

Endometriosis y Adenomiosis, Problema Diagnóstico

Víctor A. DIAZ

Servicio de Ginecología, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Hospital Arzobispo Loayza, Avda. Alfonso Ugarte 848, Breña Lima 5 Perú.

(Recibido el 18 de octubre de 1983. Aceptado el 23 de noviembre de 1983)

RESUMEN

DIAZ V. Endometriosis y adenomiosis, problema diagnóstico. *Ginecol Obstet (Lima)* 1983; **28** (1-2): 26-32. El presente trabajo analiza las dificultades que el clínico ginecólogo tiene para realizar el diagnóstico de la adenomiosis y endometriosis pélvica; el que muchas veces es realizado después de una intervención quirúrgica o del estudio histopatológico. En este trabajo, se analiza la casuística del Servicio de Ginecología del Hospital Arzobispo Loayza, estudiando 40 casos diagnosticados de alguna de las localizaciones de endometrio genital; se pone énfasis en señalar, que el método diagnóstico laparoscópico es un avance para la identificación de la endometriosis pélvica. Se hace ver la conveniencia de adoptar una clasificación de la extensión de las lesiones, para realizar una conducta terapéutica adecuada utilizando la clasificación de Kistner y, así poder confeccionar un pronóstico, en relación con la evolución de la enfermedad, después del tratamiento médico y/o quirúrgico, poniendo énfasis en el pronóstico de la fertilidad de muchas de las pacientes afectadas.

Palabras clave: Endometriosis, adenomiosis, clasificación de Kistner.

ABSTRACT

DIAZ V. Endometriosis and adenomiosis, diagnostic problem. *Ginecol Obstet (Lima)* 1983; **28** (1-2): 26-32. This paper analyse the serious difficulties that the clinician gynecologist, has to deal with, in order to arrive at the diagnosis of adenomiosis and pelvic endometriosis. In many instances, it is done only after surgery or after a histopathological study, and this has been the best available method. This is a retrospective study of 40 cases at Hospital Arzobispo Loayza, Gynecology Unit. Laparoscopy was used as an aid, but found to be of great assistance. It is emphasized the need to adopt a classification of the spread of the lesions, in order to follow convenient therapeutic measures and it was found that Kistner's classification meets this need.

Key words: endometriosis, adenomiosis, Kistner's classification.

Uno de los problemas de patología ginecológica más interesante y que con regular frecuencia encontramos en la práctica clínica es la adenomiosis y la endometriosis pélvica, identificada por Sampson en 1921, referida en la obra de R.W. Te Linde¹, *Ginecología Operativa*. El diagnóstico de esta afección es difícil de realizar, ya que es frecuente su asociación con otras alteraciones ginecológicas y fundamentalmente, porque el cuadro clínico no es característico; suele ser proteiforme en relación a las diferentes localizaciones de los implantes heterotópicos del endometrio². Esto nos revela que el diagnóstico casi siempre será presuntivo, salvo aquellas formas anátomo-clínicas que son visibles, lo que facilita su reconocimiento, tales como: las localizadas en vulva, vagina, periné, cicatriz umbilical o las que son fácilmente abordables, como las localizaciones de vejiga, sigmoides y recto, permitiendo en estos tres últimos grupos su estudio por medio de exámenes endoscópicos especializados.

El diagnóstico debemos fundamentarlo, elaborando una buena historia clínica, que en un reducido número de casos es típica cuando se manifiesta en forma de episodios mensuales o cíclicos. Estas manifestaciones tienen como característica, su agravamiento progresivo, desarrollando un cuadro pélvico comparable a un proceso inflamatorio de localización anexial. Decidimos hacer una evaluación clínica e instrumental retrospectiva con la finalidad de reconocer las características que presentan estas pacientes.

MATERIAL Y METODOS

Analizamos 40 casos de endometriosis en sus diferentes localizaciones, estudiadas en el Servicio de Ginecología y en el Consultorio de Fertilidad Humana del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Arzobispo Loayza, durante el lapso comprendido entre julio de 1968 y junio de 1982. Buscamos los parámetros siguientes: (1) Incidencia por edades; (2) Motivo de la consulta; (3) Sintomatología más frecuente; (4) Resultados del examen clínico; (5) Estudio de los hallazgos operatorios y del diagnóstico por la laparoscopia; (6) Localización anatómica y evaluación de la extensión de los implantes endometriósicos, utilizando la clasificación de Kistner; y (7) Elaborar las conclusiones a que se llego, con el estudio de los casos.

RESULTADOS Y DISCUSION

En nuestra serie de 40 casos, tenemos los resultados respecto a la edad, que aparecen en la Tabla 1. Vemos que en el 80% de las pacientes, la edad fluctuó entre 25 y 44 años; que el 13% tenían entre 20 y 24 años y sólo el 7% de las pacientes tenían entre 45 y 50 años. Esto nos reveló que la afección está íntimamente ligada a la función ovárica y la edad reproductiva.

Tabla 1. Distribución etaria de 40 pacientes con endometriosis.

Edad	No. casos
	$\eta = 40(100)^*$
20 - 24	5(13)
25 - 29	10(25)
30 - 34	10(25)
35 - 39	10(25)
40 - 44	2(5)
45 - 49	1(2)
50	2(5)

* La cifra entre paréntesis es porcentaje

La mayor parte de las pacientes consultan por esterilidad, así Te Linde¹, señala que en el Hospital Johns Hopkins, la esterilidad está presente en el 46%, y Haydon ha registrado 53%, en mujeres que padecen endometriosis¹. Novak³, revela que el 75% de sus pacientes presentaron esterilidad, y de estas solo un 20% han tenido más de un hijo, representando este porcentaje el de mujeres con esterilidad secundaria. En el grupo estudiado por nosotros (22/40) el 55% eran estériles, de las cuales 16 presentaban esterilidad primaria y 6 esterilidad secundaria. Debemos pues tener presente este dato anamnésico, para orientar nuestro diagnóstico clínico.

Reiteramos que en la endometriosis, no existe ningún síntoma característico. Esta realidad unida a la ausencia total de síntomas en muchos casos, o a la presencia de otra patología, que la asocia aportando otros síntomas, explican porqué el diagnóstico resulta difícil y muchas veces imposible hasta que, una laparotomía nos centra en la realidad. El síntoma aislado más constante es el dolor que tiene diferentes características^{4,5,6}. (Ver Tabla 2). En el cual resalta como modalidad más frecuente la dismenorrea que se identifica por ser secundaria o adquirida, Wharton, Scorr y Te Linde¹, señalan que el 51.4% de las enfermas venían sufriendo de dismenorrea desde su menarquia y que solo

Tabla 2. Distribución de la sintomatología en las 40 pacientes con endometriosis

Síntomas:	No.casos
	$\eta = 40$
Dismenorrea secundaria menstrual	20(50)*
Dispareunia	3(8)
Dolor irradiado al sacro-cóccix	1(2)
Dolor referido a las caderas	1(2)
Dolor pélvico difuso pre-menstrual	1(3)
Sin dolor	14(35)

* La cifra entre paréntesis es porcentaje.

un 9.1% presentaron una dismenorrea secundaria. Sin embargo, señalan el caso de que el 80% de las pacientes operadas de endometriosis, acusaron dismenorrea.

Nosotros hemos tenido 20 casos (50%) que presentaban como síntoma principal la dismenorrea secundaria menstrual. Cabe, sin embargo, recalcar que puede existir una endometriosis extensa sin la menor manifestación dismenorreica.

Cuando existe una infiltración endometriósica del fondo de Saco de Douglas y de los ligamentos útero-sacros, con frecuencia se presenta dispareunia y a veces dolor dorsal o sacrocóccigeo. En nuestra casuística, la dispareunia es la segunda manifestación dolorosa, en orden de frecuencia, pues se ha presentado en el 7.5% de los casos. El 2% de los casos se quejaba de dolor irradiado al sacro-cóccix y al referido a las caderas otro 2%, respectivamente. Varios autores señalan al dolor pélvico como síntoma aislado y lo refieren como uno de los mas constantes, sin embargo, nosotros solo lo encontramos en el 3% de los casos.

Vale la pena hacer un comentario en relación a lo expuesto por muchos autores con amplia experiencia en el tema, quienes señalan haber visto repetidas veces, endometriosis extensas que no presentaban ni la mas ligera molestia. Esto contrasta con otros casos en los que sólo pequeños implantes endometriales en la pelvis, producen dolor muy intenso^{1,4,5}.

Insistiendo en el concepto señalado al iniciar este comentario, en relación a que muchas pacientes pueden cursar su enfermedad con ausencia completa de síntomas, podemos ver en la misma Tabla 2 que un buen porcentaje de pacientes, que llega al 35%, no manifestaron sintomatología dolorosa alguna.

En la endometriosis hemos observado que algunas pacientes presentan hemorragias uterinas anormales. (Ver Tabla 3). Estas pueden ser bajo las características de una menorragia, me-

Tabla 3. Frecuencia de las hemorragias uterinas en 40 pacientes

Transtorno menstrual:	No.casos
	$\eta = 40(100)$
Metrorragia	12(30)
Menorragia	3(8)
Hipermenorrea	3(7)
Sin transtornos	22(55)

trorragia o ambas, frecuentemente asociadas a hipermenorrea. Wharton, Scott y Te Linde¹, señalan que en los casos operados primariamente por endometriosis, las pacientes presentaron hemorragias uterinas anormales en el 26.6%, pero aclara que varios de estos casos tenían lesiones asociadas que explicaban la hemorragia. Depurando las cifras, concluye que este porcentaje reducía al 14.4% la frecuencia de las hemorragias anormales sin otras causas posibles que el proceso endometriósico.

Se achaca el origen de la metrorragia y menorragia a la presencia de una disfunción ovárica consecutiva al compromiso de las gonadas, por los implantes endometriósicos en ellas. En nuestro grupo estudiado, el 55% de las pacientes no presentaron manifestaciones de este tipo (Ver Tabla 3). En el 30% de los casos se presentó metrorragia. La menorragia y la hipermenorrea en el 8 y 7% respectivamente. En un buen número de casos de mujeres portadoras de endometriosis, los datos recogidos por el examen ginecológico pueden revelar manifestaciones semiológicas asimilables a procesos inflamatorios crónicos. Muchas de ellas, con apariencia de estar asociadas con mioma uterino o presentar manifestaciones aparentes de anexitis crónica, pudiéndose palpar en uno o ambos lados de la pelvis una masa sensible, irregular poco móvil constituida por la trompa y el ovario, adheridos. En otros casos los signos exploratorios revelan manifestaciones características de la presencia de una tumoración quística.

Hay pacientes que en el examen presentan engrosamiento nodular de los ligamentos útero-sacros, que corresponden a islotes endometriales localizados en este punto. Este dato, cuando es hallado en una paciente que trae síntomas y signos de inflamación pélvica crónica, debe sugerirnos la posibilidad de la endometriosis. En casos como los señalados puede coexistir retroflexión uterina fija.

En nuestras pacientes estudiadas, el resulta-

do del examen ginecológico fue el siguiente (Ver Tabla 4). En el 25% de los casos el cuerpo uterino aparentaba estar agrandado y asimétrico, otro 25% de pacientes presentaban signos clínicos asimilables a quiste de ovario, 10% de pacientes presentaron cuerpo uterino agrandado simétrico, 5% con retroflexión uterina fija y el 5% nódulos característicos de endometriosis en vagina y periné. Cabe resaltar que 12 pacientes (30%) tuvieron un examen ginecológico normal.

Tabla 4. Resultado del examen ginecológico en 40 pacientes.

Tipo de lesión:	No. casos
	$\eta = 40(100)$
Cuerpo uterino agrandado asimétrico	10(25)
Quiste de ovario	10(25)
Cuerpo uterino agrandado simétrico	4(10)
Utero retroflexo fijo	2(5)
Nódulos en vagina y periné	2(5)
Examen ginecológico normal	11(30)

Wheless⁷, señala que la laparoscopia ofrece al ginecólogo los medios para dilucidar, sin recurrir a la laparotomía, muchos estados intra-abdominales equívocos. Desde el año 1959 el Profesor Martiniano Fernandez², resaltó la importancia de la endoscopia pélvica y abdominal para el diagnóstico preciso y oportuno de la endometriosis pelviana, pudiendo observar las formaciones endometriales implantadas en la superficie serosa, en los ovarios, superficie del cuerpo uterino, ligamentos útero-sacros y fondo de Saco de Douglas, apreciando el aspecto nodular de color azul oscuro o los característicos implantes negruzcos o parduzcos, de tamaño variado, de consistencia blanda, diseminados en una extensión variable.

La importancia de este procedimiento se revela en la ventaja de visualizar los implantes endometriósicos en la fase inicial del proceso, que permite una acción terapéutica con resultados favorables sin recurrir a intervenciones extensas y mutilantes que privaría a la paciente, del aparato genital y su función reproductiva.

En la Tabla 5 podemos apreciar que la enfermedad la pudimos diagnosticar clínicamente, con certeza, en 8(20%) de los casos, de los cuales 6(15%) fueron confirmados en la operación. En 2 casos (5%), no tuvimos dificultad en el

Tabla 5. Diagnóstico de endometriosis según los procedimientos.

Procedimiento	No. casos
	$\eta = 40(100)$
Clínico	8(20)
Laparoscópico	15(38)
Hallazgo operatorio	17(42)

diagnóstico clínico, pues las lesiones de implante endometrial, se encontraron a la vista en vagina y periné. Esto puede ocurrir igualmente en otras localizaciones extensas de la enfermedad.

Lo importante es que en 15(38%) de los casos estudiados, el diagnóstico se realizó por laparoscopia, siendo la mayoría de mujeres de este grupo, pacientes que consultaron por esterilidad matrimonial, o dolor pélvico crónico.

Estas pacientes carecían de otra sintomatología, por lo que el diagnóstico pre-operatorio laparoscópico de endometriosis no se hizo, siendo el resultado final un hallazgo. Como hemos precisado al inicio de este párrafo un gran número de las lesiones de estas mujeres, eran incipientes. En las pacientes de nuestro estudio, en el mayor número de casos 17(42%), el diagnóstico fue un hallazgo operatorio, haciendo patente lo difícil del diagnóstico preciso de esta enfermedad.

En la Tabla 6 podemos apreciar las diferentes enfermedades que debemos tener presente para realizar el diagnóstico diferencial ya que tanto el mioma uterino, como el quiste de ovario y la enfermedad pélvica crónica ocupan un lugar preponderante, como error diagnóstico.

Tabla 6. Diagnóstico diferencial con otras entidades

Diagnóstico propuesto:	No. casos
	$\eta = 40(100)$
Mioma uterino	10(25)
Quiste de ovario	10(25)
Endometriosis peritoneal	6(15)
Enfermedad pélvica crónica	5(13)
Apendicitis aguda	4(10)
TBC útero-anexial	2(5)
Endometriosis vagino-perineal	2(5)
Hemorragia uterina anormal	1(2)

* La cifra entre paréntesis es porcentaje

Rara vez se menciona la endometriosis como causa de emergencia abdominal, Riva⁵ señala que menos del 10% de las enfermas con urgencias abdominales tienen endometriosis. En las pacientes que presentan este tipo de cuadro de urgencia, el dolor abdominal y las náuseas con vómitos constituyen los síntomas dominantes. Sin embargo, la hiperestesia abdominal, la defensa muscular y el signo de rebote, contribuyen a pensar en un cuadro de peritonitis por un proceso infeccioso frecuente, catalogado como de origen apendicular, cuando en realidad es un endometrioma roto. El examen ginecológico, en estas pacientes, evidencia dolor pélvico que impide, a menudo, delimitar los órganos genitales internos. Estas mujeres por lo general están

afebriles y el recuento leucocitario está ligeramente elevado.

El proceso es condicionado por una reacción peritoneal, de origen químico a consecuencia del contenido de la hemosiderina producida por la descomposición de la sangre proveniente de los implantes endometriósicos. Frecuentemente estas pacientes ingresan al quirófano con el diagnóstico de apendicitis aguda y quiste a pedículo torcido. En nuestro estudio, 4 pacientes que representaban el 10% tuvieron este diagnóstico, 3 de ellas presentaban como dato importante que el cuadro abdominal agudo se presentó concomitantemente con la menstruación. La tuberculosis genital, es otro proceso que suele ser confundido con endometriosis. Sabemos que esta enfermedad, tan frecuente en las mujeres peruanas, tiene similares características nosológicas, pues al igual que la endometriosis es de carácter proteiforme, de curso solapado y que es un hallazgo en mujeres que consultan por esterilidad.

En nuestro grupo de pacientes estudiadas vemos que se pensó en tuberculosis útero-anexial en el 5% de los casos.

Los implantes endometriales se han descrito en las localizaciones más diversas, principalmente en la pélvica femenina, siendo el ovario el órgano más afectado. En el estudio que hemos realizado, lo hemos encontrado comprometido en 30(75%) de los casos (Ver Tabla 7). El segundo lugar es la trompa; 22(55%) de los casos; ligamentos útero-sacros 18(45%); superficie uterina 16(40%); ligamentos anchos 15 (38%); fondo de saco de Douglas 11(27%); vejiga 4(10%); y las otras localizaciones han sido 2(5%) en la vagina y 2(5%) en periné.

Desde el punto de vista histológico la endometriosis puede ser típica y atípica. En el primer caso está constituida por dos elementos que componen el endometrio: tejido epitelial y tejido conjuntivo.

Desde el punto de vista macroscópico se observa:

- a) Formaciones tumorales no encapsuladas, pero delimitadas, yendo del volumen de pocos milímetros a algunos centímetros, a veces ofreciendo elevaciones violáceas redondeadas implantadas en el revestimiento seroso, otras veces cenicientas, traslúcidas y recubiertas por adherencia^{1,2,6}.
- b) Quiste achocolatado o de contenido semejante a la brea, en general no muy voluminoso, situado en los ovarios, uni o multi-

oculares, cuyo contenido está compuesto por sangre espesa de color marrón oscuro^{1,2,6}.

- c) Infiltración difusa, invasiva en superficie, de límites imprecisos, apareciendo al corte de aspecto aereolar^{1,2,6}.

Tabla 7. Localización anatómica de las lesiones asociadas con endometriosis.

Lesión asociada:	No. casos
Ovario	30(75) *
Trompa	22(55)
Ligamentos utero-sacros	18(45)
Utero	16(40)
Ligamentos anchos	15(38)
F. de S. de Douglas	11(27)
Vejiga	4(10)
Vagina	2(5)
Perine	2(5)

* La cifra entre paréntesis es el porcentaje

En la Tabla 8, podemos ver que 21 pacientes (53%) presentaron implantes endometriósicos pequeños, diseminados en los órganos anexiales y en el peritoneo pélvico y visceral vecinos, en algunos casos se hicieron biopsias que confirmaron el diagnóstico. En 10 casos (25%) el estudio del útero reveló la presencia de adenomiosis. En 8 casos (20%) presentaron características de endometrioma. Dentro de este estudio hemos tenido un caso clínico bastante raro, cuyo diagnóstico fue un hallazgo y el estudio histológico, de la pieza operatoria, reveló la existencia de un carcinoma endometrioide de ovario, que representa el 2% de la casuística. Esta forma de cáncer en la endometriosis ha sido muy bien estudiada por Scully⁶.

Por todo lo mencionado, el diagnóstico de esta afección suele ser difícil, con frecuencia se le confunde con otras enfermedades (Ver Tabla 6), por tanto el diagnóstico diferencial deberá hacerse con: Enfermedad inflamatoria pélvica crónica, mioma uterino, tuberculosis genital, apendicitis aguda, adherencias inespecíficas, adenomiosis y neoplasias de ovario⁸.

Tabla 8. Estudio histopatológico.

Histopatología:	No. casos
	$\eta = 40(100) *$
Implante endometriósico	21(53)
Adenomiosis	10(25)
Endometrioma	8(20)
Carcinoma endometrioide	1(2)

* La cifra entre paréntesis es el porcentaje.

No consideramos en este aspecto, las localizaciones de los implantes endometriósicos, en cuello uterino, vagina y periné, que son fácilmente identificables a simple vista o al tacto⁹. Ni las localizaciones en la vejiga u otros órganos del tracto urinario, que tienen un abordaje diferente para su estudio¹⁰. Ante esta situación, siendo la endometriosis una enfermedad con sintomatología atípica cuyo diagnóstico clínico de certeza es difícil^{1,3,5}, lo que hemos comprobado, pues la hemos identificado de esta manera sólo en el 20% de los casos. Además sabemos que con mucha frecuencia el diagnóstico se hace en la mesa de operaciones; para nosotros el hallazgo operatorio fue del orden del 42%. Por las razones expuestas es imperativo recurrir a la laparoscopia, con la que es posible identificar la endometriosis de manera precisa, particularmente en las pacientes que consultan por infertilidad^{1,3,5,7,8,11}. Muchas de ellas son portadoras de lesiones incipientes poco extensas, pero suficientes para modificar las estructuras anatómicas y favorecer la producción de endometriomas y adherencias tubo-ováricas que determinan la presencia del factor peritoneal insospechado^{2,7,8}, antes de la laparoscopia. Nosotros, con el método laparoscópico pudimos diagnosticar endometriosis en el 38% de los casos estudiados. Finalmente, para que el diagnóstico de la afección que estamos estudiando tenga una repercusión favorable en la formulación del pronóstico, tanto para la resolución de la enfermedad, en beneficio de la salud de las pacientes, como para la recuperación funcional de los ovarios y trompas, especialmente en las mujeres infértiles, favoreciendo las posibilidades de un embarazo ulterior; se debe adoptar una clasificación de las lesiones teniendo en cuenta su extensión. En nuestro Servicio hemos adoptado la clasificación formulada por Kistner⁸, que las agrupa en cinco grados o etapas denominadas como Etapa I, IIA, IIB, III y IV. Siguiendo esta clasificación hemos encontrado una incidencia y porcentaje que, de manera resumida, la comentamos al mismo tiempo que describimos las etapas de la endometriosis.

Etapa I. En esta, los implantes endometriósicos no exceden de los 5 mm en los ligamentos anchos, fondo de saco y ovario; las trompas y ovarios solo presentan adherencias avasculares, sin fijación de estos órganos. En este grupo hemos identificado 11 casos (29%).

Etapa IIA. En los ligamentos anchos y fondo de saco los implantes no exceden los 5 mm; trom-

pas y ovarios presentan adherencias avasculares y las fimbrias, están libres. Los ovarios presentan quistes endometriósicos de 5 cm o menos. Los intestinos y el apéndice aparecen normales. Tuvimos 4 casos (10%).

Etapa IIB. Los ligamentos anchos están cubiertos por los ovarios adheridos; trompas con adherencias fibrosas y las fimbrias están libres, los implantes de endometriosis exceden los 5 mm; en el fondo de saco los implantes son múltiples, no hay adherencias intestinales, ni útero fijo. Intestino y apéndice normales. Hemos tenido 9 casos (24%).

Etapa III. En esta etapa la vejiga es normal, los ligamentos anchos cubiertos por trompas y ovarios adheridos, las fimbrias están cubiertas por adherencias, los ovarios presentan implantes y/o endometriomas, en el fondo de saco hay múltiples, no hay intestino adherido ni útero fijo; el intestino y apéndice son normales. Encontramos 6 casos (16%) en este grupo.

Etapa IV. La vejiga tiene implantes y el útero puede estar fijo y con adherencias en la cara posterior; el fondo de saco, cubierto por el intestino adherido o por el útero fijo en retroflexión; el intestino presenta adherencias al fondo de saco, ligamentos útero-sacos o cuerpo uterino; puede haber endometriosis en el apéndice. En este grupo hemos tenido 8 casos (21%).

Estamos convencidos que un estudio cuidadoso de cada paciente, efectuando una anamnesis prolija, una buena exploración física con examen ginecológico exhaustivo y con la premisa de tener un "alto índice de sospecha" de la enfermedad que estamos estudiando, contando con el apoyo invaluable de la laparoscopia nos permitirá incrementar el diagnóstico en un mayor número de personas.

CONCLUSIONES

1. La adenomiosis y endometriosis pélvica constituyen un problema patológico de difícil diagnóstico. Esta afección está íntimamente ligada a la función ovárica y se presenta en la edad reproductiva. En nuestro estudio el 80% de los casos tenían entre 25 y 44 años.
2. La mayor parte de las pacientes consultaron por esterilidad matrimonial. El 55% eran mujeres estériles, de estas, el 73% presentaban esterilidad primaria y el 27% esterilidad secundaria.

3. Esta afección no tiene síntomas característicos, por lo que el diagnóstico clínico resulta difícil. El síntoma aislado más frecuente es el dolor que tiene diferentes características. En nuestro trabajo el 50 % presentaban dismenorrea secundaria. La dispareunia se presentó en el 8 % de los casos y dolor pélvico en el 3% de las pacientes. El 35% de las pacientes no presentaron ningún tipo de dolor.
4. Las alteraciones catamenciales no son significativas. Encontramos que el 30 % presentaban metrorragia, el 8 % menorragia y el 7 % hipermenorrea. Sin trastornos el 55 %.
5. El examen ginecológico revela manifestaciones semiológicas asimilables a procesos inflamatorios crónicos, otros a mioma uterino o tumoración anexial quística. El 30 % de los casos tenían examen ginecológico normal.
6. El estudio laparoscópico ofrece al ginecólogo los medios para dilucidar, sin recurrir a la laparotomía, muchos estados intra-abdominales equívocos. Este método nos permitió diagnosticar el 38% de los casos estudiados. El diagnóstico clínico, con certeza, se realizó en el 20% de los casos. En el 42% de los casos, el diagnóstico significó un hallazgo operatorio.
7. La clasificación de las lesiones endometrióticas, de acuerdo a su extensión, permite una conducta terapéutica conveniente y una evaluación adecuada de los resultados del tratamiento. La clasificación de Kistner en

4 etapas permite alcanzar este objetivo. Obtuvimos en la Etapa I, 29% ; en la Etapa IIA, 10% ; en la Etapa IIB, 24% ; en la Etapa III, 16% y en la Etapa IV, 21% .

REFERENCIAS

1. Wharton LR, hijo. Endometriosis. En: R.W. Te Linde. *Ginecología Operatoria*. 5a, ed. Buenos Aires: El Ateneo 1980: 195-220.
2. Fernandez M. Endometriosis. Primer Tema Oficial. *Relatos del Primer Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología*. 1959; 1:21-113.
3. Novak ER. *Tratado de Ginecología* [Traducción de la 9a. ed. Novak's Textbook of Gynecology. Filadelfia: Williams Wilkins]. Méjico: Interamericana, 1977; 544.
4. Riva HL. Endometriosis. En: Benson RC *Diagnostico y Tratamiento Ginecológicos*. Méjico: El Manual Moderno 1979; 338-48.
5. Robert HG, Palmer R; Bouri-Heylerc; Cohen J. *Tratado de Ginecología*. Barcelona: Toray-Masson, 1976; 385-98.
6. Scully RE; Richardson GS; Barlow JR. Aparición de cáncer en la endometriosis. En: *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Méjico: Interamericana Junio 1966; 384-411.
7. Wheelless CR. Laparoscopia. En: R.W. Te Linde. *Ginecología Operatoria*. 5a. ed. Buenos Aires: El Ateneo. 1980:302-15.
8. Kistner RW. Endometriosis e infecundidad. En: *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Méjico: Interamericana, Junio 1979; 101-20.
9. Gardner HL. Endometriosis cervical y vaginal. En: *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Méjico: Interamericana, Junio 1966; 358-72.
10. Kerr WS, hijo. Endometriosis que afecta vías urinarias. En: *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Méjico: Interamericana, Junio 1966; 331-57.
11. Ingersoll FM. Selección del tratamiento médico o quirúrgico para endometriosis. En: *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Méjico: Interamericana, diciembre 1977; 873-90.

VIII CONGRESO PERUANO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SOCIEDAD PERUANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Arequipa, 03-07 de marzo de 1985

TEMAS OFICIALES:

Mortalidad Materna; Incontinencia de Esfuerzo; Hemorragia Uterina Disfuncional; Neoplasia Intracervical y Manejo del Cáncer de Ovario

PUESTAS AL DIA:

Toxemia; Avances en Fisiología; Avances en la actividad Hipotalamohipofisaria; Enfermedades de Transmisión Sexual; Cáncer de Ovario.

DEBATES:

Ruptura Prematura de Membranas; Patología de la Anticoncepción; Ovarios Poliquisticos; Enfermedad Trofoblástica.

INTERNACIONALES, CURSOS:

de Postgrado para Especialistas
de Postgrado para Médicos Generales
de Postgrado para Obstétricas
de Postgrado para Enfermeras

SECRETARIA GENERAL:

Monte Real 450, Lima 33, Telef.: 35-3946
San Rafael 301, Urb. Los Angeles, Arequipa, Telef.: 23-3567.