

11217

78

20j



**Universidad Nacional Autónoma
de México**

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3
Centro Médico "La Raza"
División de Estudios Superiores
Facultad de Medicina**

RECLASIFICACION DE ENDOMETRIOSIS

T E S I S

**Para obtener el Titulo de
Especialista en Gineco - Obstetricia**

p r e s e n t a

DR. OSCAR RENTERIA PEREZ



Asesor Responsable:

Dr. Roberto Nava y Sánchez

Asesor Colaborador:

Dr. Jaime Rosas Arceo

México, D. F.

1986

**TESIS CON
FALLA DE CUBR**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

- I.- Introduccion
- II.- Concepto
- III.- Objetivo
- IV.- Material y Método
- V.- Analisis de Resultados
- VI.- Discusión

I ..

INTRODUCCION

En la actualidad la endometriosis ha despertado grandes inquietudes, puesto a pesar de varios intentos para conocer su aparición, etiología y en general su historia natural aún se tiene grandes incógnitas. Específicamente, los resultados del tratamiento no son valorables fácilmente debido a que la graduación de las lesiones no es uniforme.

Los primeros intentos de unificación de criterio fueron puestos por Acosta y su grupo (1,2,5,11,12), en el que se trata de agrupar en diferentes estadios, algunas pacientes que presentaban una intensidad de la endometriosis semejante entre ellas mismas.

En este estudio retrospectivo se correlacionará a las pacientes con el diagnóstico de Endometriosis y esterilidad usando la clasificación de la Asociación Americana de Fertilidad (1).

La primera clasificación es la que se uso para estas pacientes y que se basa en 4 estadios o grados que son: Le-

ve, Moderada, Grave y Diseminada (1,2,3,17); establecida - en un sistemas de puntos y la puntuación respectiva es de: 1-5, 6-15, 16-30 y de 31-54.

La clasificación de la Asociación Americana de Fertilidad hizo modificaciones publicadas en marzo de 1985 (1), también establecida en cuatro estadios, ellos son: Mínimo, Levo, Moderado, y severo, pero con modificaciones en el sistema de puntuación, estos son los asignados de acuerdo al - número de los implantes endometriósicos los cuales se suman en total, los implantes del peritoneo del útero que - los consideran como del peritoneo (1). También consideran los implantes superficiales y los profundos del peritoneo donde estos últimos tienen mayor puntaje, como también -- un endometrioma profundo del ovario que se asocia con más de tres centímetros de implante superficial le dan un puntaje de 20 (1).

Como se verá esta clasificación puede tener mejores resultados ya que sólo se basa o sólo clasifica con exactitud los focos endometriósicos y que la patología agregada como oclusión tubaria, leiomiomatosis, anormalidades uterinas, etc., la consideran como baja patología asociada. (1).

Como refieren varios autores la incidencia de la endometriosis va en aumento ya que existen factores de riesgo - que últimamente se han incrementado ellos son las mujeres actuales posponen su matrimonio o el embarazo hasta el final de la tercera década, planificación familiar y las excitaciones sexuales sin orgasmo son factores predisponentes. Algunos reportes la consideran como neoplasia benigna ya que tiene las mismas propiedades de estas (10,12,17).

CONCEPTO

La endometriosis se le conoce como la presencia de tejido endometrial aberrante, funcionando o invasor fuera de la cavidad uterina (10,12,17,22).

Esta se comporta como una neoplasia por aparición heterotópica, con tendencia invasora que prolifera, adhiriéndose a órganos y penetrarlos (10). La endometriosis tiene una etiología multifocal, ya que las células del reflujo menstrual se implantan y proliferan en algunas mujeres, -- mientras que en la mayoría estas células no proliferan. -- Sólo se le ha visto en pacientes con antecedentes de endometriosis en sus madres o hermanas que es más frecuente -- y se han reportado hasta un 7% de esta tendencia hereditaria (9,21).

Lo anotado anteriormente está basado en las siguientes teorías:

- 1).- La menstruación retrograda: Que refiere un reflujo menstrual hacia la cavidad peritoneal y que estas células se implantan posteriormente en cualquier lugar -

III

OBJETIVO

En el presente estudio se trata de correlacionar los hallazgos laparoscópicos de pacientes estériles en relación con los diferentes estadios de la endometriosis.

Mediante esta graduación es establecido los grupos, se podrá contrastar los resultados mediante embarazo en relación a tratamientos empleados y comparar nuestros resultados con otros grupos de trabajo en diferentes hospitales.

IV

MATERIAL Y METODOS

Se hizo un estudio preliminar de 25 pacientes con el diagnóstico de endometriosis comprobado por laparoscopia diagnóstica en los del Servicio de Biología de la Reproducción del Hospital Gineco-Obstétrica número 3 Centro Médico La Raza, de 1983 a 1985.

En ellos se analizaron retrospectivamente los siguientes datos: Edad, Antecedentes Gineco-obstétricos como menarca, ritmo menstrual, Vida sexual activa, Uso de anticonceptivos, cuadro clínico, Biopsia de endometrio, Prolactina, Histerosalpingografía, Datos de laparoscopia diagnóstica y tratamiento empleado.

V

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

- 1).- EDAD: Fructuó entre los 21 a 39 años con un promedio de 29.7; este dato concuerda con lo reportado por -- autores, que es más frecuente en la tercera decada - de la vida(11,18,24).
- 2).- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS: a) Menarca.- El pro medio de edad de aparición de ésta, fué de 12.8 años, en este punto. Varios autores reportan que su inicio es entre los 12 y 13 años y nuestro resultado estu-- vieron entre los 10 y 16 años (8,12,24).
b) Ritmo Menstrual: En este inciso sólo tres pacien- tes presentaron trastornos menstruales del tipo pro- iomenorrea y opsomenorrea; en nuestras pacientes se obtuvo un promedio de 28.3 días, donde el patrón --- menstrual es de 28 y 32 con una duración de 3 a 5 -- días con un promedio de 4.08.
Las alteraciones menstruales pueden deberse a un --- trastorno de la esteroidogénesis ovárico, una disfun sión del cuerpo lúteo, pueden manifestarse por goteo

CUADRO Nº I

9

ANTECEDENTES GINECO - OBSTETRICOS

EDAD	MENARCA	V. S. A.
29.7	12.8	19.1
AÑOS	AÑOS	AÑOS

R I T M O	28.3	} PROMEDIO
DURACION	4.08	

Fuente: Servicio De Biología De La Reproducción
HG03 C.M.R.

Instituto Mexicano Del Seguro Social 1986

premenstrual, Ver cuadro número I (5,7,13).

C Vida sexual: La actividad sexual se inicio de los 15 a los 34 años, que hacen un promedio de 19.1

Como sabemos el retraso en el inicio de la vida sexual, puede ser un factor predisponente por ser concomitante de congestión pélvica. (10,22,24).

D) Antecedentes Obstétricos: De 25 pacientes con endometriosis, se obtuvieron 9 casos con esterilidad primaria (36%), cuya duración promedio fué 5.5 años y de esterilidad secundaria fueron 19 casos (64%), con un promedio aritmético de 5.5 años.

En el cuadro II y III se describen las características de la muestra estudiada, cabe mencionar que el 40% de las pacientes no tuvieron ningún embarazo, que como se sabe es un factor terapéutico.

E) Anticonceptivos: En los que se refiere a este inciso sólo se encontró en dos casos (8%), habfan usado control de la fertilidad con hormonales, sin especificar el tipo de uso. Lo mencionamos pues sabemos que también es un factor predisponente para la endometriosis. Así mismo, una planificación familiar inade-

CUADRO N°II

11

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

GO	10	40 %
GI	8	32 %
GII	2	8 %
GIII	4	16 %
PO	16	64 %
PI	7	28 %
PII	2	8 %
PIII	0	0 %

Fuente: Servicio De Biología De La Reproducción
HG03 C.M.R.

Instituto Mexicano Del Seguro Social 1986

CUADRO N°III

12

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

CO	23	92.0 %
CI	2	8.0 %
AO	16	64.0 %
AI	5	20.0 %
AII	2	8.0 %
AIII	1	4.0 %

**Fuente: Servicio De Biologia De La Reproduccion
HG03 C.M.R.**

Instituto Mexicano Del Seguro Social 1986

cuada, con matrimonios tardíos o el inicio tardío de la misma, son factores de riesgo (10,22,24).

- 3).- CUADRO CLINICO: a) Síntomas.- Como refieren algunos-
autores en ocasiones es asintomática o mínima y todo
depende del grado de la endometriosis, que además --
puede ser que la paciente tenga síntomas mínimos y -
cursar una endometriosis severa (12). Aunque el diag-
nóstico de endometriosis en nuestras pacientes fué -
por laparoscopia diagnóstica y la sintomatología era
vaga. No se encontró la triada que se menciona clá-
sicamente (5,12,22), aunque el síntoma persistente-
es la esterilidad (5,12,22), que se ha reportado que
coincide hasta de 30a 40% (9,13,21) y también es ---
frecuente observar aumento de la incidencia de abor-
tos en estas pacientes hasta de un 32%, contra el --
8.15% de la población general (20). Ver cuadro IV.
En nuestro estudio se observaron 8 casos (32%) de -
pacientes asintomáticas. El síntoma más común fué --
la dismenorrea primaria, que fué en total de 8 casos
(32%). También se reflejó otra sintomatología como -
trastornos menstruales y que se debe a causas ya men

cionadas anteriormente, fueron 7 casos (28%) y por --
último, 2 de nuestras pacientes presentaron dismeno--
secundaria (8.33%).

En la mayoría de las pacientes con endometriosis, la
dismenorrea parece acentuarse, sobre todo en el pri--
mer y segundo día del ciclo menstrual; ya que es el -
momento en que las glándulas endometriales de los si--
tios endometriósicos se descaman y liberando el detri--
to menstrual, que causa irritación e inflamación con
liberación de hemosiderina y se conserva así el estí--
mulo ideal para fibroblastosis. El dolor proviene ---
también de la distensión de la superficie peritoneal
causada por la acumulación de sangre en áreas encap--
suladas por tejido fibroso. Una queja frecuente es el
dolor intermenstrual, esto esta en relación al grado
de extensión de la endometriosis (10,12,17). Por esta
razón se recomienda explorar a la paciente en el mo--
mento de su menstruación la cual puede evidenciar nód--
ulos y dolor en los ligamentos utero-sacros (grito
del Douglas), acompañado de un útero en retroversión,
que es un dato casi patognomónico de la endometri--
sis (9.17).

CUADRO N° IV

15

CUADRO CLINICO

A S I N T O M A T I C A S	8	33.33 %
D I S M E N O R R E A P R I M A R I A	8	33.33 %
T R A N S T O R N O M E N S T R U A L	7	29.16 %
D I S M E N O R R E A S E C U N D A R I A	2	8.33 %

**Fuente: Servicio De Biología De La Reproducción
HG03 C.M.R.**

Instituto Mexicano Del Seguro Social 1986

Los trastornos menstruales de la endometriosis pueden ser atribuidos a un trastorno de la esteroidogénesis ovárica. Una función anormal del cuerpo lúteo manifestado por sangrado premenstrual o intermenstrual resultado de las prostaglandinas producidas por una mínima endometriosis ovárica (10,12,21,22).

b) Signos: En el estudio de estos pacientes sólo se encontró un signo y que fué la retroversión del útero, pero no en todas se reporto este fue exclusivamente por histerosalpingografía en un 45.8% de todas las pacientes. Ver cuadro número V, donde se muestra el grado de posición del útero (7,12).

Este dato es importante ya que puede ser una causa más frecuente de la endometriosis (10,12,21,22).

- 4).- Biopsia de Endometrio: Este estudio se practicó en 25 pacientes de las cuales el reporte histopatológico fué de endometrio secretor normal en 18 casos (75%), 7 más (25%) con reporte de endometrio secreto deficiente. Esto no puede tener importancia según algunas escuelas, sin embargo, para que la endometriosis persista y prolifere se ha responsabilizado

CUADRO N° V

POSICION DEL UTERO POR ¹⁷

HISTEROSALPINGOGRAFIA

I	1	4.16 %
II	3	12.5 "
III	1	4.16 "
A V F	6	25.0 "
NO CONSIGNADAS	13	54.16 "

**Fuente: Servicio De Biología De La Reproducción
HGO3 C.M.R.**

Instituto Mexicano Del Seguro Social 1986

al estrogenismo persistente.

5).- PROLACTINA: Esta también puede estar alterada pero - lo más frecuente es que esté aumentada, con reportes de 5.5 a 8.8% (5), en pacientes estériles y endome-- triosis. En nuestro estudio sólo se le practicó pro- lactina a 8 casos (32%) de las cuales 4 casos (16%) estaban normales y en los otros 4 casos (16%) resul- taron aumentada. Ver cuadro VI

6).- HISTEROSALPINGOGRAFIA: Como se sabe la histerosalpin- gografía nos dá una idea morfológica de la cavidad uterina, posición del útero, posición de la trompa - de Falopio, su permeabilidad, pero también nos pue- den orientar en cuanto si presenta o no adherencias por la prueba de Cotte ya sea típica o atípica en -- caso de permeabilidad tubaria.

En nuestras pacientes el reporte de radiología y en las notas médicas, sólo se consignaron en 11 casos (44%) como se muestra en el cuadroVII.

Esto lo consideramos importante ya que la endometrio sis es más frecuente en posición de retroversión -- uterina sobre todo con cierto grado de adherencias que pueda mostrar esta situación en Cotte atípico.

CUADRO N° VI

19 .

ESTUDIOS DE LABORATORIO GABINETE Y
LAPAROSCOPIA

BIOPSIA DE ENDOMETRIO		PROLACTINA		ANOVLACION POR LAPAROSCOPIA
SECRETOR NORMAL	SECRETOR DEFICIENTE	NORMAL	AUMENTADA	
18	7	4	4	6
70.83 %	29.16 %	16.66 %	16.66 %	16.66 %
NO CONSIGNADAS				
6 = 16.66 %		16 = 66.66 %		18 = 75 %

Fuente: Servicio De Biología De La Reproducción
HGO3 C.M.R.

Instituto Mexicano Del Seguro Social 1986

CUADRO N° VII

20

PERMEABILIDAD TUBARIA POR
HISTEROSALPINGOGRAFÍA Y LAPAROSCOPIA

	DERECHA SALPINGE		IZQUIERDA SALPINGE	
	H.S.G.	LAP. Dx.	H.S.G.	LAP. Dx.
OCLUIDAS	15-60 %	15-60 %	16-64 %	10-40 %
PERMEABLES	10-40 %	16-64 %	9-36 %	9-36 %

Fuente: Servicio De Biología De La Reproducción
HGO3 C.M.R.

Instituto Mexicano Del Seguro Social 1986

Ver cuadro número V.

7).- LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA: Como en nuestras pacientes se hizo el diagnóstico por laparoscopia, sólo haremos una mención de ésta en correlación de la histerosalpingografía en cuanto a su permeabilidad, la histerosalpingografía reportó oclusión tubaria derecha en 15 casos (60%) y permeabilidad en 10 casos (40%).

Con respecto de oclusión tubaria izquierda en 16 casos (64%) y permeables en 9 casos (36%). La laparoscopia diagnóstica mostró oclusión tubaria derecha -- en 15 casos (60%) y en el caso de la izquierda 10 -- oclusiones (40%), reportando permeabilidad tubaria derecha en 16 casos (64%) y en la izquierda de 9 casos (36%), esto se muestra en el cuadro VIII.

Los casos de permeabilidad tubaria tienen mejor pronóstico para embarazo, pero que estas pacientes ---- tienen otro factor alterado que en ocasiones se complica más el caso, como suele ser la anovulación, -- fase lutea deficiente y síndrome de folículo no roto.

a) Diagnóstico de Anovulación por laparoscopia diagnóstica: Sólo es mencionado en 6 casos de anovula-

CUADRO N^o VIII

22

Dx. POR LAPAROSCOPIA DE ENDOMETRIOSIS

M I N I M A	3	12.5 %
L E V E	6	25.0 "
MODERADA	6	25.0 "
SEVERA	9	37.5 "

CLASIFICACION DE LA ASOCIACION AMERICANA DE LA FERTILIDAD

ESTADIO I	MINIMO 1- 5
ESTADIO II	L E V E 6-15
ESTADIO III	MODERADA 16-40
ESTADIO IV	SEVERA > 40

**Fuente: Servicio De Biología De La Reproducción
HG03 C.M.R.**

Instituto Mexicano Del Seguro Social 1986

ción (241); Este dato es importante ya que si la paciente tiene datos de anovulación y cursa con una endometriosis leve se le podría indicar inductores de la ovulación, en casos con permeabilidad tubaria y -- también en combinación de H.C.G. dando buenos resultados (17). Ver cuadro VI.

b) Diagnóstico según la nueva clasificación de la -- Asociación Americana de Fertilidad (1): Se muestra -- en el cuadro número VIII.

El estudio de laparoscopia diagnóstica es el más importante para estas pacientes ya que se va a evaluar el grado de extensión endometriósica y posiblemente otra patología agregada o acompañante de la -- misma.

c) Correlación de la endometriosis y de la Biopsia del endometrio: De los 25 casos estudiados el reporte de endometrio secretor deficiente se observó en -- 7 casos (28%), como se muestra en el cuadro IX.

8).- TRATAMIENTO: Es uno de los capítulos más importantes, ya que entre más pronto se haga el diagnóstico la paciente tiene mejor pronóstico, ya sea tratamient

CUADRO N° IX

24

ENDOMETRIOSIS Y BIOPSIA DE
ENDOMETRIO SECRETOR DEFICIENTE

MINIMA	1	4.16 %
LEVE	1	4.16 "
MODERADA	2	8.33 "
SEVERA	3	12.50 "
NO CONSIGNADA	18	75.00 "

Fuente: Servicio De Biología De La Reproducción
HG03 C.M.R.

Instituto Mexicano Del Seguro Social 1986

to médico o quirúrgico, aunque ambos tienen ventajas y desventajas (1), pues se ha visto que pacientes -- con un tratamiento médico de 6 a 9 meses para inducir amenorrea han desaparecido la endometriosis y -- con reporte del 55 y 65% de embarazos (19), el tratamiento médico y quirúrgico empleado se muestra en el cuadro XI. y XII.

CUADRO N° X

ESQUEMA DE TRATAMIENTO

	AUN EN TRATAMIENTO	TRATAMIENTO ALTA	ABANDONO
TRATAMIENTO MEDICO	6= 24.0 %	1= 4.0 %	10= 40.0 %
TRATAMIENTO QUIRURGICO DE 2 ANOS	4= 16.0 %	1= 4.0 %	1= 4.0 %

EMBARAZOS

2= 52.0% CORREGIDO

Fuente: Servicio De Biología De La Reproducción
HGO3 C.M.R.

Instituto Mexicano Del Seguro Social 1986

CUADRO N° XI

TRATAMIENTO MEDICO O QUIRURGICO²⁷
DE LA ENDOMETRIOSIS

	DANAZOL	NORETINDRONA Y ETINIL ESTRADIOL	PROGESTAGENOS	OTROS
MEDICO	9=37.5 %	2= 8.33 %	2= 8.33 %	5=20.83%
QUIRURGICO	5=20.83%			
ABANDONO O ALTA	6=25.0%			

Fuente: Servicio De Biología De La Reproducción

Instituto Mexicano Del Seguro Social 1986

DISCUSION

Durante el estudio de las 25 pacientes con el diagnóstico de Endometriosis y esterilidad; se encontro con un promedio de edad de 29.7 años; este dato concuerda con algunos autores como el Dr. Jamil Fayes, Dr. Nava y Sanchez y el Dr. Guillermo Gonzalez Brito (5,7,10,_) que es más frecuente la Endometriosis en pacientes con antecedentes familiares de la misma (45%) y en la tercera década de la vida. En lo que respecta al ciclo menstrual, la mayoría de los articulos menciona la endometriosis produce trastornos menstruales y que en ocasiones se acompaña de dolor premenstrual y menstrual. (7,1,2,1,6,21). En los resultados de nuestro estudio, no fueron tan frecuentes estos datos.

El inicio de la vida sexual de nuestras pacientes estan entre los 15 y 34 años con un promedio de 19.1, la cual influye en la génesis de esta entidad. (10)

Todas nuestras pacientes estudiadas presentaron esterilidad primaria o secundaria, siendo la mayoría estériles secundarias. El 40% no tenían ningun embarazo, resultados

similares con el estudio de algunos autores (10,21), donde la mayor parte de las mujeres no han presentado embarazo o en los cuales reportan hasta un 78% de esterilidad primaria. El promedio de duración de la esterilidad es de 5.5 años que es un poco mayor a lo reportado (21). El uso de anticonceptivos en estas pacientes fue sólo el 8%, lo que está muy por abajo de otros estudios que reportan hasta un 46% (21).

En el cuadro clínico varios autores reportan con mayor frecuencia el dolor premenstrual aunado a la esterilidad pero en el presente estudio el mayor número de pacientes son asintomáticas y la con misma proporción de dolor premenstrual, que lo reportado en otros estudios. (10,12,17-21). El signo clínico de pequeños nódulos de 3 a 4 cm. - sensibles por detrás del cuello, que lo hacen doloroso a la palpación (5,9,12,21), sólo algunos reportes mencionan que causan, esta malposición uterina, pudiera ser que tenga importancia ya que la paciente se le explora en decúbito dorsal, por lo que pudiera pensar que el útero por -- gravedad cae al hueco pélvico (5.9.). Dato que adquiere valor cuando la retroversión es fija que haga sospechar

de endometriosis. (15).

El reporte de la biopsia de endometrio indicó endometrio secretor normal, y endometrio secretor deficiente, sin -- embargo, se dice que no tiene valor significativo con los ciclos menstruales y con el grado de endometriosis. (20). Sin embargo, puede hacer pensar en estrogenismo persistente como factor de realización de la endometriosis.

La prolactina la encontramos, pero debe efectuarse si se piensa como causa de hipogonadismo ya que se citan valores muy altos, en el 5.5 a 8.8% de los casos. (20).

Dentro de los estudios de gabinete la histerosalpingografía se practicó en todas nuestras pacientes, pero sin - interpretación orientada de esta patología, este procedimiento es importante ya que nos debe evidenciar la posición del útero, posición y permeabilidad de las trompas, y el reporte de la prueba de COTTE ya sea típico o atípico, para valoración de adherencias en el Douglas.

El procedimiento quirúrgico más importante en estas pacientes es la laparoscopia diagnóstica pues hace el diagnóstico de certeza por la visualización directa de los im-plantos y su evaluación al cuantificarla. Muchos autores

refieren que es el único método con el que se hace el diagnóstico y que por clínica no hay datos específicos de la endometriosis (12,17,16), sólo puede ser sugerido por los datos de exploración (9), por el dolor y sobre todo en los días de la menstruación (5,16) o en casos de pacientes -- con abortos de repetición (5,6).

Dentro de este mismo capítulo está el dato que más nos interesa para este estudio, es la clasificación de la endometriosis ya que se usó la nueva clasificación de la endometriosis de la Asociación Americana de Fertilidad (1,2), se basa en la puntuación que fué modificada de la clasificación de Acosta.

En la clasificación de la Asociación Americana de Fertilidad se basa en las características de focos de endometriosis y contempla la patología agregada. La clasificación modificada es de mínima, leve, moderada y severa con puntaje de 1-5, 6-15, 16-40 y más de 40 respectivamente (1-2). Al parecer esta nueva clasificación tiene mucha utilidad para el pronóstico y el tratamiento de estas pacientes. Actualmente está en estudio y se verán los resultados en pocos años, la correlación del estadio y la dosis y tiempo

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Andrews, William C.: Revised Americana Fertil and --- Steril Classification of Endometriosis: 1985. Fertil and Steril 43(3); 351, 1985.
- 2.- Buttram, Veasy C.; Evolution of the Revised Americana Fertil Society Classification of Endometriosis. Fertil and Steril 43(3); 347, 1985.
- 3.- Buttram Veasy C.: Treatment of Endometriosis with danazol: report of a 6-year prospective study. Fertil and Steril 43(3); 343, 1985.
- 4.- Cohen, Melvin R.: Diagnóstico laparoscópico y tratamiento pseudomenopausia con danazol. Clin. Obstet-Ginecología. 3; 919, 1980.
- 5.- Favez, Jamil A.: Endometriosis: Estado y manejo. -- Mundo médico 11(9); 55, 1984.
- 6.- Friesman, Harold: Endometriosis Detection by US with Laparoscopic Correlation: Radiology 157:217, 1985.
- 7.- Gonzalez Brito G.; Sintomatología de la Endometriosis Estudio de 224 casos, Gineco-Obstet de México 51(316) 1983.
- 8.- Kauppila, Antti: Naproxen Sodium in dysmenorrhea Se--

cunday to Endometriosis: *Obstet-Gynecol* 65: 379, 1985.

- 9.- Kistner, Robert W.: Endometriosis e infecundidad: -- *Clinica de Obstet y Ginecologicas* 1: 101, 1979.
- 10.-Nava y Sanchez R. Endometriosis y Adenomiosis; *Gineco-Obstet Méx.* 35: 23, 1974.
- 11.-Novak, Edmund R: Endometriosis; *Tratado de Ginecología Novena edición Libro de texto* 527, 1977.
- 12.-Pérez Peña E.: Endometriosis y esterilidad. Infertilidad esterilidad y endocrinología de la reproducción. Libro de texto. 369, 1982.
- 13.-Pittaway, Donal F. Endometriosis and Corpus Luteum Function. *Journal of Reproductive Medicine.* 29(10); 712, 1984.
- 14.-Pratt, Joseph H.: Indicaciones para operaciones pélvicas completas y técnicas más radicales para el tratamiento de endometriosis grave o extensa. *Clinica de Obstetricia y Ginecología* 3; 959, 1980.
- 15.-Ranney, Brooks. Etiología, prevención e inhibición de la endometriosis. *Clinica de Obstetricia y Ginecología* 3; 893, 1980.

- 16.-Raney, Brook. Endometriosis. Clínica de Obstetricia y Ginecología 3; 881, 1980.
- 17.-Raney, Brooks. Endometriosis: patogenia, síntomas y signos. Clínica de Obstetricia y Ginecología.- 3; 883, 1980.
- 18.-Reindollar, Richard H. Etiología y evaluación del retraso del desarrollo sexual. Clínicas padfaticas de NorteAmerica 2; 267, 1981.
- 19.-Russel Malinak, L. Infertilidad y endometriosis: Clínicas de Obstetricia Ginecologicas 3; 945, 1980.
- 20.-Schmidt, Cecilia L. Endometriosis: a reappraisal of pathogenesis and treatment. Fertil and Steril 44(2); 157, 1985.
- 21.-Sarks, Gregory C. Clinical significance of Focal Pelvic Endometriosis. Journal of Reproductive Medicine. 30(6); 481, 1985.
- 22.-Te Linde, Richard W. Endometriosis. Libro de texto - 195.
- 23.-Weed, John C. Endometriosis: ¿puede producir una respuesta autoinmune causa de infertilidad. Clínicas de Obstetricia y Ginecológica 3; 903, 1980.

- 24.- Zarate, Arturo, Canales, E.S. Pubertad. Libro de ---
tento Endocrinología ginecológica y del embarazo. --
Edición 1982.