

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



INFORME FINAL DE LA TESIS DE GRADUACIÓN

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y LAPAROSCÓPICA DE PACIENTES EN EDAD REPRODUCTIVA Y SOSPECHA DE ENDOMETRIOSIS. HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER “DRA MARIA ISABEL RODRIGUEZ” PERIODO 2019-2021.

PRESETADO POR: GABRIELA DESIREE REYES BARILLAS

PARA OPTAR AL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ASESOR DE TESIS:  
DR. CARLOS ENRIQUE DENYS VANEGAS

SAN SALVADOR, NOVIEMBRE 2022.

## CONTENIDO

RESÚMEN .....	3
INTRODUCCIÓN .....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	5
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA .....	6
ANTECEDENTES .....	7
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	9
DISEÑO Y MÉTODOS .....	10
LIMITANTES.....	13
RESULTADOS.....	14
DISCUSIÓN .....	31
CONCLUSIONES .....	36
BIBLIOGRAFIA .....	37
ANEXOS .....	41
INSTRUMENTO.....	41

## RESÚMEN

La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica caracterizada por tejido similar al endometrio fuera del útero y se asocia con dolor pélvico e infertilidad. El tejido endometrial ectópico generalmente se encuentra en la pelvis, pero puede aparecer en cualquier parte del cuerpo<sup>1</sup>. Es una condición relativamente común y potencialmente debilitante que afecta a las mujeres en edad reproductiva. La prevalencia es difícil de determinar, en primer lugar, debido a la variabilidad en la presentación clínica y, en segundo lugar, porque la única prueba de diagnóstico confiable es la laparoscopia, cuando los depósitos endometriósicos pueden visualizarse y confirmarse histológicamente<sup>1</sup>.

Este estudio es de tipo descriptivo retrospectivo de pacientes atendidas en la consulta externa de Medicina Reproductiva del Hospital Nacional de la Mujer de 2019 al 2021, con el objetivo de investigar el perfil epidemiológico y clínico de pacientes con endometriosis, de igual forma correlacionar con los hallazgos laparoscópicos en estas pacientes.

Los objetivos de este estudio fueron conocer el perfil clínico y epidemiológico de pacientes con endometriosis, con respecto a los hallazgos laparoscópicos, así como su compromiso en la fertilidad de las pacientes atendidas

El método que se utilizó para obtener los datos, fue a través de la revisión de expedientes de pacientes que se encuentran en control en la Unidad de Medicina Reproductiva del Hospital Nacional de la Mujer durante el periodo de un año, los cuales fueron pasados a un instrumento de recolección para su análisis.

Los principales resultados que se obtuvieron fueron que la mayoría de las pacientes incluidas en el estudio su principal síntoma fue el dolor pélvico, dejando en segundo lugar como motivo de consulta, el deseo de fertilidad.

## INTRODUCCIÒN

La endometriosis es una enfermedad prevalente en la edad fértil de la mujer, con un motivo de consulta que puede abarcar diversidad de manifestaciones clínicas. Sin embargo, es un desafío para el ginecólogo un diagnóstico asertivo<sup>2</sup>. Existen diversas teorías que explican la etiología, pero ninguna de ellas está comprobada por completo.

Los factores de riesgo que se relacionan con su prevalencia, serán aquellos que aumenten el estímulo hormonal, como menarquia temprana, nuliparidad, alcoholismo, obesidad y hasta cierto grado de herencia genética<sup>12</sup>.

En el país afecta a muchas mujeres, sin embargo, por lo que ya se había explicado su diagnóstico está sujeto al abordaje quirúrgico. Y este trabajo de investigación describe la caracterización de las mujeres con endometriosis, en las pacientes que consultan en Hospital Nacional de la Mujer, en consulta externa de medicina reproductiva.

Se estudió y planteó la relación entre los síntomas clásicos y los hallazgos encontrados por video laparoscopia. Para confirmar casos de infertilidad y dolor pélvico crónico, con la endometriosis. Se realizó un estudio descriptivo, recopilando datos mediante un instrumento y luego se trasladó la información en tablas de frecuencia en Excel, con su respectivo análisis y discusión de los hallazgos. Para finalmente concluir que, si existe una relación causal entre la presencia de endometriosis con los síntomas estudiados, así como el comportamiento de la endometriosis en las mujeres en edad fértil del país.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La endometriosis se encuentra entre las principales patologías de la mujer en edad fértil a nivel mundial, con una relación de 8 de cada 10 mujeres tienen endometriosis, con un tercio de estas presentan dolor pélvico o historia de infertilidad. Su frecuencia en el país, según estudios multicéntricos es entre el 3% y 10% en mujeres en edad reproductiva y del 25% al 35% en mujeres con antecedentes de infertilidad. La prevalencia en adolescentes con dolor pélvico o dismenorrea severa es del 50% (datos del MINSAL 2012).

En el Hospital de la mujer constituye una de las primeras causas de consulta en la especialidad de medicina reproductiva, 5 de cada 10 mujeres en edad fértil que consultan en dicha institución tienen como diagnóstico endometriosis.

Es por eso que es importante, la evaluación y dirigir tratamiento dependiendo del deseo de fertilidad o la severidad de la enfermedad. Durante los años anteriores se ha brindado atención médica aproximadamente 150 pacientes con el diagnóstico de endometriosis, de este alrededor de 75 pacientes, fueron sometidas a intervención quirúrgica de laparoscopia.

Siendo el Hospital Nacional de la mujer, la única entidad pública que cuenta con unidad de medicina reproductiva, es importante para este estudio, conocer el perfil epidemiológico y clínico que presentan estas pacientes, así como los hallazgos laparoscópicos, para caracterizar a la población del país en esta patología. Es por esto que se planteó la siguiente interrogante: ¿cuál es la caracterización clínica y laparoscópica de las pacientes con sospecha de endometriosis que consultan en Hospital Nacional de la Mujer de 2019 a 2021?

## JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La endometriosis, conduce a múltiples complicaciones en la mujer, como dolor pélvico, infertilidad, entre otras.

Se relaciona clínicamente con mujeres en edad reproductiva que cursan con dolor pélvico crónico, y otras de ellas con historia de infertilidad. Sin embargo, estas entidades clínicas solo hacen sospechar dicha patología. Se debe realizar un abordaje integral para tratar a la mujer.

Es por eso, que es de mucha importancia y utilidad para la salud reproductiva de la mujer. Se debe referir a atención especializada si se detenta una mujer con alta sospecha de padecer endometriosis.

Es importante mencionar del mismo modo que la severidad del cuadro no se relaciona con los síntomas que presenta, ya que esta puede ser con hallazgos leves y presentar dismenorrea severa, o con hallazgos que la clasifiquen como grave y su presentación clínica sea leve.

Conocer la evolución natural de la enfermedad es clave para decidir el manejo que se le ofrecería a la usuaria de servicios de salud. Este estudio brinda información importante para conocer la sintomatología clásica que presentan las mujeres salvadoreñas ante un cuadro clínico de endometriosis. Para conocer por propios registros del Hospital Nacional de la Mujer, la conducta poblacional. Este estudio brinda la caracterización clínica de la mujer salvadoreña, en especial las que acuden al Hospital Nacional de la Mujer, para obtener un perfil poblacional del comportamiento patológico.

Finalmente, su aplicabilidad en la práctica médica es relevante para las parejas que desean tener hijos y para mejorar el estilo de vida de la mujer.

## ANTECEDENTES

La primera descripción de esta enfermedad fue dada por Russell en 1888, quien publicó un caso de “endometriode” del ovario con invasión extraovarica. Martin en 1891 explicó la presencia de un adenoma del ligamento redondo sobre la base de una inclusión de restos de conductos Wolffianos. Pick en 1896, publicó un caso en el que encontró tejido endometrial normal, desarrollado en el ovario. En el mismo año Von Recklinghausen emitió una teoría “wolfiana” para explicar el desarrollo de tejido de endometrio en la pared uterina. A principios del siglo XX Ivanoff propuso la teoría de la metaplasia para explicar la endometriosis extrauterina por transformación del epitelio peritoneal <sup>7</sup>. Esta teoría fue defendida posteriormente por Robert Meyer. Waldeyer pensó en 1870 que la endometriosis ovárica tenía su origen en la invasión del estroma ovárico por su epitelio superficial y Whitridge Williams apoyó esta teoría al comprobar la existencia de epitelio cilíndrico en la superficie del ovario de adultos. En su trabajo original Russell atribuyó la presencia de tejido endometrial en el ovario a inclusiones de restos müllerianos y esta teoría encontró decidido apoyo en los trabajos de Janney en 1922, y de Blair en 1923. En 1921 Sampson emitió su teoría de la implantación y en 1925 este mismo autor demostró la posibilidad de la invasión por embolia y contigüidad <sup>9</sup>.

Es difícil determinar la prevalencia de la endometriosis pues muchas pacientes no son sometidas a estudio laparoscópico ante la sospecha clínica de endometriosis y nos vemos forzados a extrapolar los datos demográficos de varios subgrupos de mujeres sometidas a laparoscopia o laparotomía.

Cerca de 1.7 a 5.6 millones de mujeres norteamericanas tienen endometriosis y aproximadamente 400,000 histerectomías son realizadas anualmente por esta enfermedad. La prevalencia del diagnóstico varía de acuerdo al modo en el cual se realizó el diagnóstico teniendo los siguientes datos <sup>6</sup>.

- La prevalencia de mujeres con endometriosis como hallazgo durante la esterilización quirúrgica tiene un rango entre 2% al 18%.
- La prevalencia en mujeres con infertilidad reportan rangos de entre 5% al 50%.

- La prevalencia en mujeres que ingresan al hospital por causa de dolor pélvico es del 5% al 21%.
- La prevalencia en adolescentes con dismenorrea severa es de aproximadamente 50%.

En América Central, la prevalencia de la enfermedad en esta población ha sido controversial, la mayoría corresponde a subdiagnósticos, aún así hay un aumento de su prevalencia de 6 a 10 % en los últimos años. Se desconoce su frecuencia exacta ya que se requiere cirugía para su diagnóstico, pero se estima que está presente en 3 a 10% de todas las mujeres en edad reproductiva y en 25 a 35% de las mujeres infértiles <sup>8</sup>.

La edad media al diagnóstico es de 25 a 29 años, pero con frecuencia es mayor en mujeres que presentan infertilidad en lugar de dolor pélvico. La endometriosis en las adolescentes también se produce, la edad media de presentación es de 16 años.

Alrededor del 50% de las mujeres menores de 20 años de edad que tienen dolor pélvico crónico o dispareunia tienen la enfermedad.

En El Salvador, su frecuencia según estudios multicéntricos es entre el 3% y 10% en mujeres en edad reproductiva y del 25% al 35% en mujeres con antecedentes de infertilidad. La prevalencia en adolescentes con dolor pélvico o dismenorrea severa es del 50% <sup>9</sup>.

Finalmente, en el Hospital Nacional de la mujer por ser el único centro con atención en Medicina Reproductiva y ser el centro de referencia del país, se estima que de 2019 al 2021, se atendió a 400 pacientes con diagnóstico de endometriosis, considerándose una de las primeras causas de consulta en esta especialidad.



## OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### OBJETIVO GENERAL:

Describir la caracterización clínica y laparoscópica de pacientes en edad reproductiva con sospecha de endometriosis que consultan en Hospital Nacional de la Mujer en el periodo 2019 – 2021.

### Objetivos específicos:

1. Establecer las características epidemiológicas de las mujeres en edad fértil sospecha de endometriosis.
2. Identificar las características clínicas de la paciente con sospecha de endometriosis.
3. Exponer los hallazgos laparoscópicos de los casos de estudio con sospecha de endometriosis.
4. Correlacionar la presentación clínica con los hallazgos laparoscópicos de endometriosis.

## DISEÑO Y MÉTODOS

### TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo de tipo transversal

### UBICACIÓN

Servicio de Consulta externa, consulta de medicina reproductiva de Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez", San Salvador, El Salvador.

### PERIODO

2019 a 2021

### UNIVERSO

Pacientes con diagnóstico de endometriosis en el periodo de 2019 a 2021: 400 expedientes clínicos

### MUESTRA

Para el cálculo de tamaño de muestra cuando el universo es finito, es decir contable y la variable de tipo categórica, primero debe conocer "N" ó sea el número total de casos esperados ó que ha habido en años anteriores.

Si la población es finita, es decir conocemos el total de la población y deseásemos saber cuántos del total se tiene que estudiar la fórmula fue:

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2}$$

Donde: Z = nivel de confianza, P = probabilidad de éxito, o proporción esperada  
Q = probabilidad de fracaso; D = precisión (error máximo admisible en términos de proporción).

Muestra para poblaciones finitas utilizando un nivel de confianza del 95% y margen

de error del 5%

Total, de muestra: 197 expedientes clínicos, registrados en el departamento de archivo del Hospital Nacional de la Mujer.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

1. Mujeres en edad reproductiva
2. Conocidas por especialidad de medicina reproductiva
3. Con síntomas clínicos que sospechen endometriosis
4. Que se le haya realizado laparoscopia

Criterios de exclusión

1. Pacientes no tratadas por medicina reproductiva
2. Con otro diagnóstico que justifique los síntomas
3. Que no se le ha realizado laparoscopia
4. Síntoma principal no sea dolor o estudio de infertilidad
5. Expediente incompleto

Instrumento de recolección de datos. Cuestionario (ver anexos)

Ya aprobado el tema de investigación y el instrumento de recolección de datos que contiene los parámetros para medir las indicadores a investigar con el fin de dar respuesta a los objetivos de este estudio, y previa a autorización de protocolo por comité de ética, se solicitó en la unidad de archivo del Hospital Nacional de La Mujer, el acceso para la revisión de expedientes clínicos de pacientes que estuvieron egreso con el diagnóstico de endometriosis y sometidas a procedimiento quirúrgico en el periodo de investigación y se pasara el instrumento de recolección de datos, luego se tabularon los datos en una base de datos de Excel para el procesamiento y posterior análisis.

## TABULACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Base de datos en Excel de los resultados recopilados en la revisión de expedientes clínicos a través de un cuestionario. La base de datos obtenida fue analizada posteriormente según los criterios de un estudio descriptivo comparando la relación que existe entre el uso de los signos clínicos y hallazgos laparoscópicos con endometriosis

## MECANISMO DE RESGUARDO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Para esta investigación el único que tiene acceso a la información obtenida mediante la revisión de expedientes clínicos será el investigador siguiendo principios éticos, resguardo de identidad de pacientes y base de datos con número correlativo obtenido durante el desarrollo de la misma. Este protocolo además fue sometido a la revisión y aprobación del comité de ética del Hospital Nacional de la Mujer. Cada expediente será evaluado por el investigador, con completa confidencialidad de los datos.

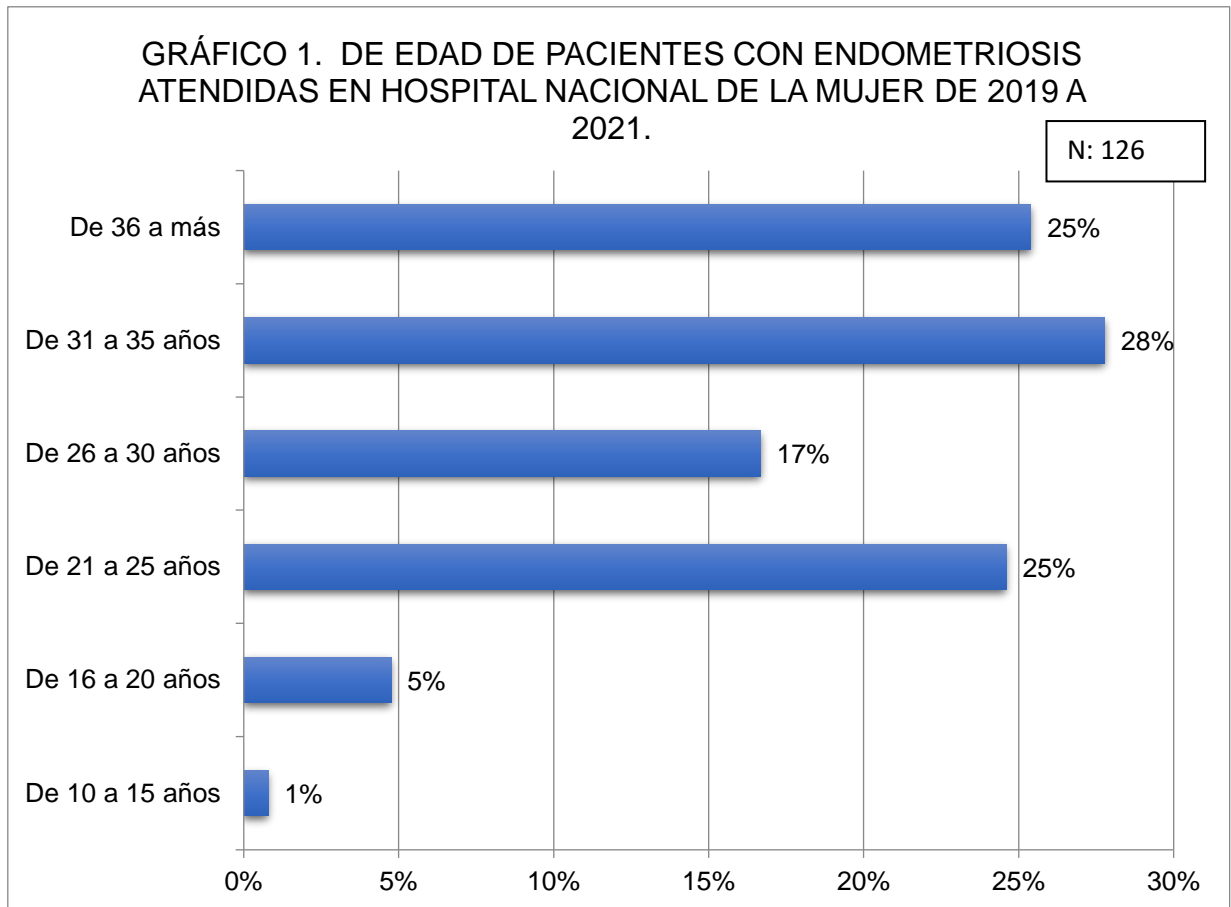
## LIMITANTES

- El total de la muestra fue calculada en base al número de consultas con patología de endometriosis en el período de 2019 al 2021, sin embargo, no se utilizó filtros que limitaran el número de la muestra aquellos que cumplían como requisito esencial haber sido sometidas a videolaparoscopia.
- Variables que no se pudieron medir por la falta de información escrita en los expedientes clínicos
- Los reportes quirúrgicos incompletos, limitaban la caracterización y categorización de los estadios en los hallazgos quirúrgicos.
- La no utilización de la hoja de clasificación de endometriosis como parte del reporte quirúrgico.

## RESULTADOS

### OBJETIVO 1.

Establecer las características epidemiológicas de las mujeres en edad fértil sospecha de endometriosis.



Fuente: ESDOMED 2019-2021. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 1: Las pacientes en estudio que consultaron en la unidad de medicina reproductiva, el 92% pertenecía a las edades de 21 a 40 años y un mínimo porcentaje de 8 % debajo de 20 años de edad.

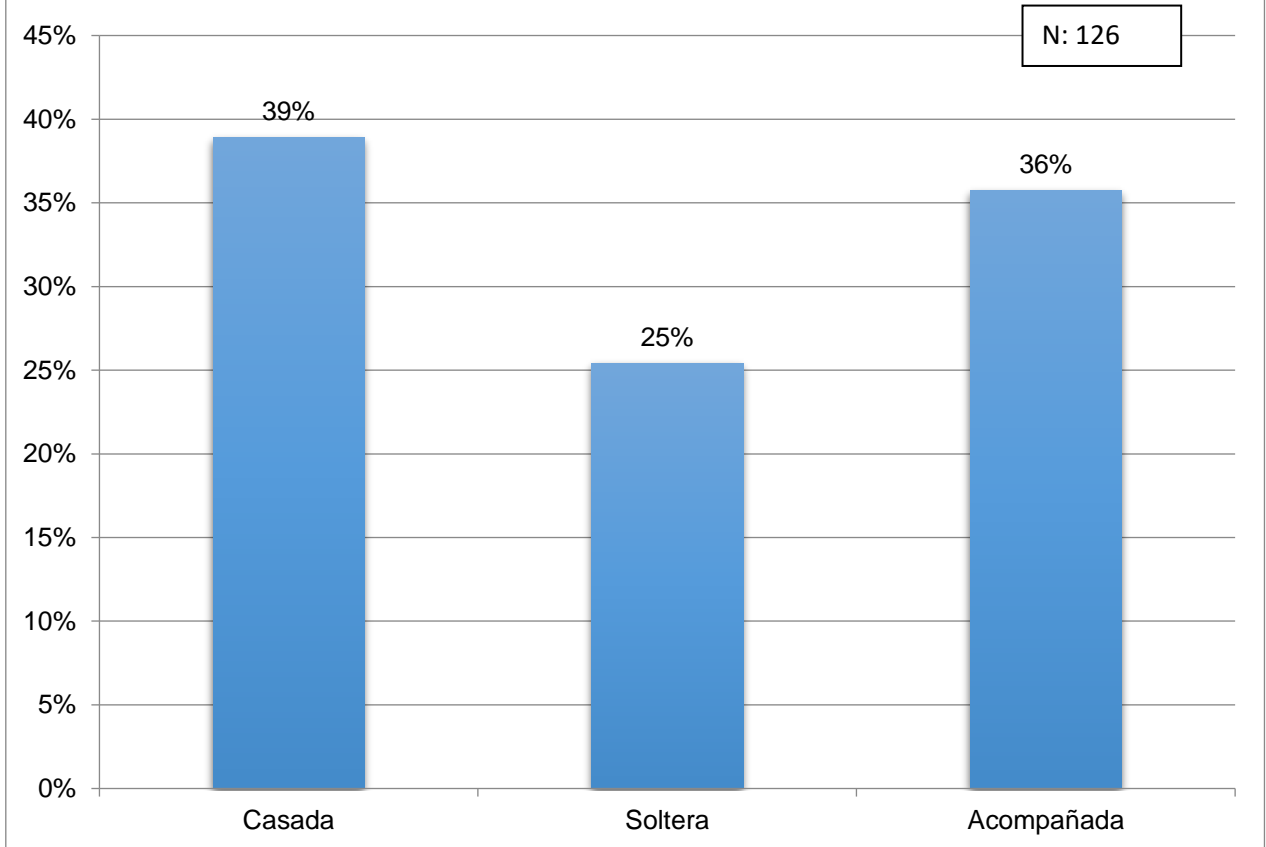
TABLA 1. PARIDAD DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL INCLUIDAS EN EL ESTUDIO DE LA CARACTERIZACIÓN DE ENDOMETRIOSIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER ENTRE 2019 A 2021.

<b>PARIEDAD</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
N: 126		
<b>Nulípara</b>	92	73%
<b>Con hijos</b>	34	27%
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

Fuente: ESDOMED 2019-2021. Hospital Nacional de la Mujer

TABLA 1 : El mayor porcentaje de pacientes que fueron parte del trabajo de investigación, no tienen hijos, llegando a un porcentaje mayor de 73%, en contraste un 27 % si tenían historia de partos previos.

GRÁFICO 2: ESTADO CIVIL DE PACIENTES EN EDAD FERTIL ESTUDIADAS CON DIAGNOSTICO DE ENDOMETRIOSIS ATENDIDAS EN HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER DE 2019 A 2021.

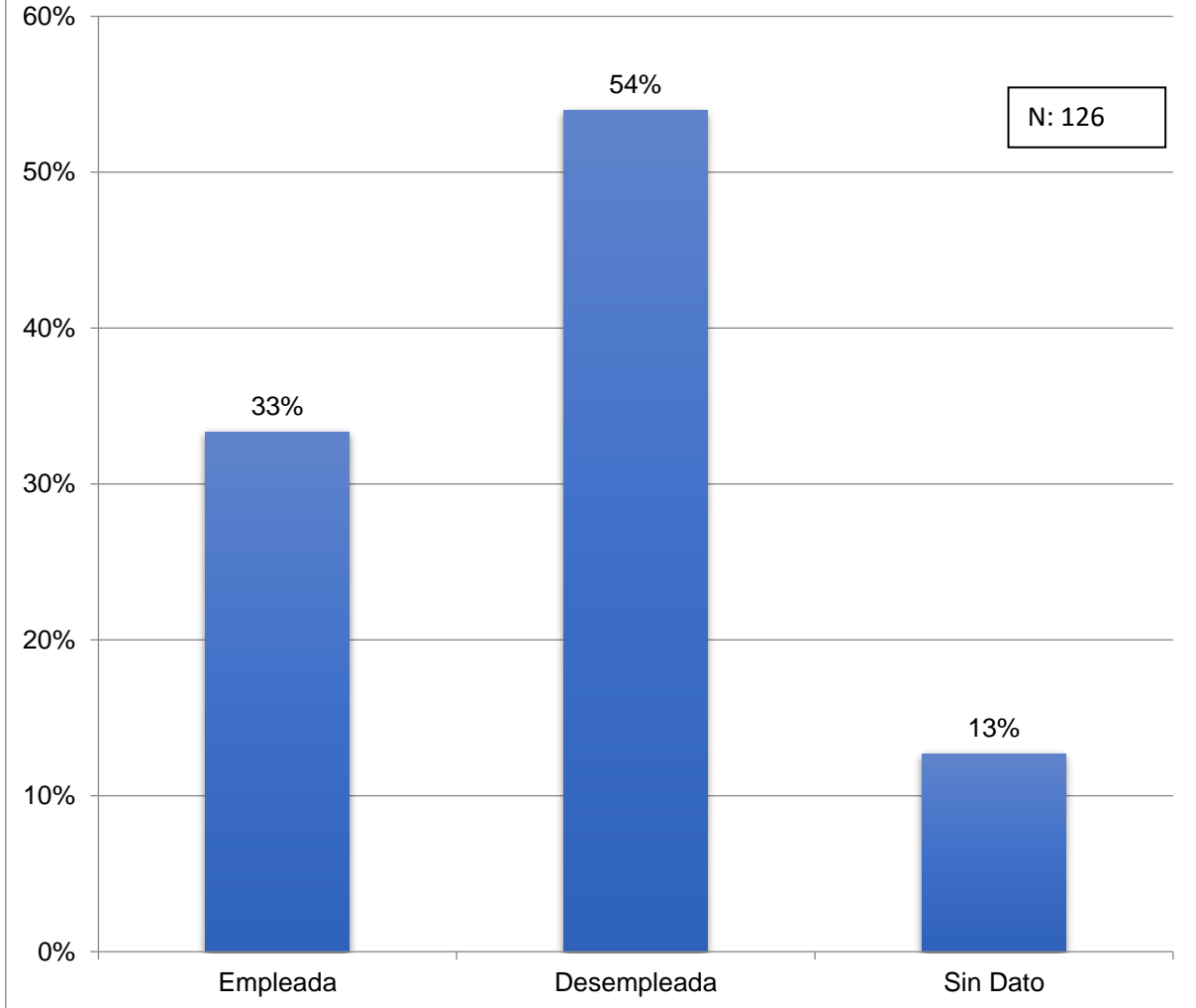


Fuente: ESDOMED 2019-2021. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 2: Las pacientes estudiadas proporcionaron datos registrados en el expediente donde reflejaba vida marital, con un conteo total de 75% entre estado civil de casadas y acompañadas, y un 25% sin vida marital registrada.



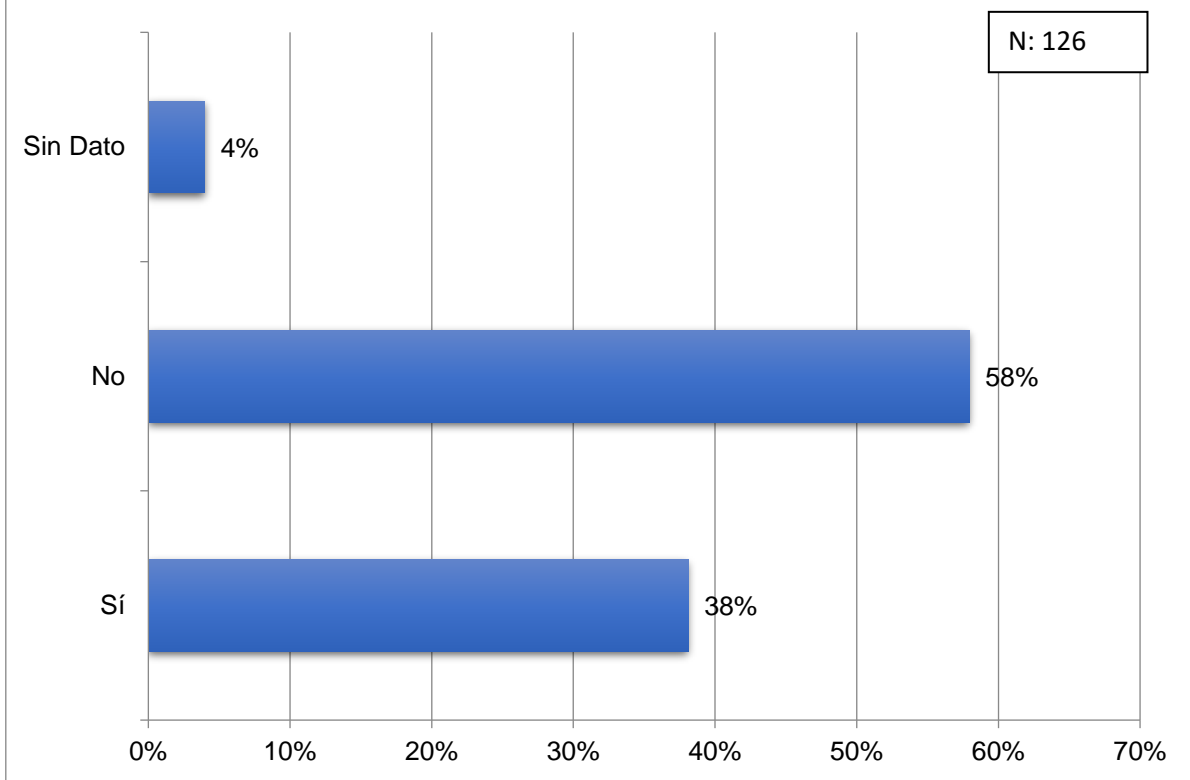
GRÁFICO 3: OCUPACIÓN DE PACIENTES EN EDAD FÉRTIL CON SOSPECHA DE ENCOMETRIOSIS ATENDIDAS HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER EN EL PERIODO DE 2019 A 2021.



Fuente: ESDOMED 2019-2021. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 3: La mayoría de las pacientes incluidas en el estudio, se encuentran sin empleo, con un total de 54%, en contraste un 33% presentaban empleo formal.

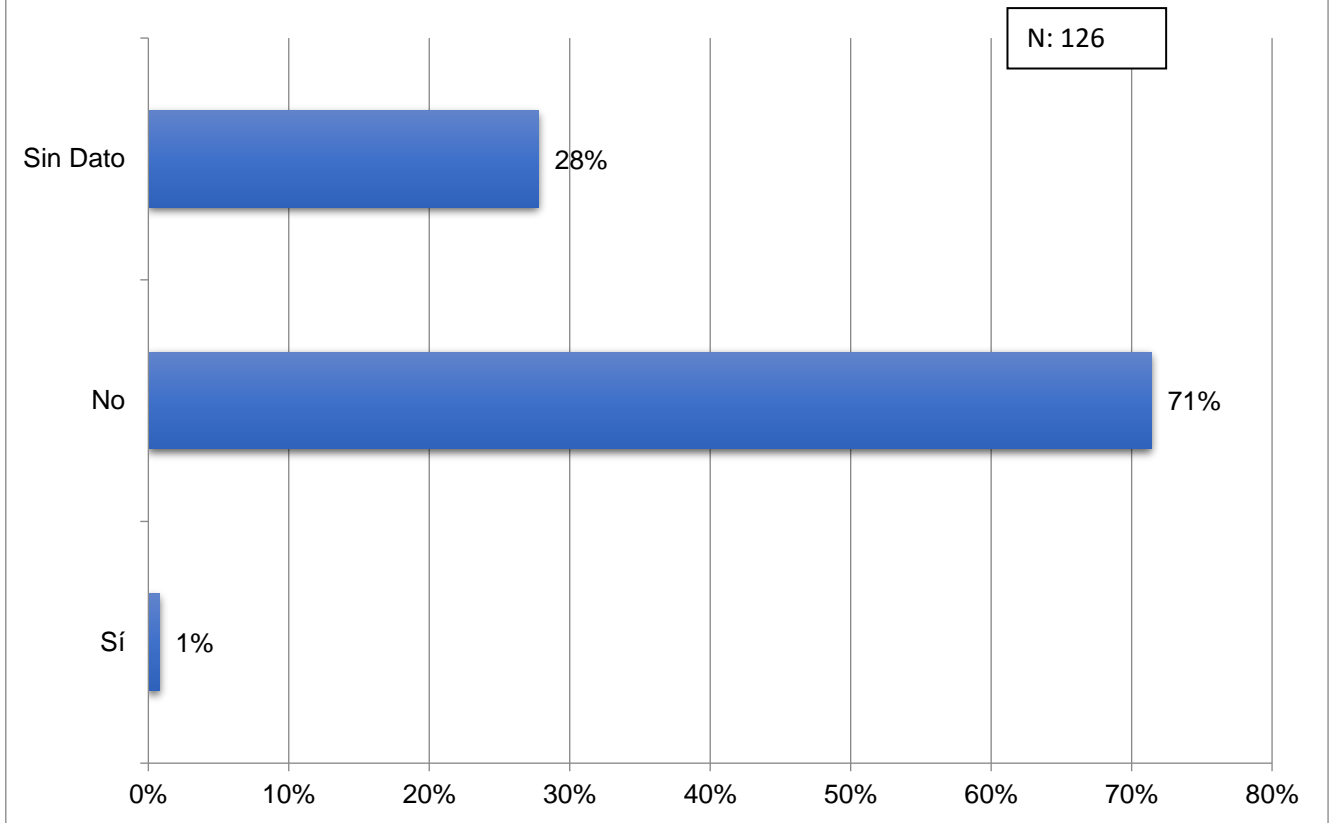
GRÁFICO 4: USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE PACIENTES EN EDAD FERTIL CON DIAGNOSTICO DE ENDOEMTRIOSIS QUE CONSULTAN EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER EN PERIODO DE 2019 A 2021.



Fuente: ESDOMED 2019-2021. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 4: Las pacientes estudiadas, un 58% del total no cuentan con un método hormonal, y un 38% si contaban con estos.

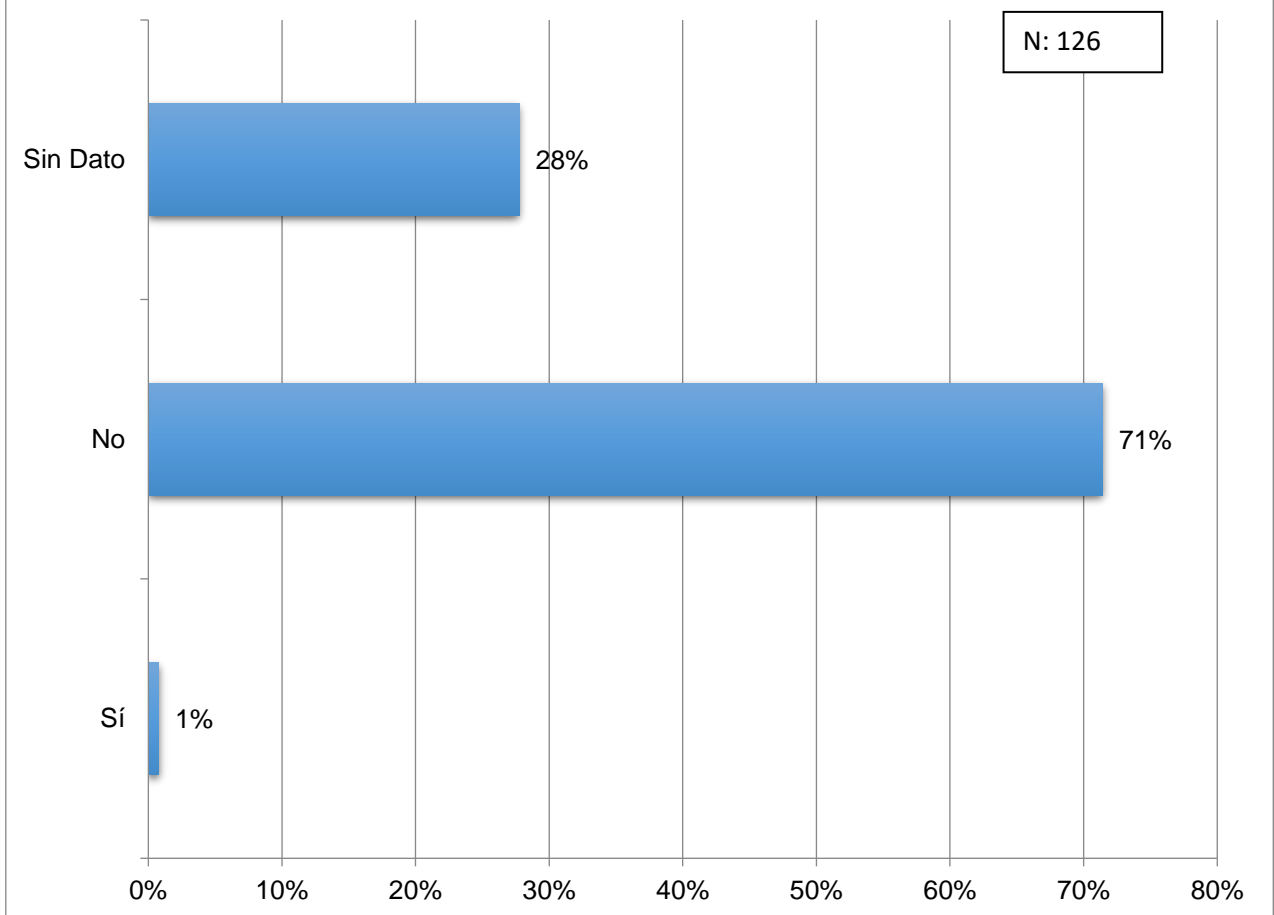
GRÁFICO 5: HISTORIA DE ALCOHOLISMO EN PACIENTES EN EDAD FERTIL CON DIAGNOSTICO DE ENDOMETRIOSIS QUE CONSULTAN EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER DE 2019 A 2021.



Fuente: ESDOMED 2019-2021. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 5: El perfil epidemiológico de las pacientes incluye hábitos como alcoholismo, y al realizar el estudio se encontró que la mayoría no describen este hábito como parte de su diario vivir, llegando a un valor de 71% sin alcoholismo.

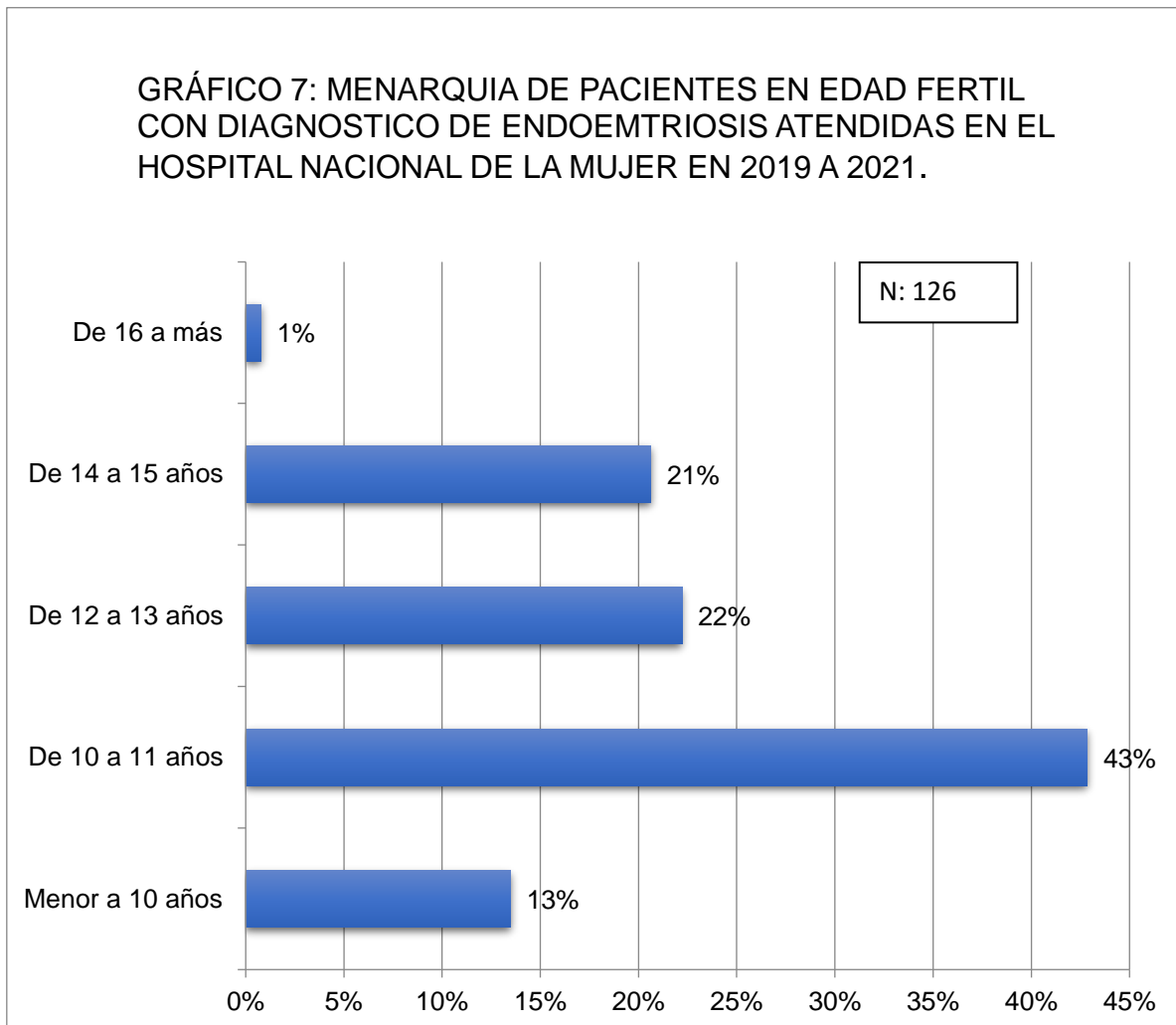
GRÁFICO 6 : HISTORIA DE TABAQUISMO EN PACIENTES EN EDAD FERTIL CON DIAGNOSTICO DE ENDOMETRIOSIS QUE CONSULTAN EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER DE 2019 A 2021



Fuente: ESDOMED 2019-2021. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 6: El perfil epidemiológico de las pacientes incluye hábitos como tabaquismo, y al realizar el estudio se encontró que la mayoría no describen este hábito como parte de su diario vivir, llegando a un valor de 71% sin tabaquismo.

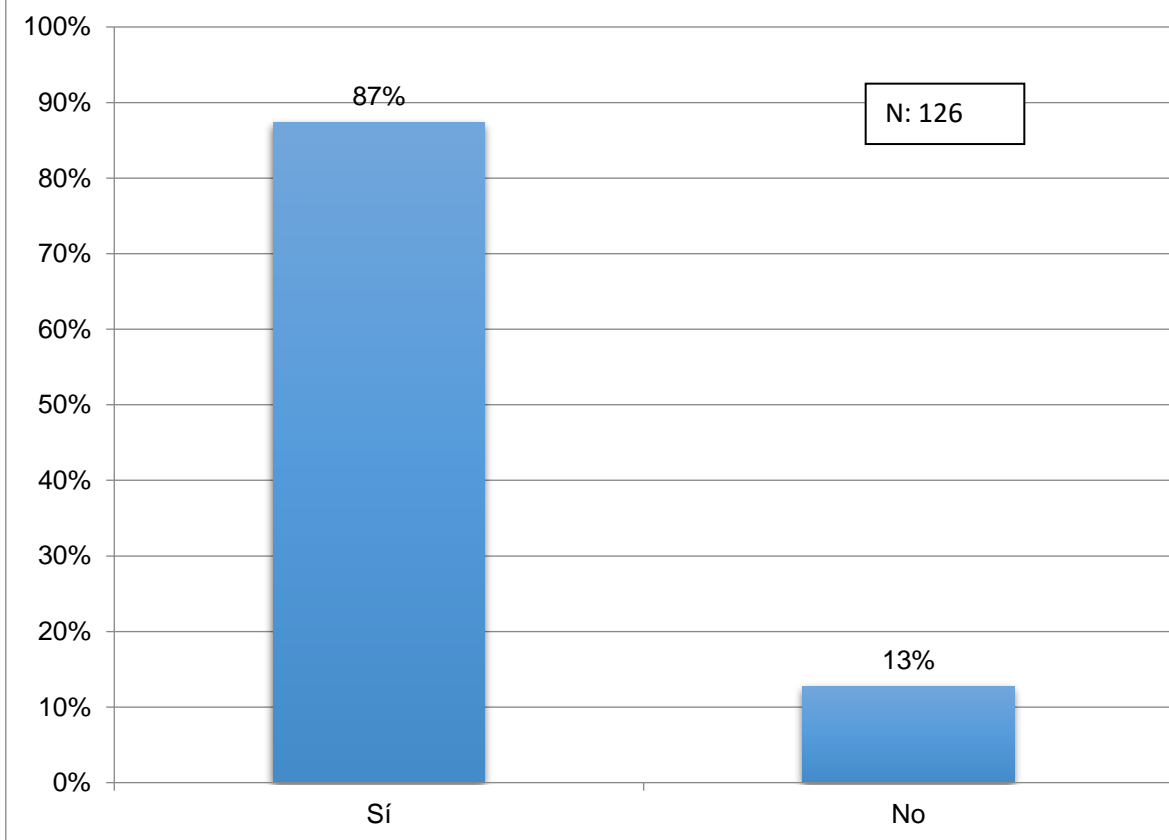
OBEJETIVO 2: Identificar las características clínicas de la paciente con sospecha de endometriosis.



Fuente: ESDOMED 2019-2021. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 7: La edad de la menarquia en las pacientes estudiadas con diagnóstico de endometriosis un 43% pertenece al grupo de 10 a 11 años y de igual forma otro 43% a las edades de 12 a 15 años.

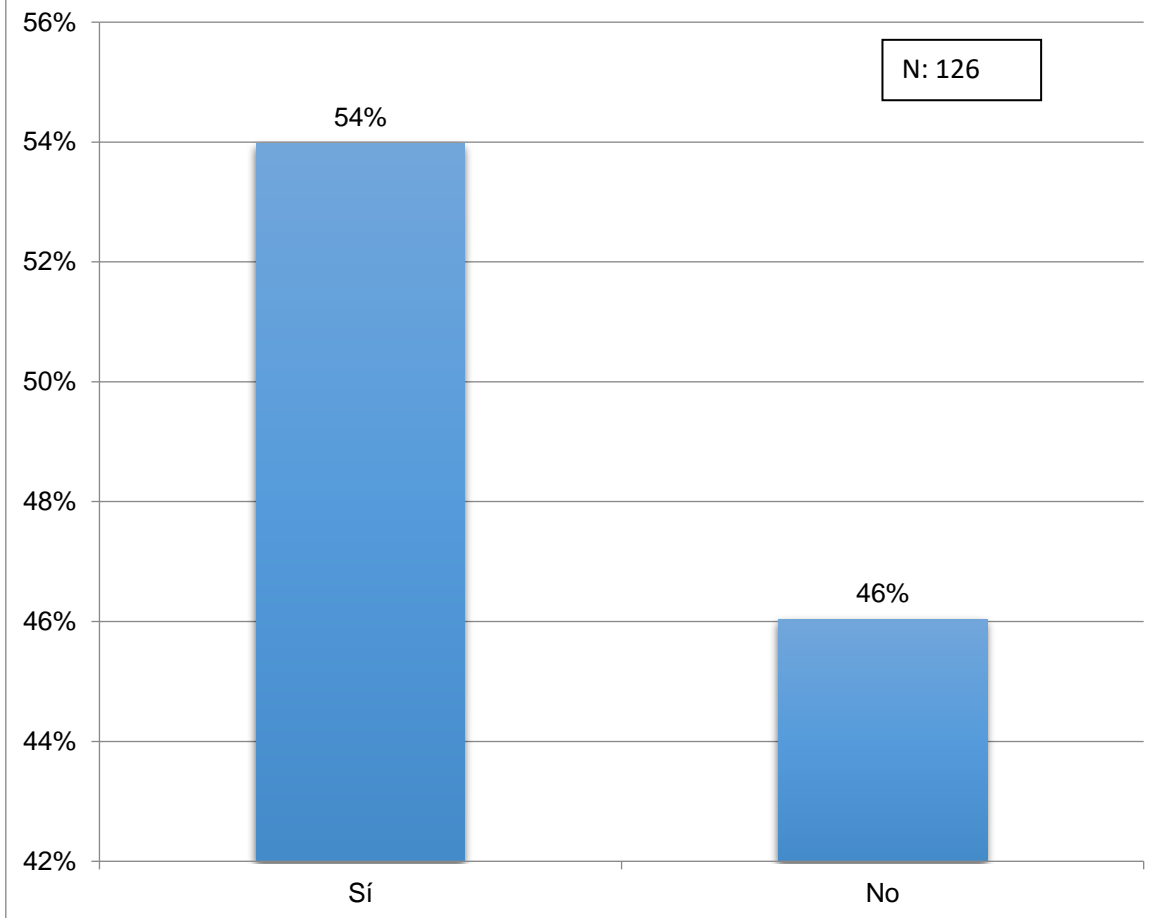
GRÁFICO 8: DOLOR PÉLVICO COMO SINTOMA PRINCIPAL EN LAS PACIENTES DE EDAD FÉRTIL CON DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER EN EL PERÍODO DE 2019 A 2021.



Fuente: ESDOMED 2019-2021. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 8: El dolor pélvico estudiado se encontró en un 87% de las mujeres estudiadas como síntoma principal de consulta, en contraste con un 13% que negaron este síntoma.

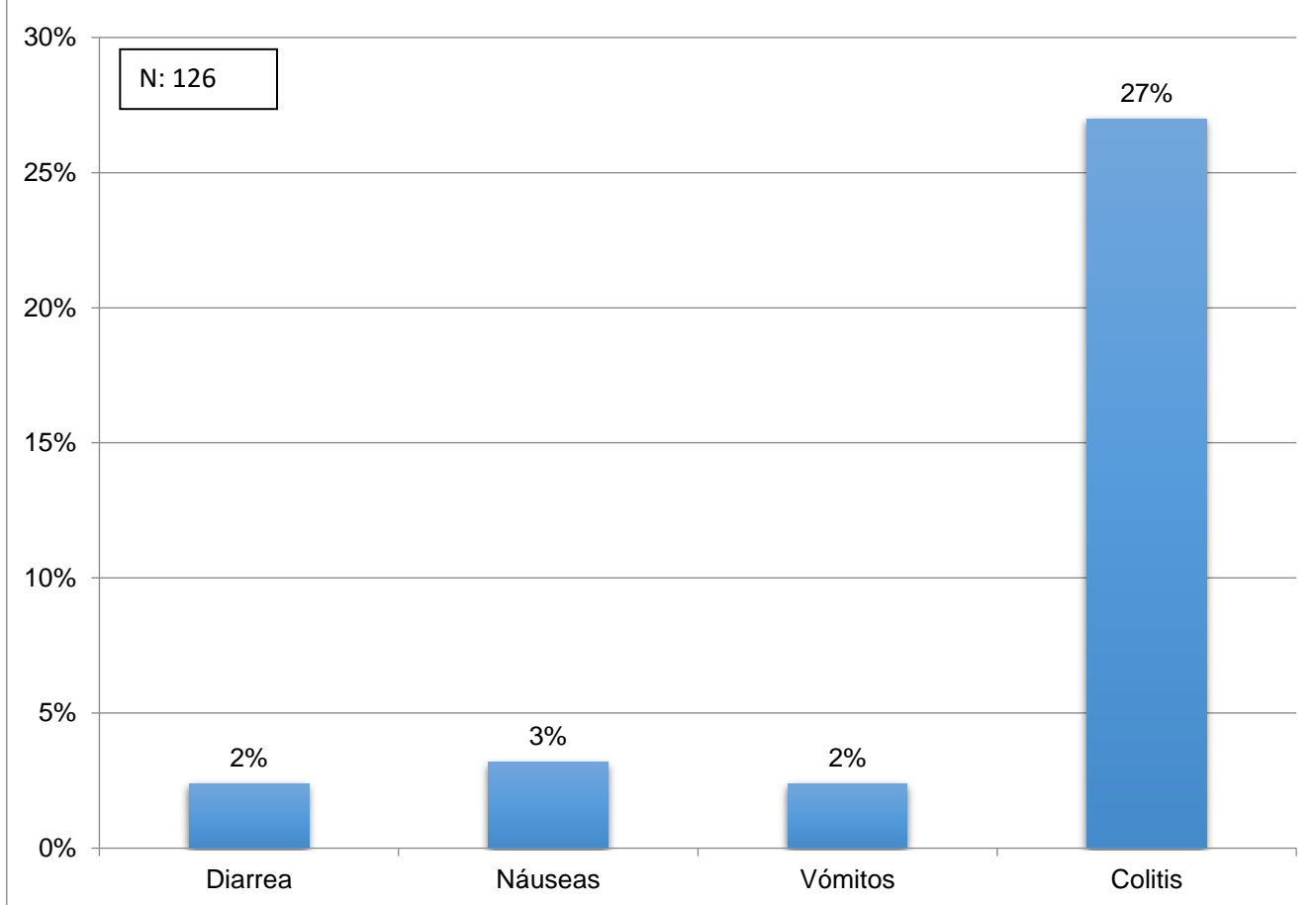
GRÁFICO 9: INFERTILIDAD DIAGNOSTICADA EN PACIENTES EN EDAD FÉRTIL CON DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSIS QUE SON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE LA MUJER EN EL PERÍODO DE 2019 A 2021.



Fuente: ESDOMED 2019-2021. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 9: Estudio de infertilidad en pacientes con diagnóstico de endometriosis. De todas las pacientes incluidas en la investigación, un 54% presentan infertilidad, y un 46% no.

GRÁFICO 10: SINTOMAS ASOCIADOS A LAS PACIENTES EN EDAD REPRODUCTIVA CON DIAGNOSTICO DE ENDOMETRIOSIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER EN EL PERIDO DE 20219 A 2020.

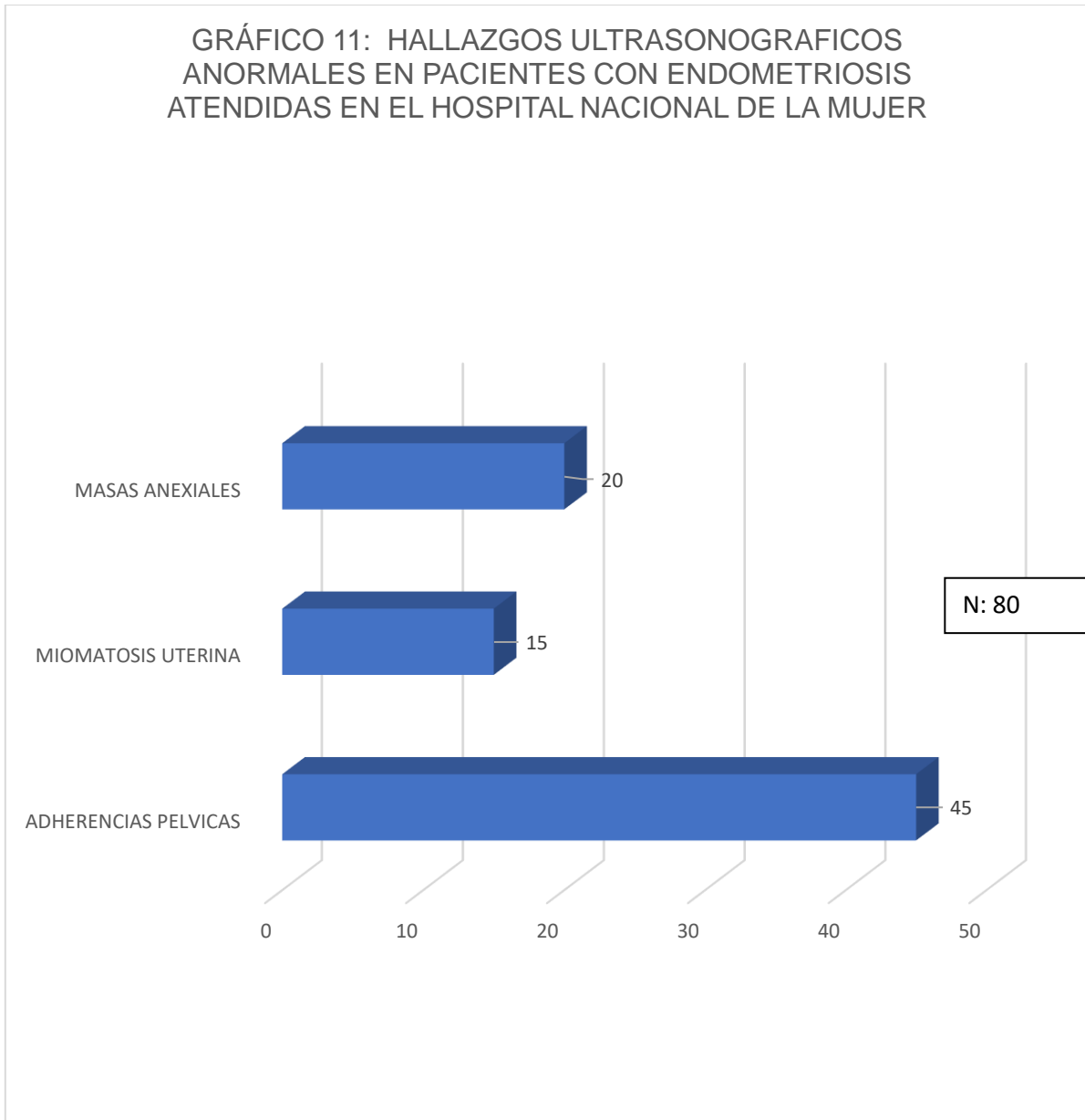


Fuente: ESDOMED 2019-2021. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 10: Las pacientes con diagnóstico de endometriosis, presentan síntomas sistémicos asociados a esta patología, el mayor de estos fue la colitis con un porcentaje del 27%, en contraste con 7% de otros síntomas como diarrea, náuseas y vómitos.



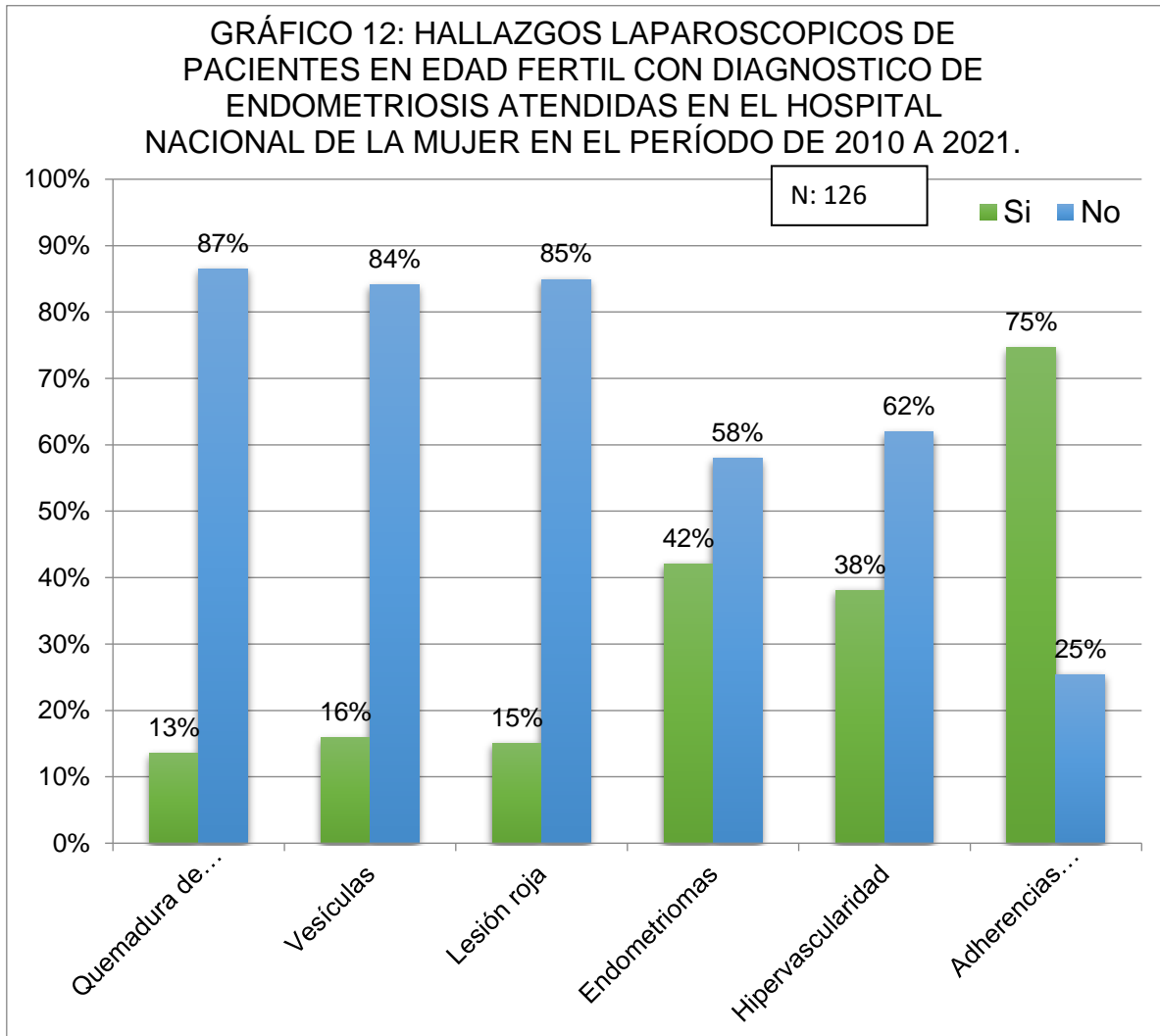
GRÁFICO 11: HALLAZGOS ULTRASONOGRAFICOS ANORMALES EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER



Fuente: ESDOMED 2019-2021. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 11: Dentro del estudio de la paciente con diagnóstico de endometriosis se encuentran el estudio de imagen pélvica, donde de las mujeres estudiadas se encontró ultrasonido pélvico con anomalías, entre estas, adherencias pélvicas, miomas entre otros.

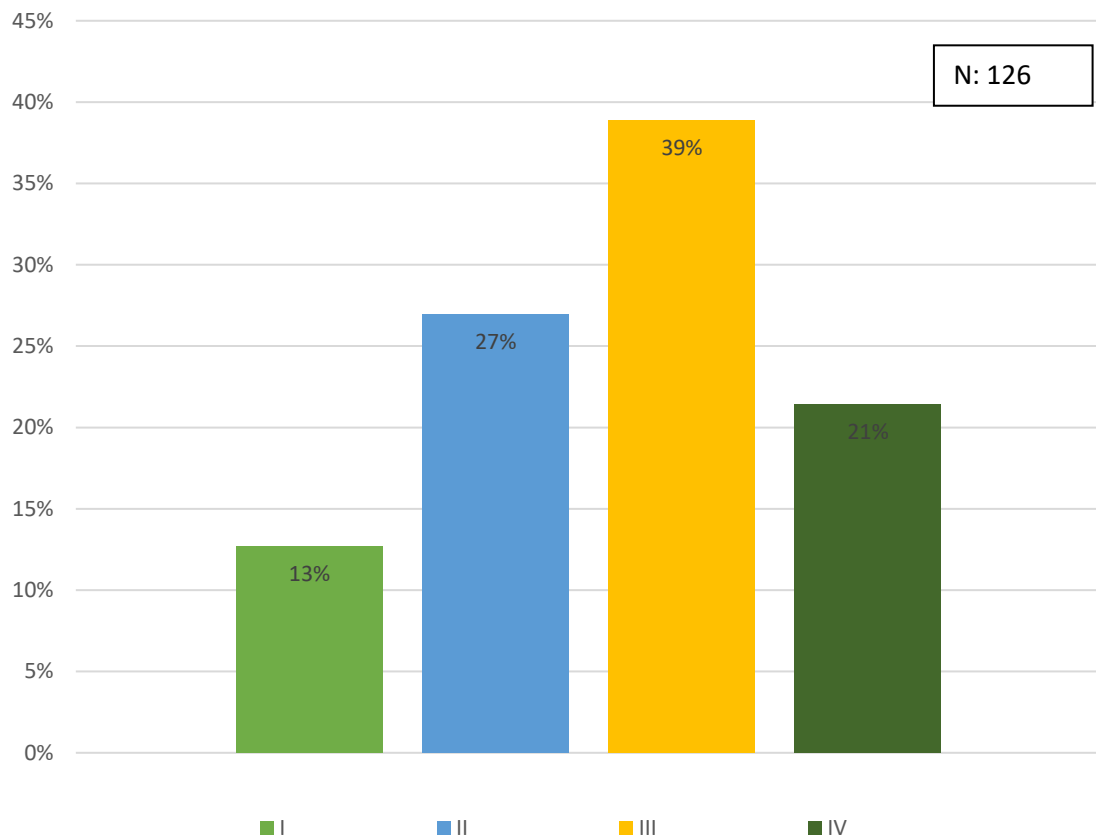
OBJETIVO 3: Exponer los hallazgos laparoscópicos de los casos de estudio con sospecha de endometriosis.



Fuente: ESDOMED 2019-2021. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 12: Los hallazgos laparoscópicos más frecuentes fueron hipervascularidad y endometriomas ováricos, claro, tomando en cuenta que no son excluyentes uno del otro. La menos frecuencia los otros hallazgos como vesículas, hipervascularidad comprendidas en endometriosis superficial.

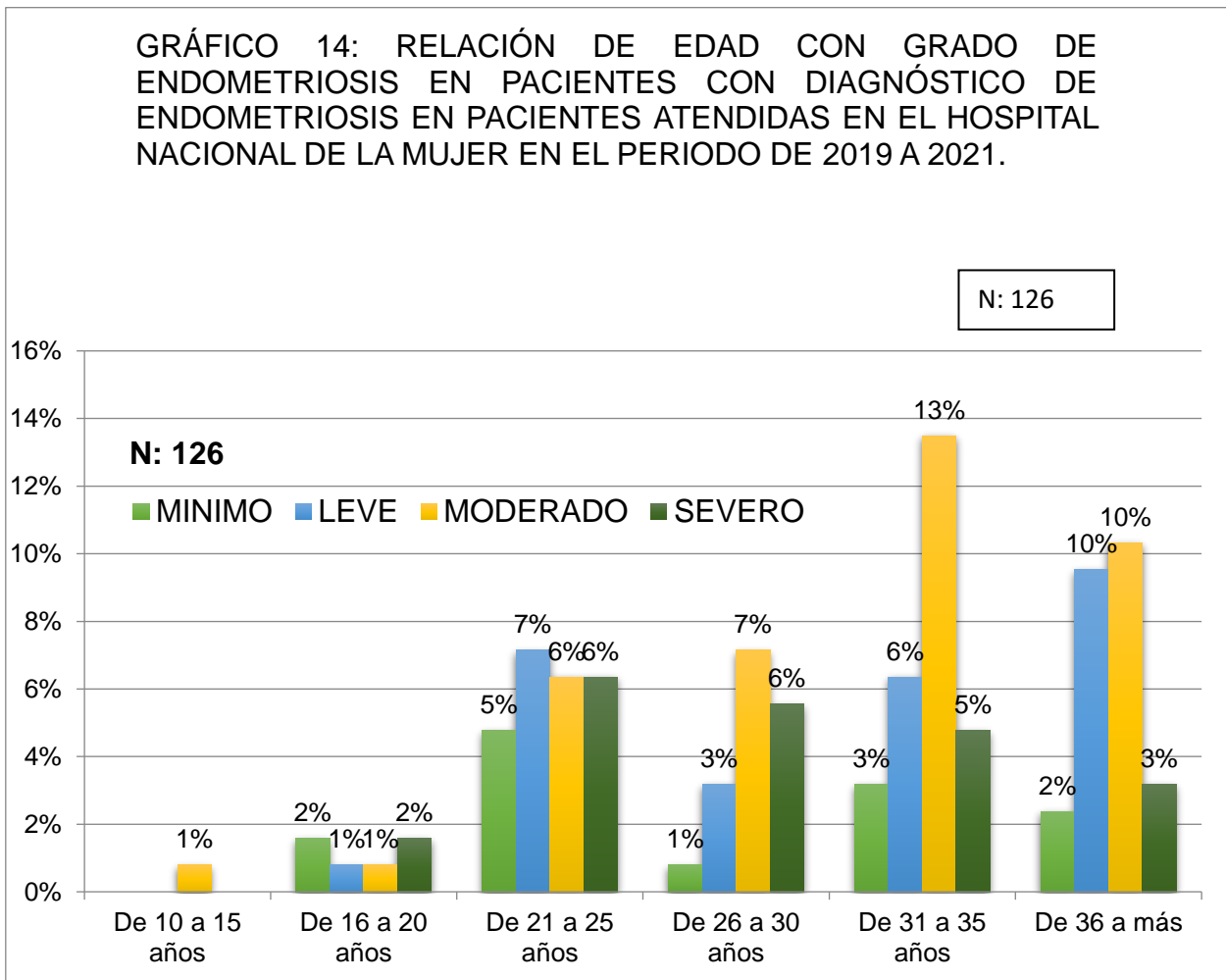
GRÁFICA 13: GRADO DE ENDOMETRIOSIS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER EN EL PERIODO DE 2019 A 2021



Fuente: ESDOMED 2019-2021. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 14: El grado de endometriosis que esta presenta en mayor frecuencia 39% en las pacientes estudiada es grado III (moderado), seguido del 27% en grado II (leve).

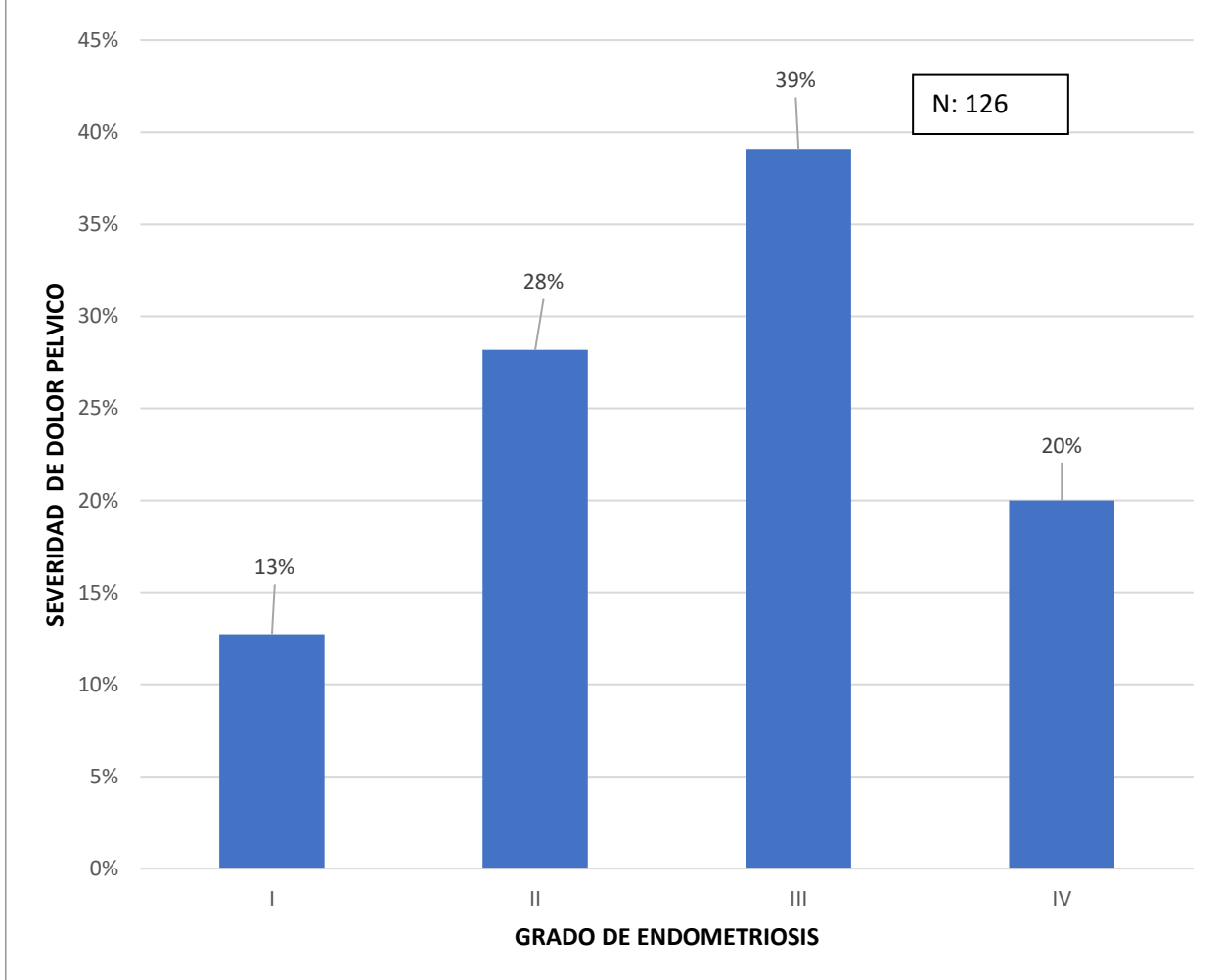
OBJETIVO 4: Correlacionar la presentación clínica con los hallazgos laparoscópicos de endometriosis.



Fuente: ESDOMED 2019-2021. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 14: Relación de la edad con el grado de endometriosis encontrada en las pacientes estudiadas, de 16 a 30 años es más común el grado leve de endometriosis, sin embargo, se documentó que entre las edades de 21 a 35 años el grado de endometriosis más común es el moderado.

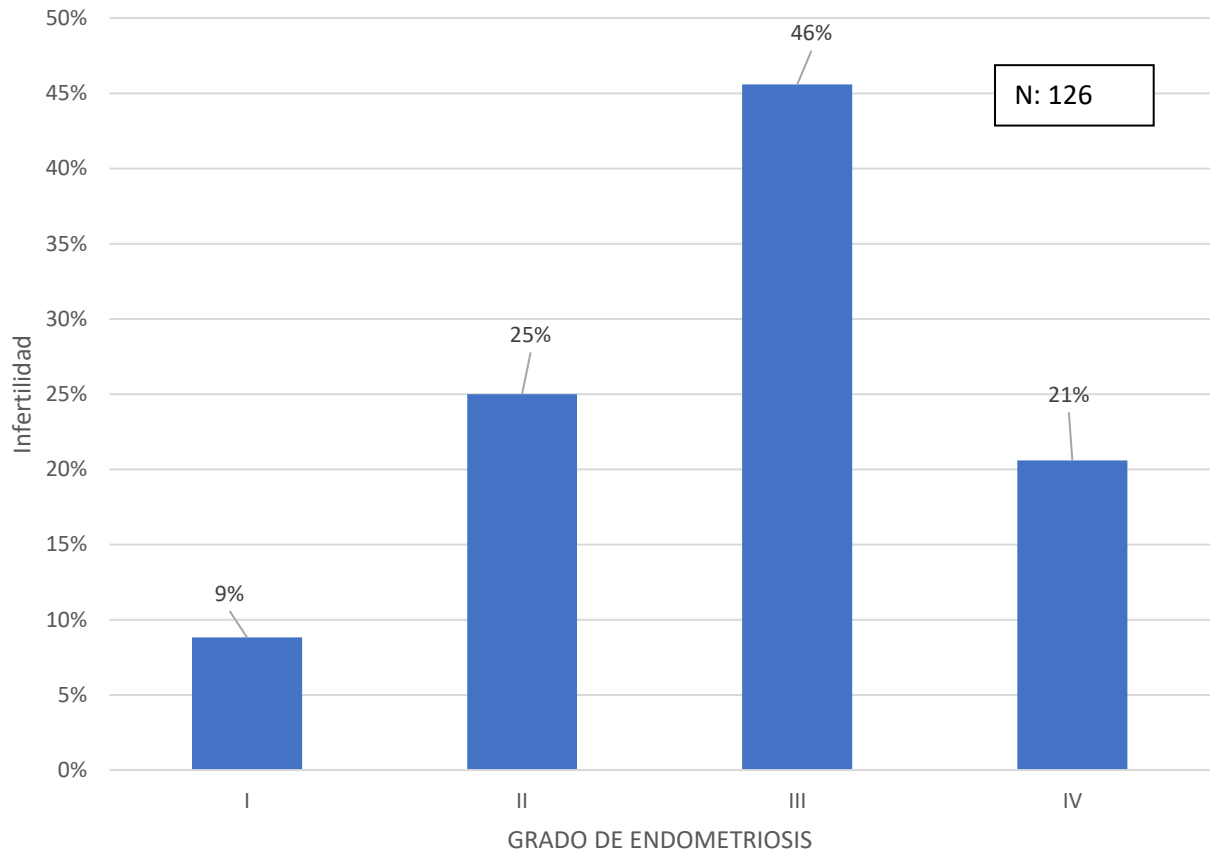
GRÁFICO 15: RELACIÓN DE DOLOR PELVICO CON GRADO DE ENDOMETRIOSIS EN LAS PACIENTES DE EDAD FERTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER EN EL PERIODO DE 2019 A 2021.



Fuente: ESDOMED 2019-2021. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 15: Las pacientes incluidas en la investigación, la mayoría independiente del grado de endometriosis presenta dolor pélvico relacionado a esta, sin embargo, el grado III, presentó mayor porcentaje de dolor pélvico relacionado a endometriosis con un 39%. del mismo modo, en el grado leve de endometriosis el dolor está presente en un 13 % de la muestra.

GRÁFICA 16: RELACIÓN DE INFERTILIDAD Y GRADO DE ENDOMETRIOSIS EN LAS PACIENTES EN EDAD FERTIL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER EN EL PERIODO DE 2019 A 2021.



Fuente: ESDOMED 2019-2021. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfica 16: La infertilidad como otra causa de consulta en las pacientes con diagnóstico de endometriosis no queda de lado, ya que aunque el perfil presentado es en menor medida, pero siempre esta presenta y algunas de estas mujeres es su único problema clínico. En este estudio podemos observar que el 46% de las mujeres con endometriosis estadio III, tiene historia de infertilidad, siendo este el valor más alto observado según grados.

## DISCUSIÓN

La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica caracterizada por tejido similar al endometrio fuera del útero y se asocia con dolor pélvico e infertilidad. El tejido endometrial ectópico generalmente se encuentra en la pelvis, pero puede aparecer en cualquier parte del cuerpo<sup>1</sup>. Es una condición relativamente común y potencialmente debilitante que afecta a las mujeres en edad reproductiva. La prevalencia es difícil de determinar, en primer lugar, debido a la variabilidad en la presentación clínica y, en segundo lugar, porque la única prueba de diagnóstico confiable es la laparoscopia, cuando los depósitos endometriósicos pueden visualizarse y confirmarse histológicamente<sup>1</sup>.

Los sitios más comunes son los ovarios, fondo de saco anteroposterior, uterosacro y ligamentos anchos, trompas de Falopio, colon sigmoide y apéndice. Los tres principales tipos de endometriosis son peritoneal, infiltrante profunda y ovárica.

Como trastorno dependiente de estrógenos, las lesiones ectópicas experimentan ciclos de crecimiento y sangrado en sincronía con el ciclo menstrual. La enfermedad exhibe un amplio espectro de signos y síntomas clínicos y es propensa a progresión y recurrencia. Además, tiene efectos adversos sobre la calidad de vida y una carga económica significativa<sup>1</sup>.

La endometriosis puede ser asintomática, pero aquellos con síntomas generalmente se presentan temprano en la vida reproductiva y mejoran después de la menopausia. La endometriosis sintomática puede tener efectos adversos a largo plazo en las relaciones personales, la calidad de vida y la productividad laboral<sup>3</sup>.

Como actualmente no existe un método confiable y no invasivo para diagnosticar la endometriosis, se desconoce la verdadera prevalencia de la endometriosis. Actualmente, la cirugía se considera el método definitivo para el diagnóstico, sin embargo, generalmente no se realiza en mujeres sin síntomas o hallazgos físicos que sugieran fuertemente la enfermedad; en consecuencia, las estimaciones varían con la indicación de tratamiento quirúrgico. La prevalencia de endometriosis asintomática es de 1 a 7% en mujeres que buscan esterilización electiva, hasta 60%

entre mujeres en edad reproductiva con dolor pélvico y 50 a 60% de mujeres y adolescentes con dolor pélvico y / o infertilidad inexplicable<sup>1</sup>.

La edad media en el momento del diagnóstico de endometriosis oscila entre los 25 y los 35 años. La endometriosis es poco común en niñas premenárquicas, pero se puede identificar en 50 a 70% de las adolescentes y mujeres jóvenes menores de 20 años con quejas de dolor pélvico crónico o dispareunia. La mayoría de los casos en mujeres jóvenes menores de 17 años están asociados con anomalías de Müller que incluyen obstrucción cervical o vaginal. Menos del 5% de las mujeres que requieren cirugía para la endometriosis son posmenopáusicas y la mayoría tiene recibido terapia con estrógenos<sup>6</sup>.

La endometriosis es más frecuente en mujeres con anomalías obstructivas de Müller que en mujeres con malformaciones que no obstruyen el flujo menstrual. En el 80% de las mujeres con estenosis cervical congénita y endometrio funcional, se desarrolla endometriosis.

Las células endometriales viables recuperadas del líquido peritoneal durante la menstruación han crecido en cultivo celular y puede adherirse y penetrar la superficie mesotelial del peritoneo.

La incidencia de endometriosis aumenta en mujeres con menarquia precoz y / o ciclos menstruales cortos.

El dolor es uno de los síntomas más comunes asociados con la endometriosis. Los mecanismos involucrados son difíciles de determinar por varias razones. El dolor en sí es subjetivo y difícil de medir, especialmente cuando es crónico. El dolor pélvico crónico, definido como la presencia de dolor debajo del ombligo durante más de 6 meses, es un problema ginecológico común, que representa hasta el 10% de las visitas al consultorio ginecológico.

En la endometriosis, el dolor pélvico suele ser crónico y se asocia con dismenorrea en 50 a 90% de los casos; dispareunia, dolor pélvico profundo y dolor abdominal bajo (con o sin dolor de espalda / ingle) también son comunes. El dolor suele



empeorar con el tiempo y puede cambiar de patrón. Cuando hay síntomas de la vejiga y el intestino, generalmente son cíclicos.

Como se pudo observar en el estudio, del total de las pacientes investigadas que fueron 126 casos, el 87% de estas tiene como síntoma principal el dolor pélvico, cíclico, así mismo se encontró un 68%, describen dismenorrea como síntoma acompañante. Siendo esta la caracterización clínica de las mujeres con endometriosis que consultan en el Hospital de la Mujer. Con una prevalencia de edad para el diagnóstico de endometriosis<sup>7</sup>.

Los factores de riesgo para el desarrollo de endometriosis los describen numerosos autores a nivel mundial como aquellos relacionados al estímulo estrogénico, menarquia precoz, ciclos menstruales cortos, estilos de vida y hábitos.

En las pacientes del hospital de la mujer el 56% tuvo su menarquia de 9 a 11 años de edad, comprobando según la literatura mundial como factor de riesgo importante.

La endometriosis está fuertemente asociada con la infertilidad; la prevalencia de la endometriosis aumenta drásticamente hasta un 50% en mujeres con infertilidad y un 30-50% de las mujeres con endometriosis tienen infertilidad. Se estima que la tasa de fecundidad en mujeres jóvenes con endometriosis no tratada oscila entre el 2% y el 10%, en comparación con 20% de las parejas en edad reproductiva normal sin infertilidad<sup>3</sup>.

Numerosas observaciones apoyan una relación entre la endometriosis y la infertilidad<sup>6</sup>:

- La prevalencia general de endometriosis es mayor en los infértiles que en los fértiles mujeres.
- Las mujeres infértiles tienen más probabilidades que las mujeres fértiles de presentar de moderadas a graves.
- Aunque se reduce en un grado similar en mujeres no tratadas con endometriosis mínima y leve y mujeres con infertilidad inexplicable, la fecundidad mensual disminuye más con el aumento de la gravedad de la enfermedad.

Así mismo se observa que la infertilidad representó como otro problema clínico el 54% de la muestra estudiada en las pacientes que consultan en el Hospital Nacional de la mujer. Siendo un valor similar a las estadísticas internacionales. Y que no se puede confirmar que a mayor grado de endometriosis mayor grado de infertilidad debido que esta patología es multifactorial, asociándose sobre todo en el estudio la conservación de la anatomía de las tubas uterinas. Por lo que las mujeres con endometriosis mínima y leve son significativamente más propensas a concebir después de un tratamiento quirúrgico que las mujeres no tratadas.

Clásicamente, el diagnóstico de endometriosis requiere visualización quirúrgica de las lesiones y evidencia histológica de glándulas endometriales ectópicas y estroma. Aunque la endometriosis es un trastorno común, sigue siendo difícil de diagnosticar. En un estudio prospectivo de más de 1,000 mujeres con y sin endometriosis, hubo un retraso de 6.7 años entre la presentación de síntomas y el diagnóstico de endometriosis. Desafortunadamente, a pesar de los avances sustanciales en nuestra comprensión de la patología de la endometriosis, todavía no existe ninguna alternativa no invasiva confiable a la laparoscopia para el diagnóstico de la enfermedad, sin embargo, la relación clínica tiene mucho peso y tiene especificidad para concluir con el diagnóstico, y básicamente el abordaje quirúrgico se vuelve complemento para documentar y clasificar la enfermedad.

En efecto las mujeres que consultan en el Hospital Nacional de la Mujer reportan alrededor de 5 a 10 años de dolor pélvico previo a su diagnóstico definitivo, la mayoría inicia un estudio y control por especialista hasta que hay un deseo de fertilidad por lo que estas estadísticas nacionales fueran más altas si se realizara un estudio más allá a solo las mujeres que consultan en esta especialidad de medicina reproductiva.

Los síntomas clínicos de la endometriosis incluyen dismenorrea, dolor pélvico no menstrual (NMPP), dispareunia, disquecia, síntomas cíclicos del intestino o de la vejiga, infertilidad y fatiga crónica. Una encuesta transversal de 2008 de 1,000 mujeres con endometriosis encontró que la dismenorrea (79%) y el dolor pélvico (69%) eran los más comunes síntomas que conducen al diagnóstico. Al comparar

mujeres con endometriosis mínima y leve con aquellas con etapas más avanzadas de la enfermedad, la dispareunia fue significativamente más común en mujeres con enfermedad limitada (51% frente a 39%), mientras que la infertilidad (22% frente a 30%) y una masa ovárica ( 7% vs.29%) condujeron a un diagnóstico más a menudo en aquellos con endometriosis avanzada<sup>6</sup>.

Esta investigación solo incluye sospecha de endometriosis en dolor pélvico e infertilidad. Dejando de fuera el estudio de masa anexial que al final resulta ser endometriosis ovárica, por lo que sigue siendo un subregistro de la incidencia de endometriosis en las pacientes de edad reproductiva que consultan en el Hospital Nacional de la Mujer, pero dejando abierto la oportunidad a nuevas investigaciones para conocer por completo el comportamiento de esta patología.

## CONCLUSIONES

1. El perfil epidemiológico de las pacientes con endometriosis en el estudio, la mayoría tenía edades entre 21 y 35 años, las más sintomáticas, multigestas y casadas o acompañadas, en relación a la literatura mundial.
2. El perfil clínico de las pacientes en este estudio tiene principalmente dolor pélvico como síntoma predominante, seguido del deseo de fertilidad.
3. Dentro de los hallazgos laparoscópicos, se confirma por visión de las lesiones el hallazgo de infiltración endometrial, la mayoría de las lesiones identificadas fueron adherencias y endometriomas ováricos, siendo estas las lesiones mas comunes.
4. Las pacientes en edad reproductiva que consultan en el Hospital Nacional de la Mujer, la mayoría corresponden a estadio III de endometriosis constituyendo un 39%, siendo más común en la edad de 30 a 35 años, seguida de estadio II, con un 27%.
5. La relación entre el grado de endometriosis y la presencia de dolor pélvico e historia de infertilidad se encuentra más común cuando está en estadio III, teniendo un porcentaje de 59% en pacientes con endometriosis grado III y IV, con dolor pélvico presente. Y en 67% de estas mismas con historia de infertilidad

## BIBLIOGRAFIA

1. León Speroff, Endocrinología ginecológica, clínica e infertilidad. 9° edición. Marc A. Fritz M.D 2019.
2. M Leonardi. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. A new diagnostic technique for visualizing superficial endometriosis, 2020.
3. Laura Kuznetsov. THE BMJ. Diagnóstico y manejo de la endometriosis 2017.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin No.114: management of endometriosis. Obstet Gynecol 2010;116:223–36.
5. Berkley KJ, Rapkin AJ, Papka RE. 2005. Los dolores de la endometriosis. Science 308: 1587-1589.
6. Infiltración rectal profunda y parametrial endometriosis con afectación del nervio pudendo monolateral: reporte de caso y abordaje laparoscópico con preservación del nervio. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 153: 227–229.  
Chauvin C, Azria E, Mahieu-Caputo D, Madelenat P. 2010.
7. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. Guía ESHRE: manejo de mujeres con endometriosis. Hum Reprod 2014; publicado en línea el 15 de enero.
8. Macer ML, Taylor HS. Endometriosis e infertilidad: una revisión de la patogenia y el tratamiento de la infertilidad asociada a la endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am 2012; 39: 535-49.
9. Burney RO, Giudice LC. 2012. Patogenia y fisiopatología de endometriosis Fertil Steril 98: 511–519.  
Calzada-Sierra DJ, Fermin-Hernandez E, Vasallo-Prieto R, GomezFernández L, Santana de la Fe A. 1999.

10. Ciática cíclica bilateral causada por endometriosis. A propósito de un caso. *Rev Neurol* 29: 34–36. Capek S, Amrami KK, Howe BM, Salomao DR, Dyck PJ, Spinner RJ. 2015a. Diseminación perineural del carcinoma de células escamosas: de piel a piel a través del plexo braquial. *Clin Neurol Neurosurg* 128: 90–93.
11. Papel del endometrio eutópico en la endometriosis pélvica. *J Minim Invasive Gynecol* 18: 419–427. Catalano PJ, Sen C, Biller HF. 1995. Neuropatía craneal secundaria a diseminación perineural de neoplasias cutáneas. *Am J Otol* 16: 772–777.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin No.114: management of endometriosis. *Obstet Gynecol* 2010;116(1):223–36.
13. Papel del endometrio eutópico en la endometriosis pélvica. *J Minim Invasive Gynecol* 18: 419–427. Catalano PJ, Sen C, Biller HF. 1995. Neuropatía craneal secundaria a diseminación perineural de neoplasias cutáneas. *Am J Otol* 16: 772–777.
14. Dunselman GAJ, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D’hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod* 2014;29(3):400–12. Leyland N, Casper R, Laberge P, Singh SS, Allen L, Arendas K, et al.
15. National Institute for Health and Care Excellent. Endometriosis: diagnosis and management [Internet]. Available from:.. 2017. [nice.org.uk/guidance/ng73](http://nice.org.uk/guidance/ng73).
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin No.114: management of endometriosis. *Obstet Gynecol* 2010;116(1):223–36.
17. Burney RO, Giudice LC. 2012. Patogenia y fisiopatología de endometriosis *Fertil Steril* 98: 511–519.

- Calzada-Sierra DJ, Fermin-Hernandez E, Vasallo-Prieto R, GomezFernández L, Santana de la Fe A. 2017.
18. Bergqvist A, Bergqvist D, Lindholm K, Linell F. 1987. Endometriosis en el ligamento uterosacro dando síntomas ortopédicos a través de la compresión del nervio ciático y tratado quirúrgicamente a través de un abordaje extraperitoneal manteniendo intactos los órganos pélvicos.
  19. Acta Obstet Gynecol Scand 66: 93–94. Berkley KJ, Dmitrieva N, Curtis KS, Papka RE. 2004. Inervación de endometrio ectópico en un modelo de endometriosis en ratas. Proc Natl Acad Sci USA 101: 11094–11098.
  20. Berkley KJ, Rapkin AJ, Papka RE. 2005. Los dolores de la endometriosis. Science 308: 1587-1589. Bhat SN, Mohanty SP, Kustagi P. 2007. La endometriosis se presenta como un absceso del psoas. Saudi Med J 28: 952–954.
  21. De Graaff AA, D'Hooghe TM, Dunselman GA, Dirksen CD, Hummelshoj L; WERF EndoCost Consortium, Simoens S. El efecto significativo de la endometriosis en el bienestar físico, mental y social: resultados de una encuesta transversal internacional. Hum Reprod 2013; 28: 2677-85.
  22. Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Bokor A, Brandes I, et al. La carga de la endometriosis: costos y calidad de vida de mujeres con endometriosis y tratadas en centros de referencia. Hum Reprod 2012; 27: 1292-9.
  23. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. Guía ESHRE: manejo de mujeres con endometriosis. Hum Reprod 2014; publicado en línea el 15 de enero.
  24. Johnson NP, Hummelshoj L, Adamson GD, Keckstein J, Taylor HS, Abrao MS, et al. World endometriosis society consensus on the classification of endometriosis. Hum Reprod 2017;32(2):315–24.
  25. Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. Longo DL, editor. N Engl J Med 2020;382(13):1244–56. Somigliana E, Vercellini P, Vigano' P,

- Benaglia L, Crosignani PG, Fedele L. Noninvasive diagnosis of endometriosis: The goal or own goal? *Hum Reprod* 2010;25(8):1863–8.
26. Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril* 2006;86(5):1296–301.
27. Husby GK, Haugen RS, Moen MH. Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82(7):649–53.
28. Hudelist G, Fritzer N, Thomas A, Niehues C, Oppelt P, Haas D, et al. Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Hum Reprod* 2012;27(12):3412–6.



## ANEXOS

### INSTRUMENTO



TEMA: "CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y LAPAROSCÓPICA DE PACIENTES EN EDAD REPRODUCTIVA Y SOSPECHA DE ENDOMETRIOSIS. HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER "DRA MARIA ISABEL RODRIGUEZ" PERIODO 2019-2021.

**1. Nombre:**

**2. Expediente clínico:**

**# correlativo**

**3. Edad:**

**4. Paridad:**

**5. Estado civil:**

Soltera: \_\_\_\_\_

Casada: \_\_\_\_\_

Acompañada: \_\_\_\_\_

Viuda: \_\_\_\_\_

**6. Ocupación**

Desempleado: \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_

Empleo formal: \_\_\_\_\_

Empleo informal: \_\_\_\_\_

**7. Menarquia:** \_\_\_\_\_

**8. Dolor pélvico:** si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_

Tiempo de evolución: \_\_\_\_\_

Dismenorrea primaria: \_\_\_\_\_ Dismenorrea secundaria: \_\_\_\_\_

**Infertilidad:** \_\_\_\_\_

**Síntomas gastrointestinales**

**Diarrea:**

**Vómitos:**

**Colitis:**

**Uso de anticonceptivos:** \_\_\_\_\_

Alcoholismo:

Tabaquista:

Estudio histológico:

Lesiones descritas de endometriosis: (Uso de la clasificación de endometriosis de Sociedad Americana de medicina reproductiva)

**Quemadura de pólvora:**

**Vesículas:**

**Adherencias pélvicas:**

**Lesión roja:**

**Endometrioma:**

**Hipervascularidad:**

Clasificación (Según Sociedad Americana de medicina reproductiva)

**Estadio I**

**Estadio II**

**Estadio III**

**Estadio IV**