

ENDOMETRIOSIS PELVICA: INCIDENCIA Y ASPECTOS GENERALES DE UNA CONSULTA PRIVADA, 1986-1990.

- * Dr. Luis M. Rojas Grullón
- ** Dr. Jaime Esteva
- *** Dra. María M. Bell Viguri
- *** Dra. Anastacia B. Maldonado Sánchez
- *** Dr. Ramón F. Antonio Antonio
- **** Dr. Mario J. Estrada Sánchez

Resumen:

Se encontraron 31 casos de endometriosis en el período de estudio, arrojando una incidencia de 3.8 casos de endometriosis por cada 1000 pacientes por año.

La edad de mayor incidencia estuvo entre los 20 y 30 años. Cuarenta y ocho por ciento de las pacientes eran nuligestas, entre estas el 23.8% tenían diagnóstico de infertilidad primaria.

Los síntomas predominantes fueron el dolor pélvico y la dismenorrea. En el examen pélvico la presencia de masa fue el hallazgo más relevante. La endometriosis ovárica fue la más común (74.2%), seguida por la uterina y la tubarica.

Endometriosis pelvica

Consulta privada

ABSTRACT

The present study found 31 patients with the diagnosis of endometriosis. The incidence reported was 3.8 casos per 1000 patients per year. The age of highest incidence was between 20 and 30 years. Among the patients 48% had no history of pregnancy and of these, 25.8% were diagnosed as primary infertility.

Pelvic pain and dysmenorrea were the dominant symptoms. Pelvic exam found the presence of a mass as the most important feature. And the most common sites of the illness were the ovary (74.2%), uterus and Fallopian tubes.

Pelvic Endometriosis

Private practice

INTRODUCCION

La endometriosis es un proceso benigno caracterizado por la presencia y proliferación de tejido endometrial fuera de la cavidad endometrial.¹ Siendo la endometriosis pélvica una variedad donde los implantes endometriales ectópicos se limitan a las estructuras pélvicas.

Se considera ese problema como uno de los trastornos ginecológicos más importantes de la mujer en edad reproductiva.

Según Grenny², entre todas las mujeres que menstruen el 4.17% pueden tener endometriosis pélvica.

- * Ginecólogo-Obstetra, Oncología Ginecológica, Clínica Abreu, Calle Beller No.42, Santo Domingo, República Dominicana.
- ** Patólogo, Clínica Abreu
- *** Médicos pasantes
- **** Residente I de Hospital Regional Nuestra Señora de la Altagracia, Santo Domingo, República Dominicana.

Tabla No.1
Forma de Diagnóstico

Diagnóstico	Frecuencia	Tasa
Sospecha Clínica	4	12.9 %
Visualiz. Quirúrgica	18	58.1 %

En Cuanto a la etiología, se han propuesto diferentes teorías entre las que se encuentran: Flujo menstrual retrogrado, diseminación linfática, iatrogénica y vascular, metaplasia celómica y restos embrionarios³. Su presentación clínica es inespecífica, pudiendo haber incluso ausencia de síntomas⁴.

El diagnóstico se basa inicialmente en la historia clínica y el examen físico.

Usualmente tanto la ausencia de historia, como de hallazgos de otras enfermedades y la cronocidad de los síntomas de la endometriosis, llevan a sospechar el diagnóstico. El definitivo debe hacerse por visualización directa de los implantes, ya sea por laparotomía o laparoscopia, siendo este último el método más empleado tanto para diagnóstico como para tratamiento (biopsia, cauterización, etc.)

El tratamiento quirúrgico se reserva para lesiones avanzadas, endometriomas, distorsiones anatómicas,

Tabla No.2
Datos Demográficos y antecedentes Patológicos

Número de Pacientes:31	
Edad:	
Rango 21-53 años	
$\bar{X} = 34$ años ($S_x = \pm 8.4$ años)	
Estado civil :	
Casadas :	20 (64.5 %)
Solteras:	11 (35.5 %)
Ocupación :	
En el hogar :	7 (22.6 %)
Fuera del hogar:	24 (77.4 %)
Hábitos Tóxicos:	
Tabaco :	4 (12.9 %)
Café :	09 (29.0 %)
Antecedentes Alérgicos:	
Positivos :	7 (22.6 %)
Negativos :	24 (77.4 %)
Otros patologías concomitantes:	
No :	15 (48.4 %)
Sí :	16 (51.6 %)

Tabla No.3
Antecedentes Ginecobstétricos

Vida sexual:	
Inactiva:	9 (29 %)
Activa :	22 (71 %)
Menarquia:	
Rango :	10-16 años
$\bar{X} = 13$ años	$S_x 1.6$ años
Patrón Menstrual:	
Regular	28 (90.3 %)
Menopausicos	3 (9.7 %)
Duración:	
3-5 Días :	18 (64.3 %)
+ 5 Días :	9 (32.1 %)
-3 Días :	1 (3.6 %)
Cantidad:	
Normal :	19 (67.9 %)
+ :	7 (25.0 %)
- :	1 (3.6 %)
Historia Obstétrica:	
Lograron embarazo :	16 (51.6 %)
Nunca embarazadas	15 (48.4 %)
Abortaron :	13 de 16 (81.3 %)

adherencias. Y la terapia médica se recomienda en los casos de enfermedad mínima o moderada asociada con dolor y/o infertilidad. Tradicionalmente se han usado distintas combinaciones de estrógeno y progesterona, creándose así un estado de pseudoembarazo. Actualmente se utilizan estrógenos sintéticos tales como el danazol y agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GRH) los cuales actúan como inductores de pseudomenopausia.

En cuanto a la fertilidad, se puede recobrar en los casos leves con un tratamiento adecuado; en los casos más o menos extensos se recupera en un 40-60% y en los casos severos pocas mujeres la recuperan aún con un tratamiento intenso.

Es nuestro propósito presentar la incidencia de esta patología en una consulta ginecológica privada, durante un período de 4 años. Además mostrar una visión general sobre la edad de presentación, signos y síntomas más comunes, hallazgos sonográficos y transquirúrgicos.

MATERIALES Y METODOS:

Este estudio clínico descriptivo y retrospectivo consistió en la revisión sistemática de los expedientes de pacientes ginecológicos de una consulta privada (Dr. Rojas Grullón)

Tabla No.4
Síntomas

Síntoma	Frecuencia	Tasa
Dismenorrea	10	32.3 %
Dolor Pélvico	8	25.8 %
Otros*	2 c/u	6.5 %

* **Dispareunia, Sacralgia, Sangrado intermenstrual y constipación.**

con diagnóstico histopatológico de endometriosis pélvica, efectuado entre los años 1986 a 1990.

Todas las pacientes habían sido sometidas a laparotomía pélvica por diversas indicaciones, y los especímenes tisulares obtenidos fueron enviados a un patólogo también de la práctica privada. (Dr. Esteva).

Se utilizó como instrumento de investigación un cuestionario aplicado a los expedientes clínicos como fuente documental. Los datos recabados fueron: sexo, edad, estado civil, ocupación, historia ginecobstétrica, antecedentes personales patológicos, hábitos tóxicos, examen físico y hallazgos sonográficos, quirúrgicos e histopatológicos.

RESULTADOS:

En los cuatro años (1986-1990), que abarcó esta revisión, acudieron a consulta ginecológica privada aproximadamente 8160 mujeres, de las cuales 31 tenían diagnóstico histopatológico de endometriosis. La incidencia global fue de 3.8 casos por cada 1000 pacientes por año en la población estudiada.

En cuatro de estos pacientes (12.9%) el diagnóstico se había sospechado clínicamente, en 18 (58%) se hizo por visualización de las lesiones por laparotomía pélvica y en las 9 restantes (29%) solo después del examen histopatológico (Tabla No.1).

La edad de las pacientes osciló entre 21 y 53 años con una media de 34 años. La mayor frecuencia de la enfermedad por grupo de edad correspondió a la segunda década (13 pacientes), y dentro de esta en el intervalo de 26-30 años se encontraron ocho (25.8%) de los pacientes (Tabla No.2).

Veinte pacientes (64.5%) eran casadas y 19 (77.4%) trabajaban fuera del hogar. (Tabla No.2).

El promedio de edad de la menarquía fue de 13 años con un rango entre los 10 y 16 años. Dieciséis mujeres (51.6%) tuvieron una menarquía entre los 13 y 15 años. El patrón menstrual era regular en 28 pacientes (90.3%), las tres restantes eran menopáusicas. El sangrado menstrual tenía una duración de tres a cinco días en 18 de las pacientes (58.1%), estaba aumentado (mayor de 5 días) en 9 (29%) y reducido (menor de 3 días) en uno. Veintidos (71%) tenían vida sexual activa (Tabla No.3).

Del total de pacientes, 16 se habían embarazado y de estas, 13 (81.3%) habían tenido uno o más abortos. De las 15 pacientes nuligestas 8 se etiquetaron con esterilidad primaria (Tabla No.3). solo 7 (22.5%) pacientes refirieron antecedentes alérgicos y 13 (41.9%) hábitos tóxicos, entre estas últimas, 4 eran fumadoras habituales y 9 tomaban café. (Tabla No.2).

En quince (48.4%) pacientes se encontraron patologías concomitantes, esencialmente enfermedades gastrointestinales y tiroides. (Tabla No.2).

Los síntomas de presentación más frecuentes fueron dismenorrea y dolor pélvico que se observaron en 10 (32.3%) y 8 (25.8%) ocasiones respectivamente. Nueve (29%) pacientes se presentaron asintomáticas. (Tabla No.4).

Al examen pélvico el útero apareció normal en 5 pacientes, en las otras 26 (83.9%) se observaron diferentes anomalías, de las cuales la más común fue el aumento de tamaño. Los anexos pélvicos se encontraron alterados en 10 (32.3%) pacientes; en otras el hallazgo usual fue la presencia de una masa y/o aumento de tamaño. (Tabla No.5).

Se realizó sonografía a 22 (71%) de las pacientes encontrándose imágenes anormales en 19 (86.4%) de ellas. El mioma y las masas quísticas sólidas fueron las más frecuentes. (Tabla No.6).

A todas las pacientes se les practicó operación pélvica quirúrgica, hallándose lesiones de tipo endometrióticas peritoneales y/u ováricas en 18 pacientes (58.5%), quistes y tumores ováricos en 12 (38.7%) y 5 (16.5%) respectivamente, y miomas uterinos en 15 (48.4%). (Tabla No.7).

El diagnóstico histopatológico de endometriosis se hizo en todas las pacientes. Las lesiones reportadas fueron: Focos endometrióticos en 12 pacientes (38.7%) quistes endometrióticos ováricos en 11 (35.5%) y ambas lesiones en 8 pacientes (25.8%). Se reportaron 15 leiomiomas y 11 casos de adenomiosis como lesiones concomitantes. En un caso se reportó carcinoma indiferenciado infiltrante. (Tabla No.8).

Tabla No.5
Exámen Pélvico

Organo	Hallazgo	Frecuencia	Tasa
Utero	Tumoral	10	32.3 %
	Aum Tamaño	9	29.0 %
	Retroversión	6	19.4 %
	Aum consistencia	5	16.1 %
	Normal	5	6.1 %
Anexos	Normal	21	67.7 %
	Masa	6	19.4 %
	Aum Tamaño	3	9.7 %

Tabla No.6

Hallazgos Sonográficos en 22 Pacientes

Organo	Hallazgo	Frecuencia	Tasa
Utero	Mioma	9	40.9%
	Retroversión	3	13.6%
	Ninguno en útero	7	31.8%
Anexos	Masa quística	10	45.5%
	Masa sólida	3	13.6%
	Ning. en Anexos	6	27.3%

En la revisión de la localización anatómica de las lesiones se observó que la endometriosis ovárica fue la más frecuente (14 pacientes o 45.1% de los casos) como lesión de localización única; seguida de endometriosis uterina y peritoneal en 3 y 2 casos respectivamente. Como casos con lesiones en dos localizaciones anatómicas se observaron cinco pacientes con endometriosis ovárica y uterina. Otras

Tabla No.7

Hallazgos Quirúrgicos

Organo	Hallazgo	Frecuencia	Tasa
Utero	Mioma	15	48.4%
	Focos Endom.	2	6.5%
	Sin hallazgos	14	45.2%
Ovarios	Tumor	5	16.1%
	Quiste	12	38.7%
	Focos Endom.	10	32.3%
	Sin hallazgo	4	12.9%
Otros	End, Pélvica	8	25.8%
	Endom. Apéndice	1	3.2%
	Adherencia	1	3.2%

menos frecuentes fueron las lesiones tubo-ováricas que se hallaron en 3 y 1 de las pacientes respectivamente.

Globalmente la localización ovárica fue la más común, pues se observó en 23 pacientes (74.2%) la siguieron en orden de frecuencia las localizaciones uterinas (25.8%), tubárica (22.6%) y paritoneal (9.7%).

Tabla No.8

Hallazgos Histopatológicos

Hallazgo	Frecuencia	Tasa
Leiomioma	15	48.4%
Adenomiosis	11	35.5%
Quiste Endom. u Ovario	19	61.3%
Focos Endom. Pélvica	20	64.5%

DISCUSION

La incidencia reportada en este estudio fue de 3.8 casos por cada 1000 pacientes por año en la población estudiada, cuya edad osciló entre 21 y 53 años. El único estudio de frecuencia entre la población general de mujeres fue realizado en Rochester Minnesota⁵: Ellos encontraron una incidencia de 2.5 a 3.3 por 100 pacientes dentro de una población de mujeres entre 15 y 30 años, durante el periodo comprendido entre 1970 y 1979. Como puede observarse la incidencia es mucho mayor en Rochester, lo cual podría explicarse debido a que el índice de sospecha por parte, tanto del paciente como del médico, es menor aquí (Santo Domingo).

Otro hecho que comprueba esta suposición es que en la mayoría de nuestras pacientes se sospechó el diagnóstico durante la cirugía (58.1%). Al igual que en el estudio de Rochester, la mayor incidencia se observó en mujeres de 26-30 años y la menor a partir de los 30 años.

Según Cramer D.W.⁶, las mujeres con riesgo mayor que la población normal, de padecer endometriosis son:

-Aquellas con ciclos menstruales cortos (menores de 27 días) y que duran mucho tiempo sangrando (más de 7 días).

-Edad de menarquía temprana.

-Dismenorrea.

Sin embargo, Leid y Hitchcock⁷ encontraron que no había una diferencia significativa entre la incidencia de menorragia y dismenorrea en pacientes con y sin endometriosis. En nuestro estudio encontramos que la mayoría de las mujeres tenían ciclos menstruales regulares y la duración del sangrado estaba dentro de límites normales, oscilando la edad de la menarquía entre los 13 y los 15 años.

Del total de pacientes 71% se presentaron sintomáticas, y dentro de ellas, el síntoma más frecuente fue la dismenorrea en un 32%, lo cual nos sugiere que a pesar de que no todas las mujeres con dismenorrea poseen endometriosis, es un síntoma que nos debe poner en alerta, sobretodo si está asociado con otros trastornos comunes de esta entidad.

Varios estudios retrospectivos han sugerido una tasa de 10 a 49% de abortos espontáneos en mujeres con endometriosis previo tratamiento, y de un 0 a 21% después del tratamiento. Trece de nuestras pacientes abortaron, excluyendo cuatro de ellas que tenían leiomiomas, la incidencia de aborto continúa siendo alta (9 pacientes, que constituyen un 25% de los casos).

Nuestro estudio al igual que los anteriores mencionados es retrospectivo, sin embargo, estudios prospectivos controlados no han reportado evidencia clínica suficiente como para sustentar la teoría de una mayor incidencia de aborto espontáneo en mujeres con endometriosis.

Con respecto a factores exógenos que influyen en el riesgo de desarrollar endometriosis, Cramer D.W. y colaboradores⁶ además de Cron R.S. y col⁸ nos hablan de que factores que disminuyan los niveles estrogénicos, disminuirán el riesgo de padecer la enfermedad, como es el caso del cigarrillo y el

ejercicio. Solo 4 pacientes de nuestra serie fumaban de manera habitual.

El hecho de que nuestras pacientes tuvieran patología pélvica concomitantes nos impide reportar hallazgos específicos de endometriosis al examen pélvico, a excepción de los pacientes con masas palpables en los anexos, los que resultaron ser quistes ováricos endometrióticos.

Sendler y Kerb en su estudio fueron incapaces de encontrar un patrón ecocardiográfico específico para endometriosis. Solo definieron tres categorías de lesiones: quísticas, mixtas y sólidas⁴. Los resultados indican que la rutina sonográfica no tiene un papel significativo en la endometriosis, sin embargo es capaz de darnos información adicional además de ser importante como técnica complementaria en el diagnóstico y manejo de la endometriosis. En 22 de nuestras pacientes se realizó la sonografía pélvica, de estas 86.4% tuvieron imágenes anormales, siendo las más frecuentes masas pélvicas quísticas y sólidas (quísticas 10 y sólidas 3).

Según Fox H. Brekley las localizaciones anatómicas de la endometriosis pélvica en orden de frecuencia son las siguientes: Ovarios 55%, ligamento ancho posterior 35%, cul de sac anterior 35%, cul de sac posterior 34%, mientras que la localización a nivel del septum rectovaginal, serosa uterina, vagina y cervix es menos frecuente⁹, lo cual va acorde con nuestros hallazgos, ya que el 58.5% de nuestras pacientes presentaron una endometriosis de localización ovárica.

Según Ricardo Assis¹⁰ la endometriosis se asocia a adenomiosis en un 44%; en nuestro estudio un 35.5% de nuestras pacientes tenían adenomiosis como enfermedad pélvica asociada a la endometriosis.

Finalmente podemos concluir que aunque la incidencia de endometriosis pélvica en nuestro estudio parece muy baja en relación a la reportada por series internacionales, no encontramos divergencias en cuanto al comportamiento clínico y los hallazgos físicos y transquirúrgicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Metzger Deborah A. Haney A.F. Endometriosis. *Obstet Gynecol*, 1988, 31(4); 6-11.
- 2) Ranney B. Etiology, prevention and inhibition of endometriosis. *Clin Obstet Gynecol*, 1980, 23; 875-83.
- 3) Gerbri Albert B, Merril James, A. Pathology and Endometriosis. *Clin Obstet Gynecol*, 1988, 31(4); 779-784.
- 4) Muse Ken, M.D. Clinical manifestation and clasification of endometriosis. *Clin, Obstet Gynecol*, 1988 31(4), 813-822.
- 5) Houston Diana E. et al Incidence of pelvic endometriosis in Rochester Minnessota 1970-1979. *American Journal of Epidemiology*, 1987 125(6); 959-969.
- 6) Cramer D. W, Wilson B, Stillman R, et al. The relation of endometriosis to menstrual characteristics, smoking and exercise *JAMA*. 1986,225;1904.
- 7) Metzger Deborah A. Haney A.F. Etiology of endometriosis. *Obstet and Gynecol*, 1989, 16 (1);
- 8) Cron R, Grey G. The viability of ceat off menstrual endometrium. *Am J. Obstet Gynecol*, 1989, 54;47.
- 9) Galla, Phillip C. Clinical presentation and diagnosis of endometriosis. *Clin of North Obstet Gynecol*, 1989, 16 (1); 29-39..
- 10) Assis, Ricardo. Adenomiosis: Current perspectives. *Obstet Gynecol*, 1989, 16 (1) 221-233.