



Factores de riesgo asociados, métodos diagnósticos y tratamiento para endometriosis, utilizados en la clínica de endometriosis del servicio de Ginecología del Hospital General de México (2009- 2011)

Antonio Guerrero Hernández*, Guillermo Oropeza Rechy, ** Elisabeth Gómez García***

RESUMEN

Antecedentes: en la endometriosis hay estroma y glándulas endometriales ectópicas. Tiene diversos factores de riesgo. Cuatro teorías la explican: la teoría de la metaplasia celómica, restos de células embrionarias, de la implantación e inmunológica. Los datos clínicos son dolor e infertilidad. Por la American Fertility Society (AFS) se divide en: mínima, leve, moderada y severa. Los estudios diagnósticos son: antígeno Ca 125, resonancia magnética, y la ecografía abdominal. El método ideal es la visualización directa con confirmación histológica. El tratamiento es médico y quirúrgico.

Objetivo: conocer los factores de riesgo, métodos diagnósticos de endometriosis y la eficacia de los tratamientos utilizados en la clínica de Endometriosis de la Unidad de Ginecología en el Hospital General de México O.D.

Material y método: estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo con duración de 2 años 6 meses en 30 pacientes con diagnóstico de endometriosis en tratamiento en la clínica de Endometriosis del Hospital General de México O.D.

Resultados: el grupo de edad más afectado fue de los 21 a 25 años, los factores de riesgo son: haberse embarazado, residir del Estado de México y tener una malformación mülleriana. El síntoma fue la dismenorrea. En 16 se estableció el diagnóstico como hallazgo quirúrgico y en una por laparoscopia diagnóstica.

Conclusiones: es importante estudiar los factores de riesgo. El diagnóstico se establece con base en datos clínicos, cuantificación de antígeno Ca125 y por los estudios de imagen. El tratamiento médico está indicado en el preoperatorio y en el postoperatorio y el tratamiento quirúrgico busca erradicar las lesiones.

Palabras clave: factores de riesgo, métodos diagnósticos, tratamiento de endometriosis, Hospital General de México O.D.

ABSTRACT

Background: Endometriosis no ectopic endometrial stroma and glands. Have different risk factors. Four theories explain it: the theory of coelomic metaplasia, embryonic cell debris, deployment and immunological. Clinical data are pain and infertility. For the American Fertility Society (AFS) is divided into minimal, mild, moderate and severe. Diagnostic studies are antigen Ca 125, Magnetic Resonance, and abdominal ultrasound. The ideal method is direct visualization with histological confirmation. The medical and surgical treatment.

Objective: To determine the risk factors, diagnosis of Endometriosis and effectiveness of treatments used in clinical Endometriosis Gynecology Unit at the General Hospital of Mexico OD

Material and Methods: A descriptive, longitudinal and retrospective duration of 2 years 6 months in 30 patients diagnosed with endometriosis in the clinical treatment of Endometriosis General Hospital of Mexico OD

Results: The most affected age group was 21 to 25 years, the risk factors are Gesta 1, a resident of Mexico, Mullerian malformation. The symptom was dysmenorrhea. In 16 were diagnosed as a surgical finding and laparoscopically diagnosed.

Conclusions: It is important to study the risk factors. The diagnosis is made using clinical data, quantification of CA125 antigen and imaging studies. Medical treatment is indicated both in the preoperative as well as postoperative surgical treatment and seeks to eradicate the lesions.

Key words: risk factors, diagnosis, and treatment of endometriosis, General Hospital of Mexico OD

RÉSUMÉ

Contexte: l'endométriose stromale, les glandes endométriales ectopiques et divers facteurs de risque. Quatre théories expliquer: la théorie de la métaplasie coelomique, des débris de cellules embryonnaires, le déploiement et immunologiques. Les données cliniques sont la douleur et l'infertilité. L'American Fertility Society est divisée en minime, légère, modérée et sévère. Les études de diagnostic sont antigène Ca 125, résonance magnétique et échographie abdominale. La méthode idéale est la visualisation directe avec confirmation histologique. Le traitement médical et chirurgical.

Objectif: Déterminer les facteurs de risque, le diagnostic de l'endométriose et de l'efficacité des traitements utilisés dans l'unité de gynécologie endométriose clinique à l'Hôpital général du Mexique OD

Matériel et Méthodes: Une étude descriptive, longitudinale et rétrospective durée de 2 ans et 6 mois chez 30 patients un diagnostic d'endométriose dans le traitement clinique de l'endométriose Hôpital général du Mexique OD

Résultats: Le groupe d'âge le plus touché est de 21 à 25 ans, les facteurs de risque sont Gesta 1, un résident du Mexique, de malformation Müller. Le symptôme est la dysménorrhée. Dans 16 ont été diagnostiqués comme une conclusion chirurgicale et par laparoscopie diagnostique.

Conclusions: Il est important d'étudier les facteurs de risque. Le diagnostic est établi à partir des données cliniques, la quantification de l'antigène CA125 et des études d'imagerie. Le traitement médical est indiqué à la fois dans la pré-opératoire ainsi que le traitement chirurgical et post-opératoire vise à éradiquer les lésions.

Mots-clés: facteurs de risque, le diagnostic, le traitement de l'endométriose, l'Hôpital général du Mexique OD

RESUMO

Fundamento: endometriose estromal, ectópicas glândulas endometriais e diversos fatores de risco. Quatro teorias explicam isso: a teoria da metaplasia celômica, restos de células embrionárias, implantação e imunológicos. Os dados clínicos são dor e infertilidade. A American Fertility Society é dividida em mínima, leve, moderada e grave. Estudos de diagnóstico são antígeno CA 125, Ressonância Magnética, e ultra-sonografia abdominal. O método ideal é a visualização direta com confirmação histológica. O tratamento médico e cirúrgico.

Objetivo: determinar os fatores de risco, diagnóstico de endometriose e eficácia dos tratamentos utilizados na Unidade Clínica de Ginecologia Endometriose do Hospital Geral do México OD

Material e Métodos: A duração, descritivo e retrospectivo longitudinal de 2 anos e 6 meses, em 30 pacientes com diagnóstico de endometriose no tratamento clínico da endometriose do Hospital Geral do México OD

Resultados: A faixa etária mais acometida foi de 21 a 25 anos, os fatores de risco são Gesta 1, um residente do México, malformação mülleriana. O sintoma era dismenorréia. Em 16 foram diagnosticados como achado cirúrgico e laparoscopia diagnosticada.

Conclusões: É importante estudar os fatores de risco. O diagnóstico é feito através de dados clínicos, quantificação de CA125 antígeno e estudos de imagem. O tratamento médico é indicado tanto no pré-operatório, assim como o tratamento pós-operatório cirúrgico e procura erradicar as lesões.

Palavras-chave: fatores de risco, diagnóstico, tratamento da endometriose, Hospital Geral do México OD

La endometriosis implica la existencia de estroma y glândulas endometriales funcionales fuera de su localización habitual:¹⁻⁸ superficie peritoneal, sobre el ovario o en el sistema gastrointestinal o genitourinario, en los pulmones o en la pared abdominal.⁹ Se han encontrado lesiones en 20 a 50% de las mujeres infértils, en 15 a 80% de quienes consultan por dolor pélvico crónico y en 25% de todas las piezas de hister-

rectomía.¹ La incidencia clínica de endometriosis en la población general de mujeres premenopáusicas es de entre 5 y 10%.³ El riesgo máximo es en mujeres de 40 a 44 años, con anomalías müllerianas, de raza blanca, con paridad reducida y las que han sido tratadas con dietilestilbestrol. La prevalencia es menor en mujeres con hábito tabáquico, que realizan ejercicio o consumen anticonceptivos orales monofásicos.^{3,9} El riesgo aumentado en 5 a 8% de los familiares de primer grado sugiere una herencia poligénica multifactorial.

En la actualidad existen cuatro teorías para explicar la patogénesis de la endometriosis: teoría de la metaplasia celómica (indica que el mesotelio sufre metaplasia que forma estroma y glândulas de tipo endometrial).⁹ Teoría de los restos embrionarios (señala que el sistema del conducto de Wolff puede dejar restos de células con capacidad de crecimiento de tejido endometrial funcional).⁹ Teoría de la implantación (se basa en que hay menstruación retrógrada, las células endometriales son viables en la cavidad uterina y pueden adherirse al peritoneo). Otras teorías incluyen la diseminación vía sanguínea y linfática.⁹ La teoría inmunológica se refiere a la posible función

* Jefe de servicio de la U112 de Ginecología y Obstetricia.

** Médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia.

*** Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de México OD, México, DF.

Correspondencia: Dr. Antonio Guerrero Hernández. Hospital General de México. Dr. Balmis 148. México 06720 DF.

Recibido: marzo 2012. Aceptado: septiembre 2012.

Este artículo debe citarse como: Guerrero-Hernández A, Oropeza-Rechy G, Gómez-García E. Factores de riesgo asociados, métodos diagnósticos y tratamiento para endometriosis, utilizados en la clínica de endometriosis del servicio de Ginecología del Hospital General de México (2009-2011). Ginecol Obstet Mex 2012;80(10):637-643.

inmunitaria anormal. No se ha podido establecer si es una causa independiente o un factor sinérgico.³

La historia natural de la enfermedad es inicialmente de un implante peritoneal, que luego se extiende hacia otras estructuras pélvicas, como los ovarios y las trompas, y finalmente a otras regiones extrapélvicas.¹²

La finalidad de esta investigación es conocer cuáles factores de riesgo y métodos diagnósticos de endometriosis orientan más al diagnóstico y conocer la eficacia de los tratamientos indicados en la clínica de Endometriosis de la Unidad de Ginecología del Hospital General de México con base en el tiempo sin actividad endometrial del 1 de enero de 2009 al 30 de junio de 2011.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo con duración de dos años seis meses que se inició el 1 de enero de 2009 y concluyó el 30 de junio de 2011. Se estudiaron 30 pacientes con diagnóstico de endometriosis atendidas en la clínica de Endometriosis del Hospital General de México. Las variables cuantitativas fueron: edad de la paciente, embarazos, partos, abortos, cesáreas, tiempo de uso de hormonales, edad al primer periodo de dismenorrea, concentraciones de Ca 125 y tiempo sin actividad endometrial. Las variables cualitativas estudiadas fueron: lugar de origen y de residencia, factor desencadenante de la dismenorrea, tratamiento preoperatorio, tipo de anticonceptivo, de analgésico, método diagnóstico, diagnóstico preoperatorio, tipo de cirugía realizada, diagnóstico postoperatorio, tipo de tratamiento postoperatorio, órgano afectado, tipo de cirugía previa y malformación mülleriana. Las variables cuantitativas dicotómicas (positivo o negativo) fueron: dieta con embutidos, uso de hormonales, de analgésico, remisión del dolor con el analgésico, tratamiento postoperatorio, afectación de otro órgano, implantes endometriósicos en la pared abdominal, degeneración carcinomatosa, cirugías previas y malformaciones müllerianas.

RESULTADOS

Se revisaron 30 expedientes completos de pacientes con diagnóstico de endometriosis de la Clínica de Endometriosis de la Unidad de Ginecología del Hospital General de México. Los factores de riesgo y variables estudiadas fueron:

De las 30 pacientes estudiadas, 2 tenían entre 16 y 20 años, 8 entre 21 y 25 años, 4 entre 26 y 30 años, 4 entre 31 y 35 años, 6 entre 36 y 40 años y 6 entre 41 y 45 años.

En cuanto a la distribución por embarazo, parto, aborto y cesárea 12 pacientes eran nuligestas, 8 primíparas, 5 secundigestas y 3 multigestas. Dieciocho pacientes nunca había parido, cinco una vez, otras 5 dos veces y 2 cuatro veces. Se encontró que 27 nunca abortaron, 2 tuvieron un aborto. En lo referente a cesárea 23 pacientes no tenían ninguna cesárea, a 6 se les había hecho una y a otra paciente dos veces.

La mayoría de las pacientes residía en el Estado de México y en segundo lugar en el Distrito Federal, sólo se encontró que una era de Chiapas y otra más de Michoacán. El primer lugar de origen fue el Estado de México y en segundo lugar el Distrito Federal. Ninguna de las pacientes tenía antecedentes de dieta con embutidos. Cuatro de las pacientes contaban con el antecedente de haber utilizado en alguna ocasión hormonales orales o inyectables. De las cuatro pacientes tres lo utilizaron durante un año y una por espacio de dos años. A 16 pacientes les habían practicado alguna cirugía previa como factor de riesgo para endometriosis. De las 16 pacientes con alguna cirugía previa, a seis les había realizado al menos una cesárea, en dos apendicetomía, en una histerectomía total abdominal, en cinco laparotomía exploradora, en otra cirugía por himen imperforado, y en una más por oclusión tubaria bilateral. De las pacientes con antecedente de laparotomía exploradora, en dos la cirugía previa fue por endometriosis y en una fue necesaria la segunda laparotomía exploradora y en las otras dos, laparotomía exploradora con electrofulguración de focos endometriósicos.

Se reportaron 25 pacientes con dismenorrea, 18 antes de los 15 años de edad, y en el grupo de 21 a 30 años no se registró dismenorrea y en los grupos de 31 a 35 años, 36 a 40 años y 41 a 45 años una paciente por cada grupo

Cuadro 1. Pacientes estudiadas distribuidas por lugar de residencia y origen

| Lugar de residencia | Numero de pacientes | Lugar de origen | Numero de pacientes |
|---------------------|---------------------|------------------|---------------------|
| Distrito Federal | 11 | Distrito Federal | 10 |
| Estado de México | 17 | Estado de México | 16 |
| Chiapas | 1 | Chiapas | 1 |
| Michoacán | 1 | Michoacán | 1 |
| | | Morelos | 1 |

tuvo dismenorrea. En 21 pacientes no se encontró algún factor desencadenante de la dismenorrea, y en dos el factor desencadenante fue la cesárea, en otra un legrado uterino instrumentado y otra una miomectomía. Sólo tres pacientes tenían como factor de riesgo alguna malformación mülleriana. Una rudimento de útero bicorne, y la tercera himen imperforado.

11 pacientes tenían Ca 125 menor de 35, 10 entre 35 y 100, y en 8 mayor de 100, una no contaba con Ca 125 porque ingresó para oclusión tubaria bilateral; en esta paciente el valor posterior a la cirugía fue menor de 35.

24 pacientes no recibieron ningún tratamiento preoperatorio, de las 6 que sí lo recibieron en 3 se utilizó anticonceptivo combinado oral, en 1 danazol y en 2 un análogo de la GnRH (goserelina). De las 3 pacientes que utilizaron anticonceptivo combinado oral, en 2 fue del tipo monofásico y en la otra trifásico, ninguna utilizó bifásico. Sólo 10 de las pacientes tomaron un analgésico para contrarrestar el dolor de la dismenorrea. El 100% de las pacientes que recurrieron al analgésico, tomaron algún AINE; ninguna requirió opioide. El dolor sólo remitió en 2 pacientes que tomaron un analgésico.

En 16 pacientes el diagnóstico fue consecuencia de un hallazgo quirúrgico, en segundo lugar con 8 por ultrasonido, sólo en dos se hizo por Ca 125, en una se hizo por patología, en una más se usó ultrasonido y Ca 125, y en otra ultrasonido y resonancia magnética. Sólo en una se hizo el diagnóstico por laparoscopia diagnóstica. El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue el tumor anexial.

En 28 pacientes se realizó laparotomía exploradora, sólo en una laparoscopia y en otra más histeroscopia más laparoscopia diagnóstica y en esa misma cirugía ante los hallazgos se decidió hacer laparotomía exploradora.

En las pacientes estudiadas se utilizaron varios tipos de cirugía. En cuatro se realizó ooforectomía, en cuatro histerectomía total abdominal más salpingooforectomía, en dos histerectomía total abdominal, en seis salpingooforectomía unilateral, en dos salpingooforectomía bilateral, en dos histerectomía subtotal más salpingooforectomía, en una colostomía más salpingooforectomía, en otra salpingooforectomía más electrofulguración, en una drenaje de quiste endometriósico, en otra histerectomía total abdominal más electrofulguración, en una histerectomía subtotal más reparación de íleon, en tres electrofulguración, en otra laparoscopia diagnóstica y en una más cistectomía. En 11 pacientes se estableció diagnóstico de etapa II de

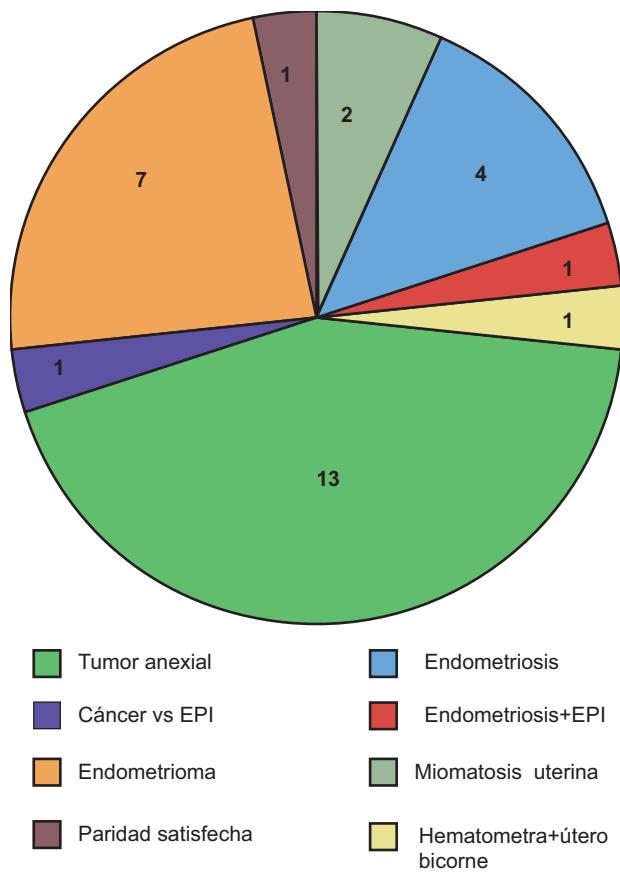


Figura 1. Grupo de pacientes según el diagnóstico preoperatorio

endometriosis, en segundo lugar con seis pacientes etapa I; cuatro etapa III y tres etapa IV. Los padecimientos asociados fueron: miomatosis uterina, restos del primer trimestre, cistoadenoma seroso, útero accesorio y leiomioma del ligamento ancho.

Sólo en 23 pacientes fue necesario recurrir a tratamiento postoperatorio por los hallazgos, mientras que en siete no fue necesario. De las 23 pacientes con tratamiento postoperatorio en dos se indicó anticonceptivo combinado oral; en una danazol, en cuatro goserelina y en otras cuatro 0.120 mg de etonogestrel con 0.015 mg de etinilestradiol. En tres pacientes se prescribió etonogestrel con etinilestradiol y, posteriormente, se cambió por goserelina, en dos pacientes se indicó drospirenona 3 mg con 0.3 mg de etinilestradiol, en una paciente se prescribieron 50 mg de noretisterona con 5 mg de valerato de estradiol, en otra gestrinona y,

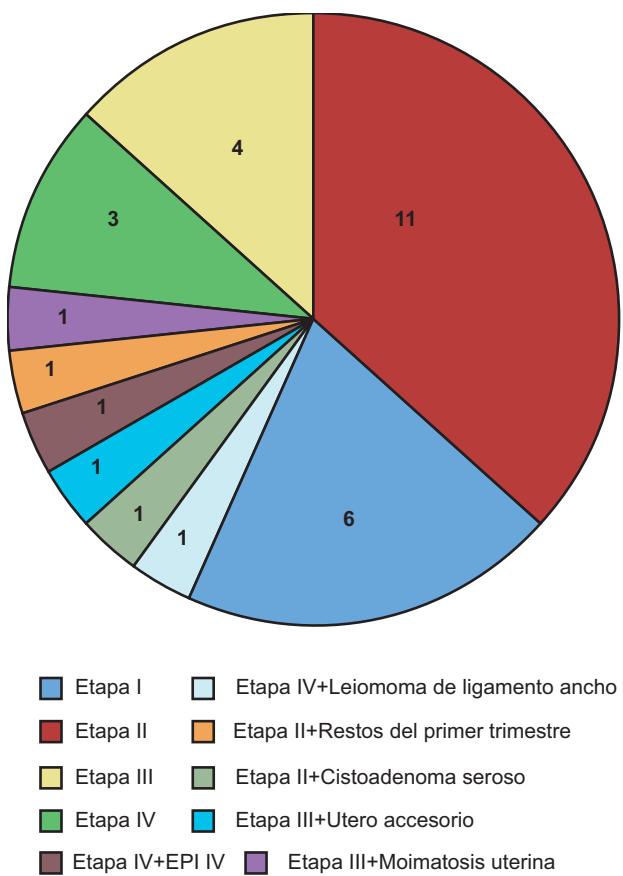


Figura 2. Grupo de pacientes según diagnóstico postoperatorio

posteriormente, se cambió por danazol, en una se inició con goserelina y después se cambió a un anticonceptivo combinado oral, una estaba en tratamiento con tibolona para rescate, en otra más se dio danazol y después se cambió a etonogestrel con etinilestradiol, en una más se utilizaron 2 mg de acetato de ciproterona con 0.03 mg de etinilestradiol. A otra paciente se le mandó etonogestrel con etinilestradiol y después se cambió por 0.15 mg de levonorgestrel con 0.03 mg de etinilestradiol.

El tiempo que permanecieron asintomáticas fue de 6 a 12 meses, siete por 13 a 24 meses, cinco menos de seis meses, 3 de 37 a 48 meses, 2 de 25 a 36 meses y solamente una de 48 a 60 meses. La paciente con mayor tiempo asintomática llevaba cinco años y fue captada en la clínica de endometriosis postoperatoria y con tratamiento postoperatorio iniciado. Se encontró

que el órgano más afectado fue el intestino grueso en cinco pacientes, específicamente el colon, incluso en una fue necesario realizar colostomía. Otra mujer estaba afectada de la vejiga, en una del íleon y en una más, el ligamento ancho. En ninguna de las pacientes se encontraron implantes en la pared abdominal, en una se encontró degeneración carcinomatosa. En el Cuadro 2 se muestra el diagnóstico final establecido por estudio histopatológico.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados, los límites de edad al diagnóstico fueron 21 y 25 años, y en otros estudios la mayor frecuencia se ubica entre los 30 y 45 años de edad; todo indica que este factor se modifica en el Hospital General de México; sin embargo, encontramos que en segundo lugar los límites de edad estuvieron entre 36 y 45 años, lo que coincide con lo encontrado en otros estudios. La mayoría no se había embarazado porque la endometriosis está inversamente relacionada con el número de embarazos.

La mayor incidencia se encontró en las pacientes originarias y residentes del Estado de México. Esta variable puede modificarse porque depende de las zonas conurbadas. La incidencia es mayor en las originarias de áreas industriales y es menor en las de área rural. La dieta fue una variable que no pudo valorarse porque en la historia clínica no se especifica el tipo de alimentos. Los hormonales parecen influir en la disminución del riesgo de endometriosis y, aunque de nuestras pacientes estudiadas 86.6% nunca utilizó algún tipo de hormonal, las cuatro que lo recibieron fue monofásico que pudo prevenir la endometriosis. En virtud de que la muestra es pequeña por el tiempo de uso de hormonales no es valorable como factor de riesgo.

Se buscó como factor de riesgo a las cirugías previas y la relación más cercana fue con la cesárea. La bibliografía refiere una asociación entre malformaciones müllerianas y endometriosis, lo que se corroboró en nuestras pacientes estudiadas.

Entre los datos clínicos cardinales para endometriosis está la dismenorrea. Encontramos que las 30 pacientes estudiadas tuvieron dismenorrea y, en nuestro estudio, fue mayor en el inicio de la vida reproductiva. De las pacientes que tomaron analgésico, en ocho no remitió el dolor, lo que indica se trata de un dolor incapacitante.

Cuadro 2. Pacientes por diagnóstico histopatológico

| Diagnóstico histopatológico: Endometriosis en: | Ovario | Útero | Ovario y salpinge | Ovario y útero | Vejiga | Íleon | Colon | Ligamento ancho |
|---|--------|-------|----------------------|-------------------|--------|-------|-------|-----------------|
| Número de pacientes | 6 | 4 | 10 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Para el diagnóstico de endometriosis se consideran dos estudios: antígeno Ca 125 y la resonancia magnética; sin embargo, ninguno de estos ha demostrado ser específico, como lo que encontramos en nuestro estudio porque el Ca 125 estuvo en todos los límites y no fue equiparable a la severidad. En nuestra población, la mayor parte de las veces el diagnóstico de endometriosis se estableció luego de un hallazgo quirúrgico en 53.3%. Aunque la resonancia magnética tiene más agudeza para el diagnóstico de quistes endometriósicos ésta sólo se utilizó en una paciente para su diagnóstico y fue complementaria al ultrasonido. El patrón de referencia es la laparoscopia diagnóstica, que se utilizó en una paciente. El diagnóstico definitivo se establece por patología, por lo que todas las piezas extraídas se enviaron al servicio de Patología donde se confirmó el diagnóstico. El diagnóstico quirúrgico fue el más utilizado en las pacientes estudiadas, aunque se considera un método diagnóstico sólo como hallazgo quirúrgico.

La variedad de cirugías realizadas en nuestro hospital corresponde a lo encontrado en otros estudios. El tratamiento debe individualizarse según los hallazgos. Otros órganos pueden afectarse, como sucedió en las pacientes de nuestro estudio en donde mayormente se encontró afectado el intestino grueso, seguido de la vejiga y el intestino delgado. Aunque no existe tratamiento específico para eliminar la endometriosis, en 76.6% de nuestras pacientes se decidió utilizar algún tratamiento médico, con lo que se mantuvo la remisión de la actividad endometrial a un año en 40% y en una paciente se logró a cinco años. Con respecto a la fertilidad, una de nuestras pacientes, al concluir esta investigación, estaba en la semana 30 de embarazo.

CONCLUSIÓN

La endometriosis es una enfermedad en que hay endometrio ectópico y se manifiesta en edad fértil. En virtud de su prevalencia es de vital importancia identificarla. La incidencia va de 5 a 10% en las premenopáusicas y la edad de presentación va de los 30 a 45 años.

Es importante estudiar los factores de riesgo para endometriosis que orienten al diagnóstico porque la mayoría de las pacientes los tienen y es decisivo identificarlos.

El diagnóstico se establece con los datos clínicos y cuantificación del Ca125 que, aunque no es específico, es parte de los métodos diagnósticos. Los estudios de imagen podrán ser complementarios. El diagnóstico definitivo se establece con el estudio de patología, laparoscopia diagnóstica y como hallazgo quirúrgico.

El tratamiento médico está indicado en el preoperatorio y postoperatorio. Existen múltiples tratamientos: inhibidores de las prostaglandinas sintéticas, estrógenos más gestágenos, gestágenos, andrógenos, gestriona, análogos de GnRH e inhibidores de la aromatasa. El tratamiento quirúrgico se dirige a erradicar las lesiones, y el tipo de cirugía dependerá de la extensión y localización de los implantes endometriósicos, que pueden afectar el intestino grueso, delgado y la vejiga.

Una de las repercusiones de la endometriosis es en la fertilidad, por lo que el tratamiento también debe encaminarse a preservarla. Puede recurrirse a diferentes tipos de reproducción asistida, como la inseminación artificial intrauterina y la fecundación in vitro. El pronóstico de esta enfermedad es variable y dependiendo de su historia natural puede estabilizarse, sufrir regresión o evolucionar a etapas severas.

REFERENCIAS

1. Neyro JL. Endometriosis: algunos criterios racionales para su manejo integral. Unidad de Endoscopia Ginecológica. Hospital de Cruces, 2008.
2. Ochoa-Mejía G, Posada-Villa MN, Ochoa-Sierra JG, Tobón LF Aristizabal-Duque JE. Guías de práctica basadas en la evidencia. Endometriosis. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 2007.
3. Cancelo-Hidalgo MJ, Monte-Mercado JC, Cancelo-Hidalgo C, Chavida-García F. EndometriosisCentro de Salud de Brihuega, Guadalajara. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Guadalajara, 2007.
4. Prentice A, Deary AJ, Bland E. Progestágenos y anti-progestágenos para el dolor asociado a endometriosis. Reproduc-

- ción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, número 2.
5. Allen C, Hopewell S, Prentice A. Fármacos antiinflamatorios no esteroides para el dolor en mujeres con endometriosis. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, número 2.
 6. Selak V, Farquhar C, Prentice A, Singla A. Danazol para el dolor pélvico asociado con endometriosis. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, número 2.
 7. Sagsveen M, Farmer JE, Prentice A, Breeze A. Análogos de la hormona liberadora de gonadotrofinas para la endometriosis: densidad mineral ósea. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, número 2.
 8. Jeanette-Díaz I. Tratamiento de la endometriosis I y II, revisión de la literatura. Revista colombiana de Ginecología y Obstetricia 2008;59:223-230.
 9. García-Manero M, Olartecoechea B, Royo-Manero P, Aubá M, EndometriosisDepartamento de Ginecología y Obstetricia. Clínica Universidad de Navarra. Revista Med Univ Navarra 2009;9(2): 4-7.
 10. Saavedra J. Controversias en el manejo quirúrgico del endometrioma ovárico. Revisado: septiembre 2/2002. Aceptado: noviembre 26/2002.
 11. Hernández-Valencia M. Diagnóstico de la endometriosis. Perinatología y Reproducción Humana 2009;23:25-29.
 12. Escobar-Latreia C. Endometriosis. Una valoración crítica de algunos de sus supuestos. 1999
 13. Balasch-Cortina J. Endometriosis y esterilidad: aspectos actuales. Universidad de Barcelona, Hospital Clínica Provincial, 2002.
 14. López-Jurado R, Romero B, Fontes J, López-Medina JA, Martínez L. Manejo del paciente con endometriosis y deseo gestacional. Actualización Obstetricia y Ginecología 2009.
 15. Chillik C. Agonistas y antagonistas de GnRH en reproducción asistida. Endocrinología Ginecológica y Reproductiva 2009.
 16. Endometriosis. Base fisiopatogénica para el tratamiento. Revista Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social 2009;47(1):57-60.