

ENDOMETRIOSIS*

PROFESOR PEDRO NEL CARDONA C.

Cátedra de Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Gran interés ha despertado en el curso de las dos últimas décadas, el estudio de la endometriosis, como entidad ginecológica, merced a los esfuerzos de la Escuela norteamericana.

Fue Recklinghausen sin embargo el autor de la primera monografía publicada sobre endometriosis en el año 1896, y quien definió la cuestión dándole el carácter de entidad patológica.

Al año siguiente hizo Cullen, de Baltimore, su primera comunicación sobre adenomiosis, que fue el punto de partida de una serie de estudios que culminaron con las publicaciones de Sampson, la primera en el año 1921, en las cuales expuso y defendió sus teorías en relación con la histopatogénesis de la enfermedad.

Es una entidad curiosa caracterizada por la presencia de un tejido glandular ectópico, en todo semejante al de la mucosa de cavidad uterina, y que reacciona a los estímulos hormonales en forma similar.

Las lesiones anatómicas están caracterizadas por la presencia de glándulas de morfología semejante a las de la mucosa endometrial, y de un estroma especial, sin el cual el diagnóstico histopatológico carece de valor. Si la ectopia de la mucosa se hace a través del músculo uterino mismo, y allí permanece, se denomina endometriosis interna; y, si el tejido aberrante, abandona el útero para ir a localizarse en cualquier otra parte del organismo, se llama endometriosis externa.

Es sin duda la histopatogénesis la parte más llamativa de la enfermedad. En lo referente a la endometriosis interna, desconocemos el mecanismo de su producción. De antemano sabemos que la mucosa uterina, lo mismo que la ectópica intrafascicular, es de origen Müllerianna, pero eso nada nos explica.

No sucede lo mismo con las lesiones de situación ectópica propiamente dicha, ya sean ovarianas o salpingianas, o bien, localizadas en las paredes y antros

* Trabajo presentado a la Primera Convención de Obstetricia y Ginecología reunida en Bogotá del 9 al 12 de septiembre de 1953.

de la cavidad pélvica, ligamentos de sostén, vísceras pelvianas, tales como el asa sigmoide, recto, vejiga, etc., en todas las cuales pueden encontrarse focos de endometrio, y cuya presencia han tratado de explicarse de tres maneras:

1º—Sampson, con sus colonias o siembras retrógradas, en el curso de la menstruación, a través de las trompas de Falopio; teoría ésta la más generalmente aceptada y que lleva su nombre. Las serias objeciones en contra de ella formulada por Novak especialmente, no han sido todavía claramente rebatidas. A pesar de todo sigue siendo Sampson el padre de la histogénesis de la endometriosis externa.

2º—La teoría celómica invocada por R. Meyer, y al mismo tiempo descrita independientemente por Ivanoff, goza de prestigio de los autores y de la simpatía o respaldado de Novak y Meigs. El endometrio ectópico sería la resultante de la diferenciación anormal del epitelio celómico.

3º—Las metástasis linfáticas o venosas, ya sean anterógradas o retrógradas, en un principio previstas por Halban, y últimamente descritas también por Javert, parecen complementar las teorías anteriores y explicar algunas localizaciones a distancia que sería imposible hacerlo sin este recurso.

La base de la presente comunicación es el estudio de 27 casos, vistos en la ciudad de Medellín, en el lapso de 6 años y ocho meses de noviembre 25 de 1946 a julio 15 de 1953. De cada historia clínica extractamos: nombre, edad, estado civil, ocupación, menarca, menstruación, dismenorrea, multiparidad o esterilidad según el caso, sintomatología dominante diagnóstico preoperatorio, hallazgo quirúrgico, estudio anatómico de la pieza extirpada y cortes histológicos.

De los 27 casos presentados, 21 (77.7%) fueron del Servicio de clínica ginecológica del Hospital de San Vicente, que tiene sus historias completas, y 6 (22.3%) fueron casos de clientela privada, con historias deficientes.

Del cuadro general mencionado logramos sacar algunos pormenores que pueden sernos de algún interés al analizarlos con detalles.

EDAD: Fueron pacientes mayores de 35 años 23 (85%), y menores de esta edad 4 (15%). Esta edad de los 35 años es convencional, aunque parece que existiera algún acuerdo al respecto, porque el promedio oscila en todas partes entre los 31 y 40 años.

En nuestros casos, el promedio fue de 38.7 años, con límites de 25 años la de menor edad, y de 56, para la mayor de las pacientes. La endometriosis es enfermedad propia de la edad en que la mujer está en condiciones de máxima actividad genital, y sus manifestaciones esenciales acompañan muy de cerca al período menstrual. Cuando se presenta en jóvenes la sintomatología dolorosa es casi dramática; y, en cambio, en mayor edad, entre las décadas cuarta y quinta de la vida, su sintomatología está generalmente atenuada.

En una serie americana de 696 casos, presentados por Bennet en *Am. J. of Obst. and Gyn.* Pág. 100, N° 1, Vol. 65 el 56% correspondió a mujeres de 35 y más años, con un total de 387; y el 44%, o sea, 309 casos a mujeres me-

nores de los 35 años, números relativos éstos muy alejados de los nuestros que contamos con 85% y 15% respectivamente. Tal vez lo pequeño de nuestros guarismos no alcanza a dar números relativos comparables a los de las grandes estadísticas americanas.

ESTERILIDAD — FERTILIDAD:

En nuestra serie hospitalaria cinco eran mujeres con esterilidad primaria (23.8%) y 16 tuvieron embarazos a término, entre 1 y 6, pues tan sólo hubo un caso de multiparidad de 13 partos (76.2%). En relación al número de abortos dentro de la misma serie, 9 (42.8%) no tuvieron abortos, y 10 (47.6%) tuvieron entre uno y cinco. En dos casos no se registró el dato en la historia.

SINTOMATOLOGÍA:

Este capítulo es de interés extraordinario aunque desgraciadamente andamos todavía muy lejos de la perfección. No obstante, de la lectura cuidadosa de las historias clínicas hemos logrado poner en claro los siguientes: los tres síntomas predominantes de la endometriosis son: las pérdidas sanguíneas anormales, la dismenorrea y el dolor hipogástrico.

De los 27 casos estudiados 21 (77.7%) presentaron pérdidas anormales, en forma de metrorragia, hipermenorrea y menometrorragia. Que el síntoma sea o no, debido a la sola endometriosis, lo veremos más adelante.

La dismenorrea típica se halló en 16 casos o sea el 59.2%. Sin dismenorrea hubo 10 casos (37%). Un caso en blanco por carencia de dato.

El dolor hipogástrico se encontró en 11 casos (40.7%).

Estos números son muy aproximados a los que cita Bennet. En efecto de los 383 casos de endometriosis, en mujeres mayores de 35 años, registra el síntoma hemorrágico así:

Endometriosis externa	60%	
" interna	70%	Los nuestros 77.7%
" comb.	78%	
En dismenorrea:		
externa	54%	
interna	37%	Los nuestros 59.2%
comb.	57%	
Dolor hipogástrico:		
externa	43%	
interna	35%	Los nuestros 40.7%
comb.	41%	

En nuestros casos faltó sagacidad al hacer la historia, labor encomendada a los internos del servicio, para interrogar acerca de la tensión pelviana

(pelvic pressure) que los americanos buscan con gran cuidado y que consiste en una sensación de peso, o de tensión pélvico-perineal, de algo que trata como de salirse, que ha encontrado e ncrecido porcentaje 41% para la endometriosis externa; 44% para la endometriosis interna y 38% para la combinada. También acostumbran disociar el dolor hipogástrico del dolor de caderas, que nosotros solemos apreciarlo en conjunto, por cuanto que consideramos este último como propagación del primero.

LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES:

20 de nuestros casos fueron endometriosis interna (74%); 5 de endometriosis externa (18.5%) y 2 con lesiones combinadas, es decir uterinas y extrauterinas.

En contraste con las publicaciones extranjeras, anotamos la presencia muchísimo mayor, entre nosotros de la endometriosis interna o adenomiosis, la cual está en la proporción de cuatro a uno con la externa; en tanto que la serie completa de Bennet de 696 casos, primó la externa sobre la interna en la proporción de dos a uno.

¿Será que aún no diagnosticamos la endometriosis externa debidamente?

Consideramos del caso anotar que en los 6 años y 8 meses ya citados se operaron en el servicio de ginecología 17 casos de quistes hemáticos del ovario, diagnosticados a ojo como endometriosis, entre otras razones por el contenido de color chocolate, pero el estudio histológico se encargó de desmentir. Se conservan las placas histológicas correspondientes y varias de las piezas extirpadas. Anotamos el hecho escueto porque lo juzgamos de gran interés.

Continuado nuestro relato acerca de las localizaciones, agregamos dos ca-

Continuado nuestro relato acerca de las localizaciones, agregamos dos casos de endometriosis combinada que representan el 7.4% del total. En la serie americana encontramos 37 en un total de 696, o sea el 5.3%.

PATOLOGÍA ASOCIADA:

Este aparte es también de gran interés porque la sintomatología resultante es muy difícil de asociar, para llegar a una afirmación definitiva.

Véamos en qué consistió la asociación:

ENFERMEDAD CONCOMITANTE:	Nº de casos:	%
Hiperplasia glanduloquistica del endometrio	8	29.8
Fibromiomas uterinos	9	33.3
Prolapso genital	2	7.4
Quiste del ovario	1	3.6
Cervicitis ulcerosa	1	3.6
Endometritis	2	7.4
Atrofia del endometrio	1	3.6

Varias veces nos hemos preguntado si el síntoma más importante de la endometriosis, consiste en las pérdidas sanguíneas anormales, pertenece en realidad a dicha entidad o a los fibromas uterinos concomitantes, toda vez que éstos por sí solos son capaces suficientemente de explicarlas. Igual interrogante pudiera hacerse en relación con las metropatías funcionales por hiperplasia glandular quística del endometrio.

Otro factor importantísimo consiste en que ocho casos de los 27, sin tener miomas presentaron útero grande con histerometría de 8 y más centímetros, que son también úteros predispuestos a las metrorragias y que fueron catalogados como fibrosis uterina.

En cuanto a la dismenorrea, mirada anteriormente como síntoma casi patognomónico de la endometriosis observamos que tanto en la serie de Bennet ya citada como en la nuestra, su porcentaje es relativamente bajo, en contradicción con las enseñanzas que recibimos de nuestros maestros. Pero cabe también preguntar aquí, si el crecido número de casos de asociación con hiperplasia funcional del endometrio, entidad ésta donde la metrorragia se inicia sin ningún dolor, por ausencia de la segunda fase del ciclo, explicaría que en muchos casos de endometriosis asociada hubiera negatividad absoluta de dismenorrea.

Endometritis, atrofia del endometrio, quiste del ovario, cervicitis, son todos factores dignos de estudio especial; pero como el número de casos es tan reducido nos abstenemos de comentario en esta reseña.

CASOS SIN PATOLOGÍA CONCOMITANTE:

Por todo suma sólo 6 (22.2%). De éstos, cuatro eran adenomiosis, y dos, endometriosis externa (una de ombligo y otra inguinal).

Los cuatro casos de adenomiosis pura, presentaron todos útero grande, desde 8 cms. de histerometría hasta 11 cms. que dio el máximo. En los cuatro hubo metrorragias, en uno de ellos, historia N^o 10, con cuatro de anemia aguda. En tres se registró dolor hipogástrico, algunos de ellos con franca localización lumbosacra.

Los otros dos casos tenían localización cutánea y en ambos casos hubo franca dismenorrea.

Estos casos son indudablemente los mejores tipos para un estudio minucioso, con fines a la reconstrucción de un cuadro clínico completo, hasta el momento no descrito.

TRATAMIENTO:

El tratamiento fue quirúrgico en todos los casos. Se practicaron 14 histerectomías totales (50.8%); 8 histerectomías subtotales (29.6%) y una operación combinada de Spalding-Richardson (3.7%); 4 extirpaciones focales sin histerectomía, de ellas dos pólipos fibrosos intracervicales, una de pequeño tumor parauterino (base del ligamento ancho) y otra de localización umbilical (14.8%).

El tratamiento médico es de gran novedad; se trata de estrogenoterapia sostenida por un lapso de 3 ó 4 meses, con dosis de cinco miligramos cada 4 días de estilbestrol, y en el momento de la menstruación 5 miligramos cada 15 minutos hasta la supresión de la hemorragia, que obra inhibiendo la secreción de las hormonas hipofisarias, con lo cual parece que las lesiones endometriales entran en franca regresión.

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO:

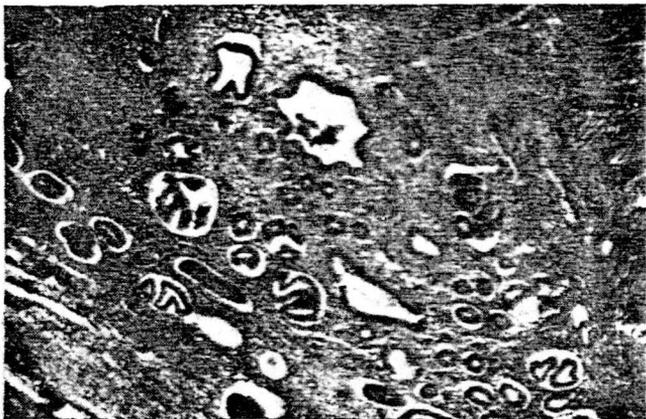
En algunas localizaciones externas se puede acudir a la biópsia; pero tanto en la adenomiosis como en las formas intrapelvianas, el recurso de laboratorio sirve más bien para un diagnóstico retrospectivo, o bien, para biópsias por congelación en el curso del acto quirúrgico.

Nos falta sólo anotar la dificultad del diagnóstico preoperatorio, queremos decir, de un diagnóstico preciso. La prueba de los andrógenos ayuda eficazmente al diagnóstico, pero en algunas veces nos ha sido infiel. Todas nuestras enfermas con adenomiosis fueron intervenidas con diagnóstico errado, y sólo al leer el informe del patólogo conocimos la verdadera realidad.

Por medio de la uterografía se alcanza el diagnóstico en buen número de casos, pero nosotros no disponíamos de este medio hasta hace tan sólo unos pocos meses, por carencia de equipo. Ya lo tenemos y esperamos que para una nueva comunicación sobre este interesantísimo tema, estemos en condiciones de presentar algo mejor.



ENDOMETRIOSIS CUTANEA DE LA REGION INGUINAL.
(M. 11.380). Debajo del epitelio (izquierda y arriba), se encuentra en el dérmis una glándula dilatada, tapizada de un epitelio cilíndrico simple; a su derredor hay un estroma sitógeno de tipo endometrial.



ADENOMIOSIS. — (M. 15.409). Se observan glándulas endometriales dilatadas y glándulas de tamaño normal; a su derredor hay estroma endometrial. En la parte inferior de la preparación se ve miometrio.



ADENOMIOSIS. — (M. 9.842). Se observan glándulas ramificadas dilatadas con epitelio y estroma de tipo endometrial; coexistencia con un fibroma uterino.



POLIPO ENDOMETRIAL. — (M. 14.999). En el centro de la estructura se encuentra una disposición glandular de tipo endometrial.