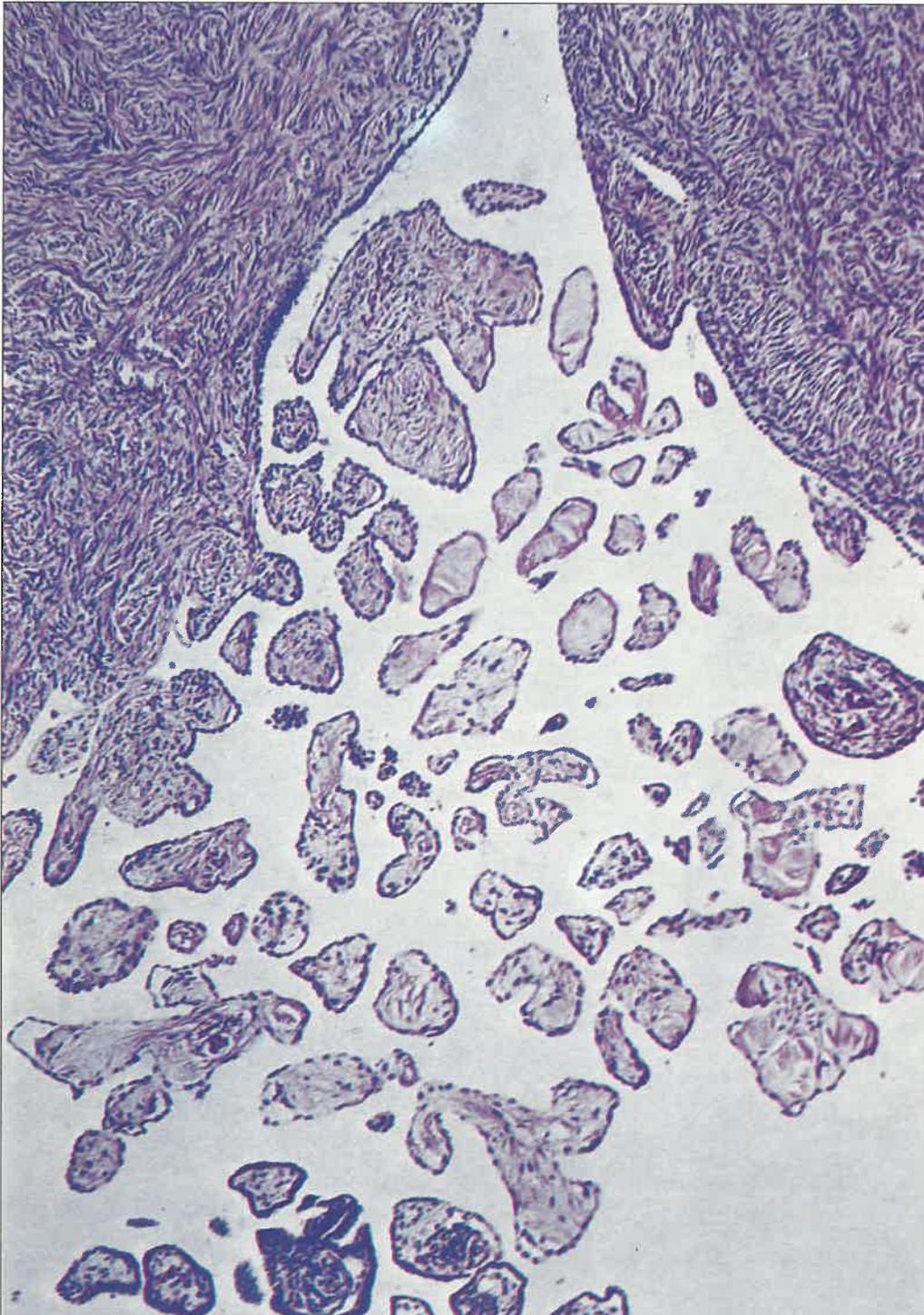


# ACTA GINECOLOGICA

Directores: Profesor J. Botella Llusía/Profesor J. A. Clavero-Núñez

Secretario de Redacción: Dr. A. García Bou

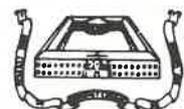
VOLUMEN **LII** - NUMERO **9** - **NOVIEMBRE 1995**



**ENDOMETRIOSIS. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO.**

Dres.: J. Torre Fernández-Vega, N. Rodríguez Díaz Rubí, J. M. Troyano Luque, J. Parache Hernández y J. C. Alberto Bethencourt.

**SEPARATA**



## Endometriosis. Estudio epidemiológico

Por los Dres. Torre Fernández-Vega, Javier; Rodríguez Díaz, Rubí Nieves; Troyano Luque, Juan Mario; Parache Hernández, Javier y Alberto Bethencourt, José Carlos (\*)

### RESUMEN

En el presente trabajo hemos realizado un estudio retrospectivo de 121 mujeres diagnosticadas de endometriosis durante cinco años (87-91), con el fin de establecer una diferenciación ante las nuevas pautas de diagnóstico y tratamiento, tanto médico como quirúrgico, implantadas actualmente. A todas las pacientes se les aplicó el mismo protocolo de estudio, obteniendo los siguientes resultados:

La media de edad fue de 38,6 años, el 44% eran nulíparas, el 15% referían esterilidad, y el aborto afectó al 11,5%.

Un 18,2% referían legrados previos, con Histerosalpingografía o cirugía abdominal anterior en el 6 y 33,1%, respectivamente.

La clínica más frecuente fue la dismenorrea en el 38,8%, junto con algias pelvianas en un 34,6%, en tanto que eran asintomáticas el 39,7% y un 10,7% presentaron hipermenorrea. En la exploración ginecológica el 55% tuvo algún hallazgo.

En los métodos complementarios destaca la sospecha ecográfica en el 94% de las realizadas, confirmado por laparoscopia o laparotomía, estableciendo la localización de la enfermedad, más frecuente en el ovario en el 81%, seguido de la uterina en el 25,6%, con afectación de trompas, peritoneo, recto, vagina y vulva. El tratamiento fue quirúrgico, con la práctica de una Histerectomía en el 35,5%, con o sin anejos, seguido por una quistectomía, en el 24,8% por laparotomía y en el 8,3% por laparoscopia, frente al tratamiento médico hormonal efectuado en el 22% de estas pacientes, tanto con danazol (7,4%) como con análogos de la GnRh (14,9%).

Destacamos en este estudio el cambio en la actitud diagnóstica y terapéutica de la endometriosis en los últimos años, que ha evolucionado desde la cirugía abierta hacia la cirugía mínimamente invasiva mediante la videolaparoscopia quirúrgica y la utilización del láser.

### SUMMARY

A retrospective study was realized during a period of 5 years (87-91), among 121 women suffering of endometriosis, with the aim to establish a differentiation among the new, actually implanted methods for diagnosing and treatment, medically as well surgically.

The same protocol was applied to all patients, obtaining the following results:

1. The average age was 38.6 years, 44% was nulliparous, 15% sterile, and abortion affected 11.5%.

2. Of all the patients 18.2% was previously scraped, 6% underwent hysterosalpingography and 33.1% abdominal surgery.

3. The most frequent symptom was dysmenorrhea in 38.8%, together with pelvic pain in 34.6% of the women, 39.7% was asymptomatic and 10.7% showed hypermenorrhea.

4. Gynecological exploration had a more or less important result in 55% of the patients.

Among the complementary methods the most prominent is the sonographic suspicion (94%), confirmed by laparoscopy or laparotomy, establishing the localization of the disease most frequently in the ovaries (81%); followed by the uterine (25.6%), with affected tubal, peritoneum, rectum, vagina and vulva.

Treatment was surgical, hysterectomy practiced in 35.5% of the cases, with or without annexes, followed by quistectomy (24.8% by laparotomy and 8.3% by laparoscopy). On the other hand hormonal treatment was used in 22% of these patients, with Danazol (7.4%) as well as GnRh analogues (14.9%).

In this study we point out the change in diagnostical and therapeutical attitude with regard to endometriosis over the last years, which has evolved from open surgery towards minimally invasive surgery through surgical videolaparoscopy and the use of laser.

(\*) Departamento de Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario de Canarias.  
Universidad de La Laguna. Tenerife.  
Recibido para su publicación el 22-6-1995.

### INTRODUCCION

La endometriosis es una de las más enigmáticas enfermedades ginecológicas y, por otro lado, un proceso fre-

cuenta en mujeres en edad reproductiva. Las teorías etiopatogénicas que la explican han sido un tema apasionante de investigación ginecológica. Son múltiples pero ninguna aclara, por sí sola, todas sus variedades (9).

Sea cual sea su origen, podemos afirmar que la endometriosis produce una enfermedad difusa que afecta primariamente a los órganos genitales internos, con una sintomatología clínica difícil de agrupar en cuadros recortados (3).

Se presenta durante la etapa reproductiva de la mujer y es una de las causas más frecuentes de esterilidad. Así, la epidemiología clínica demuestra la alta incidencia en pacientes que acuden para estudio por esterilidad, en las que la laparoscopia revela su existencia en el 20 al 50% de los casos. Sin embargo, la prevalencia en la población general es desconocida, aunque hay datos estimativos que la sitúan entre el 0,5 al 4% (9), y en el 10% de mujeres en edad reproductiva (10). La utilización más frecuente de la laparoscopia indica que hay una incidencia relativamente alta en la población femenina.

Su sintomatología se caracteriza por ser poco específica e irregular y, en muchos casos, escasa y pobre, aunque en múltiples ocasiones es un hallazgo casual, laparoscópico o laparotómico.

Dentro de las técnicas de diagnóstico no invasivas, la ecografía presenta buenos resultados, permitiendo la medida del tamaño de los endometriomas, su forma y localización. La Resonancia Magnética Nuclear y la Histerosalpingografía no son de gran utilidad, y no pueden sustituir la información obtenida por la laparoscopia y el estudio histológico (3).

El diagnóstico directo de la endometriosis dependía del aspecto de las lesiones típicas, pero dado el conocimiento actual que se tiene de las lesiones atípicas o tempranas, cada vez es más importante la confirmación histológica de glándulas y estroma (3,7).

## MATERIAL Y METODOS

Hemos realizado un estudio retrospectivo en 121 mujeres con edades comprendidas entre los 19 y 86 años, que fueron ingresadas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Canarias en los últimos cinco años (87-91), en las que se obtuvo el diagnóstico histológico de endometriosis.

El protocolo establecido recoge los datos de la paciente y antecedentes, así como la clínica y la exploración referida en el momento de su ingreso. Se evalúan, además, los hallazgos de las pruebas complementarias y la existencia de lesiones asociadas que conllevan un predominio estrogénico, como pólipos o miomas, y el tratamiento llevado a cabo en cada caso.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa de ordenador SPSS.

Este trabajo se ha efectuado para establecer el punto de partida ante la instauración de nuevas pautas de tratamiento, tanto médicas como laparoscópicas.

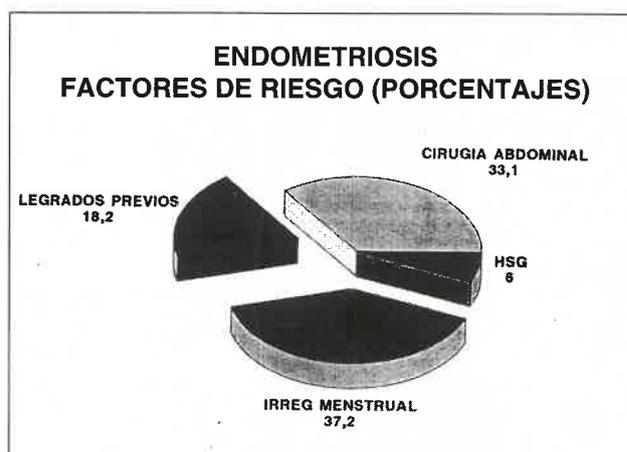
## RESULTADOS

Hemos encontrado que la edad media de las pacientes fue de 38,6 años, con una moda de 32 años en los que se registraron el 7,5% de los casos. Por grupos de edad, entre los 19 y 20 años se registró el 3% de los casos, entre los 21 y 30 años, el 28%. Un 29% dentro del apartado de los 31 a los 40 años de edad, y un 31, 6 y 3% entre los 41-50, 51-60 y mayores de 60 años, respectivamente. En tanto que el 9,9% eran menopáusicas.

El 79,4% de las pacientes eran amas de casa, un 86,8% casadas y no fumadoras el 91,8%. Con un tipo menstrual que fue normal en todas las pacientes, exceptuando un 37,2% que referían irregularidades menstruales.

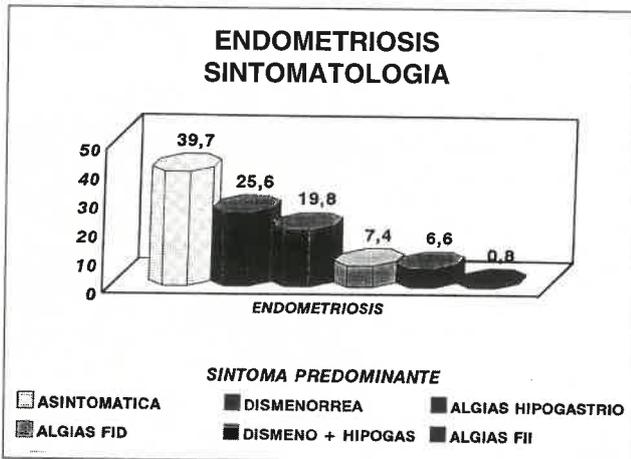
El 44% eran nuligestas, mientras que el resto tenían uno o más hijos antes del diagnóstico de endometriosis, con una tasa de abortos del 11,5%, en tanto que el 15% referían esterilidad; y respecto al método anticonceptivo previo, el 15% utilizaron anticoncepción hormonal y en escasa proporción el Dispositivo intrauterino (0,8%).

Como posibles factores causales de endometriosis se han citado desde la existencia previa de legrados, que en nuestra revisión se halló en el 18,2%, de una Histerosalpingografía, en un 6% en nuestro material, o cirugía abdominal, en el 33,1%, entre las que destaca una apendicectomía en el 15,7% hasta la utilización de anticoncepción hormonal, que se constató en el 14,9% de las pacientes (gráfica 1).



Gráfica 1. Posibles factores de riesgo de endometriosis, presentes en nuestro estudio.

La clínica más frecuente fue la dismenorrea en el 38,8% de los casos, asociada o no algias pelvianas en un



Gráfica 2. Síntomatología descrita por pacientes endometriósicas.

34,6%. Lo más destacable fue que el 39,7% carecían de sintomatología, habiendo sido diagnosticadas casualmente por ecografía rutinaria o en el curso de una intervención quirúrgica por otro proceso, y también la hipermenorrea en el 10,7% (gráfica 2).

En la exploración ginecológica, el 55% tenían algún hallazgo, bien fueran engrosamientos anexiales (2,5%), o masas anexiales que afectaron al 29,1%, en tanto que el 18% mostraban el útero aumentado de tamaño.

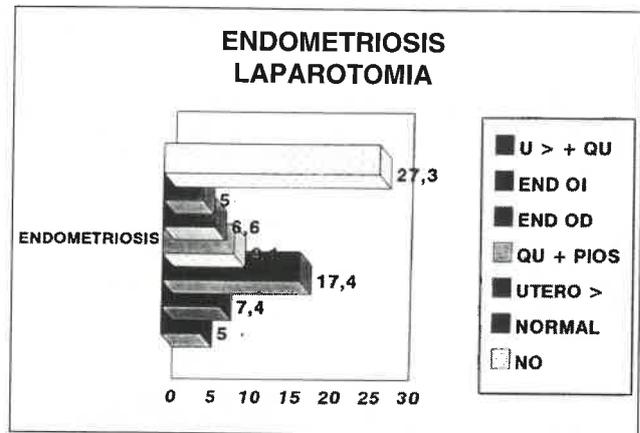
La ecografía se había efectuado en el 74% de las pacientes, estableciendo el diagnóstico de sospecha en el 94,3% de ellas, con el hallazgo de quistes anexiales o masas en la mitad de los casos.

La laparoscopia sólo se efectuó en el 27,3% de las mujeres, y la laparotomía en el 73%, con lo que se objetivó la localización de la endometriosis, tanto desde el punto de vista macroscópico como tras el estudio histológico, más frecuente en el ovario en el 81%, seguido de la uterina en el 25,6%, encontrando, asimismo, afectadas las trompas (5,8%), intestino (0,8%), peritoneo (8,3%), vagina (0,8%) y vulva (0,8%), con varias localizaciones en la misma paciente.

Asociadas a esta patología, se detectaron histológicamente otras como mioma, en el 21,6% de los casos, pólipo cervical en un 3,2%, pólipo uterino en un 2,5%.

En la laparotomía o laparoscopia se objetivaron macroscópicamente, además de los hallazgos típicos de endometriosis, exceptuando un 7,4% en que ésta se detectó en el estudio histológico, otros como miomas, útero aumentado de tamaño o piosálpinx (gráfica 3).

El tratamiento más frecuente llevado a cabo ha sido el quirúrgico, con una Histerectomía en el 35,5% de los casos, con o sin anejos, seguido por una quistectomía, efectuada en el 24,8% por laparotomía, y en un 8,3% mediante técnicas quirúrgicas laparoscópicas. Asimismo, el 22% de las pacientes fueron también sometidas a tera-



Gráfica 3. Hallazgos tras la laparotomía en mujeres con endometriosis.

pia hormonal, bien fuera con Análogos de la GnRh, (14,9%) o danazol (7,4%) tras la intervención quirúrgica.

### DISCUSION

Se cree que la endometriosis es típica de clases sociales altas y de mujeres con una actividad laboral intensa, bien porque retrasan el momento de la primera concepción o porque tienen acceso a mejores cuidados médicos, cuestión aún no aclarada. Sin embargo, en lo referente a la actividad laboral, el 79,4% de nuestras pacientes eran amas de casa y sólo el 20,6% la ejercían.

Su diagnóstico se suele realizar entre la tercera y cuarta década de la vida, hecho corroborado por nosotros, en el que la edad media fue de 38 años. Asimismo, su presencia es rara en mujeres postmenopáusicas, ya que se cree que los focos endometriósicos se atrofian tras este período, pero algunos autores (2), al igual que nosotros en el 9,9% (8), la detectan en un porcentaje elevado.

La existencia de ciclos cortos, cada 27 días, y de más de una semana de duración se han citado como factores para identificar a las mujeres susceptibles de padecer una endometriosis. Sin embargo, no podemos confirmar este aspecto; Cramer (1) encuentra frecuentemente mujeres con hipermenorrea, datos que nosotros hemos identificado, en el 10,7% de ellas. Asimismo, se ha citado el papel protector que podrían ejercer los anticonceptivos hormonales orales (4), pero no podemos pronunciarnos en este sentido ya que en nuestra muestra sólo el 14,9% los utilizaron.

El diagnóstico clínico de la endometriosis se puede realizar por el cuadro sintomático típico de dismenorrea y dolor pelviano, al que se le pueden asociar alteraciones menstruales y goteo intermenstrual, sin embargo, un alto porcentaje de estas mujeres van a ser asintomáticas, o úni-

camente estériles. Estos hechos se confirman en nuestra revisión, en la que la clínica más frecuente fue la dismenorrea, en el 38,8%, que se encuentra entre los datos referidos por otros autores del 25 al 80% (5, 8) y, además, cerca del 40% fueron asintomáticas.

El 15% referían esterilidad en nuestra muestra, que es inferior al descrito en otros trabajos, del 30 al 50%, aunque en éstos, el diagnóstico de endometriosis no fue siempre confirmado histológicamente o por laparoscopia, o bien, el diagnóstico de esterilidad y de endometriosis no fueron simultáneos (9), y nos aproximamos a Mamhood (4) que la halla en el 21% de las pacientes estériles sometidas a una laparoscopia, frente al 6% de mujeres que acudían para una ligadura tubárica.

Algunos autores citan un incremento en las tasas de abortos de mujeres endometriósicas de hasta el 49%, nosotros sólo lo hemos hallado en un 11,5%. Sin embargo, si el seguimiento se realiza de forma prospectiva se ha objetivado que el porcentaje de abortos es similar a la población general, no existiendo ninguna base para establecer lo contrario (3, 6).

Por otro lado, en muchas pacientes en las que se sospecha una endometriosis, al realizar la laparoscopia se observan otras patologías, como Enfermedad inflamatoria pelviana, quistes o tumores de ovario y miomas. Por tanto, la clínica y la exploración ginecológica, aunque importantes, no son suficientes para la confirmación del diagnóstico.

La ecografía puede ser de gran ayuda para establecer la localización y el tamaño de la lesiones, que si son peque-

ñas pueden pasar desapercibidas, con el hallazgo más frecuente de masas quísticas anexiales, lo cual se confirma en nuestro trabajo.

Para ello es preciso la ejecución de la laparoscopia, con la que se efectuará el examen de toda la región genital y otras estructuras que se pueden ver envueltas por esta patología, valorando el grado de afectación y posibilitando las tomas para biopsia y posterior confirmación histológica, además de realizar un primer paso de tratamiento quirúrgico.

La alta tasa de histerectomías y tratamientos no conservadores contemplados en nuestro trabajo, tiene su explicación en que alrededor del 40% de las pacientes tenían una edad superior a los 40 años. Además, este trabajo se ha realizado para establecer el punto de diferenciación ante la aplicación de nuevas terapéuticas tanto quirúrgicas laparoscópicas como hormonales, mediante los análogos de la GnRh, empleadas en la actualidad, que conllevan un comportamiento más conservador.

En conclusión, pensamos que la endometriosis es un cuadro con un espectro clínico amplio, pero que también se presenta hasta en el 40% sin sintomatología, en tanto que la exploración ginecológica mostrará algún hallazgo en la mitad de los casos. Como factores de riesgo destacan la existencia de intervenciones abdominales previas, en especial la apendicectomía.

La ecografía como técnica para establecer un diagnóstico de sospecha es muy útil, y es precisa la confirmación mediante laparoscopia, o laparotomía en los casos indicados, seguido del correspondiente estudio histológico.

## BIBLIOGRAFIA

1. CRAMER, D.W.; WILSON, E.; STILLMAN, R.J.; BERGER, M.J.: "The relation of endometrial endometriosis to menstrual characteristics, smoking, and exercise". *JAMA*, 1986; 255: 1904
2. DJURSING, H.; PETERSEN, K.; WEBERG, E.: "Symptomatic postmenopausal endometriosis". *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1981; 60: 529.
3. ENG.: "Clinical presentation and diagnosis of endometriosis". *Obstet Gynecol Clin North Am*, 1989; Mar, 16 (1): 29-42.
4. MAHMOOD, T.A.; TEMPLETON, A.: "Prevalence and genesis of endometriosis". *Hum. Reprod*, 1991; Apr, 6 (4): 544-9.
5. MAHMOOD, T.A.; TEMPLETON, A.A.; THOMSON, L.; FRASER, C.: "Menstrual symptoms in women with pelvic endometriosis". *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1991; June, 98: 558-563.
6. METZGER, D.A.; OLIVE, D.L.; STOHS, G.F.; FRANKLIN, R.R.: "Association of endometriosis and spontaneous abortion: effect of control group selection". *Fertil Steril*, 1986; 45: 18-22.
7. MURPHY, A.A.; GREEN, W.R.; BOBBIE, D.; DE LA CRUZ, Z.C.; ROCK, J.A.: "Unsuspected endometriosis documented by scanning electron microscopy in visually normal peritoneum". *Fertil Steril*, 1986; 45:522-524.
8. RODRIGUEZ DIAZ, R.N., TORRE FDEZ-VEGA, J.; MARQUEZ MARFIL, J.; TROYANO LUQUE, J.M.; PARACHE HDEZ, J.; ALBERTO BETHENCOURT, J.C.: "Endometriosis en la menopausia". *Acta Ginecológica*, 1993. L: 114-117.
9. SCHENKEN, R.S.: "Endometriosis. Contemporary concepts in clinical management", 1989. Ed. Lippincott Co. USA.
10. WHEELER, J.M.: "Epidemiology of endometriosis-associated infertility". *J. Reprod Med*, 1989; Jan, 34 (1): 41-6.

Correspondencia:  
Rubí Rodríguez Díaz  
La Era, 17 Guamasa  
La Laguna  
38330 Tenerife