

Endometriosis en la adolescencia: seis años de seguimiento en el Hospital General de Medellín*

Catalina Cuervo Valencia, MD**

Carolina Toro Navarrete, MD**

Carolina Prieto Saldarriaga, MD**

Adriana Arango Martínez, MD MSc***

Resumen

Antecedentes: La endometriosis es una enfermedad que puede llegar a ser altamente incapacitante y con consecuencias deletéreas en el futuro reproductivo de la mujer. **Objetivo:** Conocer la incidencia y describir las manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento en un grupo poblacional específico. **Metodología:** estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal en 34 pacientes, cuyos criterios de inclusión fueron: sexo femenino, edad entre 11 y 22 años, diagnóstico de endometriosis entre 1998 y 2003 en el HGM y haber asistido a mínimo dos consultas donde se solicitaran estudios diagnósticos complementarios. **Resultados:** La incidencia encontrada fue 2.7%. Los principales motivos de consulta fueron dismenorrea y dolor pélvico crónico. 41.2% de las pacientes estudiadas refirieron al menos una alteración en sus ciclos menstruales. El examen físico fue normal en el 32.4%. La laparoscopia fue el método diagnóstico y terapéutico quirúrgico más utilizado. El principal tratamiento farmacológico fue los anticonceptivos orales (ACO). Durante el período de seguimiento, se obtuvo mejoría de la sintomatología en 55.9% de las pacientes. **Conclusión:** La endometriosis es una patología frecuente en la consulta ginecológica. El dolor fue el motivo de consulta principal y es el hallazgo más frecuente al examen clínico. La laparoscopia y los ACOs hacen parte del manejo de primera línea, mostrando mejoría de los síntomas en la mayoría del grupo de estudio. [Cuervo C, Toro C, Prieto C, Arango A. Endometriosis en la adolescencia: seis años de seguimiento en el Hospital General de Medellín. MedUNAB 2007; 10:33-37].

Palabras clave: Endometriosis, adolescencia, dismenorrea, dolor pélvico crónico, laparoscopia.

Summary

Background: Endometriosis is a disease that can get to be highly incapacitating and with lethal consequences in the reproductive future of women. **Objective:** To know the incidence and to describe the clinical manifestations, diagnosis and treatment in a specific population group. **Methodology:** Descriptive, retrospective, longitudinal study in 34 patients, whose criteria of inclusion were: female sex, age between 11 and 22, diagnosis of endometriosis between 1,998 and 2,003 HGM (Medellin General Hospital) and having attended to a minimum of two evaluations where complementary diagnostic studies were asked for. **Results:** The found incidence was 2.7%. The main complaints were dysmenorrhea and chronic pelvic pain. 41.2% of the studied patients referred at least one alteration in their menstrual cycles; the physical examination was normal in 32.4%. Laparoscopy was the most used surgical diagnostic and therapeutic method. The main medical treatment was the oral contraceptives (ACOs). During the follow-up period, symptoms improved in 55.9% of the patients. **Conclusion:** Endometriosis is a frequent pathology in the gynecological consultation. The pain was the main reason for consultation and it is the most frequent finding of clinical examination. The laparoscopy and the ACOs are part of the first class handling, showing improvement of the symptoms in most of the studied group. [Cuervo C, Toro C, Prieto C, Arango A. Endometriosis in the adolescence: a six year follow-up in the General Hospital of Medellín. MedUNAB 2007; 10:33-37].

Key words: Endometriosis, adolescence, dysmenorrhea, chronic pelvic pain, Laparoscopy.

* Investigación presentada como comunicación oral en el Congreso Latinoamericano de Adolescencia, Cartagena, 2005.

** Consultor, Medellín, Colombia.

*** Profesor; Grupo Salud Sexual y Reproductiva, Universidad de Ciencias de la Salud (CES), Medellín, Colombia.

Correspondencia: Dra Arango, e-mail: aarangom@ces.edu.co

Artículo recibido: 12 de febrero de 2007; aceptado: 13 de abril de 2007.

Introducción

La endometriosis, definida como la presencia y proliferación de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, fue descrita en la literatura médica en el siglo XIX.¹ A pesar de ser una de las enfermedades ginecológicas más frecuentes, su patogénesis aun no es clara.² Se desconoce su incidencia exacta ya que se requiere cirugía laparoscópica en muchas oportunidades para su diagnóstico, pero se estima que está presente en un 10% de todas las mujeres en edad reproductiva. La endometriosis también es una causa frecuente de hospitalización en las mujeres entre los 15 a 44 años de edad.³

Los primeros casos en adolescentes fueron descritos por Bullock y cols en 1973, quienes la identificaron por culdoscopia y laparoscopia.⁴ Posteriormente, Goldstein informó incidencia de 47%.⁵ Estudios similares fueron realizados por Chatman y Ward.⁶ Desde 1980 el algoritmo diagnóstico de las adolescentes con dolor pélvico crónico, dismenorrea severa y sangrado irregular ha incluido evaluación laparoscópica y destrucción de la endometriosis.⁷⁻⁹

Debido a la gran variedad de datos encontrados y a las diferencias de las poblaciones evaluadas en estos estudios y teniendo en cuenta que las mujeres con dicha enfermedad pueden sufrir dolor pélvico severo o infertilidad, vemos cómo la endometriosis plantea un significativo problema de salud pública. Por otro lado, resaltamos la importancia e impactos físico y psicológico que representa la endometriosis en esta etapa. Este estudio fue desarrollado con el objeto de estimar la incidencia de endometriosis en las adolescentes de nuestro medio y describir algunas de las características, que hacen de este un grupo especial en cuanto a la clínica, diagnóstico y tratamiento, conociendo un poco más de dicha patología en los adolescentes.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal en pacientes adolescentes entre los 11 y 22 años de edad, describiendo la incidencia de endometriosis y sus características generales durante 6 años de seguimiento en el Hospital General de Medellín. Se incluyeron 34 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. De un total de 203 historias revisadas, teniendo en cuenta los criterios de inclusión planteados: mujeres de entre 11 y 22 años, con diagnóstico de endometriosis realizado entre 1999 y 2004 en el Hospital General de Medellín y haber asistido a mínimo dos consultas en las cuales se hubieran solicitado estudios complementarios para realizar el diagnóstico; se excluyeron 169 historias: en 146 no se llegó al diagnóstico de endometriosis y las 23 restantes sólo asistieron a una consulta. La fuente de información fue la historia clínica. Se aplicó un formulario precodificado en el que se consignaron las variables de interés. Los datos fueron procesados en Teleform y SPSS 10.

Para el análisis se usa estadística descriptiva. Las variables continuas se describen por medio de medidas de tendencia central y dispersión, las variables categóricas por medio de proporciones. La incidencia en los 6 años del estudio esta expresada como número de adolescentes con endometriosis (casos nuevos) dividido por la población de adolescentes en este periodo de tiempo en el HGM multiplicado por 100. La investigación se considera de riesgo mínimo dado que se trata de una revisión de registros médicos.

Resultados

Ingresaron 34 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión previamente mencionados. La edad promedio del grupo de estudio fue de $18,4 \pm 2.5$ años, siendo la paciente más joven de 12 años; la mayoría de las pacientes evaluadas residían en Medellín y el área metropolitana (79.4%). La incidencia de endometriosis en las adolescentes que consultaron al Hospital General de Medellín durante el periodo de estudio fue de 2.7%; el 76.4% de las pacientes tuvieron más de un síntoma como motivo de consulta al momento de la evaluación. Los motivos de consulta más frecuentemente encontrados fueron dismenorrea y dolor pélvico crónico (tabla 1). En la mayoría de las pacientes estudiadas no se encontraron anomalías en el ciclo menstrual (58.8%), en quienes presentaban trastornos de ciclo menstrual la polimenorrea (20%), hipermenorrea (14.7%) y menorragia (8.8%) fueron las alteraciones más frecuentes.

Tabla 1. Motivos de consulta

Síntoma	n	%
Dismenorrea	26	76.5
Dolor pélvico crónico	14	41.2
Disquezia	10	29.4
Dolor abdominal / pélvico agudo	9	26.5
Dispareunia	9	26.5
Síntomas urinarios	7	20.6
Infertilidad	3	8.8
Dolor lumbar	2	5.9
Hemorragia uterina anormal	1	2.9

Con relación a los antecedentes personales y familiares, se encontró que en el 67.6% de las pacientes; la edad de la menarca fue entre los 12 y los 14 años, en el 29.4% fue entre 9 y 11 años y en el 2.9% fue después de los 15 años. Un 85.3% de las pacientes (29) no tenían hijos al momento del diagnóstico de la enfermedad. La presencia de malformaciones Müllerianas se encontró en una paciente con útero bicorne. Con relación a los antecedentes familiares, estos se describieron en un 5.9% de las madres o hermanas.

Los hallazgos al examen físico más frecuentes fueron el dolor a la palpación abdominal y al tacto vaginal, es im-

Tabla 2. Hallazgos encontrados al examen físico

Hallazgo	n	%
Dolor a la palpación abdominal	14	41.2
Dolor al tacto vaginal	12	35.3
Examen físico normal	11	32.4
Masa anexial	6	17.6
Dolor y/o masa al tacto rectal	3	8.8
Nodularidad al tacto vaginal	1	2.9

portante anotar que una tercera parte de las jóvenes con endometriosis el examen físico fue normal (tabla 2).

El método diagnóstico más utilizado fue la laparoscopia (73.5%); otros métodos utilizados fueron ecografía (23.5%), historia clínica y examen físico (14.7%), laparotomía exploratoria (2.9%) y biopsia (2.9%). Al realizar la laparoscopia el informe más frecuente fue la presencia de adherencias y lesiones clásicas. Los focos se identificaron en ovario, ligamento útero sacro y douglas; otros hallazgos se pueden revisar en las tablas 3 y 4. La clasificación de la endometriosis encontrada fue: estadio I, 32.3% (11 pacientes); estadio II, 14.7% (5 pacientes), estadio III, 8.8% (3 pacientes) y estadio IV, 23.5% (8 pacientes). No aplicaron para esta clasificación 7 pacientes (20.5%).

Tabla 3. Hallazgos en la laparoscopia

Hallazgo	n	%
Adherencias	11	32.4
Lesiones clásicas	9	26.5
Lesiones atípicas	9	26.5
Endometrioma	6	17.6
Lesiones petequiales / hemorrágicas	3	8.8

Tabla 4. Localización anatómica de la endometriosis en la laparoscopia

Localización	n	%
Ovarios	11	32.4
Ligamentos útero-sacos	11	32.4
Fondo de saco de Douglas	11	32.4
Colon	5	14.7
Fosa ovárica	3	8.8
Otros	1	2.9

El 64.7% de las pacientes evaluadas no requirieron hospitalización; en las otras pacientes, el promedio de días de hospitalización fue de 5.2, siendo lo mínimo un día y el máximo 19 (esta paciente ameritó histerectomía subtotal). El 58.8% de las pacientes no presentaron ningún evento que las obligara a consultar por urgencias durante el seguimiento; los motivos de consulta más frecuentes en el servicio de urgencias fueron: dismenorrea severa (32.4%),

absceso pélvico (5.9%) y ruptura de endometrioma (2.9%). El 94.1% (32 pacientes) requirió menos de seis consultas durante el período de seguimiento.

El tratamiento farmacológico ofrecido a la mayoría fue anticonceptivos orales (70.6%), siguiéndole en su orden los antiinflamatorios no esteroideos (tabla 5). El 55.9% requirió tratamiento quirúrgico, consistente en laparoscopia y fulguración de focos endometriósicos, seguido de la resección de ligamentos útero-sacos y decapsulación de endometriomas. Cinco pacientes terminaron en laparotomía por síndrome adherencial severo. El 55.9% de las pacientes refirió sentirse mejor luego del tratamiento, el 26.5% no tuvo cambios y en el 17.6% no se encontró información. En el seguimiento de las paciente se encontró que el 94.1% de las pacientes no abandonaron el tratamiento, y el porcentaje minoritario que no continuo fue por motivos económicos o efectos colaterales de los medicamentos.

Tabla 5. Opciones de tratamiento farmacológico

Tratamiento	n	%
Anticonceptivos orales	24	70.6
Anti-inflamatorios no esteroideos	14	41.2
Progestágenos de depósito	8	23.5
Progestágenos orales	7	20.6
Estrógenos y progestágenos	1	2.9
Danazol	1	2.9

El 61.8% de las pacientes no refieren recurrencia de su sintomatología. Del 38.2% restante, los síntomas que recurrieron fueron: dismenorrea (29.4%), dolor pélvico crónico (20.6%), síntomas urinarios (14.7%), infertilidad (8.8%), dispareunia (5.9%), dolor lumbar (5.9%) y hemorragia uterina anormal (2.9%).

Discusión

La edad promedio de las pacientes ingresadas en el presente estudio fue 18.4 años, mientras que en el estudio realizado por Attaran et al fue 15.9 años.⁷ Aunque en la literatura se menciona la hemorragia uterina anormal como el principal motivo de consulta,¹⁰ en el presente informe el motivo de consulta más frecuente fue dismenorrea. A semejanza con lo encontrado por este autor, el dolor pélvico crónico fue encontrado en nuestras pacientes como un síntoma frecuente asociado a la endometriosis (76.5%). En cuanto a la disquezia y a los síntomas urinarios asociados con la menstruación, descritos por Muse,³ encontramos que también fueron frecuentes en la población estudiada, siendo la disquezia la tercera causa de consulta.

Solo el 5.9% de las pacientes tenían antecedente familiar de endometriosis. Sin embargo, el resultado pudo haber sido consecuencia de subregistro y es posible que un

interrogatorio sistemático aumente la frecuencia de este antecedente.¹¹ La presencia de dispareunia se asocia a compromiso del tabique recto-vaginal, fondo de saco vaginal posterior, ligamentos útero-sacros y adherencias pélvicas.⁸ Del grupo de pacientes que refirió dispareunia (9 pacientes),⁴ presentaban compromiso del fondo de saco y adherencias pélvicas, y dos de ligamentos útero sacros luego de la laparoscopia.

Del total de las pacientes estudiadas sólo una presentó anomalías Müllerianas asociadas, consistentes en útero bicorne con hematometra. Este caso fue clasificado como endometriosis estadio IV, lo que está de acuerdo con lo descrito por Schifrin, quien refiere que la presencia de endometriosis estadio III o IV es mayor en las pacientes con anomalías obstructivas del aparato reproductor.¹²

Con respecto a las características del ciclo menstrual, se encontraron anomalías en cuanto a la duración y cantidad del sangrado en el 41.2% de las pacientes; sin embargo, estos datos se obtuvieron al reinterrogar a las pacientes no fueron referidos como motivo de consulta. El riesgo de endometriosis se incrementa por una exposición mayor a la menstruación.^{6,9} En nuestro estudio las anomalías del ciclo menstrual más frecuentes fueron polimenorrea (20.6%) e hipermenorrea (14.7%). En cuanto a la edad de la menarca, en la mayoría se presentó entre 12 y 14 años.

El examen pélvico de las adolescentes con endometriosis usualmente revela dolor.¹⁰ En una minoría de pacientes el examen pélvico es normal.¹³ En este estudio, el 76.5% de las pacientes presentaron dolor, ya sea al tacto vaginal, rectal o a la palpación abdominal; en 26.4% de las pacientes se encontró masa anexial o al tacto rectal y en un 32.4% el examen pélvico fue normal. Estos dos últimos datos, con un porcentaje significativo, contrastan con lo descrito anteriormente.

Ortiz¹³ afirma que la laparoscopia es el método diagnóstico ideal ya que permite un abordaje terapéutico simultáneo. En este grupo de adolescentes se utilizó como método diagnóstico la laparoscopia en el 73.5% de las pacientes; en el 72% de los casos se hizo alguna intervención terapéutica durante la laparoscopia, probablemente por ser un hospital de alta complejidad con disponibilidad de tecnología y recurso humano, la laparoscopia es de uso rutinario.

El uso de la ecografía como método diagnóstico se restringe a la evaluación del dolor pélvico, en la endometriosis ovárica o para revelar una anomalía obstructiva.^{5,7} Umaria y Olliff informaron una baja sensibilidad para detectar implantes endometriales focales, pero detecta endometriomas con una sensibilidad del 83% y especificidad del 98%. Dentro de este estudio se encontró que al 23.5% de las pacientes se les hizo diagnóstico ecográfico de endometrioma ovárico.¹⁴

Los implantes de endometriosis observados a la laparoscopia en las pacientes adolescentes son lesiones atípicas, tales como vesículas claras, implantes blancos o lesiones petequiales o hemorrágicas en el peritoneo pélvico.¹⁵ En la población de estudio estas lesiones sumaron el 35.3% de los casos; sin embargo, las lesiones clásicas obtuvieron un porcentaje igualmente significativo (26.5%), lo que se aparta un poco de lo informado en la literatura. Laufer describió una técnica laparoscópica que puede ser usada para visualizar mejor las lesiones claras o atípicas.¹⁶ Debido a que la técnica utilizada en nuestras pacientes fue la laparoscopia convencional, probablemente hubo subregistro de este tipo de lesiones. Laufer et al encontraron que el 77.4% de las adolescentes presentaban estadio I y el 22.6% estadio II, no encontrando pacientes en estadios III o IV. Este hallazgo contrasta con las pacientes adultas, quienes demuestran un estadio más avanzado en el momento de presentación.⁷ En nuestro estudio observamos que un 47% de las pacientes presentaron endometriosis estadio I y II; sin embargo, un porcentaje significativo (23.5%) presentaron endometriosis en estadio IV, lo cual, según la literatura, no es un hallazgo frecuente en esta población. Ninguna de las pacientes clasificadas en un estadio avanzado fue menor de 17 años al momento del diagnóstico.

La endometriosis del ovario es menos frecuente en las adolescentes y puede representar progresión de enfermedad.¹⁶ En las pacientes evaluadas este hallazgo se encontró durante la laparoscopia en un 17.6%. El estudio realizado por Ochoa et al informó que los sitios más frecuentemente comprometidos eran ovario, ligamentos útero-sacros, fondo de saco y, ocasionalmente, intestino y peritoneo.⁹ Datos similares se informan en el presente estudio.

Dentro de las opciones de manejo médico, la más apropiada para la población adolescente son los anticonceptivos orales, debido a la posibilidad de ser tomados indefinidamente, mayor costo-efectividad y baja tasa de efectos secundarios.^{7,13,16} Se encontró un uso frecuente de estos medicamentos en nuestras pacientes (70.6%), ocupando el primer lugar entre los tratamientos médicos. Como segunda opción de manejo médico se encontró los progestágenos orales y de depósito, siendo estos últimos los más utilizados, lo cual está de acuerdo con lo descrito por Attaran et al, quienes recomiendan el uso de progestágenos de depósito en lugar de la medicación oral debido a dificultades para la adherencia de población adolescente.⁷ En tercer lugar están los antiinflamatorios no esteroideos, en todos los casos en combinación con otros medicamentos.

En sólo uno de los casos se recurrió al uso del danazol, a pesar de que la literatura no lo recomienda para la población adolescente debido a su alta tasa de efectos secundarios.^{3,7} Opciones como los análogos de GnRH y antiprogestágenos no se utilizaron en la población estudiada, siendo estos fármacos de uso restringido en las adolescentes debido a sus significativos efectos secundarios. Otra causa es el alto

costo de estos medicamentos en nuestro medio. Laufer recomienda ofrecer análogos de GnRH durante seis meses a todas las adolescentes por encima de los 16 años luego del diagnóstico quirúrgico y la resección o vaporización de los implantes.¹⁶

En las adolescentes, con el objetivo de conservar los órganos reproductivos, está indicado el tratamiento conservador consistente en extirpación o destrucción de todo el tejido endometriósico, eliminar todas las adherencias y reestablecer la anatomía pélvica en la mejor forma posible.^{7,17} A este tipo de cirugía se acudió en el 78.9% de los casos quirúrgicos.

Las pacientes tuvieron en promedio 3.2 consultas durante el seguimiento a partir de la revisión posquirúrgica de la laparoscopia y fueron atendidas por consulta externa. Es de anotar que 5 pacientes asistieron a 6 consultas, y referían como síntomas principales el dolor pélvico crónico, dismenorrea y disquesia. Durante el seguimiento, se observó una mejoría de la sintomatología descrita en la consulta inicial en un 55.9%; un 26.5% de las pacientes no tuvieron cambios y en el 17.6% no se encontró información al respecto.

Del total de las pacientes, sólo dos abandonaron el tratamiento (5.9%); de estas, una lo hizo por motivos económicos y la otra por efectos colaterales.

En un estudio realizado por Goldstein et al, el 65% de las jóvenes tratadas tuvieron una buena respuesta al tratamiento médico o quirúrgico sin presentar recurrencias. Del 35% de las pacientes que no respondieron a la terapia, 12% no cumplieron de forma adecuada con ésta debido a sus efectos adversos, 8% inicialmente no respondieron al tratamiento y 15% tuvieron recurrencia de los síntomas luego de completar la terapia.¹⁸

En el presente estudio, un 38.2% de las pacientes tuvieron recurrencia de la sintomatología. Los síntomas que recurrieron más frecuentemente fueron: dismenorrea, dolor pélvico crónico y síntomas urinarios. Revelli et al han informado tasas de recurrencia entre el 16 y 52%.^{19,20}

Agradecimientos

Al Departamento de Estadística del Hospital General de Medellín y al Departamento de Investigación de la Universidad CES.

Referencias

1. Speroff L. Endometriosis. En: Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. Boston, Lippincott, 10 ed, 1999:1057-70.
2. Oral E, Arici A. Pathogenesis of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997; 24:219-33.
3. Muse J, Fox MD. Endometriosis. En: De Cherney AH, Pernoll ML. *Diagnóstico y tratamiento ginecobiológicos*. México, Editorial Manual Moderno, 8 ed, 1997:1011-9.
4. Bullock M, Massey F, Gambrell R. Symptomatic endometriosis in teenagers: a reappraisal. *Obstet Gynecol* 1974; 43:896-900.
5. Chatman DL, Ward AB. Endometriosis in adolescents. *J Reprod Med* 1982; 27:156-60.
6. Eskenazi B, Warner M, Bonsignore L. Validation study of nonsurgical diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril* 2001; 76:929-35.
7. Attaran M, Gidwani GP. Adolescent endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2003; 30:379-90.
8. Díaz R. Endometriosis y adenomiosis. En: Botero J. *Obstetricia y ginecología*. Bogotá, Fondo editorial de la CIB, 6 ed, 2000:417-27.
9. Ochoa G, Posada M. *Guías de práctica clínica basadas en la evidencia: Endometriosis*. Bogotá, Convenio ISS-ASCOFAME, 1997.
10. Jean S, Emans H, Laufer MR, Goldstein DP. Dismenorrea, pelvic pain, and premenstrual syndrome. En: *Pediatric and Adolescent Gynecology*. Baltimore, Lippincott Williams y Wilkins, 6 ed, 1998:363-410.
11. Frey GH. The familial occurrence of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1957; 73:418.
12. Schiffrin BS, Erez S, Moore JG. Teenage endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1973; 116:973-80.
13. Ortiz R. Endometriosis. *Médicas UIS* 1996; 10:85-95.
14. Umariá N, Olliff JF. Imaging features of pelvic endometriosis. *Br J Radiol* 2001; 74:556-62.
15. Haney AF. Endometriosis. Pathogenesis and pathophysiology. In: Wilson EA. *Endometriosis*. New York, 1987: 23.
16. Laufer MR. Identification of clear vesicular lesions of atypical endometriosis: a new technique. *Fertil Steril* 1997; 68:739.
17. Nezhat CH, Seidman DS, Nezhat FR. Long-term outcome of laparoscopic presacral neurectomy from the treatment of central pelvic pain attributed to endometriosis. *Obstet Gynecol* 1998; 91:701-4.
18. Goldstein DP, De Cholnoky C, Leventhal JM. New insights into the old problem of chronic pelvic pain. *J Pediatr Surg* 1979; 14:675-80.
19. Revelli A, Modotti M, Ansaldi C. Recurrent endometriosis: a review of biological and clinical aspects. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50:747-54.
20. Rojas JC, Robles CP, Rojas NA. Dismenorrea en la adolescencia. *Rev Colomb Obstet Gynecol* 2002; 48:95-105.