

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO CONSERVADOR DE LA ENDOMETRIOSIS¹

DRES. ENRIQUE GUTIÉRREZ-MURILLO² Y DORIS AGUILAR-BERRIOS³

Se presentan los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico conservador de la endometriosis en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Español de México. Los resultados finales son muy buenos; más de la cuarta parte de las enfermas están asintomáticas; más de la mitad mejoraron; un quinceavo de las pacientes quedaron igual; empeoraron menos de la dieciochava parte de las mismas, y murió el 0.5% en el postoperatorio inmediato por causa ajena al padecimiento y a la operación que pretendió curarlo. El tratamiento de la esterilidad producida por la endometriosis da una de las indicaciones quirúrgicas evidentes e imprescindibles, obteniéndose magníficos resultados; aproximadamente 50% curó. La cirugía de la endometriosis en su aspecto conservador necesita, para ser eficazmente practicada, de un cirujano con conocimientos profundos de fisiología endócrina, anatomía pélvica y anatomía patológica macroscópica. Las lesiones pequeñas (implantes en corimbo) deben ser electrofulguradas, siempre y cuando estén lejos de vasos importantes o vísceras huecas. (GAC. MÉD. MÉX. 98: 222, 1968).

ES CONVENIENTE analizar en el momento actual los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico conservador de la endometriosis, por varias razones. En primer lugar, porque al haber aparecido recientemente potentes progestágenos de síntesis y habiendo sido empleados en el tratamiento médico de la endometriosis con buenos resul-

tados, conviene juzgar comparativamente los resultados obtenidos por el tratamiento médico y el quirúrgico y decidir qué procedimiento cuenta con mayores posibilidades para resolver, entre otros, los problemas de esterilidad tan frecuentemente causados por este padecimiento. En segundo lugar, el hecho de que las operaciones conservadoras para la endometriosis sigan dando buenos resultados, nos obliga a precisar en qué casos el tratamiento conservador debe privar sobre el tratamiento radical, quirúrgico o radioterápico de la endometriosis.

¹ Trabajo presentado en la sesión ordinaria del 2 de agosto de 1967.

² Académico numerario. Hospital Español de México.

³ Ex alumna del Curso de Especialización en Ginecología de la Facultad Nacional de Medicina.

Resulta evidente que cuando la enfermedad sea muy extensa¹ provocando, por ejemplo, estenosis intestinal o uretral, o cuando los síntomas (como es el caso de la esterilidad) dependan de trastornos mecánicos, causados por la endometriosis (acodaduras tubarias, alteraciones de la relación tubo-ovárica por adherencias), la cirugía está indudablemente indicada para resolver estos casos concretos.

Se discute en el momento actual² la conveniencia de hacer tratamiento con dosis altas de progestágenos en los dos, tres o más meses anteriores a la intervención quirúrgica en los casos indudables de endometriosis, con el propósito de atrofiar las lesiones y facilitar la disección en el momento de la intervención quirúrgica. Aún no podemos opinar sobre esta modalidad terapéutica que parece lógica en su planeación.

La indicación del tratamiento quirúrgico conservador depende de la sintomatología que pretende curarse y de la edad de la enferma por tratar. Así por ejemplo, en los casos de ruptura de un quiste endometriósico es evidente que el tratamiento debe ser quirúrgico y urgente, y será conservador si la edad de la paciente es corta y hay necesidad de descendencia o será radical si la enfermedad es mayor de 35 años y no hay apremio de obtener más hijos. Cuando el padecimiento sea crónico y hay posibilidad de elegir entre la cirugía y el tratamiento médico, los casos de esterilidad caerán con más frecuencia en el campo de la cirugía por tener la posibilidad de corregir otros trastornos que coadyuvan a mantener la esterilidad.^{3, 4, 5}

En resumen, dos son las indicaciones indudables de la cirugía: en primer lugar aquellas mujeres portadoras de una tumoración quística uni o bilateral, en que la pelvioscopia ha identificado un quiste de chocolate, amén de otras lesiones endometriósicas (implantes peritoneales, adherencias); en segundo lugar las pacientes cuyo síntoma principal es la esterilidad, en las cuales se han encontrado adherencias extensas que distorsionan la relación tubo-ovárica o impiden esta relación, por bloqueo peritoneal peritubario o engloban el ovario con adherencia; impidiendo la ovulación o producen otras alteraciones (distopias adherentes, fijeza a otros órganos), en las cuales es evidente que la intervención quirúrgica es imprescindible.

Referente a la edad, los casos que caen fuera de la cirugía conservadora, a pesar de tener como síntoma dominante la esterilidad, son aquéllos cuya edad pasa de los 35 años; entonces el tratamiento quirúrgico deberá ser radical y consistirá según los casos, en la histerectomía con conservación de los anexos, siempre y cuando los ovarios queden sin o con pocas lesiones o bien la histerectomía con extirpación de ambos anexos cuando los dos ovarios estén afectados por lesiones extensas y que hagan pensar al clínico que la conservación de un fragmento de ovario y algo de tejido mülleriano sea peligroso por la posibilidad de recidiva inmediata, del padecimiento.

Aunque queda la posibilidad de dejar el ovario y una trompa y en caso de aparición de sintomatología molesta, achacable a reaparición de una endo-

metriosis activa, puede emplearse el tratamiento médico o el radioterápico para eliminar el funcionamiento ovárico, con lo que cura el padecimiento. El interés en conservar ovarios funcionantes deriva de los estudios de Pratt, que demuestran que en los casos en que se conservan fragmentos de ovario funcionantes las posibilidades de sufrir padecimiento; vasculares degenerativos disminuye francamente en relación con las que han sufrido la ovariectomía total.

El tratamiento quirúrgico conservador consiste, no como lo ha señalado Ulfelder, en la resección y disección mínimas de tejidos afectados, sino en la disección y resección suficiente para "conservar funciones útiles, no enfermedades" como lo señaló agudamente el Dr. Amor en alguna ocasión. En el aparato genital las funciones que debemos conservar, yendo de la más importante a la menos trascendente son: la función procreadora, la función menstrual y la función copuladora. Habremos hecho cirugía conservadora cuando en unos casos logremos la conservación de la función procreadora; en otras ocasiones solamente conservaremos la función menstrual y la función copuladora, y en otras quizá sólo la función copuladora.

Cuando el problema de la enferma sea la esterilidad, nuestro propósito será conservar la función procreadora. En los casos en que ésta ya no interese, porque la enferma sea mayor de 35 años o tenga hijos, o cuente con otros factores importantes de esterilidad, (azospermia del marido por ejemplo) entonces la función importante de conservar será la menstrual, si la paciente sufre desde el punto de vista psíquico por la

carencia de esta función y habrá casos en que solo interese conservar la función copuladora y otros en que habiendo lesiones tan extensas que no permitan conservar la vagina y si no hay apremio para que esa función persista, la extirpación será tan radical como sea necesario, no importando que ninguna de las funciones del aparato genital permanezcan activas.

Desde el punto de vista técnico la cirugía conservadora cuenta con varios procedimientos; adecuados para cada caso y que se resumen de la manera siguiente: en primer lugar, la extirpación de las zonas que macroscópicamente hagan sospechar implantes endometriósicos; en segundo lugar la movilización del útero, que frecuentemente se encuentra adherido a los órganos vecinos; en tercer lugar, la lisis de las adherencias que fijan los anexos en posiciones inadecuadas para su funcionamiento; en cuarto lugar, la extirpación de los "quistes de chocolate", ya sea con resección parcial de los ovarios o por vaciamiento del contenido y la resección de la cápsula para dejar la mayor parte del tejido ovárico; viene a continuación la práctica de la corrección de la retroversión uterina por medio de la ligamentopexia de uterosacros y redondos siguiendo la técnica de Alvarez Bravo; en sexto lugar, la neurectomía presacra, que puede ser útil en los casos en que el síntoma as, sea el dolor pélvico; viene después la extirpación de lesiones concomitantes cuyo tratamiento sea quirúrgico, como por ejemplo de fibroleiomiomas, de tumores ováricos, etc., etc.; en séptimo lugar, la exploración cuidadosa de la cavidad abdominal

nos permitirá encontrar otros implantes endometriósicos y tratarlos adecuadamente como sería el caso de resección de implantes en peritoneo de zonas cercanas a los vasos, fulguración de implantes en zonas de peritoneo alejadas de vasos sanguíneos o de vísceras huecas; por último, en los casos en que haya sido necesario dejar lesiones endometriósicas inextirpables, el cirujano tomará en cuenta este hecho para instituir tratamiento médico durante tiempo, a dosis y con hormonas adecuadas, para producir la atrofia de estas lesiones.

Esto nos hace recalcar la importancia que tiene para intentar la cirugía conservadora el poseer conocimiento lo más profundos de fisiología, de anatomía pélvica y de anatomía patológica macroscópica pues de otra manera no es factible intentar este tipo de cirugía.

La endometriosis que se observa en nuestro medio a menudo afecta más de un órgano o más de un territorio peritoneal, en contraste con los descrito por autores sudamericanos como Cruz,⁶ de Chile, quien encontró en 318 casos de endometriosis debidamente comprobada y localizada a un solo órgano. la siguiente distribución: al útero en 229 casos, (72%), a los ovarios 55 casos, (17.3%) a las trompas en 16 casos, (5%), o endometriosis múltiples en sólo 18 casos, o sea 5.7%. En nuestro medio las cosas no parecen suceder así, y es habitual encontrar, en orden de frecuencia, lesiones de los ovarios, a continuación lesiones de las trompas y de los ovarios, después lesiones de los anexos y del útero con implantes localizados al peritoneo del ligamento ancho o del

fondo de saco de Douglas, o al peritoneo que cubre los ligamentos útero-sacros, invadiendo éstos o bien localizaciones en otros órganos, (vagina, recto, sigmoides, apéndice, etc.).

Es por esto que el criterio conservador debe estar inspirado en una conducta que sirva de guía para actuar acertadamente en cada caso. En el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Español de México, se siguen las siguientes normas basadas en la extensión de las lesiones: "1. Si las lesiones se reducen a unos cuantos implantes endometriósicos y adherencias, se resecan cuidadosamente, se fulguran o se dejan sin tratar. Posteriormente se vigila estrechamente a la enferma y se instituye el tratamiento médico adecuado. 2. Si el proceso está limitado a implantaciones peritoneales superficiales, o a un ovario, se extirpan las lesiones accesibles, siempre que se pueda conservar una parte del ovario enfermo, especialmente si hay deseo de tener hijos. En caso contrario puede dejarse la lesión y tratar posteriormente a la enferma médicamente. 3. Si hay lesiones extensas en un ovario y pequeñas en el otro, o implantaciones superficiales en ambos ovarios, o lesiones infiltrativas del útero o ligamentos útero-sacros, si hay problema de descendencia se procura reseca lesiones conservando al menos una parte de ambos ovarios; si no hay problema de descendencia se hace ovariectomía total del ovario intensamente atacado y resección parcial de las lesiones con histerectomía parcial si es necesario. 4. Si hay lesiones extensas de ambos ovarios o quistes endometriósicos bilaterales, con o sin lesiones invasoras recto-vagi-

nales o lesiones infiltrantes no obstructivas del intestino, se hace ovariectomía bilateral. Si las lesiones uterinas son importantes se hará además histerectomía total. En mujeres muy jóvenes o en casos apremiantes de esterilidad puede intentarse la resección de las lesiones con conservación parcial de ambos ovarios. Si la evolución ulterior es francamente desfavorable se ordenará tratamiento médico o la castración radiológica. 5. Si hay invasión vesical, invasión intestinal obstructiva o invasión ureteral o gran extensión de las lesiones pélvicas, se hará ovariectomía bilateral!"¹

De 348 casos de endometriosis pélvica, del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Español, en quienes el Laboratorio de Anatomía Patológica confirmó plenamente el diagnóstico, fueron sometidas a tratamiento quirúrgico conservador 53 enfermas.

En la Tabla 1 se presenta la distribución por edades de las pacientes; se observa que el mayor número de casos está comprendido entre las edades de 25 y 34 años, y si se considera que la

edad adecuada para hacer tratamiento conservador está antes de los 35 años, se ve que este tratamiento se empleó en pocas enfermas de más de 35 años en virtud de tener apremio para lograr descendencia. Respecto del estado civil observamos que la mayor parte de las enfermas, 75% aproximadamente, eran casadas y sólo 25% vírgenes.

En la tabla 2 se resumen los síntomas y signos más importantes encontrados en las enfermas. Aparecen en primer lugar trastornos menstruales en 31 de las 53 enfermas; dolor pélvico en la misma proporción y esterilidad primaria o secundaria en 23 de las 53 enfermas. Entre los signos tenemos la presencia de tumor anexial en 14, de tumor uterino en 16, de obstrucción tubaria en 4, de retroversión uterina adherente en 5, de congestión pélvica en 1, obstrucción intestinal aguda en 1 y apendicitis en 1.

Se hace notar que en ninguno de los 348 casos de endometriosis se observó la ruptura de quistes ováricos endometriósicos, que se reportan con cierta frecuencia en estadísticas de autores norteamericanos.²

TABLA 1

EDAD Y ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES

<i>Edad de las pacientes</i>	<i>Nº de casos</i>
15 - 19 años	2
20 - 24 años	3
25 - 29 años	12 - 30
30 - 34 años	18
35 - 39 años	15
+ de 40 años	3
<i>Estado civil</i>	<i>Nº de casos</i>
Casadas	43
Vírgenes	10

TABLA 2

SINTOMATOLOGIA

<i>Síntomas y signos</i>	<i>Nº de casos</i>
Trastornos menstruales	31
Dolor pélvico	31
Esterilidad	23
Tumor uterino	16
Tumor anexial	14
Retroversión uterina	5
Obstrucción tubaria	4
Congestión pélvica crónica	1
Obstrucción intestinal	1
Dolor apendicular	1

En la tabla 3 se resumen los trastornos menstruales más frecuentes encontrados en nuestras pacientes, observándose que existe gran variedad de alteraciones menstruales, sin que puedan servir de orientación en el diagnóstico.

TABLA 3
DISTRIBUCION DE TRASTORNOS
MENSTRUALES

<i>Trastornos menstruales</i>	<i>Nº de casos</i>
Proiomenorrea	3
Opsomenorrea	1
Hipermenorrea	5
Hipomenorrea	1
Polimenorrea	1
Nictomenorrea	2
Hemorragia uterina disfuncional	1
Trastornos mixtos por exceso	13
Trastornos mixtos por defecto	2
Hemorragias uterinas disfuncionales y otros	2

En la tabla 4 se hace un análisis del dolor que acusaron las enfermas y se ve que la dismenorrea adquirida, progresiva y localizada solamente se presentó en seis casos, pese a que es uno de los datos en que los autores hacen hincapié como el más valioso para reconocer la endometriosis. La dismenorrea primaria se presentó en 12 casos, el dolor pélvico de distintas modalidades en 10 casos, y el dolor de ambas fosas ilíacas o de alguna de las fosas ilíacas, en 4 casos.

TABLA 4
TIPOS DE DOLOR

<i>Dolor</i>	<i>Nº de casos</i>
Dismenorrea adquirida, progresiva y localizada	6
Dismenorrea primaria	12
Dolor pélvico crónico	10
Dolor en fosas ilíacas	4

En la tabla 5 se indica que la esterilidad en 23 pacientes, fue primaria en 13, secundaria en 10 y un caso de infertilidad que después del tratamiento conservador, al corregirse una retroversión uterina adherente, logró un embarazo a término.

TABLA 5
CARACTERISTICAS DE
ESTERILIDAD

<i>Esterilidad</i>	<i>Nº de casos</i>
Primaria	13
Secundaria	10
Infertilidad	1

En el postoperatorio las enfermas fueron vigiladas entre 1 y 15 años, como se observa en la tabla 6. Hay que hacer notar que una de las modalidades del Hospital Español es la de poder seguir a las pacientes con mayor frecuencia que en otros centros médicos del país y así vemos que en 45 casos la vigilancia pudo extenderse de 1 hasta 15 años y solamente 8 de las pacientes se perdieron del control.

TABLA 6
VIGILANCIA POSTOPERATORIA

<i>Tiempo</i>	<i>Nº de casos</i>
1 año	9
2 años	8
3 años	3
4 años	6
5 años	5
6 - 10 años	11
11 - 15 años	3
No volvieron	8

En la tabla 7 se resumen las operaciones practicadas en las pacientes de

esta serie. De acuerdo con las cifras que se presentaron, estas operaciones fueron más de una para cada una de las enfermas que se trataron. Fueron más frecuentes la resección parcial del ovario, las miomectomías y las salpingo-ovariolisis; les siguen las plásticas tubarias, las ligamentopexias de redondos y de útero-sacros, la pexia de Poole, la resección de lesiones peritoneales, y la apendicectomía no solamente como profiláctica sino casi siempre por haber encontrado lesiones apendiculares que con frecuencia el patólogo identificó como endometriósicas. En esta tabla no se incluyen las fulguraciones de los implantes peritoneales que como dijimos al principio se hacen en los casos en que la zona del peritoneo por fulgurar no se encuentra cerca de algún vaso importante o en la superficie de algún

órgano que pudiera deteminar la formación de una fístula al ser fulgurado en exceso.

En la tabla 8 vemos que de 53 enfermas mejoraron en su sintomatología más de 2/3 partes y quedaron asintomáticas 19 de 53, que empeoraron dos y que no mejoraron cuatro, habiendo tres más que se complicaron con un padecimiento ginecológico distinto al que se pretendió tratar, que hubo una muerte debida a nefrosis distal por transfusión sanguínea incompatible y que se ignora la evolución de ocho enfermos. Estos resultados son mejores que los informados por otros autores,⁴ que en 60 casos reportan 5 fracasos del tratamiento, habiendo empeorado las enfermas. El por ciento que ellos dan de mejoría es aproximadamente de 50%, es decir 30 enfermas de 60; los autores de la presente serie observaron mejoría de 35 enfermas sobre 53 casos, o sea el 66%. En lo que se refiere al grupo importante de esterilidad debemos hacer notar que de 23 enfermas que consultaron por este síntoma, 13 se embarazaron (52%) y se obtuvieron 20 productos de término.

TABLA 7
OPERACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENDOMETRIOSIS

<i>Tipo de operación practicada</i>	<i>N° de casos</i>
Resección parcial de ovario	35
Salpingo-ovariolisis	16
Ligamentopexias de redondos	7
Resección de lesiones peritoneales	7
Apendicectomías	8
Ligamentopexias de útero sacros	3
Histerosegmentaciones	3
Resección de lesión de pared de recto	2
Resección de lesión de tabique re-trovaginal	1
Resección de lesión de sigmoides	1
Resección de presacro	1
Ovariopexia de Poole	4
<i>Operaciones asociadas</i>	
Resección cuneiforme de ovarios	2
Miomectomías	20
Plásticas tubarias	8

TABLA 8
EVOLUCION DE LAS PACIENTES

<i>Resultados</i>	<i>N° de casos</i>
Asintomáticas	19
Mejoraron	16
No mejoraron	4
Se complicaron con padecimientos genitales inflamatorios	3
Empecaron	2
Falleció (Nefrosis distal)	1
Se ignora	8

En la tabla 9 se hace un resumen del tiempo que transcurrió entre la operación y el embarazo en las 13 de las 23 enfermas estériles operadas.

Como se puede ver, el mayor número de embarazos se logró en el primer año del postoperatorio, en un número menor en el segundo año del postoperatorio y disminuyendo francamente en los años subsiguientes.

De esto se colige que el tratamiento quirúrgico conservador cuenta con un lugar prominente en el tratamiento de la endometriosis.

TABLA 9
RESULTADOS EN ESTERILIDAD

Embarazos logrados		Esterilidad primaria	Esterilidad secundaria
Entre:			
1	- 12 meses	6	2
1	- 2 años	3	—
3	4 años	1	—
+	d: 4 años	—	1

Hay que hacer notar también que de las enfermas operadas, 5 tenían retroversión uterina adherente y que en las operaciones practicadas se hicieron 10 ligamentopexias de útero-sacos y redondos, lo cual indica que esta operación se practica en el Servicio de los autores aún en los casos en que no existe retroversión uterina, para exagerar la anteversión en algunas ocasiones, o asegurar la anteversión con el propósito de alejar la cara posterior del útero y los anexos de las lesiones del Douglas y del recto.

Las pocas veces en que se practicó resección de presacro⁸ (un caso en el grupo de enfermas operadas) deriva

del convencimiento de que si se extirpan o fulguran las lesiones las lesiones endometriósicas, la dismenorrea y el dolor pélvico desaparecen automáticamente, a pesar de la posibilidad de que permanezcan lesiones residuales.

Una cosa que se desea también hacer notar es el número muy bajo de dismenorrea adquirida, progresiva y localizada que es típica de la endometriosis y que desgraciadamente es poco frecuente, pues en los casos de esta serie solo se presentó en la quinta parte de las enfermas que acusaban dolor.

Por último se hace notar que los trastornos menstruales variaron enormemente, los hubo en más y los hubo en menos presentándose mixtos en exceso el mayor número de casos 13, contra sólo 2 mixtos por defecto.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se presentan los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico conservador de la endometriosis, en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Español de México.
2. El criterio conservador en el tratamiento de este padecimiento siempre ha sido practicado en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Español de México como lo demuestra la casuística presentada, en la que destaca el hecho de que haya enfermas operadas y vigiladas por 15 años después de tratadas por este procedimiento.
3. Los resultados finales son muy buenos: más de la cuarta parte

- de las enfermas están asintomáticas, más de la mitad mejoraron; un quinceavo de las pacientes quedaron igual, empeoraron menos de la dieciochoava parte de las mismas y murió el 0.5% en el postoperatorio inmediato por una causa ajena al padecimiento y a la operación que pretendió curarlo.
4. El tratamiento de la esterilidad producida por la endometriosis da una de las indicaciones quirúrgicas evidentes e imprescindibles, obteniéndose magníficos resultados.
 5. La cirugía de la endometriosis en su aspecto conservador necesita, para ser eficazmente practicada, de un cirujano con conocimientos profundos de fisiología endócrina, anatomía pélvica y anatomía patológica macroscópica.
 6. Las lesiones pequeñas (implantes en corimbo) deben ser electrofulguradas, siempre y cuando estén lejos de vasos importantes o vísceras huecas.
 7. La resección del peritoneo afectado por endometriosis, se hará cuando esté sobre vasos importantes o cubra vísceras huecas.
 8. La endometriosis ovárica requiere resección parcial del ovario y sólo si es muy extensa, ovariectomía. Si los dos ovarios están afectados, se extirpa el más enfermo y se reseca o fulgura el menos lesionado.
 10. Las lesiones amplias de los anexos requieren salpingo-ooforectomía.
 11. Las lesiones uterinas se extirpan por resección local en cuña, o histosegmentación (resección en huso, miometrectomía).
 12. Se practicará ligamentopexia de redondos y uterosacros o de redondos solamente cuando interese separar el cuerpo uterino del fondo de saco de Douglas o del recto.
 13. Se hará ovariopexia de Poole cuando los ovarios estén prolapsados al Douglas.
 14. Se tratarán otras lesiones concomitantes con la endometriosis (fibroleiomiomas, apendicitis, etc.).
 15. Se revisará la cavidad abdominal cuidadosamente para buscar y tratar otras localizaciones endometriósicas.
 16. Cuando sea necesario dejar algunas lesiones por imposibilidad de su excisión completa, se somete a la paciente a tratamiento médico durante tiempo adecuado para intentar de producir la atrofia de dichas lesiones.
 17. En el preoperatorio conviene dar tratamiento médico para adquirir experiencia y poder valorar el resultado de un procedimiento que es lógico en su planeación.
 18. La resección del presacro no nos parece que deba ser una operación de rutina como la preconizan algunos autores. Solo debe practicarse cuando las lesiones restantes sean importantes y sobre todo de localización uterina.

SUMMARY

The authors present their results with conservative surgical treatment of endometriosis in the Gynecological Service of the Hospital Español of Mexico

City. The conservative method has always been of choice in this institution. A 15 year follow-up of patients treated in this manner is presented.

The final results are considered as good. 25% of the patients were cured; 50% showed marked improvement; 12% showed no improvement; 12.5% worsened, and 0.5% died following surgery of causes not determined by the surgical procedure.

The treatment of sterility caused by endometriosis is a direct indication for this procedure. The results were excellent. Almost 50% of the patients were cured, that is, 13 out of 23. Conservative surgery of this sort must be practiced by a surgeon with good knowledge of endocrine physiology, of anatomy of the pelvis and macroscopic pathology. The small lesions should be fulgurated when not in the immediate vicinity of organs or important blood vessels.

REFERENCIAS

1. Conseller, V. S.: *Surgical procedures involved in the treatment of endometriosis*. Surg. Gynec. & Obst. 89: 322, 1949.
2. Green, T. H.: *Tratamiento quirúrgico de la endometriosis*. Clin. Obstet. y Ginec. 293, 1966.
3. Fredrikson, H.: *Pregnancy after conservation surgery for ovarian endometriosis*. Acta Obst. Gynec. Scand. 36: 468, 1967.
4. Maccoy, J. B.: *Surgical treatment of endometriosis with conservation of reproductive potential*. Obst. & Gynec. 87: 394, 1963.
5. Sheets, J. L.: *Conservative surgical management of endometriosis*. Obst. and Gynec. 23: 625, 1964.
6. Cruz, H.: *El tratamiento quirúrgico conservador en la endometriosis*. Obst. y Ginec. Lat-Amer. 24: 81, 1966.
7. Alvarez Bravo, A.: *Cirugía ginecológica conservadora*. Rev. Med. Hosp. Esp. de Méx. 10: 206, 1960.
8. Dayley, H.: *Superior hypogastric sympathectomy for the relief of pain associated with endometriosis*. Am. J. Obste. Gynec. 64: 650, 1959.

COMENTARIO OFICIAL

DR. ALCÍBIADES MARVÁN¹

EXISTIENDO para la endometriosis, un tratamiento médico eficaz como quedó demostrado en otra época con el empleo de los andrógenos y en la actualidad con el de los progestágenos, surgen a nuestra consideración las siguientes cuestiones:

¿Por qué, en forma rutinaria no se emplean estos productos antes de indicar la intervención quirúrgica?

¿Por qué en la endometriosis pura, no se prefiere el tratamiento médico al quirúrgico?

Resumiendo: ¿por qué seguimos considerando este padecimiento como de tratamiento esencialmente quirúrgico?

A nuestro juicio, este último concepto es acertado y resultante de tres fenómenos fundamentales:

¹ Académico numerario, Hospital Francés de México.

¹ Las dificultades que existen para hacer el diagnóstico.