

Epidemiología, clínica y evolución en pacientes con endometriosis

 Ricardo Molina Rodríguez.¹

RESUMEN

Objetivo: Estudiar la relación que existe entre algunos factores predisponente a desarrollar endometriosis y síntomas más frecuentes que manifiestan las pacientes.

Métodos: Estudio observacional longitudinal, retrospectivo y descriptivo, mediante la revisión de 455 historias tomadas 560 pacientes que acudieron a la consulta de endometriosis y realizando diagnóstico definitivo en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” y consulta privada, en Venezuela, estado Carabobo, en el periodo de enero 2006 a mayo 2023.

Resultados: El diagnóstico se realizó en un 47,1 % de las pacientes con edades entre 26 a 35 años. La menarquia se presentó entre los 8 y los 12 años (el 69 %). El 63 % no tenía embarazos. La dismenorrea primaria fue más frecuente en el 63,07 %. El dolor pélvico y dispareunia en el 48 %, los síntomas digestivos en el 21 %. La localización más frecuente fue en ovario (78,7 %).

Conclusión: La endometriosis, enfermedad inflamatoria benigna, estrógeno dependiente, se caracteriza por presencia de glándulas y estroma endometrial ectópico, usualmente acompañados de fibrosis. Se manifiesta en el periodo reproductivo, su principal síntoma es el dolor. Se localiza con mayor frecuencia en la pelvis y de esta en los ovarios, en intestino, vejiga, hígado, pulmones, cerebro, pared abdominal y periné. No hay tratamiento para su cura, pero si para los síntomas y retardar su progreso. Su diagnóstico por su desarrollo multifactorial y manifestaciones clínicas en muchas oportunidades se realiza en forma tardía.

Palabras clave: endometriosis, dolor pélvico, endometrioma, fertilidad, dismenorrea.

EPIDEMIOLOGY, CLINIC AND EVOLUTION IN PATIENTS WITH ENDOMETRIOSIS

SUMMARY

Objective: To study the relationship that exists between some predisposing factors to develop endometriosis and the most frequent symptoms manifested by patients.

Methods: Longitudinal, retrospective and descriptive observational study, through the review of 455 records taken from 560 patients who attended the endometriosis consultation and made a definitive diagnosis at the “Dr. Ángel Larralde” and private consultation, in Venezuela, Carabobo state, in the period from January 2006 to May 2023.

Results: The diagnosis was made in 47.1% of the patients aged between 26 and 35 years. Menarche occurred between 8 and 12 years of age (69%). 63% did not have pregnancies. Primary dysmenorrhea was more frequent in 63.07%. Pelvic pain and dyspareunia in 48%, digestive symptoms in 21%. The most frequent location was in the ovary (78.7%).

Conclusion: Endometriosis, a benign, estrogen-dependent inflammatory disease, is characterized by the presence of ectopic endometrial glands and stroma, usually accompanied by fibrosis. It manifests itself in the reproductive period, its main symptom is pain. It is located most frequently in the pelvis and from this in the ovaries, intestine, bladder, liver, lungs, brain, abdominal wall and perineum. There is no treatment to cure it, but there is treatment for the symptoms and slowing its progress. Its diagnosis due to its multifactorial development and clinical manifestations is often made late.

Keywords: endometriosis, pelvic pain, endometrioma, fertility, dysmenorrhea.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad ginecológica de carácter benigno, inflamatoria y estrógeno dependiente; su manifestación clínica principal es el dolor menstrual y su etiología multifactorial es el motivo por lo que

¹Adjunto II, jefe de servicio de Obstetricia norte - Coordinador de la consulta de endometriosis. Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Valencia. Estado Carabobo. Correo para correspondencia: ricardoemolinar@gmail.com

Forma de citar este artículo: Molina Rodríguez R. Epidemiología, clínica y evolución en pacientes con endometriosis. Rev Obstet Ginecol Venez. 84(3):299-306. DOI: 10.51288/00840311

se dificulta, en muchas oportunidades, su diagnóstico temprano. Esta patología afecta entre un 10 % a un 15 % a las mujeres en edad reproductiva, se calcula que entre el 30 % y el 50 % de las mujeres con esta enfermedad presentan problemas de fertilidad.

Brotherson (1), en 1776, señaló que, en sus peores etapas, esta enfermedad afecta el bienestar de la paciente total y adversamente. Todo su espíritu se quebranta e inclusive vive en constante temor de más y peores síntomas. Palabras que siguen vigentes porque 247 años después, la endometriosis es una patología que la mujer presenta y, por sus manifestaciones clínicas y complicaciones, compete no solamente a la paciente, sino también al núcleo familiar y al círculo social que la rodea e interfiere en el desarrollo laboral.

La endometriosis se produce por la presencia de tejido igual al que recubre la cavidad interna del útero (endometrio), fuera de esta cavidad, este tejido aberrante que posee estroma y glándulas con receptores de estrógeno, progesterona y andrógenos, se comportan ante el estímulo de estas hormonas de forma similar al endometrio en su localización original (2).

El endometrio incorrectamente desarrollado e implantado es capaz de asentarse en cualquier lugar, siendo más frecuente en los órganos pélvicos tales como ovarios, trompas uterinas e intestinos, menos frecuente en zonas más distantes como hígado, pulmón, cerebro y en tejidos superficiales como pared abdominal, ombligo, periné y heridas quirúrgicas ginecológicas como episiotomía, cesáreas e histerectomías (3).

Existen ciertas características clínicas claves que deben despertar sospechas, que incluyen el dolor pélvico, que generalmente se inicia un poco después de la menarquia, y la infertilidad. Es de recordar siempre que la endometriosis es la causa más común de dolor pélvico crónico. Posiblemente el dolor no se

limite solamente a la región pélvica y no se presente en forma cíclica. Otros síntomas que puede presentar la paciente con endometriosis es la dismenorrea, que pudiese ser leve, moderada o grave; dispareunia, disquecia, disuria. Otros síntomas dependerán de la implantación de la endometriosis como pulmonar, renal, ureteral, intestino, cerebral y otras.

La patogénesis de la endometriosis hasta la actualidad es desconocida, aunque existen varias teorías que tratan de explicar su causa u origen, entre estas se incluyen la teoría de la implantación retrograda propuesta por Sampson (4), publicada en 1927, es la más aceptada y basada en las observaciones del reflujo menstrual hacia el peritoneo, trasplante o diseminación de fragmentos o células endometriales. Según estos hallazgos de Sampson (4), el contenido menstrual con fragmentos de endometrio pasa a través de las trompas de Falopio alcanzando la cavidad peritoneal en lo que se conoce como menstruación retrógrada. Esta es una condición común en mujeres con trompas uterinas permeables y ocurre cerca de un 90 % de las mujeres que tienen sus menstruaciones regularmente (5). Estudios recientes utilizando cirugía laparoscópica demuestran que la menstruación retrógrada es un fenómeno frecuente y se presenta entre el 76 % y el 90 % de las mujeres con trompas de Falopio permeables. Existe un porcentaje elevado de mujeres que presentan menstruación retrógrada y solo el 10 % al 15 % de las mismas desarrolla endometriosis (6). La explicación a este fenómeno radica en la presencia de factores inmunológicos que favorecen la invasión, progresión y persistencia de las lesiones. Otros estudios también involucran a las células madre y orígenes genéticos de la enfermedad (7).

La segunda teoría, propuesta por Iwanoff y Meyer (8), la metaplasia celómica, propone la existencia de células totipotenciales capaces de transformarse en células endometriales; se fundamenta en que la endometriosis ocurre por metaplasia de las células que revisten el

peritoneo pélvico, con base en estudios embriológicos que demostraron que los conductos de Müller, el epitelio germinativo del ovario y el peritoneo pélvico tiene el mismo precursor (5). Tanto los ginecólogos como los patólogos han estado interesados en el fenómeno de la implantación ectópica del endometrio desde su descripción en 1920.

La tercera teoría, embriogénica, por duplicación de los conductos de Müller o teoría de los restos embrionarios, es la teoría de la metástasis linfáticas y vasculares de Halban (9) y Sampson (4), según esta, existe la diseminación de tejido endometrial hacia otras partes del organismo y explicaría su aparición endometriosis en retroperitoneo, vejiga, pulmón, riñón, ombligo, piel, cuello uterino, vagina, vulva, entre otros (2).

Por último, se ha propuesto una teoría basada en alteraciones de tipo inmunológico, que lleva a una inapropiada remoción de las células endometriales de la cavidad pélvica (5).

La clasificación de la endometriosis ha sido muy controvertida y desafiante debido a las numerosas manifestaciones de la enfermedad, en las que la atención se ha centrado en la anatomía, la histología y la carga de la enfermedad para la estadificación quirúrgica y más recientemente, en el valor pronóstico. Se ha luchado por generar una solución adecuada para mejorar la utilidad de la clasificación de la enfermedad y el manejo de los síntomas relacionados con la endometriosis, el pronóstico de repuestas a las terapias, la recurrencia, la calidad de vida, y la asociación que puede tener con otros trastornos.

Varias clasificaciones son conocidas actualmente, según Sutton y cols. (10), la primera en fue descrita por Sampson en 1921. Sin embargo, el sistema de clasificación más conocido y de mayor uso para la endometriosis es la propuesta por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (r-ASRM)

en 1997. Además de la clasificación r-ASRM, los sistemas emergentes incluyen la clasificación Enzian para la endometriosis profunda, el índice de fertilidad para endometriosis (EFI) 2010 y clasificación de la Asociación Estadounidense de Laparoscopistas Ginecológicos (AAGL) (10).

En 1996 la ASRM revisó y simplificó la clasificación de 1985, la cual se mantiene hasta la actualidad. Sin embargo, esta clasificación no aborda ni la complejidad ni la habilidad quirúrgica necesaria para la eliminación de la endometriosis, como en las lesiones grandes que infiltran completamente el recto, íleon, uréter, vagina o vejiga que reciben puntuaciones comparables a una lesión superficial de 3 cm de diámetro en el peritoneo anterior (10).

De manera resumida, es clasificada de esta forma:

Estadio I Mínima: implantes aislados y sin adherencias.

Estadio II Leve: implantes superficiales menores de 5 cm, adheridos o diseminados sobre la superficie del peritoneo y ovarios.

Estadio III Moderada: implantes múltiples superficiales o invasivos, con adherencias alrededor de las trompas o periováricas, que pueden ser evidentes.

Estadio IV Grave: implantes múltiples, superficiales y profundos que incluyen grandes endometriomas ováricos. Usualmente se observan adherencias membranosas extensas.

La Clasificación de ENZIAN de 2011 ha demostrado ser la herramienta adecuada para estadificar la endometriosis profunda. Para superar las limitaciones previas, se ha creado un sistema de mapeo de la endometriosis, incluyendo la ubicación anatómica, el tamaño de las lesiones, las adherencias y el grado

de afectación de los órganos adyacentes, pudiéndose utilizar tanto con métodos diagnósticos como quirúrgicos, pero no incluye las enfermedades o adherencias peritoneales u ováricas. Esta clasificación se basa la división de tres compartimientos, el primero consta del tabique rectovaginal y la vagina. El segundo consta del ligamento úterosacro y las paredes pélvicas. El tercero consta del colon sigmoide y el recto. Clasificado en tres grados según la invasividad, grado 1, < 1 cm; grado 2, invasividad de 1-3 cm y grado 3 invasividad > 3 cm (10).

Además, se describe el EFI (Índice de Fertilidad en Endometriosis) (10) aceptada por la ASRM y la *World Endometriosis Society* que en realidad no es una clasificación, solo un índice probabilístico de predecir si una paciente con endometriosis pudiese quedar embarazada de forma natural, para así proceder a tiempo con métodos de reproducción asistida en aquellas mujeres con mal pronóstico en cuanto a fertilidad.

En el año 2021 la AALG (Asociación Estadounidense de Laparoscopistas Ginecológicos) publica una nueva clasificación que va a representar una puntuación objetiva, que deriva anatómicamente y resulta fácil de usar. Este nuevo sistema de clasificación de la endometriosis establece diferentes categorías que describen de manera fiable el nivel de complejidad de la cirugía necesaria para tratar completamente la enfermedad y se correlaciona también con los síntomas de dolor preoperatorio y la infertilidad. La nueva clasificación sí tiene en cuenta todos los tipos de endometriosis: la peritoneal, la ovárica y la profunda (5, 11).

Existen factores predisponentes para desarrollar endometriosis entre los que se cuentan la menarquia temprana, nuliparidad, ciclos menstruales cortos y abundantes, malformación mülleriana, exposición a dietilestilbestrol, dioxina y el bifenilo, niveles

elevados de estrógeno o una mayor exposición durante toda la vida al estrógeno endógeno, bajo índice de masa corporal, menopausia a una edad avanzada, alteraciones inmunológicas (3, 6).

Se ha demostrado la relación existente entre endometriosis y alteraciones en el sistema inmunológico desde 1980. Es de hacer notar la importancia de la activación y regulación del sistema inmunológico cuando se realizan pruebas de función del sistema inmune en el desarrollo y patogénesis de la endometriosis. Se puede tener pacientes con endometriosis que presentan disminución o supresión de la citotoxicidad celular (linfocitos T y B) contra las células del estroma endometrial. Disminución de la actividad de las células NK (“*natural killers*”). Aumento del número de macrófagos peritoneales y aumento del número de macrófagos activados. Aumento de la interleukina 1 (IL-1) producida por los macrófagos activados. Se han establecido locus de susceptibilidad de padecer la enfermedad en las regiones cromosómicas 10q26 y 7p15, también el factor genético, por lo que se puede inducir la historia familiar de la endometriosis que puede presentarse en familiares cercanos como madre y hermanas (12).

La patología de la endometriosis es un aspecto clásico en el que se describen la localización, la macroscopía y la microscopía de esta enfermedad ginecológica. Las lesiones endometriales se pueden implantar en diferentes partes del cuerpo de la mujer, pero la pelvis es el sitio de mayor frecuencia de su localización y de allí implantes peritoneales superficiales, quistes ováricos, máculas o nódulos y placas profundas que pueden involucrar e infiltrar individualmente a los parametrios, saco de Douglas, pared anterior del recto, fórnix vaginal posterior, fondo de saco uterino anterior, músculo detrusor de la vejiga, uréteres y colon sigmoides. En la macroscopía, se presentan lesiones de distintos aspectos, como pueden ser nódulos o máculas, quistes hemorrágicos, implantes o focos confluentes y

adherencias fibrosas o induraciones difusas. Variará en su color dependiendo del tiempo y la actividad de la lesión, cuando son recientes tienen pigmentaciones rojas o asalmonadas y cuando ya tienen tiempo tienden a presentarse de color marrón, azul o negras. En la microscopía, en el estudio histopatológico se puede observar la presencia de algunos componentes de manera que se puede realizar el diagnóstico con dos o más de ellos, estos son glándulas endometriales, estroma con características similares al del endometrio normal y macrófagos cargados de hemosiderina (2, 13).

El principal síntoma de la endometriosis es el dolor, que representa el cuadro clínico más representativo, el cual va aumentando en forma progresiva, puede variar, dependiendo de la localización de los implantes, cuando su ubicación es pélvica, la cual es la más frecuente, se manifiesta con dismenorrea y dolor lumbar intenso con la menstruación, *spotting* premenstrual, sangrado menstrual abundante y prolongado y sangrado intermenstrual, dispareunia profunda con pérdida secundaria de la libido o vaginismo, intensa fatiga justo antes y durante la menstruación, dolor con los movimientos intestinales, tenesmo rectal e incluso sangrado rectal durante la menstruación, diarrea perimenstrual y/o estreñimiento junto con dolor abdominal, a menudo diagnosticado como síndrome de colon irritable, molestias abdominales generalizadas de aparición imprevisible e irregular y repentina, dolor agudo o apagado durante la fase periovulatoria o menstrual, urgencia miccional o disuria y más rara vez hematuria y como complicación la infertilidad (14).

Pudiese no haber ninguna asociación clara entre la gravedad del dolor reportado y la extensión o tipo de enfermedad presente. La gravedad de los síntomas no es signo de la gravedad de la enfermedad ya que hay pacientes que con pequeños focos de endometriosis que presentan síntomas intensos y pacientes con lesiones iguales o más graves, refieren síntomas leves o asintomáticas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, longitudinal, retrospectivo, descriptivo, mediante la revisión de 455 historias de un universo de 560 pacientes que acudieron a la consulta de las clínicas de endometriosis del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” y a la consulta privada de endometriosis, en Venezuela, estado Carabobo, en el periodo entre enero 2006 y mayo 2023. Se tomaron en cuenta diferentes variables de las historias de endometriosis, que específicamente fueron diseñadas para pacientes con esta patología. Esta muestra fue tomada de pacientes que acudían a la consulta y el criterio de inclusión fue tener el diagnóstico de endometriosis por estudio histopatológico obtenidos por laparoscopia, laparotomía, toma directa de la lesión con cirugía menor o por punción. Se excluyeron aquellas cuya información no estaba disponible en la historia.

Las variables tomadas en cuenta para la realización de este trabajo fueron: la edad de las pacientes que acudieron a la consulta y en el cual se realizó el diagnóstico definitivo, la menarquia, número de gestaciones, cuadro clínico más frecuente, síntomas más relevantes y el tipo de endometriosis que presentaban.

RESULTADOS

En la tabla 1 se puede observar la distribución de pacientes según la edad entre 15 y 45 años, en la cual se realizó el diagnóstico de endometriosis. El diagnóstico se hizo con mayor frecuencia en las pacientes entre 26 y 35 años, cuando se diagnosticaron 214 mujeres (47,0 %). La edad de la menarquia de 314 pacientes (69 %) estuvo entre 8 y 12 años (tabla 2). En la tabla 3 se puede ver que la mayoría eran pacientes sin embarazos previos (286 mujeres; 62,9 %).

Tabla 1. Distribución de pacientes según la edad del diagnóstico de endometriosis

Edad (años)	n	%
15 a 19	17	4,0
20 a 25	74	16,3
26 a 30	105	23,1
31 a 35	109	24,0
36 a 40	90	19,8
41 a 45	60	13,2

Tabla 2. Distribución de pacientes con endometriosis según la edad de la menarquia

Edad (años)	n	%
8 - 12	314	69,0
13 - 15	131	28,8
16 - 17	10	2,2

Tabla 3. Distribución de pacientes con endometriosis según el número de embarazos

Número de gestaciones	n	%
0	286	62,9
I	88	19,3
II - III	74	16,3
IV o mas	7	1,5

Con relación a los síntomas más frecuentes y con mayor relevancia que se presentaron en las pacientes con endometriosis. Hubo dismenorrea en 407 (89,46 %), dolor pélvico en 228 (50,1 %) dispareunia en 192 (42,2 %) y síntomas digestivos en 185 (40,7 %). Las otras manifestaciones clínicas pueden observarse en la tabla 4.

Tabla 4. Distribución de pacientes con endometriosis según las manifestaciones clínicas

Síntomas	n	%
Dismenorrea	407	89,46
Dispareunia	192	42,2
Dolor pélvico	228	50,1
Síntomas digestivos: dolor abdominal, disquecia, estreñimiento, diarrea, náuseas, vómitos.	185	40,7
Síntomas urinarios: cistitis, cólicos renales, urgencia miccional, poliuria, hematuria	97	21,3
Infertilidad	185	40,7

La tabla 5 señala las localizaciones más frecuentes de la endometriosis. La localización más frecuente fue en epiplón y peritoneo, presente en 215 mujeres (47,3 %). Le sigue en orden de frecuencia, ovario derecho (27,9 %), izquierdo (27,9 %), y bilateral (22,9 %). Otras localizaciones menos frecuentes se encuentran distribuidas en la tabla.

Tabla 5. Distribución de pacientes con endometriosis según la ubicación de las lesiones

Endometriosis	n	%
Epiplón y peritoneo	215	47,3
Ovario derecho	127	27,9
Ovario izquierdo	127	27,9
Ovarios bilaterales	104	22,9
Fondo de saco posterior	40	8,8
Intestinal	12	2,6
Vesical	2	0,4
Pulmonar	5	1,1
Pared abdominal	16	3,5
Episiorrafia	11	2,4

DISCUSIÓN

Como se puede observar en este grupo de pacientes, la edad en la que se diagnosticó la endometriosis en un mayor número, fue en pacientes que se encontraban entre 20 y 35 años, en las pacientes mayores a los 36 años y menores de 19 años se presentó en un porcentaje mucho menor, coincidiendo estos datos con lo reportado en 2019 por Ulett (14), quien refiere que la mayor incidencia usualmente se presenta entre los 25 y 35 años de edad, aunque la enfermedad puede afectar a mujeres más jóvenes o hasta posmenopáusicas que presentan dolor pélvico.

El inicio de los períodos menstruales a una edad temprana significa un factor de riesgo a desarrollar endometriosis. En el presente estudio se puede observar que la menarquia se presentó con mayor frecuencia en las pacientes entre 8 y 12 años en un porcentaje 69,0 %. Muchos estudios han mostrado como mujeres con inicio temprano de la menstruación tienen mayor incidencia de endometriosis que aquellas con menarquia tardía (15).

Con respecto a la gestación, en las pacientes con endometriosis se observó un 62,9 % de mujeres sin embarazos, el 19,3 % pudo embarazarse en una oportunidad. En las pacientes con endometriosis, se calcula que un 35 % a un 50 % de ellas tienen problemas para quedar embarazadas, promedio que se reporta en varios artículos (3, 16). Rodríguez (2) refiere, en 2004, una estadística de 39 % de infertilidad. Pereira (17), en 2020, refiere que entre el 30 % y el 50 % van a tener dificultad para embarazarse de manera natural.

El dolor pélvico es el síntoma cardinal de la endometriosis, predominantemente premenstrual o perimenstrual. La dismenorrea se considera un cuadro clínico característico de la endometriosis. En este estudio los síntomas más frecuentes fueron la dismenorrea en un 89,43 %, el dolor pélvico, segundo en frecuencia, en 26 %, la dispareunia, que se

manifestó en 42,2 %. También se presentaron síntomas digestivos como dolor abdominal, disquecia, náuseas, vómitos, estreñimiento o diarrea en un 40,7 %. Los síntomas urinarios como cistitis, cólicos renales, urgencia miccional, poliuria, hematuria en un 21,3 % y la infertilidad un 40,7 %. Se pudo apreciar que los síntomas más frecuentes en estas pacientes fueron el dolor pélvico, la dispareunia, los síntomas digestivos y la infertilidad. Además, se evidenció que la presentación pelviana es una de las principales causas de dolor en la mujer con endometriosis y representada con gran frecuencia por los síntomas de la triada dolorosa de esta patología, que lo constituyen el dolor pélvico crónico, dismenorrea y dispareunia. (2, 13). En este estudio se confirma también esta triada presente en las pacientes con endometriosis. Rodríguez (2) reportó un 42 % de dismenorrea en 276 pacientes con diagnóstico de endometriosis. En un estudio realizado al sureste de Inglaterra, en 2007, por Pugsley (6), entre 101 pacientes con diagnóstico de endometriosis, se registró una frecuencia de dismenorrea de 26,17 %.

La endometriosis se desarrolla con mayor frecuencia en la superficie peritoneal o serosa de los órganos pélvicos, en los ovarios, los ligamentos anchos, en fondo de saco posterior y los ligamentos úterosacros. Las localizaciones menos comunes incluyen a las trompas uterinas, las superficies serosas de los intestinos delgado y grueso, los uréteres, la vejiga, la vagina, el cuello uterino, las cicatrices quirúrgicas y con menor frecuencia, en pulmón y pleura (15). Las localizaciones más frecuentes de la endometriosis que se reportan en diferentes estudios son lesiones a nivel de la pelvis y en su interior, los ovarios y peritoneo. (12, 14).

En el presente estudio se evaluaron los lugares donde, con mayor frecuencia, se encontraron los focos de implantes de endometrio y donde se desarrolló la endometriosis en estas 455 pacientes. Se pudo observar que la localización con mayor frecuencia es en la pelvis y entre esta, en los ovarios, donde existe

una similitud en la cantidad de casos reportados, tanto de ovario derecho como del izquierdo y en la presentación bilaterales de los ovarios. La otra localización frecuente fue el epiplón y peritoneo, siendo las presentaciones intestinal, pulmonar, pared abdominal y episiorrafia, menos frecuentes.

Se pudo evidenciar que en muchas ocasiones el diagnóstico de endometriosis se realizó de manera tardía, habiendo comenzado a presentar signos y síntomas a edades tempranas, la multiplicidad de maneras de manifestarse quizás sea una de las causas. Es importante hacer notar que el interrogatorio clínico sobre las características de la menstruación, desde la menarquia y en el transcurso de los años que en oportunidades se obvian, es de suma importancia para poder realizar un diagnóstico más precoz y así evitar las complicaciones que son las que predominan. Por ejemplo, en la endometriosis pulmonar, intestinal, vesical, cerebral, pared abdominal y otras, existe mucha deficiencia en las historias clínicas ginecológica que se pudiesen agregar para así realizar el diagnóstico más temprano.

REFERENCIAS

1. Brotherson L. Medical dissertation, inaugural, on the uterus and inflammation of the same. Apud Balfour et Smellie Academiae typographos. [Internet]. 1776 [consultado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://archive.org/details/b31877813_0001.
2. Rodríguez O. Endometriosis. Cuarenta años de experiencia. Caracas: Editorial ATEPROCA CA; 2004.
3. García J, Botros R. Endometriosis: Tratamiento Actual y Futuras Tendencias. Ciudad de Panamá: Editorial: Jaypee Highlights Medical Publishers, Inc.; 2011
4. Sampson JA. Heterotopic misplaced endometrial tissue. Am J Obstet Gynecol. 1925; 10(5): 649-664. DOI: 10.1016/S0002-9378(25)90629-1:
5. Halme J, Hammond MG, Hulka JF, Raj SG, Talbert LM. Retrograde menstruation in healthy women and in patients with endometriosis. Obstet Gynecol. [Internet] 1984 [consultado el 5 de marzo de 2024]; 64(2):151-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6234483/>.
6. Pugsley Z, Ballard K. Management of endometriosis in general practice: the pathway to diagnosis. Br J Gen Pract [Internet]. 2007 [consultado el 5 de marzo de 2024]; 57(539):470-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2078174/>
7. De la Fuente P, Ordás J. Endometriosis. En: Usandizaga A, De la Fuente P, editores. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2ª edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2005.p.297-309.
8. Contreras J, Velázquez T. Endometriosis. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2012 [consultado el 5 de marzo de 2024]; 80(12): 795-802. Disponible en: <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/1716027087965x841740033382945000>
9. Nap AW, Groothuis PG, Demir AY, Evers JL, Dunselman GA. Pathogenesis of endometriosis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2004;18(2): 233-44. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2004.01.005.
10. Sutton C, Adamson D, Jones K. Modern Management of Endometriosis. London; New York: Taylor & Francis Group; 2006.
11. 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): 315-324. DOI: 10.1093/humrep/dew293.
12. Hickey M, Ballard K, Farquhar C. Endometriosis. BMJ. 2014; 348: g1752. DOI: 10.1136/bmj.g1752
13. Calatroni C, Ruiz V. Terapéutica Ginecológica. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 10ª. Edición; 1991
14. Ulett NM. Actualización en los puntos clave de la endometriosis. Rev Méd Sinerg [Internet]. 2019 [consultado el 5 de marzo de 2024];4(5):35-43. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/191>
15. Ochoa G, Posada M, Ochoa J, Tobón L, Aristizabal J. Endometriosis. Guías de práctica clínica basadas en evidencia 11 [Internet]. Medellín: ASCOFAME; 2015 [consultado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/3404060/Guia-ASCOFAME>
16. Ayala R, Mota M. Endometriosis: fisiología y líneas de investigación. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2007 [consultado el 5 de marzo de 2024];75(8):477-83. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom078i.pdf>.
17. Pereira Calvo J, Pereira Rodríguez Y, Quirós Figueroa L. Infertilidad y factores que favorecen su aparición. Rev Méd Sinerg. [Internet]. 2020 [consultado el 5 de marzo de 2024]; 5(5): e485. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/485>.

Revisado 23 de enero de 2024
Aprobado 10 de julio de 2024