ENDOMETRIOSIS

CONSIDERACIONES SOBRE SU INCIDENCIA EN BOGOTA

Dres.: Hernando Amaya León *
Humberto Correa H. **
Alvaro Espinosa y E***
Ricardo Rueda G. ****
Roberto Vergara T. **
Jorge Villarreal M. *

En 1953, algunos de nosotros (1-2) presentamos en la I Convención de Obstetricia y Ginecología reunida en la ciudad de Bogotá, nuestras primeras inquietudes referentes a la Endometriosis y su incidencia escasa en nuestro medio.

En 1955, en la II Convención reunida en Cali, ratificamos nuestra impresión inicial (3-4), llevando algunas estadísticas parciales, privadas y hospitalarias. Sin embargo, el número de observaciones de nuestra casuística era tan escaso, que las conclusiones eran obviamente incorrectas y deberían ser sometidas a nuevas investigaciones.

El presente trabajo, intenta cumplir tal cometido, al menos en lo que respecta a la incidencia en Bogotá.

Hemos recogido estadísticas pertenecientes a 4 entidades, probablemente las que tienen un mayor movimiento de pacientes ginecológicos al año en nuestra ciudad capital.

Frecuencia.

Las estadísticas que presentamos, (cuadro 1) muestran que en los Hospitales de San José y San Juan de Dios, las cifras datan de 4 y 6 años para acá respectivamente; con anterioridad a esas fechas,

* Del Depto. de Obst. y Ginecología Hospital San Juan de Dios, U. Nal.
** Del Depto. de Ginecología del Hospital La Samaritana, U. Javeriana.
*** Del Depto. de Ginecología del ICSS, y de la U. Nal. de Colombia.
**** Del Depto. de Ginecología del Hospital San José, y U. Nacional.

las estadísticas fueron destruídas por motivos no analizables. Hemos desechado un buen número de casos, o por historial defectuoso o nó localizado. Obsérvese que en un movimiento tan extenso de pacientes en las cuatro entidades consideradas, en promedio no se encuentra sino un solo caso de endometriosis al mes por entidad.

CUADRO Nº 1

ESTADISTICA

La Samaritana	1945 a 1958	102 Casos
San José	1955 a 1959	20 Casos
San Juan de Dios	1953 a 1959	138 Casos
ICSS.	1949 a 1959	51 Casos
Total de Casos		311 Casos
Casos no considerados por historial defectuoso		63
Número de casos aproximados por año en las cuatro entidades		12

Hemos querido presentar un porcentaje aproximado de endometriosis sobre un total de casi 15.000 exámenes histológicos ginecológicos (cuadro 2). El promedio es el 2.60%, similar al parcial del Hospital de La Samaritana.

CUADRO Nº 2

PORCENTAJES HISTOLOGICOS

Casos Histológicos Ginecológicos:

La Samaritana	3914	2.60%
San José	389	5.14%
San Juan de Dios	7350	1.87%
ICSS.	3196	2.81%

Casos Histológicos Totales:

La Samaritana	22.245	0.45%
San José	Sin datos	
San Juan de Dios	17.648	0.78%
ICSS.	Sin datos	

En cuanto a casos histológicos en general, no pudimos totalizarlos como puede verse en el cuadro adjunto; podríamos calcular, muy aproximadamente, unos 70.000; esta cifra indicaría el volumen de la revisión que nos hemos propuesto; la incidencia encontrada es similar a los primeros hallazgos reportados en 1953 y 1955.

Al promediar edades (cuadro 3), llama la atención el mayor

número de enfermas que oscilan entre los 36 y 45 años; y de 36 a 55 años (202 pacientes), alcanzan el 65% del total.

Paridad.

Al detenernos en el cuadro de paridad, es fácil apreciar que la cifra de multiparidad es muy alta. No pudimos recoger datos completos sobre esterilidad, pero puede sugerirse que su incidencia en relación a Endometriosis es baja.

CUADRO Nº 3

EDAD

Menores de 15 años	2
16 — 25	22
26 — 35	75
36 — 45	128
46 — 55	74
56 y más	8
Sin dato	2

PARIDAD

Nulíparas	82
Primíparas	15
Multíparas	186
Sin dato	28

Asociando multiparidad y edad avanzada de desarrollo de la entidad, concluímos en forma casi segura que en nuestro medio, la Endometriosis es escasa, de evolución lenta y de caracteres esencialmente benignos.

Un dato de especial interés en referencia a Endometriosis, es el de abortos y legrados; nuestras cifras son incompletas y por lo tanto de escaso valor. Sea ésta la ocasión para insistir una vez más en la necesidad imperiosa de mejorar nuestros sistemas de historial clínico, tanto privados como hospitalarios; en la actualidad tal error está siendo satisfactoriamente subsanado en la mayoría de nuestros centros universitarios.

Signos Físicos.

Es de todos conocida la dificultad de diagnosticar la Endometriosis a través del análisis del examen físico; en el cuadro Nº 4, es posible ver cómo en la exploración de nuestras enfermas, los carácteres protuberantes correspondían a otras entidades, que como se verá luego, estaban asociadas a élla. Y aquellos signos considerados como

muy interesantes para el diagnóstico de la Endometriosis, dolor, desviaciones, fijeza, eran poco aparentes en la mayoría de los casos.

CUADRO Nº 4

SIGNOS FISICOS SOBRESALIENTES

MATRIZ:

Grande	51%
Dura	38%
Irregular	32%
Desviada	9%
Dolorosa	3%

ANEXOS:

Dolor	33%
Masas	31%
Consistencia alterada	15%
Fijeza	8%

Localización.

Una buena cantidad de las estadísticas norteamericanas y europeas muestran un predominio acentuado en la endometriosis externa sobre la interna; nuestras cifras son inversas (cuadro 5). En la externa, el predominio ovárico es problema general en todos los países, pero nuestro porcentaje de más del 90% es abrumador; y en cambio, la casi ausencia de la forma ligamentaria, sitio de elección para muchos autores, es muy notable. Esto podría interpretarse en parte por el desconocimiento de estas lesiones por parte del cirujano; pero es real también que esas áreas carmelitas o negruzcas diseminadas como jalea hemática vieja sobre el peritoneo del fondo de saco de Douglas o en los ligamentos utero-sacros, no se encuentran casi nunca en nuestras enfermas.

CUADRO Nº 5

LOCALIZACION

Adenomiosis	184	60%
Endometriosis externa	127	40%
Ovarica	116	
Tubarica	24	
Apendicular	6	

Ligamentaria	4
Umbilical	2
Pared abdominal	1
Ganglionar	1
Otros	2

Sintomatología.

Al estudiar sintomatología (cuadro 6) y apreciar el número tan notable de casos sin datos, insistimos en nuestra auto-crítica sobre los historiales clínicos defectuosos. Los trastornos menstruales hemorrágicos son acentuados, lo mismo que los dolores pélvicos; en cambio, la algomenorrea progresiva es relativamente baja. Estos datos pierden mucho valor cuando se analizan, por la diversidad de criterios interpretativos.

CUADRO Nº 6

SINTOMATOLOGIA

Trastornos menstruales hemorrágicos:

Positivos	203	66%
Negativos	108	
Dudosos	51	
Sin dato	33	

Algomenorrea Progresiva:

Positivos	131	42%
Negativos	108	
Sin dato	72	

Dolores Pélvicos Asociados:

DATOS EN 140 CASOS:

Positivos	90	64%
Negativos	50	

Patología Asociada.

Los fibromiomas uterinos constituyen la entidad más frecuente de asociación con la adenomiosis (cuadro 7). Al reunir las cifras ob-

tenidas con los fobromiomas, poliposis e hiperplasia endometrial, y ver su predominancia en la patología asociada a la Endometriosis, hace surgir la posibilidad de la influencia estrogénica como elemento etiopatogénico importante en el desarrollo de tales lesiones.

CUADRO Nº 7

PATOLOGIA ASOCIADA

Fibromiomas uterinos	165	53%
Cervicitis crónica	74	24%
Salpingitis crónica	62	20%
Quistes ováricos	51	16%
Hiperplasia endometrial	42	13%
Poliposis endometrial	29	9%
Prolapso uterino	20	6%
Embarazo ectópico	5	2%
Tuberculosis pélvica	3	1%

Diagnóstico Preoperatorio.

Es lógico que cuando dos o más entidades se asocian, aquella más protuberante domina la impresión clínica; de nuevo la fibromiomatosis uterina ocupa el primer lugar en la presunción preoperatoria (cuadro 8); pero también llama la atención, y en forma casi alarmante, el que no se hubiera hecho la presunción clínica antes del acto quirúrgico sino en el 4% de los casos. Es prueba evidente que la Endometriosis no está en nuestra mente clínica; y esto es grave error. Para nuestro consuelo, en el curso del presente año (1959), con la revisión de este trabajo y la mejoría de la historia clínica hospitalaria, el porcentaje de casos diagnosticados previamente y comprobados luego, son francamente reconfortantes.

El bajo acierto en el diagnóstico durante el acto operatorio se explica por el enmascaramiento de las lesiones endometriósicas causado por la patología asociada; pero es índice también de defectuosa preparación en el análisis macroscópico de las piezas correspondientes a las diferentes entidades ginecológicas.

CUADRO Nº 8

PRESUNCION PREOPERATORIA

Fibromiomatosis uterina	40%
Prolapso genital	11%

Anexitis crónica	8%
Tumor ovárico	8%
Endometriosis	4%
Embarazo ectópico	3%
Carcinoma genital	2%
Retroversión uterina	2%
Otros	22%

DIAGNOSTICO QUIRURGICO:

Acertado en el 20.4%

Los tipos de intervención quirúrgica (cuadro 9), no indican nuestro criterio terapéutico, sino que se correlacionan con las entidades con las que la Endometriosis se había asociado o confundido.

CUADRO Nº 9

TIPOS DE INTERVENCION QUIRURGICA

(Porcentajes Parciales):

Histerectomías	60%
Salpingooforectomías	40%
Ooforectomías	24%
Salpingectomías	8%
Miomectomías	4%

RESUMEN.

1) Se presentan 311 casos de Endometriosis, reunidos de los hospitales San Juan de Dios, La Samaritana, San José y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, en la ciudad de Bogotá (Colombia).

2) Se hacen diferentes análisis en relación a incidencia, edad, paridad, sintomatología, signos físicos, patología asociada y diagnósticos.

CONCLUSIONES.

1) La incidencia de Endometriosis es baja en la ciudad de Bogotá.

2) La edad promedio de mayor frecuencia corresponde a 36 - 45 años.

3) De acuerdo con los datos estadísticos actuales de nuestra casuística, asociando la edad promedio y la multiparidad de tales

enfermas, creemos que la Endometriosis en nuestro medio es de evolución lenta y caracteres esencialmente benignos.

4) La adenomiosis es más frecuente en nuestras estadísticas que la endometriosis externa (60% y 40% respectivamente).

5) La cifra del 4% como presunción preoperatoria, nos prueba que aún no pensamos en la entidad que nos ocupa.

6) El bajo porcentaje de aciertos en el diagnóstico quirúrgico se explica por: a) Poco conocimiento de la patología macroscópica. b) La patología asociada enmascara las lesiones de endometriosis.

7) Las estadísticas privadas y las hospitalarias no parecen presentar diferencias apreciables en nuestro medio.

BIBLIOGRAFIA

1— AMAYA LEON H. **Endometriosis. Contribución al estudio de su incidencia en nuestro medio.** Rev. Colomb. Obst. Ginec., Vol. V Nº 5 pg. 155, 1954.

2— CARDONA P. N. **Endometriosis.** Rev. Colomb. Obst. Ginec., Vol. V Nº 5 pg. 133, 1954.

3— CARDONA P. N. — DIAZ C. R. **Nuevos aportes sobre Endometriosis.** Rev. Colomb. Obst. Ginec.: Memorias de la II Convención Colombiana de Obst. y Ginecología (edición especial), pg. 243, 1955.

4— AMAYA LEON H. **Endometriosis. Nueva contribución al estudio de su incidencia en nuestro medio.** Rev. Colom. Obst. Ginec. Memorias de la II Convención Colombiana de Obstetricia y Ginecología (ed. especial), pg. 246, 1955.

5—ARANGO J. C. **Individualidad de la Endometriosis Estromatógena.** Rev. Colomb. Obst. Ginec.: Memorias de la II Convención Colombiana de Obstetricia y iGnecología (ed. especial), pg. 256, 1955.