34	16.5 %
	QUISTE ENDOMETRIÓSICO	20	9.7 %
	ENDOMETRIOMA	16	7.8 %
	QUISTE FOLICULAR	4	1.9 %
DOUGLAS	NORMAL	116	56.3 %
	FOCOS ENDOMETRIOSIS	42	20.4 %
	ADHERENCIAS	12	5.8 %
	QUISTE ENDOMETRIÓSICO	8	3.9 %
	OBLITERADO	2	13.6 %

LIGAMENTO UTEROSACROS	NORMAL	140	68.0 %
	FOCOS ENDOMETRIOSIS	54	26.2 %
	ADHERENCIAS	12	5.8 %
LIGAMENTO ANCHO	NORMAL	192	93.2 %
	FOCOS ENDOMETRIOSIS	4	1.9 %
	ADHERENCIAS	6	2.9 %
	QUISTE ENDOMETRIÓSIDO	4	1.9 %
LIGAMENTO REDONDO	NORMAL	200	97.1 %
	FOCOS ENDOMETRIOSIS	2	1.0 %
	ADHERENCIAS	4	1.9 %
ASAS	NORMAL	192	93.2 %
	FOCOS ENDOMETRIOSIS	6	2.9 %
	ADHERENCIAS	8	3.9 %
PERITONEO	NORMAL	192	93.2 %
	FOCOS ENDOMETRIOSIS	10	4.9 %
	ADHERENCIAS	4	1.9 %
FONDO SACO ANTERIOR	NORMAL	188	91.3 %
	FOCOS ENDOMETRIOSIS	16	7.8 %
	ADHERENCIAS	2	1.0 %

Fuente: Ficha de recolección de datos

Encontramos una mayor frecuencia de coincidencia con el diagnóstico preoperatorio en un 46.6 % de los casos estudiados.

TABLA N°07			
DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA POR ENDOMETRIOSIS PÉLVICA			
		N	%
DX POST	NORMAL	2	1.0 %
	IDEM	94	46.5 %
	EDOMETRIOSIS LEVE	66	32.7 %
	ENDEMOETRIOSIS+QUISTES PARATUBARIOS+ADHERENCIAS	2	1.0 %
	ENDOMETRIOSIS MODERADA	12	5.9 %
	ENDOMETRIOSIS SEVERA	16	7.9 %
	INFERTILIDAD	10	5.0 %

Fuente: Ficha de recolección de datos

Encontramos una mayor frecuencia de estadio IV en el 44.7 % de los casos seguido de estadio II en el 27.2 % de los casos.

TABLA N°08		
DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE LA ENDOMETRIOSIS EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA POR ENDOMETRIOSIS PÉLVICA		
	N	%
NORMAL	6	2.9
ESTADIO I	14	6.8
ESTADIO II	56	27.2
ESTADIO III	38	18.4
ESTADIO IV	92	44.7

Fuente: Ficha de recolección de datos

La miomatosis estuvo asociada en el 73.8 % de los casos. El quiste de ovario en el 16.5 % de los casos. No hubo casos de adenomiosis. El 6.8 % presentó EPI. Hubo una mayor frecuencia de adherencias en el 57.3 % de los casos.

TABLA N°09

**PATOLOGÍA ASOCIADA A LA ENDOMETRIOSIS EN LAS PACIENTES
SOMETIDAS A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA POR ENDOMETRIOSIS
PÉLVICA**

		N	%
MIOMATOSIS	NO	152	73.8 %
	SI	54	26.2 %
QUISTE OVÁRICO	NO	172	83.5 %
	SI	34	16.5 %
ADENOMIOSIS	NO	206	100.0 %
EPI	NO	192	93.2 %
	SI	14	6.8 %
ADHERENCIAS	NO	88	42.7 %
	SI	118	57.3 %

Fuente: Ficha de recolección de datos

TABLA N°10 RELACION DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS CON LOS HALLAZGOS OPERATORIOS EN PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA POR ENDOMETRIOSIS PÉLVICA											
		TROMPAS	OVARIO DERECHO	OVARIO IZQUIERDO	DOUGLAS	LIGAMEN- TOS	LIGAN- CHO	LIG- REDO- N	ASA- S	PERITONE- O	FONDO SAC ANT
INFERTILIDAD	CORRE- LACION	.079	-.037	-.058	.011	.123	.016	.078	.053	-.102	-.003
	P	.427	.714	.562	.915	.218	.871	.434	.594	.306	.975
	GL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
DOLOR PÉLVICO CRÓNICO	CORRE- LACION	-.117	.054	.083	.029	-.102	-.039	-.088	- .071	.073	-.024
	P	.241	.588	.407	.771	.306	.697	.377	.477	.468	.811
	GL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
DISMENORREA	CORRE- LACION	-.175	-.067	.020	-.126	.053	.177	.075	.007	-.073	.041
	P	.078	.503	.845	.207	.599	.075	.454	.945	.465	.680
	GL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
DISPAREUNIA	CORRE- LACION	-.157	-.153	.051	.143	-.109	-.093	-.060	- .084	-.089	.234
	P	.115	.125	.612	.153	.275	.353	.550	.404	.374	*.018
	GL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
HUD	CORRE- LACION	.017	-.013	.122	.100	-.105	-.044	-.029	- .040	-.042	-.050
	P	.861	.897	.221	.318	.292	.659	.776	.691	.672	.619
	GL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
DEFECACION DOLOROSA	CORRE- LACION	-.072	.073	.081	.088	-.060	-.025	-.016	- .023	-.024	-.029
	P	.472	.468	.418	.377	.548	.801	.871	.820	.809	.776
	GL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
DISURIA	CORRE- LACION	-.003	-.173	-.152	-.046	-.020	-.044	-.029	- .040	-.042	.112
	P	.976	.082	.127	.645	.841	.659	.776	.691	.672	.264
	GL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
DOLOR PALPABLE	CORRE- LACION	.014	.269	.013	.053	.028	.026	.142	- .022	-.020	-.028
	P	.888	*.006	.893	.598	.780	.797	.154	.826	.841	.782
	GL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
MASAS PÉLVICAS	CORRE- LACION	.064	.184	.313	.096	-.151	-.084	-.054	- .075	-.080	-.003
	P	.522	.064	*.001	.338	.130	.402	.590	.451	.422	.979
	GL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
TACTO VAGINAL DOLOROSO	CORRE- LACION	-.046	.027	-.022	-.007	-.023	.229	.117	- .039	.029	.026
	P	.649	.789	.827	.944	.816	*.021	.241	.699	.773	.792
	GL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Hay una relación estadísticamente significativa de endometriosis en fondo de saco anterior con dispareunia; de endometriosis en ovario derecho con dolor palpable; endometriosis en ovario izquierdo con masas pélvicas; y de endometriosis en los ligamentos anchos contacto vaginal doloroso. (P<0.05)

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos que la media de la edad fue de 32.5 años con una desviación estándar de 5.4 años; siendo la mínima de 19 años y la máxima de 46 años; dato que coincide con lo hallado por Coayla Córdova⁴¹, quien revisó todos los casos de las pacientes que fueron dadas de alta de los Servicios de Ginecología de los Hospitales: Regional Honorio Delgado (HRHD) y Nacional de Sur (HNS) de la ciudad de Arequipa con el diagnóstico de Endometriosis desde Enero de 1994 hasta Diciembre de 2003, en este estudio reportan que se presentó más frecuentemente en el rango de edad de 31 – 40 años (54,7 %). En nuestro estudio se realizó la laparoscopia diagnóstica al 90.1% de los casos; Según Coayla Córdova⁴¹ el método más utilizado para hacer el diagnóstico fue la laparoscopia diagnóstica (73.5 %).

Los síntomas más frecuentes fueron: la infertilidad, entre otras, dato que también coincide con Coayla Córdova⁴¹ quien refiere que la enfermedad se diagnosticó en estadio II y III en la mayoría de los casos e igual proporción se observó en las pacientes que consultaron por infertilidad.

Se reporta además cuantas pacientes que consultaron por infertilidad consiguieron embarazarse luego de ser diagnosticadas.

Se observó que un 36 % consiguió embarazarse luego de recibir tratamiento médico, un 4 % se embarazó sin recibir tratamiento

médico. Asimismo se reporta cuantas pacientes reportaron recurrencia de sintomatología; un 31,17 % presentó recurrencia luego de recibir tratamiento médico, un 5,19% presentaron recurrencia sin recibir tratamiento médico.

En nuestro estudio Las manifestaciones clínicas que se observan con más frecuencia son la infertilidad y la dismenorrea datos que no coinciden con lo reportado por Any Minerva Sakae⁴² quien reporta una mayor frecuencia de dismenorreas y la dispareunia.

En nuestro estudio encontramos que a nivel uterino hubo una mayor frecuencia de focos endometriósicos en un 34.9%, a nivel de trompas hubo una mayor frecuencia de adherencias; a nivel de ovarios también hubo una mayor frecuencia de adherencias y focos endometriósicos; estos datos difieren con lo reportado por Any Minerva Sakae⁴² quien refiere que la localización más frecuente de la endometriosis fue el útero (64,29 %), ovarios (52,86 %) entre otros.

En nuestro estudio encontramos que la media de la edad de las pacientes fue de 32,5 años con una desviación estándar de 5,4 años siendo la incidencia de infertilidad de 81,2 %, estos datos difieren a lo encontrado por Rivas Villantoy⁴³ quien realiza un estudio en 71 casos de endometriosis en mujeres de 20 a 39 años de edad, con una incidencia de endometriosis en mujeres con diagnóstico de infertilidad de 9,84 %.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- CONCLUSIONES

Hay una relación estadísticamente significativa de endometriosis en el fondo de saco anterior con dispareunia; de endometriosis en ovario derecho con dolor palpable; endometriosis en ovario izquierdo con masas pélvicas; y de endometriosis en los ligamentos anchos contacto vaginal doloroso. ($P < 0.05$)

En cuanto a las características clínicas de las pacientes con endometriosis pélvicas sometidas a cirugía laparoscópica encontramos que el 81.4 % de las pacientes tuvo infertilidad; dolor pélvico crónico el 22.5 %, dismenorrea el 22.5 %; dispareunia el 11.8 %; dolor palpable el 12.7 %, tacto vaginal doloroso el 15.7 %.

En cuanto a los hallazgos operatorios de pacientes con endometriosis pélvicas sometidas a cirugía laparoscópica encontramos que a nivel uterino hubo una mayor frecuencia de focos endometriósicos en un 34.9 %, a nivel de trompas hubo una mayor frecuencia de adherencias; a nivel de ovarios también hubo una mayor frecuencia de adherencias y focos endometriósicos; a nivel del Douglas hubo una mayor frecuencia de focos endometriósicos en un 20.4 %.

5.2.- RECOMENDACIONES

Desarrollar una investigación prospectiva más amplia, aplicando un instrumento donde se consigne más variables.

Desarrollar una investigación, que pueda relacionar los resultados obtenidos sobre la relación de las características clínicas con los hallazgos operatorios en pacientes sometidas a cirugía laparoscópica por endometriosis pélvica en el Hospital Central Nacional Arzobispo Loayza con los demás hospitales de nuestro medio, sobre todo en los hospitales donde se cuenten con servicios de Ginecología.

CAPÍTULO VI

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Jacobson TZ, Barlow DH, Koninckx PR, Olive D, Farquhar C. (2002) Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4
2. Ghezzi F, Cromi A, Bergamini V, Bolis P. (2007) Management of ureteral endometriosis: areas of controversy. *Curr Opin Obstet Gynecol.*;19(4):319-24
3. Daraï E, Bazot M, Rouzier R, Houry S, Dubernard G. (2007) Outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol.*;19(4):308-13
4. Brouwer R, Woods RJ. (2007) Rectal endometriosis: results of radical excision and review of published work. *ANZ J Surg.*;77(7):562-71
5. Remorgida V, Ferrero S, Fulcheri E, Ragni N, Martin DC. (2007) Bowel endometriosis: presentation, diagnosis, and treatment. *Obstet Gynecol Surv.*;62(7):461-70
6. Sampson JA. (2007) Peritoneal endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am J Obst Gynecol*; 14: 422-9.
7. Ryan IP, Taylor R. (2007) Endometriosis and infertility: New concepts. *Obstet Gynecol Surv*; 52: 365-71.
8. Remohi J. (2003) Tratamiento quirúrgico de la Endometriosis. *Reproducción Humana*; 25: 209-30
9. Ruiz-Velasco V. (2000) El lugar actual de los tratamientos quirúrgicos en endometriosis. *Ginecol Clin Quirúrgica* 1: 100-9.
10. Ruiz-Velasco V. (2000) Conceptos actuales de la cirugía en la endometriosis. *Cir y Cir (México)*; 57: 250-6.
11. Mondragón AM, Viafara GA, Vinuesa B. (2004) Laparoscopia ginecológica en adolescentes en tres instituciones de Cali, 1998-2003. *Rev Col Obstet Ginecol*; 55: 315-20.

12. Gray LA: (2003) Endometriosis of the large bowel: role of bowel resection, superficial escisión and oophorectomy in treatment. *Ann Surg*; 177: 580-7.
13. Cid J. (2006) Dolor pélvico crónico. *Rev Soc Esp Dolor*; 1: 29-39.
14. Bannura G, Melo C, Contreras J, Barrera A, Soto D, Liendo R Palma C. (2004) Resultados de tratamiento quirúrgico en la endometriosis colorectal: análisis en 10 pacientes consecutivos. *Rev. Chilena cirugía*; 56: 117-124.
15. Saavedra J. (2002) Manejo de la endometriosis mínima y leve. *Coloma Med*; 33: 123-128.
16. López VH. (2003) Tratamiento médico-quirúrgico de la endometriosis. Simposio El rostro cambiante de la endometriosis. *Rev. Panamá* ;3:12-9
17. Howard F. (2003) Chronic Pelvic Pain. *Obstet Gynecol*; 101: 594-611
18. The practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2004) Endometriosis and Infertility. *Fertility and Sterility*; 82(1): 40-45.
19. Varma R, Rollason T, Gupta JK, Maher ER. (2004) Endometriosis and the neoplastic process. *Reproduction*; 127(3): 293-304.
20. Swiersz, LM. (2002) Role of Endometriosis in Cancer and Tumor Development. *Ann N Y Acad Sci*; 955: 281-92.
21. Bischoff F, Simpson JL. (2004) Genetics of endometriosis: heritability and candidate genes. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*; 18(2): 219-232.
22. Wenzl R, Kiesel L, Huber JC, Wieser F. (2003) Endometriosis: A genetic disease. *Drugs Today*; 39(12): 961-972.
23. Botero W. (2007). Simposio sobre endometriosis. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, pp.: 48-56.

24. Thompson JD, Rock JA. (2002) Te Linde's Operative Gynecology. Philadelphia, JB Lippincott.
25. Gargiulo T, Leo L, Gomel V. (2000) Laparoscopic uterine suspension using three-stitch technique. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*; 7(2):233-6.
26. Weinberger MW, Julian TM. (2005) Voiding dysfunction and incontinence caused by uterine retroversion. A case report. *J Reprod Med*; 40(5):387-90.
27. Von Theobald P, Barjot P, Levy G. (2007) Laparoscopic douglasectomy in the treatment of painful uterine retroversion. *Surg Endosc*; 11(6):639-42.
28. Porpora MG, Gomel V. (2007) The role of laparoscopy in the management of pelvic pain in women of reproductive age. *Fertil Steril*; 68(5):765-79.
29. Ou CS, Liu YH, Joki JA, Rowbotham R. (2002) Laparoscopic uterine suspension by round ligament plication. *J Reprod Med*; 47(3):211-6.
30. Yen CF, Wang CJ, Lin SL, Lee CL, Soong YK. (2002) Combined laparoscopic uterosacral and round ligament procedures for treatment of symptomatic uterine retroversion and mild uterine decensus. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*; 9(3):359-66.
31. Batioglu S, Zeyneloglu HB. (2000) Laparoscopic placation and suspension of the round ligament for chronic pelvic pain and dispareunia. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*; 7(4):547-51.
32. Hautefeuille J, Cosson M, Mathieu E, Querleu D, Crepin G. (2000) Laparoscopic treatment of symptomatic uterine retroversion. *Ann Chir*; 125(6):566-70.
33. Gordon SF. (2002) Laparoscopic uterine suspension. *J Reprod Med*; 37(7):615-6.
34. Rodríguez Hidalgo N. (2000) Laparoscopia en ginecología: Presencia Latinoamericana; 4(5): 75-81.

35. Wallach EE. (2001) Laparoscopy and gynecology. *Am J Obstet Gynecol*; 5(3):155-524.
36. Dubuisson JB, Chapron C Chavet X. (2002) Fertility after laparoscopic: preliminary results. *Human Reprod*; 3(2):518-22.
37. Gordts S, Campo R, Brosens T. (2000) Laparoscopy for early diagnosis of pelvic endometriosis and adhesions. *J Am Asoc Gynecol Laparosc*; 7: 45-93.
38. Belsy MA. (2000) Diagnosis and treatment of infertility. London: The Pitmon; 5(3): 11-37.
39. Darai E, Desolle L, Leucuru F, Soriano D. (2000) Laparoscopy for the evaluation of infertile women: a prospective comparative blind study. *Human Reprod*; 15: 2379-82.
40. Metha P. (2000) Laparoscopic and falope ring in the evaluation of patients whit steril: Experience with 10.100 women in rural camps. *Obstet Gynecol*; 6(3):345-50.
41. Coayla Córdova, Jenny. características de pacientes con endometriosis en los hospitales: regional Honorio Delgado y Nacional del Sur (EsSalud) Arequipa enero 1994 – diciembre 1998. tesis para optar el título de médico especialista en ginecología y obstetricia. UNSAA 1999
42. Any Minerva Sakae Miyagi Yonamine. infertilidad y endometriosis en el servicio de infertilidad y reproducción humana del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” Lima 1993 – 2003. tesis para optar el título de médico especialista en ginecología y obstetricia. UNMSM 2004
43. Janet del pilar Rivas Villantoy. diagnóstico laparoscópico de endometriosis en pacientes con infertilidad en el hospital EsSalud Edgardo Rebagliati Martíns 2003 – 2005. tesis para optar el título de médico especialista en ginecología y obstetricia. UNMSM 2006
44. Luis Jesús Morales Galván. “Hallazgos ecográficos y fertilidad post cirugía laparoscópica en pacientes con endometriosis –

Hospital Nacional Arzobispo Loayza – 2004 – 2006. tesis para optar el título de médico especialista en ginecología y obstetricia. UNMSM 2007

45. Koninckx Pr, Meuleman C, Demeyere S, et al. suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril* 1991; 55:759–765.
46. Arumugam K, Lim JMH. Menstrual characteristics associated with endometriosis. *BR J Obstet Gynecol* 1997;104: 948–950

CAPÍTULO VII

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

HISTORIA CLINICA:

EDAD:

FECHA DE LAPAROSCOPIA:

SÍNTOMAS PRINCIPALES:

INFERTILIDAD:	SI ()	NO ()
DOLOR PÉLVICO CRÓNICO:	SI ()	NO ()
DISMENORREA	SI ()	NO ()
DISPAREUNIA	SI ()	NO ()
OTRO ()		

HALLAZGOS ECOGRAFICOS:

ANTECEDENTES GENERALES:

ANTECEDENTES GINECO – OBSTÉTRICOS:

G: ____ P: _____

EXAMEN ABDOMINAL:

EXAMEN GENITAL:

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:

OPERACIÓN:

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO:

HALLAZGOS OPERATORIOS:

ÚTERO:

TROMPA DERECHA:

TROMPA IZQUIERDA:
