

# Un caso de osificación endometrial

Dr. Jorge Amorocho Carreño

La presentación del siguiente caso tiene más que todo un interés casuístico ya que su presentación tiene por fuerza que ser obscura, y la frecuencia de similares, muy poca. Se trata de un fenómeno de bastante rareza, hasta el punto de que no hemos encontrado sino escasísima literatura sobre el particular.

La historia clínica es la siguiente:

G. de A. Veintiseis años. Origen: Barranquilla. Procedencia, Bogotá. Estado civil, casada hace 4 años, sin hijos.

Consulta: 15/VI/53. Causa de consulta: esterilidad secundaria. Antecedentes familiares sin importancia.

Antecedentes patológicos: varicela, sarampión, difteria, amibiasis, amigdalitis de repetición, apendicitis aguda.

Antecedentes tóxicos sin importancia.

Antecedentes traumáticos: dos caídas de regular intensidad, sobre las caderas, hace varios años, sin consecuencias. Apendicectomía hace 11 años. Legrado uterino por aborto hace 3 años.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia: 12½ años. Ciclo de 3/30. Después del aborto el ciclo cambió haciéndose 5-6/30. Menalgias ocasionales de tipo mixto. Tendencia a hipermenorrea. Mastalgia premenstrual y menstrual. Flujo: no, hasta hace un mes, en que se presentó, escaso, blanco, sin caracteres especiales, no pruriginoso.

Última menstruación: 26/VI—1/VI/53.

Antecedentes obstétricos: 1º embarazo con aborto provocado de 3 meses, hace 3 años. Terminó con legrado uterino.

Historia actual: Esterilidad secundaria.

**Examen.** Se encuentra una paciente joven, bien constituida. Estatura 1.47 m. Peso: 54 kgs. Tensión arterial: 120 x 80; pulso: 80/min.

Cabeza: se encuentra únicamente amigdalitis.

Cuello: nada especial.

Tórax: corazón y aparato bronco-pulmonar normales. Mamas normales.

Abdomen: colon, especialmente el ascendente, sensible y endurecido. Hígado normal. Bazo (—). No se aprecia tumor.

**Examen Ginecológico:** Pubis: implantación pilosa normal. Vulva normal, cerrada. Vagina amplia normal. Cuello de nulípara, normal. Cuerpo de forma y situación normales, pequeño. Fondos de saco libres. El ovario derecho está aumentado de tamaño y es sensible.

Frotis vaginal: Se encuentran células de tipo maduro en un 80 %.

Frotis cervical: Formación de helecho en la precipitación del cloruro de sodio.

Se ordena cuadro hemático, eritrosedimentación, cuadros de temperatura basal, espermograma del esposo y frotis vaginales y cervicales seriados.

En los exámenes hechos desde la fecha de consulta hasta el 21 de agosto de 1953, se encuentra lo siguiente:

Eritrocitos: 5.030.000. Leucocitos: 4.900.

Linfocitos: 53 %. Neutrófilos: 36 %. Eosinófilos 8 %. Eritrosedimentación: 3 mmls. a la hora.

Las curvas de temperatura basal, son de tipo bifásico. Los frotis vaginales y cervicales indican ovulación.

Persuflación tubaria positiva bilateral.

Espermograma: Oligospermia muy marcada (80.000/c c.)

Se ordena tratamiento del esposo.

Se vuelve a ver el 21/IV/55. Se queja que desde hace 8 meses, expulsa con la menstruación cuerpos extraños de apariencia ósea.

La paciente trae al consultorio algunos de los elementos expulsados, de franca apariencia ósea.

El examen ginecológico demuestra la ausencia de cualquier anormalidad.

Se practica un legrado uterino el 2/V/55. El examen anatómo-patológico dice lo siguiente:

“Los cortes muestran endometrio en fase proliferativa avanzada, pero se anota la presencia de glándulas dilatadas, frecuentemente irregulares, cubiertas por células epiteliales altas, muchas de las cuales se encuentran en mitosis. También se ven mitosis en las células del estroma, que está congestionado y hemorrágico.

En conjunto se tiene la impresión de un moderado estado de hiperplasia.

Además llama la atención la presencia de material calcáreo y óseo algunas veces rodeado de tejido endometrial y otras por fuera del mismo en medio de los coágulos sanguíneos. En el tejido enviado no hay evidencia de T. B. C. o de lesión tumoral.

El corte practicado sobre el fragmento calcáreo recibido aparte, muestra tejido que por su arquitectura y propiedades tintoriales recuerda tejido óseo.

**Diagnóstico:** Endometrio proliferativo con hiperplasia moderada. Hay calcificación y osificación endometrial.

Se controló la enferma durante los meses de junio, julio y agosto, durante los cuales las menstruaciones fueron completamente normales. Las curvas de T. B. y los fortis vaginales y cervicales son de tipo bifásico.

El 26/IX/55, la paciente consulta, declarando que ha expulsado nuevamente fragmentos óseos. Un fragmento examinado es igual a los vistos 4 meses atrás.

No se instituye ninguna terapéutica, esperando un estudio más a fondo .

### **Comentario:**

La explicación del caso presentado es difícil de dar.

La presencia de tejido óseo endouterino puede tener las siguientes explicaciones:

1. Tumor mixto heterólogo de origen Müllleriano, en el cual se encuentra cartilago, que puede sufrir osificación. Los caracteres histológicos de estos tumores los descartan del caso estudiado.

2. Mioma osificado. Casos muy raros, y aún más raros en personas jóvenes.

Los exámenes practicados a la paciente descartan la presencia de tumores genitales.

3. Restos fetales antiguos, momificados. No hemos encontrado más que dos referencias similares. Una de Adamson y Summers (1), en la cual se citan dos casos con antecedentes de aborto antiguo. Los autores atribuyen en uno de ellos a una hiperdosificación de Vitamina D, administrada a causa de una tetania post-tiroidectomía; el segundo caso es analizado y se discute la posibilidad de una alteración del equilibrio calcio-fósforo.

La otra referencia es de los doctores Dujovich y Colillas (2),

en la cual presenta otros dos casos con antecedentes de aborto muy antiguos, 40 y 25 años respectivamente) en pacientes menopáusicas. Tanto el uno como el otro lo explican los autores como causados por restos fetales retenidos y momificados, después de abortos antiquísimos.

En el caso nuestro, existe el antecedente de aborto hace varios años pero la paciente ha sido sometida a dos legrados uterinos uno de los cuales es muy reciente. En esta forma es muy difícil pensar en la presencia de restos fetales modificados. Por otra parte, no se encuentran histológicamente elementos de tipo inflamatorio crónico, como encontraron los autores argentinos.

Dado que la paciente no presenta alteraciones que puedan hacer pensar en una formación tumoral, creemos que en este caso se trata de una metaplasia ósea del tejido conjuntivo endometrial.

### Sumario

Se presenta un caso de osificación endometrial, que se interpreta como debido a metaplasia del tejido conjuntivo endometrial.

### BIBLIOGRAFIA

- (1) ADAMSON y SUMMERS.—Am Jour. Obst. Gin. 67: 187. 1954.
- (2) DUJOVICH y COLILLAS.—Bol. Soc. Obst. Gyn. Bs. Aires. Nº 484. 1955. pág. 110.