

Foco endometrioso en cicatriz de Episiotomía. A propósito de un caso. Endometriosis

María Isabel Acedo García*, Desiree Díaz Jiménez**, Laura del Pozo Fuentes*

Matrona. Hospital Virgen de la Victoria de Málaga.* *Matrona. Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.*

Resumen

La endometriosis constituye un misterio pues no se ha logrado demostrar por qué estas células son viables en la cavidad abdominal. Se piensa que el sistema inmunológico está implicado en la implantación fuera de la cavidad uterina por el abatimiento en la capacidad reguladora de las células asesinas naturales de las células inmunológicas periféricas y peritoneales. Entre los métodos diagnósticos están el ultrasonido, anticuerpos, examen histológico, laparoscopia y laparotomía. Aquí se presenta el caso de una paciente secundigesta con dolor intenso en la cicatriz de la episiorrafia, así como dispareunia superficial. Después de un año del parto, comenzó con dolor cíclico coincidente con la menstruación en la zona de la episiotomía, por lo que la matrona de su centro de salud decidió derivarla al servicio de ginecología del centro de especialidades de referencia. Tras una valoración ginecológica se decide realizar biopsia de la zona y mandar la muestra a anatomía patológica, el examen histológico mostró endometriosis de tejido vulvar. Tras informar a la paciente del resultado, se lleva a cabo tratamiento quirúrgico con resección de la zona junto con tratamiento farmacológico, para paliar el dolor y conseguir un óptimo resultado del tratamiento quirúrgico. Aunque la incidencia de la endometriosis es baja, es necesario asegurar la limpieza de la episiotomía antes de la sutura quirúrgica, para disminuir la probabilidad de presentación del trastorno. El avance en el conocimiento del proceso fisiopatológico permitirá nuevos esquemas terapéuticos para eliminar los residuos endometriales, así como aclarar el mecanismo de implantación ectópica del tejido endometrial.

Palabras Claves: Cicatriz, Endometriosis, Episiotomía, Perineo.

Abstract

Endometriosis is a mystery because it has not been demonstrated why these cells are viable in the abdominal cavity. It is thought that the immune system is involved in implantation outside the uterine cavity by the abatement in the regulatory capacity of the natural killer cells of the peripheral and peritoneal immune cells. Among the diagnostic methods are ultrasound, antibodies, histological examination, laparoscopy and laparotomy. Here we present the case of a secundigesta patient with intense pain in the scar of the episiorrhaphy, as well as superficial dyspareunia. After one year of labor, she began with cyclical pain coinciding with menstruation in the area of episiotomy, so the midwife of her health center decided to refer her to the gynecology service of the reference specialty center. After a gynecological evaluation it was decided to perform a biopsy of the area and send the sample to pathological anatomy, the histological examination showed endometriosis of vulvar tissue. After informing the patient of the result, surgical treatment is carried out with resection of the area along with pharmacological treatment, to alleviate the pain and achieve an optimal result of the surgical treatment. Although the incidence of endometriosis is low, it is necessary to ensure the cleanliness of the episiotomy before surgical suturing, to reduce the likelihood of presenting the disorder. The advance in the knowledge of the physiopathological process will allow new therapeutic schemes to eliminate the endometrial residues, as well as to clarify the mechanism of ectopic implantation of the endometrial tissue.

Keywords: Cicatrix, Endometriosis, Episiotomy, Perineum.

Introducción

La endometriosis fue descrita en 1860, por Von Rokitansky, como la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad endometrial y musculatura uterina.¹ Es una enfermedad crónica hormonodependiente, por lo que es rara su aparición en mujeres

postmenopáusicas.² Su prevalencia global oscila entre un 3 y un 10% en mujeres en edad reproductiva.³ Tiene como principal síntoma la dismenorrea.⁴

La endometriosis extrapélvica se define como la presencia de tejido endometrial en sitios distantes del útero. Su presentación es muy variada y su verdadera prevalencia es

desconocida. El diagnóstico generalmente es tardío, debido a lo inespecífico de sus síntomas.⁵ La edad de presentación de la endometriosis pélvica oscila entre los 25 a 30 años, mientras que la endometriosis extrapélvica muestra una presentación más frecuente en edades entre los 30 a 40 años.⁶ La clasificación más utilizada de esta última es la de Markham y colaboradores,⁷ que diferencia cuatro grupos principales: en el tracto gastrointestinal, en el tracto urinario, torácica y otras localizaciones (grupo en el que se encuentra nuestro caso).

El foco endometriósico en episiografía tiene una prevalencia aproximada de un 0.2%, pudiendo aparecer entre 6 meses y varios años después de la sutura. Tiene como síntomas principales la dismenorrea, la dispareunia y lesión dolorosa en periné. Como diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta: abscesos, hematomas, lipomas, gránulos, linfomas.⁸

Las opciones terapéuticas son la analgesia, la hormonoterapia y la cirugía.⁹ Aunque la medicación supresora ovárica se ha mostrado poco eficaz en el tratamiento de la endometriosis, con tasas de recurrencia cercanas al 80%, ésta reduce el dolor asociado a la endometriosis en un plazo de aproximadamente 6 meses. Dentro del contexto de la cirugía conservadora, se ha evolucionado en las dos últimas décadas desde el empleo de la laparotomía sin y con instrumentos microscópicos para la magnificación de los tejidos, hasta el uso generalizado de la laparoscopia operativa. Además, las diferentes localizaciones de la endometriosis precisan tratamientos quirúrgicos diferentes.

La experiencia del personal de cirugía y del equipo es de suma importancia en cirugía laparoscópica de la endometriosis.

La mayor parte debe ser realizada por equipos multidisciplinares que cuenten con profesionales en ginecología con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada y que conozcan adecuadamente la endometriosis. Aun así, es una de las cirugías que mayor tasa de reintervención presenta.

Ante la baja prevalencia y los síntomas inespecíficos que presenta la patología, se ha visto de suma importancia la exposición de este caso clínico, en el que se detalla la actuación de la matrona desde Atención Primaria y la posterior actuación por parte del equipo sanitario para la resolución del problema. Como objetivo queremos conseguir la visualización de este tipo de casos para

aumentar el conocimiento de los profesionales respecto al tema.

Desarrollo

Durante el desarrollo de este caso clínico se mantendrá en todo momento el anonimato de la paciente bajo la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal, con el fin de no vulnerar sus derechos y proteger su confidencialidad.¹⁰

A la consulta de la matrona de Atención Primaria acude X. N., mujer de nacionalidad china de 32 años, argumentando que quiere hablar con ella, ya que este tema con el médico "le da vergüenza". Refiere que desde hace un año nota un dolor vaginal cíclico, coincidente con la menstruación, que le dificulta las actividades de la vida diaria tales como andar, dormir o mantener relaciones sexuales. Fuera del período menstrual dice presentar coitorragia. No presenta problemas de comprensión idiomática.

Se decide hacerle una anamnesis general con especial atención a los aspectos ginecológicos. Se obtiene que la usuaria no presenta antecedentes personales ni familiares de interés. Como antecedentes obstétricos refiere haber tenido un aborto espontáneo tratado farmacológicamente mediante mifeprostol y un parto vaginal hace tres años, en el que se le realizó una episiotomía que cicatrizó sin mayor incidencia. El puerperio también cursó con normalidad, habiendo aportado lactancia materna a la niña durante 8 meses. Tras comentar esto, recuerda que fue al mes de acabar con la lactancia cuando empezó a notar la sintomatología que la ha traído a consulta. Desde entonces dice usar preservativo masculino.

A la exploración visual se observa una tumoración de unos 2x2 cm de color azulado, en el lado izquierdo de la cicatriz de la episiotomía que produce dolor a la palpación. El resto de la exploración es normal. La paciente refiere no haberlo notado ni observado nunca, ya que "no le gusta mirarse ahí". Se muestra asustada, tiene miedo a lo "que va a pasar".

Se comenta el caso con su médico de Atención Primaria, el cuál solicita analítica general. Se deriva para revisión por parte del ginecólogo referente de la zona, obteniendo una cita para dos meses después.

En la consulta ginecológica se le vuelve a hacer una anamnesis, una valoración general y pruebas complementarias. La sintomatología cursa igual que lo hacía en el

momento de la visita a la matrona. Se le realiza una ecografía transvaginal, en la que se observa lo que parece un foco endometriósico perineal de unos 3x2 cm. Se extrae muestra mediante biopsia para su estudio por parte de Anatomía Patológica.

Tras examen por parte de Anatomía Patológica se llega a la conclusión de que los tejidos corresponden a un foco endometriósico. Debido a la elevada tasa de malignización de este tipo de focos extrapélvicos, se hace indispensable su extirpación quirúrgica con márgenes amplios.

Se le explica la situación a la paciente, accediendo a la intervención quirúrgica. Se le indica también que, al no existir factores de riesgo que lo contraindiquen, sería recomendable que tomara anticonceptivos hormonales combinados para paliar los síntomas asociados a la menstruación.

Vuelve a acudir a la consulta de la matrona de Atención Primaria tres meses después de la intervención. Refiere que tras la operación, no nota apenas ningún síntoma y que ha mejorado mucho su calidad de vida (sólo refiere dispareunia ocasional). Sigue tomando los anticonceptivos hormonales combinados prescritos por el ginecólogo de referencia.

Valoración de enfermería: recogida de datos según el modelo transcultural desarrollado por Madeleine Leininger.¹² Modelo de factores (modelo Sunrise o Sol Naciente).

Factores tecnológicos. Tiene acceso y manejo a los medios de comunicación (posee smartphone, tableta y ordenador portátil). Lee todas las mañanas el periódico digital principal de su país de origen y un periódico digital español. Mantiene contacto con sus familiares que en encuentran en China a través de Skype y con familiares y amigos que se encuentran fuera de la provincia a través de las redes sociales.

Vive en un piso alquilado con su marido, hija y hermano, en el que llevan 18 meses. La casa está equipada con todo lo necesario, siendo lo único que le da problemas el aire acondicionado, que se les rompe muy a menudo.

Factores religiosos y filosóficos. Refiere pertenecer a la religión taoísta, siguiendo sus

directrices y modo de vida, pero no se declara muy practicante. Refiere que la religión no es un aspecto que le preocupe, al contrario, le reconforta en su día a día.

Factores sociales y familiares. Lleva 10 años en España, desde donde vino directamente procedente de su país. Trabaja en un restaurante de su propiedad desde hace tres años, en el que ejerce labores de camarera y de administración durante 12 horas al día. En los 7 años previos trabajó como dependienta en una tienda propiedad de un compatriota.

Trabaja en el restaurante junto a su marido y dos empleados más. Refiere estar muy contenta en cómo le van las cosas su trabajo, pero que lo único malo es que “el pobre niño tiene que estar todo el día en el bar y no juega con otros niños”.

Factores culturales, creenciales y estilos de vida. No se ha adaptado a los horarios españoles, ya que dice que “hacen todo muy tarde”. Mantiene los horarios habituales de su país de origen, desayunando a las 07h, almorzando a las 12,30h y cenando a las 19h. Cuando llega a casa se limita a limpiar y dormir. Echa de menos el estilo de vida de su país, aunque dice no querer irse.

Factores políticos y legales. Se encuentra de forma regular en España, estando dada de alta como autónomo en Seguridad Social desde hace tres años. Los años anteriores no tenía contrato, por lo que no estaba cotizando.

Factores económicos. Cuenta con recursos suficientes para mantener a su familia e incluso mandar dinero a su familia en China. Refiere que es un aspecto que le preocupa, ya que la situación económica del restaurante ha pasado por muchos cambios en estos años. No se permite caprichos ni dedica una parte de los ingresos al ocio personal o familiar.

Factores educativos. Tiene un nivel de estudios secundarios, habiendo realizado un curso de auxiliar administrativo en su país. En lo referente a salud, refiere buscar la información en Internet ya que ella “de eso no entiende”.

Tabla 1. Diagnósticos NANDA¹² con los correspondientes NOC¹³, NIC¹⁴ y actividades realizadas.

00126 Conocimientos deficientes: Deficiencia de información cognitiva relacionada con la patología que presenta y su tratamiento (r/c) falta de exposición, poca familiaridad con los recursos para obtener información y manifestado por (m/p) verbalización del problema.			
RESULTADO NOC		INTERVENCIÓN NIC	
1813 Conocimiento: régimen terapéutico Escala desde NUNCA demostrado (1) hasta SIEMPRE demostrado (5)	Valor Inicial	Valor final	Evaluación/Seguimiento
181310. Descripción del proceso de la enfermedad.	2	5	Durante todo el periodo de seguimiento en Atención Primaria.
181312. Ejecución del procedimiento terapéutico.	3	5	Durante todo el periodo de seguimiento en Atención Primaria.
5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.			
- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad.			
- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.			
- Enseñar al paciente medidas para controlar / minimizar síntomas			
5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje.			
- Empatizar con ella y su pareja.			
- Fomentar la verbalización de sentimientos, percepciones e inquietudes.			
- Ayudar a la gestante a identificar el control que puede tener sobre el parto para evitar que el dolor, el estrés y el miedo pueda alterar su vivencia del mismo.			
00148 Temor: Proceso, tratamiento y evolución del proceso quirúrgico r/c falta de exposición, entorno, signos y síntomas desconocidos y m/p sentimiento de temor, aumento de alerta.			
RESULTADO NOC		INTERVENCIÓN NIC	
1404 Autocontrol del miedo. Escala desde NUNCA demostrado (1) hasta SIEMPRE demostrado (5)	Valor Inicial	Valor final	Evaluación/Seguimiento
121004. Falta de autoconfianza.	1	5	Durante todo el periodo de seguimiento en Atención Primaria.
121005. Inquietud.	1	5	Durante todo el periodo de seguimiento en Atención Primaria.
5820 Disminución de la ansiedad.			
- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que pueda experimentar.			
- Permanecer con la puérpera para promover la seguridad y reducir el miedo.			
- Crear un ambiente de confianza.			
5270 Apoyo emocional.			
- Abrazar o tocar a la puérpera para proporcionarle apoyo.			
- Favorecer la conversación, el llanto, los gritos como medio de disminuir la respuesta emocional.			
5880 Técnica de relajación.			
- Instruir a la puérpera sobre métodos que disminuyan la ansiedad (técnicas de respiración, música).			
- Aplicar la técnica de visualización positiva.			

Tabla 2. Problemas de colaboración con los correspondientes NOC, NIC y actividades realizadas.

Problema de colaboración. CP: Incisión de cicatriz de previa episiotomía para tratamiento quirúrgico.			
RESULTADO NOC		INTERVENCIÓN NIC	
1605. Control del dolor. Escala desde NUNCA demostrado (1) hasta SIEMPRE demostrado (5)	Valor Inicial	Valor final	Evaluación/Seguimiento
160504. Utiliza medidas de alivio no analgésicas.	1	5	Diario (en cada turno) y posterior seguimiento en su centro de Atención Primaria.
160513. Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario.	3	5	Diario (en cada turno) y posterior seguimiento en su centro de Atención Primaria.
5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento.			
- Informar a la puérpera sobre la duración esperada del proceso de cicatrización.			
- Informar acerca de lo que se olerá, verá o sentirá durante el proceso.			
- Explicar la importancia del seguimiento por su matrona de Atención Primaria.			
- Dar tiempo a la puérpera para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.			

Plan de cuidados

En las tablas 1 y 2 se recogen los principales resultados derivados del presente caso clínico: etiqueta diagnóstica, planificación de los cuidados y seguimiento/evaluación tras su ejecución, elaborados según taxonomía estandarizada enfermera (NANDA, NIC, NOC).

Tras la identificación, se procede a priorizar aquellos problemas que suponen la alteración del bienestar. Se actúa principalmente sobre el temor y conocimientos deficientes.

Todas las intervenciones expuestas suponen la participación activa de la usuaria. La matrona en todo el caso clínico, tiene función informativa y educadora desde el inicio del proceso hasta el final.

Los procedimientos llevados a cabo se adecuan al alivio del dolor. Se toman medidas estándares para evitar complicaciones potenciales que puedan producirse en la herida. Para ello se colabora con el ginecólogo para su reparación y se asesora sobre los cuidados posteriores (higiene, ejercicios a realizar para la recuperación del suelo pélvico, etc).

Por último se le informa de la importancia de continuar su seguimiento puerperal en Atención Primaria por su matrona de referencia donde podrá continuar resolviendo dudas y miedos.

Discusión

El caso expuesto ha sido elegido por la peculiaridad que supone un foco endometriósico en una episiotomía y todo lo que ello conlleva.

Por este motivo, cabe destacar el papel que presta la matrona por su especial atención al miedo referido por la mujer, ya que ha sido la referente en la captación en este caso clínico. Para ello, hace de la escucha, la comprensión, la no estigmatización y las habilidades comunicativas, sus principales armas. Así, consigue establecer una relación de confianza y transmitir seguridad a la paciente. Cabe destacar la amplia labor de la matrona no solo a la hora de establecer un diagnóstico diferencial de la patología, sino que ha sabido llegar a un ámbito más amplio como la esfera psíquica de la mujer, teniendo en cuenta la cultura, procedencia y temor que este tipo de cuestiones producen en las pacientes, ya que muchas de ellas no comparten fácilmente parte de la sintomatología, como por ejemplo la dispareunia o la alteración en su zona genital.

Teniendo en cuenta todo esto y tras recopilar información, llegamos a la conclusión de que en este caso, la causa probable de la endometriosis en la cicatriz de la episiorrafia es atribuida a la implantación de tejido endometrial posterior al alumbramiento, así como durante la limpieza y revisión de la cavidad uterina, práctica habitual para confirmar la extracción total de la placenta. Debido a la ausencia de lavado con solución fisiológica de la episiotomía previa al cierre de la herida quirúrgica, lo que permite que quede atrapado tejido endometrial.^{15, 16}

La endometriosis podría considerarse una enfermedad infravalorada dentro del personal obstetrico-ginecológico, pero por todo lo mencionado anteriormente cabe destacar la importancia de esta patología pese a su mínima incidencia.

Conclusiones

Después de presentarse este caso y tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica, consideramos que es necesaria una adecuada limpieza de la episiotomía antes de iniciar la sutura quirúrgica, para disminuir la presencia de endometriosis, aun cuando la incidencia de este trastorno apenas es de 2 % en cicatriz quirúrgica posterior a histerectomía abdominal y de 0.03 % posterior a cesárea u otras cirugías pélvicas. Se ha considerado que la baja incidencia de endometriosis en cicatrices posteriores al alumbramiento, comparada con la observada en otro tipo de cirugías pélvicas, se debe a que el endometrio al final del embarazo es más difícil de trasplantar.^{15, 16}

A la hora de abordar el tratamiento de una endometriosis, estudios comparativos han mostrado que los resultados son mejores cuando se utiliza la resolución quirúrgica de las áreas con endometriosis, que cuando sólo se emplean fármacos encaminados a mejorar estas lesiones en áreas pequeñas. Se ha combinado el tratamiento médico con los procedimientos quirúrgicos en endometriosis pélvica, pero su efectividad sólo es superior en cuanto al dolor. Acerca de esto debe mencionarse que para aliviar el dolor pueden resultar efectivos los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, no así en otros trastornos coexistentes como esterilidad, en que se deben realizar procedimientos de mayor complejidad como la hiperestimulación ovárica para lograr el embarazo.^{17, 18}

A pesar de la baja incidencia de este caso, es fundamental que la matrona sea capaz de identificar la presencia de esta patología, por lo cual toda lesión cicatrizal que evolucione o

se desarrolle concomitante con el ciclo menstrual debe ser considerado el diagnóstico de endometriosis, requiriéndose estudio histopatológico y resección quirúrgica con márgenes amplios y completos. La degeneración maligna es un evento particularmente excepcional pudiendo aparecer después de años de endometriosis clínicamente benigna. Es imprescindible un seguimiento continuado más allá del periodo del puerperio, para así detectar y tratar de paliar posibles alteraciones como la presentada en el caso. Además del tratamiento médico se podrá aconsejar medidas higiénico-dietéticas para paliar las molestias, con métodos como: Fitoterapia, plantas medicinales y cambios en la dieta: Restringir cafeína, azúcar y alcohol. Aumentar la ingesta de vegetales como aumento en vitaminas del complejo B y vitamina E, ejercicio y relajación (yoga). Para finalizar, decir, que algunos de los puntos más importantes a tener en cuenta son llevar a

Bibliografía

1. Hesla Js, Rock Ja. Endometriosis. In: Rock JA, Thompson JD (eds.). *The Linde's Operative Gynecology*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997: 585-624.
2. Giudice L, M.D., Ph.D. Endometriosis. *N Engl J Med* 2010;362:2389-98.
3. Speroff, L. Fritz, M. *Endocrinología Ginecológica Clínica y Esterilidad*. 8ª edición. Lippincott, Williams & Wilkins. 2012.
4. Manejo de la endometriosis e infertilidad. Adolfo F. Rechkemmer. *Rev. peru. ginecol. obstet.* v.58 n.2 Lima 2012.
5. Ortiz R, Quintero EM. Endometriosis extrapélvica: reporte de tres casos y revisión narrativa de la literatura. *MedUNAB* 2005; 8:130-136.
6. Douglas C, Rotimi O. Extragenital endometriosis a clinicopathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations. *J Obstet Gyn* 2004; 24 (7): 804.
7. Markham SM, Carpenter SE, Rock JA. Extrapelvic endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989; 16: 193.
8. Hernández M. Diagnóstico de la endometriosis. *Perinatol Reprod Hum* 2009; 23: 25-29.
9. R. Triano-Sánchez y L. de Prado-Prieto. Actualización del uso de anticonceptivos en el tratamiento de la endometriosis. *Semergen*. 2012;38(2):95-101.
10. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE» núm.

cabo una amplia formación y actualización del personal, sin dejar a un lado o menospreciar las patologías menos comunes. Así como ampliar en el tiempo el seguimiento de la mujer por parte de la matrona del centro de salud y que este no se limite al puerperio inmediato, ya que esto facilitaría diagnóstico precoz de muchas de estas patologías.

Agradecimientos

El correcto abordaje de este caso clínico tiene su origen en el trabajo coordinado y consensuado del grupo de profesionales que asistieron a la puérpera dentro del Marco Sanitario del Hospital Virgen de la Victoria y Centro de Atención Primaria de Puerta Blanca, ambos en Málaga. Agradecemos a todos/as nuestros/as compañeros/as la colaboración desinteresada y la apuesta por el aprendizaje basado en problemas como forma de acercar a los profesionales sanitarios a la realidad asistencial.

- 298, de 14 de diciembre de 1999, páginas 43088 a 43099[Consultado: 06 de Febrero 2018].
11. Leininger M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades* 1999(6):5-12.
12. Herdman TH, editor. *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación* Madrid: Elsevier; 2015.
13. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
14. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Wagner CM, editores. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
15. Wong CFJ, Juárez AA, Villareal PC, Duarte TR, Motta ME. Endometriosis cutánea en cicatriz abdominal posterior a operación cesárea. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Ginecol Obstet Mex* 1995;63: 222-225.
16. Brenner G, Wohlagemuth S, Hortfolk V. Scar endome. *Gynecol Obstet* 1990;170:538-540.
17. Gómez AE, Gorozpe CJI. Endometriosis. Mecanismos potenciales de esterilidad. Esquema inductor en pacientes con endometriosis. Revisión y reflexiones. *Ginecol Obstet Mex* 1999;67:58-62.
18. Gordts S, Boeckx W, Brosens I. Microsurgery of endometriosis in infertile patients. *Fertil Steril* 1984;42:520-525.