

A PROPOSITO DE UN CASO DE ADENOMIOMA DEL UTERO

(Endometriosis interna).

Trabajo presentado por el doctor Arturo Aparicio J. para optar al título de PROFESOR AGREGADO de la "Clínica Ginecológica" de la Facultad Nacional.

ENDOMETRIOSIS

Definición.

La Endometriosis, término introducido por SAMPSON en la nomenclatura médica en el año de 1921, corresponde a toda una serie de lesiones observadas en el bajo vientre femenino y caracterizadas tanto histológica como funcionalmente, por la extraordinaria semejanza con el endometrio humano adulto.

Como los islotes endometriales pueden encontrarse en cualquier parte del aparato genital, de hecho, se deduce la extraordinaria importancia que como enfermedad, adquiere dentro de la patología ginecológica.

Si hacemos un breve recuento histórico, comprobaremos que la enfermedad no es de hoy, pues ya en el año de 1860 ROKITANSKY, publicó el primer caso sobre útero adenomatoso.

Veinte años más tarde RECKLINGHAUSEN en Europa y CULLEN en América del Norte, simultáneamente e ignorándose, estudian los primeros casos de "Adenomioma del Utero" y del "Ligamento Redondo". "Cistoadenomioma".

Los trabajos de CULLEN de extraordinaria importancia para la concepción nosológica de esta entidad, demostraron por primera vez que las inclusiones miometriales, estaban constituidas por un tejido histológicamente semejante al endometrio normal.

Siguiendo sus pasos, RUSSEL describe el endometrio aberrante en el ovario, hallazgo que fué mirado por el mundo científico con extraña incredulidad.

61 años después de la comunicación de ROKITANSKY, el norteamericano SAMPSON publica el primer trabajo de conjunto tras diez años de incesante labor sobre la nueva enfermedad que él llamó "ENDOMETRIOSIS", despertando de lleno el interés del mundo científico y dándole nombre a su célebre teoría que comentaremos posteriormente.

Desde entonces hasta la fecha la literatura médica se ha enri-

quecido con publicaciones y trabajos que han permitido agrupar toda esa serie de lesiones, dentro de un capítulo muy importante de la patología ginecológica contemporánea.

Que nosotros sepamos, en nuestro país no se ha descrito esta enfermedad, al menos con comprobaciones histológicas. En el ánimo de contribuir al aporte científico nacional y despertar el interés de tema tan apasionante en nuestra especialidad, nos atrevemos a presentar a la consideración del jurado un sólo caso por ser éste el único con que hemos tropezado en la práctica de nuestra carrera profesional.

OBSERVACION CLINICA

El 12 de marzo de 1941, ingresa al servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios, sala "Santo Cristo", N. N. natural del Fresno (Tolima), de 33 años, soltera y costurera de profesión. Como todas nuestras mujeres de los climas cálidos es airosa, se expresa con facilidad e inteligencia y nos cuenta que acude al hospital por dolores localizados en la baja pelvis, dolores desesperantes que se acentúan en las épocas menstruales y que no han cedido a pesar de dos operaciones que le han sido practicadas.

Su historia del dolor la fija con precisión en el año de 1938 sin localización precisa alguna, dolores abdominales vagos que la enferma considera sin importancia. Un año más tarde, días antes de la fecha de su menstruación sufre un dolor agudo localizado en el cuadrante inferior derecho, con irradiación al muslo correspondiente y acompañado de náuseas, pero sin reacción febril. Se interpreta éste cólico como de naturaleza apendicular y en consecuencia se practica en el Fresno la apendicectomía en los primeros meses del año 1939.

En el curso de ese año como notara que en vez de mejorar, los dolores se hacían cada vez más intensos y de localización notoriamente pelviana, resuelve trasladarse a Honda en busca de un distinguido profesional quien le diagnostica un "Quiste del ovario derecho" y le practica según dato muy claro de la enferma una "Ooforectomía parcial". (21 de mayo de 1940).

Días más tarde regresa a su ciudad natal y tras una breve mejoría de algunos meses, reaparecen los dolores de tipo casi continuo, con irradiaciones no sólo a la región interna del muslo derecho sino a todo el hipocondrio y a los genitales externos, dolores que se alivian pero no calman con analgésicos tipo, aspirina. Simultáneamente con ésta sintomatología aparece un flujo verduoso, escaso en un principio, abundante después que le produce sensación de quemadura y prurito muy molestos. En tales condiciones, resuelve trasladarse a Bogotá e ingresa al servicio de Ginecología con el diagnóstico de "Anexitis" bilateral, y bajo el número de Historia 6796.

Al examen objetivo practicado el 13 de marzo de 1941 por el Jefe de Clínica y el interno señor Durán, encontramos los siguientes datos según reza en la ficha del servicio:

Enferma de buena contextura física, un tanto anémica y enflaquecida, descansa en posición horizontal. Tinte sub-ictérico de las conjuntivas.

Dentadura. En buen estado, sólo faltan los dos bicúsidés inferiores.

Corazón. Pulmones. Nada especial.

Senos. Flojos de múltipara, aréola pigmentada sin secreción.

Abdomen. Depresible, con escaso pánfculo adiposo presenta dos cicatrices: una de incisión de Mac-Burney y la otra media, infraumbilical. A la palpación profunda acusa dolor franco en la fosa ilíaca derecha y parte del flan-

co del mismo lado, sin apreciarse resistencia muscular; discreto dolor en el cuadrante inferior izquierdo. En la parte media del hipogastro se aprecia una masa del tamaño de una naranja de consistencia dura, y móvil en el sentido longitudinal.

Hígado y Bazo. Normales a la exploración clínica.

Antecedente Ginecológicos y Obstétricos.

Se inicia la menstruación a los 14 años, continuando con un ritmo de 4:28, sin dolor con características normales hasta la edad de 20 años. Hacia esa época tiene sus primeras relaciones sexuales, dando a luz un año más tarde, un niño a término. Parto y puerperios normales. Posteriormente, dos partos más a término, el último de los cuales hace 5 años. Al reaparecer la función menstrual, después del último hijo, observa por primera vez un dolor en el bajo vientre ocho días antes de la menstruación, dolor que disminuía al acercarse la fecha menstrual. Desde entonces observa la enferma que su historia dolorosa tiene relación con sus épocas catameniales, interpretándolo nosotros como una **dismenorrea de tipo ovárico**, fenómenos que se fueron acentuando en los años ulteriores acompañados de sensación de pesantez en los muslos y región sacra. Anota la enferma muy "inteligentemente" que no descansaba de sufrir (sic) sino cuando estaba enferma (embarazada) o cuando le bajaba el escurrimiento de sangre (sic).

Después de su última operación (mayo de 1940) aparece flujo mucoso de color verde, escaso, que se torna seroso y más abundante en los días posteriores, acompañado de prurito. Días antes de su ingreso al hospital, aparece flujo achocolatado que según la enferma cesa al poco tiempo.

Última regla: 18 de febrero de 1941.

Examen Ginecológico.

Organos genitales externos. Monte de Venus: Implantación pilosa normal.

Grandes y pequeños labios: Normales.

Vulva: Entreabierta, con desgarró perineal de primer grado.

UTERO.

Cuello: De múltípara, consistencia normal, móvil y situado en posición posterior.

Cuerpo: De tamaño sensiblemente normal, poco móvil, en marcada retroversión, enclavado por así decirlo en el pequeño basinete.

Histerometría: 6 cms. 5.

ANEXOS.

A la palpación de los diferentes sacos vaginales, encontramos el **posterior** ocupado por el cuerpo de la matriz. En el **fondo de saco lateral izquierdo**, existe una tumoración del tamaño de una mandarina, blanda, renitente, sensible y que parece adherirse al cuerpo de la matriz pues en los escasos movimientos imprimidos a la masa, la matriz trata de desalojarse.

El fondo de saco anterior y el lateral derecho, se encuentran también abombados por una masa de consistencia y características en un todo análogas a la anterior y que muy posiblemente corresponde a la tumoración descrita a la palpación abdominal.

RECTO Y AÑO.

A la palpación rectal se comprueban los datos anteriores.

DIAGNOSTICO CLINICO.

Por los datos clínicos arriba mencionados, se hace el diagnóstico de **ANEXITIS QUISTICA BILATERAL** y se ordenan los exámenes de rigor.

Exámenes de sangre.

Nº de orden 5222. Laboratorio

"Santiago Samper".

Hematíes: 4.240.000 por mm. cc.

Valor globular: 0.95.

Hemoglobina: 90%.

Leucocitos: 5.600.

Hemograma de Schilling.

Milocitos..... 0%

Linfocitos..... 15%

Formas juveniles 0%

Monocitos..... 5%

Formas en cayado 3%

Basófilos..... 0%

Segmentados..... 75%

Eosinófilos..... 3%

El Jefe de Trabajos.

Jorge Defrancisco

14 de marzo de 1941.

Glicemia. Boletín Nº 5171. Resultado: 1 gramo por litro.

Azohemia. Boltín Nº 5177. Resultado: 0,26 grs. por litro.

Sedimentación. Técnica del Servicio. Resultado: **Normal.**

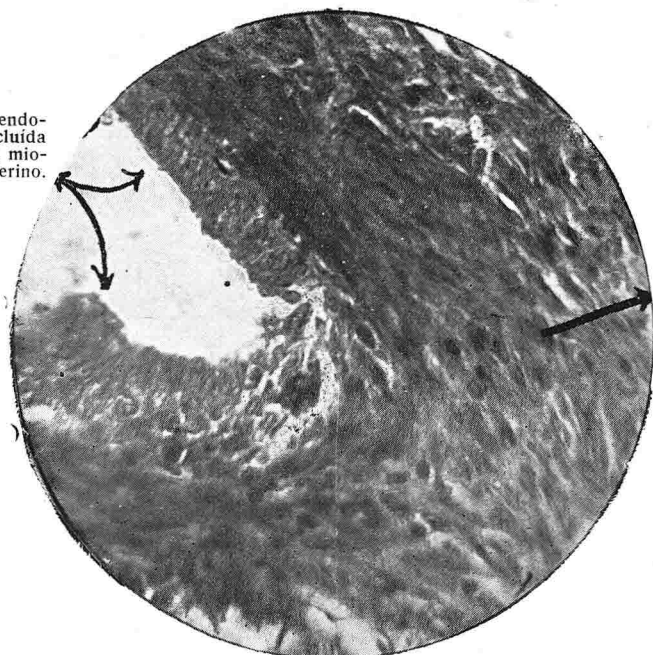
Discusión del diagnóstico.

Durante el tiempo que permaneció la enferma en observación en el servicio, la curva térmica fué sensiblemente normal. El estudio de la flora vaginal y endocervical no reveló la existencia de ningún germen específico.

Por los exámenes de Laboratorio, forzoso era descartar un proceso aneal ya fuera crónico como lo habíamos sospechado al examen clínico, pues ninguno de ellos revelaba un proceso franco de supuración.

Entre los tumores del ovario, sólo cabía la hipótesis de un proceso quístico bilateral ya que por los datos suministrados por la palpación bimanual la consistencia de las masas tumorales era francamente renitente. Por lo general son de mayor volumen, gozan de una gran movilidad y muy raramente son dolorosos a la palpación. La sensación de plenitud, de distensión abdominal, tan frecuentes en las enfermas portadoras de quistes del ovario, faltan por completo en este caso. No existen por lo demás síntomas de compresión y las anomalías del ciclo de patógenia a veces compleja son relativamente poco frecuentes en los tumores quísticos del ovario.

Glándula endometrial incluida dentro del miometrio uterino.



Miometrio.

Fig. I. — Puede observarse en la microfotografía el músculo uterino en franco estado de Hiperplasia. El islote endometrial, glándula típica, puede observarse en pleno músculo uterino.

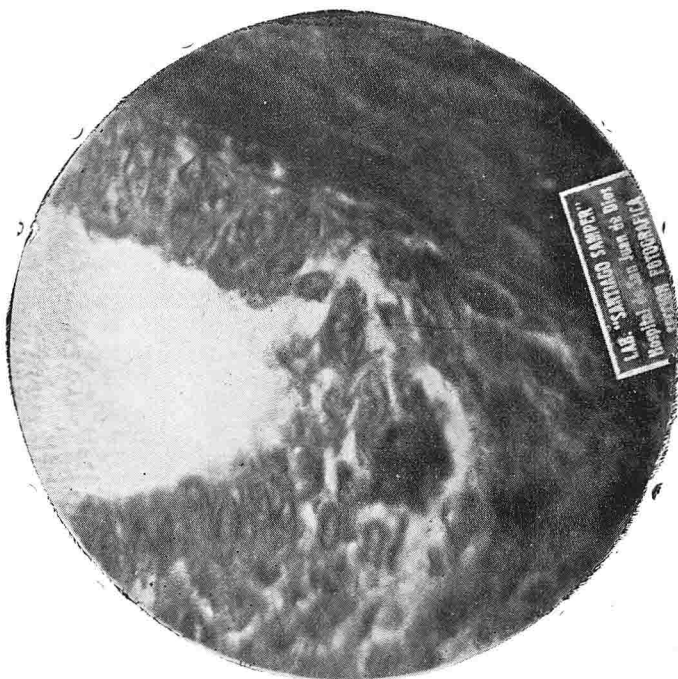


Fig. II. — El mismo corte ampliado.

Atención del "Laboratorio Santiago Samper",
Sección de Anatomía Patológica.

Tan sólo el dolor, difuso en un principio, de localización baja más tarde (hipogastro, fosas ilíacas, región sacra), dolor sordo, persistente con períodos de calma en las épocas menstruales, corroborado todo ello por los datos del examen clínico nos hicieron insistir en el diagnóstico posible de formaciones *quisticas bilaterales*, inmovilizadas en la pelvis por un proceso adherencial. Hipótesis de otra parte seductora, si tenemos en cuenta que la enferma laparotomizada dos veces consecutivas bien habría podido crear adherencias que fijaran la matriz y sus anexos ocasionando dolores en la época de la congestión fisiológica menstrual. Pero ¿cómo explicar la rápida atenuación de los dolores una vez pasada la menstruación? Un nuevo examen ginecológico practicado días antes de una menstruación observada en el servicio, orientó nuestro criterio hacia una nueva posibilidad diagnóstica. En efecto. Los días subsiguientes a los primeros exámenes manuales, como la enferma se quejara de intenso dolor abdominal, ordenamos reposo, hielo y supositorios calmantes en la creencia de que hubieran sido despertados por la maniobras del tacto vaginal. Siete días después el dolor espontáneo había desaparecido y en el ánimo de precisar el diagnóstico resolvimos practicar un nuevo tacto.

Contra lo que esperábamos, pudimos comprobar un aumento manifiesto en el tamaño de la matriz y de las masas laterales, su exquisita sensibilidad y una falta absoluta de fiebre. El guante sale pintado de manchas oscuras de sangre y al día siguiente aparece una hemorragia con todas las características de una menstruación. Sangre oscura, con algunos coágulos mezclado con moco, idénticas, según la enferma, a las menstruaciones anteriores. ¿Cómo explicar entonces la sensibilidad pelviana táctil en ausencia de toda manifestación dolorosa espontánea? El diagnóstico por exclusión se imponía.

De hecho descartamos en ausencia de síntomas, lesiones agudas de los órganos pelvianos que pudieran prestarse a confusión. El apéndice le había sido extraído; una anexoperitonitis aguda, subaguda o crónica, forzoso era descartarla por no existir antecedentes ni estigmas infecciosos, corroborados por los datos de laboratorio. En una enfermedad en pleno período de estado, y dado el cuadro clínico de la enferma, un embarazo ectópico complicado o una crisis de oclusión intestinal no podían tenerse en cuenta en razón misma de su evolución.

Diagnóstico positivo.

Apoyados en la *tumefacción dolorosa pre-menstrual* de la matriz y de los ovarios, en la ausencia de *antecedentes infecciosos*, la aparición tardía y el *carácter cíclico* de las molestias pelvianas, así

como su exageración en el intermenstruo y su *rápida desaparición una vez pasada la menstruación*; el carácter macroscópico de la *hemorragia* y el fracaso terapéutico de las dos intervenciones, concluimos y *diagnosticamos* "ENDOMETRIOSIS UTERINA Y OVARICA DE FORMA TUMORAL".

Con tal diagnóstico, una vez terminada la menstruación, pasa a la mesa de operaciones en el convencimiento de que sólo una extirpación radical de los órganos enfermos daría alivio a las crisis dolorosas tanto tiempo soportadas por la enferma.

Descripción de la operación.

Fecha: 25 de marzo de 1941.

Cirujano. Profesor Tirado Macías. *Ayudante:* doctor A. Aparicio.

Anestesia. Raquídea. Tutocaína 0.75 miligramos.

Laparotomía media infra-umbilical. Abierto el peritoneo se encuentra la matriz en franca retroversión, consistencia blanda y recubierta de abundantes adherencias de color amoratado que la adherían al Douglas. El ovario izquierdo, *quístico*, adhería a la cara postero-lateral de la matriz fijándose a ella por el mismo proceso adherencial. El ovario derecho, en buena posición, se encontró igualmente quístico del tamaño de una mandarina y de color rojo oscuro dando la impresión de un "QUISTE ACHOCOLADO DEL OVARIO".

Se procede entonces a exteriorizar la matriz con sus anexos, maniobra delicada dadas las múltiples adherencias que presentaba. Se practica una "*Histerectomía subtotal con extirpación de ambos anexos*", y se cierra la pared en cuatro planos, según técnica.

DIAGNOSTICO OPERATORIO. Al corte de la matriz extraída, llama la atención la hipertrofia y el aspecto francamente fibroso de las capas internas del miometrio acribillado por decirlo así de pequeñas cavidades de aspecto y contenido hemorrágico.

Al corte de ambos ovarios, se observa la rigidez relativa de sus paredes, dando salida a un contenido espeso y achocolatado.

Los datos macroscópicos, confirman el diagnóstico clínico y se envía al Laboratorio la pieza operatoria con el diagnóstico de ENDOMETRIOSIS del cuerpo y de ambos ovarios.

Diagnóstico microscópico.

Boletín N° 6.735. Diagnóstico Clínico: "Endometriosis".

Descripción macroscópica. Medio útero. Amputación subtotal. Dimensiones: 5 cms., 8 x 7 x 3 cms., 7. Longitud de la cavidad uterina: 3 cms. 6 x 1 cm. 7. Espesor del endometrio 0,2 cms. Espesor del

Miometrio: 7 cms. En la cavidad uterina se aprecian pequeñas masas sesiles de las cuales la más grande mide 0 cm. 6 x 0 cms. 5. Al corte la superficie de sección es lisa brillante y de color gris pálido. También se recibió un fragmento de tejido blando, aparentemente útero, cubierto en una de sus caras por membrana de revestimiento. De superficie irregular y con dimensiones de 5 cms. 3 x 3 cm. x 1 cm. 5. Al corte la superficie de sección es lisa y muestra *pequeñas cavidades de contenido hemorrágico*.

Diagnóstico microscópico. "MIOADENOMA DEL UTERO". El material enviado para examen muestra un neoplasma benigno de origen muscular y endometrial. Dentro del miometrio, y a veces muy cerca del peritoneo, se ven áreas de endometrio con sus fondos de saco glandulares bien definidos y estroma típico. El contenido de esos fondos de saco algunas veces es *hemorrágico*. El tejido muscular está hipertrofiado y llama particularmente la atención el *aumento del tejido fibroso*. En el endometrio se observa ligera hiperplasia del epitelio glandular. Se trata pues de una "ENDOMETRIOSIS INTERNA", acompañada de hipertrofia e hiperplasia del miometrio. (Véase figuras):

Firmado: *M. Sánchez Herrera*. Jefe de Sección.

Como puede observarse por la simple lectura de este boletín, la lesión principal y característica de la enfermedad que nos ocupa, es la *presencia de endometrio* en la intimidad misma del *músculo uterino*, con sus características histológicas (sacos glandulares definidos y estroma típico) en un todo análogos al "*Endometrio humano adulto normal*". Corresponde exactamente a la publicación hecha por ROKITANSKY en 1860 bajo el título de "UTERO ADENOMATOSO", corroborado histológicamente veinte años más tarde por CULLEN quien la denominó "ADENOMIOMA DIFUSO".

Como investigaciones posteriores demostraran la presencia de tejido endometrial aberrante, no sólo en la matriz, sino también, en todos los órganos contenidos en la pelvis y aún fuera de la cavidad abdominal, se cobijó bajo el nombre general de "ENDOMETRIOSIS", a todas las lesiones caracterizadas por la presencia de tejido endometrial heterotópico. Tal nombre abarca la enfermedad en conjunto y permite incluirla dentro de un nuevo capítulo de la Ginecología contemporánea.

Movidos por el interés de la cuestión nos atrevemos a presentar un breve estudio de la enfermedad, sintetizando el pensamiento y la experiencia de múltiples autores.

Clasificación.

La "Endometriosis", enfermedad de múltiples y caprichosas localizaciones merece dividirse para la comodidad de la compren-

sión y de acuerdo con la mayoría de los autores en dos grandes variedades:

1. *La Endometriosis interna*, (Utero adenomatoso de ROKITANSKY, Adenomioma de CULLEN, Mucosa-endometriosis de DE JONG), en la que los *islotes endometriales* incluídos en la pared misma del músculo uterino y de la trompa, están por decirlo así en relación directa con las mucosas correspondientes, endometrio o endosalpinx. Corresponde ésta variedad, al caso clínico narrado en la presente exposición y topográficamente puede extenderse también al *miosalpinx*.

2. *La Endometriosis externa*, (Serosa-endometriosis de DE JONG), caracterizada precisamente por la discontinuidad de los *islotes endometriales* con las mucosas uterina o tubaria, de suerte que pueden encontrarse a distancia, lejos de los sitios de origen y aún separados de éstos por tejidos de aspecto aparentemente normal.

Como la localización en esta variedad puede ser o bien abdominal o extraabdominal la Endometriosis externa se divide la su vez en:

a) Endometriosis intraperitoneal.

b) Endometriosis extraperitoneal.

En la primera subdivisión, el tejido endometrial aberrante puede encontrarse en cualquier sitio u órgano de la cavidad pelviana, de suerte que puede presentarse y según su frecuencia relativa: Endometriosis en el Ovario o en el Douglas; Endometriosis de los ligamentos redondos o útero sacros; del perimetrio; Endometriosis del fondo de saco vésico uterino con invasión eventual a la vejiga o la parte superior de la vagina; del intestino en fin, colon pelviano, íleon o apéndice.

Comprobaciones histológicas han podido demostrar en la subvariedad *extraperitoneal*, con todo su cortejo sintomático, islotes endometriales en regiones tan lejanas del sitio de origen como el ombligo y la ingle; en cicatrices de laparatomía y en los ganglios pelvianos; en la mitad inferior de la vagina, en la vulva y en el periné.

Etiología y Patogenia.

Tanta variedad de sitios y localizaciones demuestran a primera vista la dificultad, por no decir el enigma, en que se encuentra la ginecología actual para poder interpretar satisfactoriamente la etiología y patogenia de la enfermedad. ¿Cómo explicar en efecto, la presencia de tejido endometrial en regiones tan anatómicamente diferentes? ¿Se trata acaso de un proceso maligno infiltrante o es un simple fenómeno de hiperplasia? El hecho en concreto no está

resuelto, pero la Clínica demuestra a las claras que la Endometriosis como enfermedad en sí, no puede considerarse de naturaleza maligna.

En la primera variedad, Endometriosis interna, parece admitido por todos los autores que la enfermedad es debida a la invasión del miometrio, por la mucosa uterina en estado de *proliferación endofítica*. Estudios concluyentes de histología han demostrado en efecto, que la penetración en profundidad, se efectúa en parte merced a las *propiedades histolíticas* del tejido citógeno heterotópico. (Véase microfotografía).

Lógico parece pensar, según la interpretación de MEYER, que la invasión estaría precedida por un estado de hiperplasia de la capa basal del endometrio que más tarde se desarrollaría en profundidad enviando brotes de tejido endometrial a la pared misma del músculo uterino. Este proceso estaría favorecido por la relajación puerperal del miometrio y por un estado de hiperirritación permanente, consecuencia del largo trabajo a que está sometida la mucosa uterina durante toda la época de su regeneración fisiológica.

En la trompa, podemos admitir también que el proceso sea debido al estado de hiperplasia endofítica de un endo-salpinx de tipo endometrioide.

La patogenia de la *Endometriosis externa*, se presenta en cambio confusa y preñada de dudas como lo demuestran un sinnúmero de teorías emitidas hasta hoy, seductoras e ingeniosas las más de las veces pero que no resisten el análisis frío y sereno de la crítica. Estudiémoslas someramente.

Teorías de origen.

1. Teoría de RECKLINGHAUSEN o del *conducto Wolfiano*. Publicada dos años después de un caso de endometriosis del ligamente redondo, Recklinghausen la explica como debida a inclusiones o *restos adultos del sistema wolfiano* que según su concepción deben hallarse de preferencia en la pared posterior de la matriz y en la porción interna de las trompas.

Esta teoría aceptada en un principio fué suplantada por la de CULLEN quien demostró con estudios microscópicos, las inclusiones endometriales en el seno del músculo uterino.

2. Teoría de CULLEN. Del trabajo monumental de CULLEN sobre Adenomioma uterino, se desprende su célebre teoría de la invasión directa del tejido endometrial al músculo uterino favorecida por múltiples causas. Teoría que si bien es aceptada por muchos autores en lo que respecta a la patogenia de la Endometriosis interna, no puede explicar empero las inclusiones endometriales al

peritoneo y menos aún las inclusiones extra-peritoneales. Para explicar esta última patogenia, CULLEN adelanta la hipótesis de que podrían ser ocasionadas por deslizamientos o restos de los conductos mullerianos.

3. Teoría de los RESTOS MULLERIANOS. La hipótesis lanzada por CULLEN es aceptada y acogida por RUSSEL al publicar un caso de *endometriosis del ovario*, atribuyendo su origen a una porción aberrante del Conducto de Muller. Esta teoría ampliada y aceptada por otros autores, se funda en la estrecha proximidad anatómica que existe entre los tejidos que embriológicamente dan origen al Ovario y al Conducto de Muller provenientes ambos, del *Mesotelio Celómico*.

Según RUSSEL, el intercambio de células de un órgano a otro, sería la clave de la Endometriosis ovárica, pero hasta el presente no se ha dado una explicación clara y científica al respecto.

4. Teoría SEROSA, Seroepitelial de IWANOFF y MEYER o CELOMICA de SCHRIDDE. Se funda en el hecho demostrado histológicamente de que, bajo la influencia de procesos inflamatorios del peritoneo, se observa la transformación de células endoteliales en células cilindro-cúbicas, semejantes a las del intestino.

Por analogía, la Endometriosis intraperitoneal sería debida a la metaplasia prosoplásica con proliferación e invaginación del *endotelio peritoneal* o del *epitelio superficial del ovario*. Esta metaplasia proliferante, daría lugar a la formación de tubos glandulares que invadirían lentamente el tejido conjuntivo subperitoneal o el estroma ovárico, transformándose más tarde en tejido citógeno con todas las características del tejido endometrial.

Para algunos autores, esta metaplasia del endotelio peritoneal sería privativa de células adultas que han alcanzado un estado de diferenciación perfecta; para otros, se trataría más bien de *células embrionarias o celómicas persistentes*, capaces de diferenciarse en el sentido Mulleriano, dando lugar a la proliferación endometrioides heterotópica.

La Endometriosis externa sería para éstos autores de origen también seroepitelial, explicando por ejemplo la endometriosis del ombligo como producida por restos no *obliterados del exoceloma*; la de la ingle, por restos no obliterados del *proceso peritoneo-vaginal*; la de una cicatriz de laparotomía, por partículas de endotelio peritoneal adulto o embrionario incluídas en la *herida durante la operación*.

La mayor crítica formulada en contra de ésta teoría, es que hasta el presente no se ha demostrado en forma concluyente la *metaplasia endometrioides* del endotelio peritoneal adulto o de los *restos celómicos persistentes*.

5. Teoría de la Implantación o del injerto peritoneal de SAMP-

SON. En 1921 SAMPSON publica su primer artículo titulado "Hemorragia perforante de un Quiste achocolatado del ovario" y lanza su teoría según la cual la endometriosis intraperitoneal sería debida al *injerto de partículas del endometrio* y del *endosalpinx* que desprendidas durante la menstruación o durante una maniobra intrauterina, llegaran al peritoneo siguiendo la vía transtubaria. En el primer caso el fenómeno se explicaría por un *reflujo* transtubario de la sangre menstrual, favorecido quizás por un obstáculo mecánico; en el segundo caso, por un estado de *antiperistaltismo uterino* provocado por la acción misma de la maniobra instrumental.

En la Endometriosis externa o extraperitoneal, según los sostenedores de esta teoría, el injerto endometrial estaría favorecido por la existencia de un trayecto herniario (ombigo o ingle) o por transplantes operatorios de partículas endometriales.

Contra esta teoría se han hecho objeciones de peso, que le restan mucho de su valor: en efecto,

a) La menstruación retrógrada aunque posible, es en la práctica un fenómeno de excepción.

b) Es muy poco probable que el endometrio en vías de desca-mación como acontece en la fase menstrual, pueda tener la suficiente vitalidad para injertarse y proliferar a la manera de un neoplasma infiltrante.

c) Experiencias y observaciones de JACOPSON y de HEIM, practicando injertos de endometrio en la época menstrual, demostraron la incapacidad del endometrio mensual para proliferar y producir la lesión y por último,

d) La teoría en cuestión no puede explicar de una manera satisfactoria la Endometriosis del ombigo o de la ingle, de la vagina o del periné.

6. Las teorías, Linfógena de HALBAN y vascular de SAMPSON en las cuales la Endometriosis externa pretende explicarse por la embolización e injerto de partículas desprendidas del endometrio siguiendo la vía linfática o por un proceso metastásico de origen vascular, no pueden ser aceptadas en razón misma de la integridad comprobada de los linfáticos y venas aún en casos de Endometriosis Uterina Primitiva y por la excepcional rareza de la Endometriosis en los ganglios y regiones tributarias de la red venosa-capilar.

7. *Teoría Mesenquimal de HEIM.* Esta última teoría que aventaja a las demás por dar una explicación unicística respecto al origen de las proliferaciones endometriales heterotópicas, no es en suma sino una variante si así pudiéramos llamarla, de la vieja teoría CELOMICA de Schridde.

Sostiene HEIM, que tanto la Endometriosis externa intraperitoneal, como la extraperitoneal son debidas a la *proliferación endo-*

metrioide de restos mesenquimatosos que persisten incluidos desde la vida embrionaria; en los alrededores del trayecto genital y de la membrana cloacal o en el espesor mismo de la pared anterior del abdomen. Bajo la influencia de una causa desconocida cualquiera (hormona ovárica, irritación, etc.), los *restos mesenquimatosos* así incluidos pueden sufrir tardíamente la transformación endometrioide, dando así nacimiento a una proliferación endometrial heterotópica, vale decir, fuera de sitio.

NOVACK el gran histólogo norteamericano, en su último libro de patología especializada se sitúa en un terreno ecléctico aceptando en la génesis de la Endometriosis, la *teoría Celómica* combinada a un factor *metaplásico* de origen posiblemente hormonal.

Estudio Clínico de la Endometriosis.

I

Endometriosis interna.

Como queda dicho anteriormente, la Endometriosis interna queda exclusivamente circunscripta al cuerpo uterino y a las trompas.

A) *Utero*. La endometriosis interna, llamada también "Adenomioma", se observa casi exclusivamente entre los 30 y los 50 años y se traduce clínicamente en la mayoría de los casos por reglas abundantes y dolorosas (dismenorrea adquirida de tipo congestivo). Con menor frecuencia el cuadro clínico está dominado como en el caso de nuestra observación por dolores pelvianos de tipo gravativo o en forma de intensas crisis.

Al examen clínico se encuentra casi siempre un útero grande, duro, liso y móvil, que hace pensar en un mioma o en un estado de miohiperplasia difusa. Los fondos de saco en ésta variedad, suelen encontrarse libres e indoloros, de suerte que el diagnóstico diferencial en extremo difícil, sólo puede hacerse a base del estudio cuidadoso de la historia clínica de la enferma teniendo especial interés los *antecedentes menstruales*, la *dismenorrea* de tipo adquirido, y la ausencia en su pasado, de todo antecedente infeccioso.

En caso de duda, la histerosalpingografía y el raspado uterino, permiten descartar la posibilidad de un mioma sub-mucoso o lesiones más graves del endometrio.

ANATOMIA PATOLOGICA. Macroscópicamente el útero se presenta uniformemente hipertrofiado e indurado, de superficie lisa y brillante. Al corte, el tejido muscular de aspecto francamente fibroso (miohiperplasia), presenta en su interior pequeñas cavidades de aspecto francamente hemorrágico.

Microscópicamente, se comprueba la existencia en pleno múscu-

lo uterino de islotes endometriales aislados o anastomosados entre sí de forma y tamaño sumamente variables y que por sitios, se pueden seguir hasta la capa basal del endometrio. Alrededor de éstos islotes, el miometrio muestra signos evidentes de Hiperplasia.

Las inclusiones endometriales en la intimidad misma del músculo uterino, explica ampliamente la dismenorrea de tipo congestivo observada en tales casos, pues si histológicamente son en todo análogas al endometrio normal, fisiológicamente deben reaccionar también, provocando, bajo la influencia de las hormonas ováricas un ciclo endometrial completo, es decir, menstruaciones locales dentro del miometrio uterino. Tal fenómeno, necesariamente debe despertar dolor, dolor congestivo que sólo cesa al terminar la menstruación.

TRATAMIENTO. En vista del frecuente fracaso de la "Actinoterapia" (nos referimos en particular al tratamiento preconizado de la castración radioterápica), la mayoría de los autores dan preferencia al tratamiento quirúrgico, Histerectomía total o subtotal, con extirpación o conservación de ambos ovarios, según las indicaciones operatorias de cada caso en particular.

B) *Trompa.* El cuadro clínico de la Endometriosis de la trompa, en razón misma de la dificultad exploratoria de éste órgano es confuso y mal estudiado en la actualidad.

Según L. SITZ, algunas enfermas presentarían un síndrome premenstrual doloroso, acompañado de cólicos tubarios de intensidad progresiva que se traducirían, sólo en el caso de una tacto oportuna (época premenstrual), bajo la forma de un pequeño tumor anexial alargado, liso, elástico y más o menos doloroso.

ANATOMIA PATOLOGICA. La endometriosis de la trompa se caracteriza, como en todas las demás variedades, por la presencia en la mucosa tubaria de glándulas de tipo endometrial rodeadas de abundante tejido citógeno. La mucosa de tipo endometrial puede presentarse al examen histológico bien, bajo la forma de islotes aislados o diseminados en una gran parte de su extensión, o bien, incluidos en la pared misma de la trompa originándose quizás en la misma mucosa tubaria de aspecto y constitución francamente endometrioides.

La presencia de tejido endometrial en las trompas, explica a la luz de la ginecología moderna ciertos hematosalpinx de origen oscuro consecuencia lógica de lo que podríamos llamar "menstruación tubaria" y lo que es más sugestivo aún, nos da una explicación satisfactoria de la patogenia del embarazo tubario, pues el óvulo fecundado puede anidar satisfactoriamente en una trompa cuya mucosa presenta todas las características de un endometrio normal adulto.

II

Endometriosis externa.

Mucho más compleja que la anterior, la Endometriosis Externa, se caracteriza tanto desde el punto de vista clínico como el de la Anatomía Patológica, por el gran polimorfismo de sus lesiones, debido a su localización, (intra o extra-peritoneal), a su extensión o a su grado evolutivo.

I

ENDOMETRIOSIS INTRAPERITONEAL. Según el grado de frecuencia, merecen particular interés las localizaciones en el ovario, el peritoneo pelviano, los espacios recto y vésico vaginales, los ligamentos uterinos o el intestino.

A) *Ovario*. En el ovario la endometriosis puede ser superficial o profunda presentándose en el primer caso, bajo la forma de pequeñas manchas o *formaciones quísticas*, de aspecto francamente hemorrágico y de color que varía del rojo púrpura al violeta o marrón oscuro.

Corresponde la variedad superficial, al *Adenoma endometrial superficial* de SAMPSON y en su evolución ulterior los pequeños quistes pueden estallar dando lugar a la producción de hemorragias o a la siembra de partículas endometriales sobre los órganos vecinos.

La *Endometriosis profunda* que implica una invasión de los tejidos nobles del ovario, se presenta en la mayoría de los casos bajo la forma de quistes únicos o múltiples generalmente pequeños, susceptibles de alcanzar un volumen relativamente considerable constituyendo los conocidos quistes "achocolatados" de los antiguos autores. Como en nuestro caso, tantas veces comentado, estos quistes suelen presentar sólidas adherencias al peritoneo pelviano, a la cara posterior de la matriz o a los demás órganos vecinos.

ANATOMIA PATOLOGICA. La estructura histológica de los quistes endometriales profundos, varía naturalmente con el tamaño del quiste. En los pequeños, se encuentra al microscopio, una glándula endometrial típica, sumamente dilatada y llena de sangre. En los más grandes, se hallará un revestimiento endometrial más o menos típico presentándose por excepción islotes endometriales irregularmente distribuidos en la corteza o la medula del ovario.

Síntomas clínicos.

Observada de preferencia entre los 35 y los 55 años, la Endometriosis del ovario presenta una sintomatología variable, encon-

trándose casos de evolución silenciosa y otros en que el síntoma dominante se traduce tan sólo por un cuadro pelviano doloroso.

De acuerdo con el tamaño y variedad de la Endometriosis, superficial o profunda, con su evolución y sus complicaciones, las molestias anotadas por las enfermas varían notablemente observándose, ya, fenómenos de irritación peritoneal, ya alteraciones menstruales caracterizadas por meno- y metrorragias de interpretación difícil, ya simples fenómenos de dispareunia o dolores pre e intra-menstruales intolerables que sólo cesan al pasar la menstruación.

El examen ginecológico, si se trata de la variedad superficial, puede ser negativo si el tacto se practica en el período intermenstrual, pero, si la suerte o la sospecha clínica permiten hacerlo en los días que preceden a la menstruación, se observará entonces, una exquisita sensibilidad de los fondos de saco vaginales o una tumefacción dolorosa de los anexos.

En los casos de *Endometriosis profunda* de forma tumoral, el diagnóstico se basará en el aumento de tamaño de uno o de ambos ovarios, en su consistencia dura o elástica, en su inmovilidad relativa y en el dolor despertado al examen digital. El cuadro semeja a primera vista un tumor anexial inflamatorio crónico o agudo, basándose el diagnóstico positivo en la ausencia de antecedentes infecciosos, la edad relativamente tardía de la enferma (época de menor actividad sexual) y la historia menstrual de la enferma, síntoma para nosotros de importancia capital pues casi siempre se encuentra una *dismenorrea* adquirida tardíamente, de *tipo congestivo* que sólo cesa al pasar la menstruación.

Tratamiento. Como tratamiento el único racional, consiste en la extirpación total o parcial del ovario enfermo, seguido o nó de Histerectomía según el grado de extensión de la lesión, la edad de la enferma, etc.

B) *PERITONEO PELVIANO.* Todos los que hemos traído por estos caminos de la cirugía ginecológica, habremos podido observar al abrir un vientre con el objeto de practicar una cualquiera de las operaciones usuales, que la matriz, en ausencia de todo antecedente infeccioso, se encontraba recubierta en su totalidad o en parte de finas adherencias que la fijaban a los órganos vecinos. Llamamos la atención sobre este cuadro, que las más de las veces pasa inadvertido, en la seguridad de que si en nuestro medio se practicaran con más frecuencia exámenes histológicos nos sorprendería la frecuencia relativa de la Endometriosis peritoneal.

Las adherencias descritas, presentan por lo general una coloración rosa pálido, con manchas hemorrágicas que se pueden visualizar especialmente en la cara posterior de la matriz, o bien se presentan bajo la forma de cintas blancas irregularmente repartidas

sobre la cara posterior del útero y del ligamento ancho, de los anexos o del fondo de saco de Douglas.

Si a más de ésto podremos anotar el hallazgo en el Douglas de serosidad sanguinolenta o de manchas de sangre fresca o achocolatada, estamos autorizados para afirmar el diagnóstico de *Endometriosis peritoneo-pelviana*.

Clínicamente la Endometriosis peritoneal se manifiesta por un cuadro doloroso pelviano e impreciso, en el que predominan no obstante su vaguedad los síntomas de *irritación peritoneal*, caracterizados por dolor abdominal bajo, acompañados de náuseas o vómitos, aceleración del pulso con mal estado general, fenómenos de tenesmo rectal o vaginal, etc. Concomitantes con estos síntomas que aparecen de preferencia días antes de la menstruación, puede observarse como en casi todas las demás localizaciones, una dismenorrea de tipo congestivo. Pasada la menstruación, todo entra en orden, pudiendo la enferma continuar en sus ocupaciones habituales, ajena por decirlo así a su intensa crisis peritoneal.

El examen de la enferma puede ser negativo cuando la lesión es discreta, o se pueden encontrar ligeras induraciones en el Douglas, que se hacen dolorosas si el examen se practica días antes de la menstruación. En no pocos casos, la movilización del cuello es en extremo dolorosa y con frecuencia la matriz se encuentra en retro-versión, fija y dolorosa.

C) *ESPACIOS RECTO Y VESICO-VAGINAL*. La Endometriosis de los espacios recto y vésico-vaginales, podemos considerarla en suma, como una variedad de la Endometriosis peritoneal. Más frecuente la primera que la segunda, se caracterizan ambas por la invasión profunda y masiva de los tejidos endometriales no sólo a la luz de los espacios sino también a los órganos vecinos, recto y fórnix posterior de la vagina de una parte; y de otra, cara posterior de la vejiga, en donde se puede comprobar en ocasiones tan intenso proceso adhesivo, que los dos órganos parecen hacer cuerpo suprimiendo de hecho el espacio vésico uterino normal.

Síntomas clínicos.

Lógicamente, el cuadro clínico en estas dos variedades está dominado por intensas crisis de tenesmo rectal o vesical, de evolución siempre cíclica pre e intramenstrual. En la variedad rectal, puede observarse en ocasiones hasta fenómenos de pseudo oclusión a consecuencia de la compresión y congestión rectal; la *enterorragia es excepcional*.

Al examen de la enferma, en la variedad recto-vaginal, llama la atención la *induración retro-cervical*, en ocasiones de tipo tumoral que puede hacer pensar en un proceso carcinomatoso.

El tacto rectal permite comprobar a su vez, la invasión más o menos extensa del Douglas y de los parametrios, así como el estado de la pared y de la luz intestinal.

La exacerbación catamenial de los síntomas presentados por la enferma, será un dato de gran valor clínico para hacer el diagnóstico diferencial con el cáncer de la misma región y en caso de duda, se está plenamente autorizado para practicar una biopsia de confirmación.

En la variedad *vésico-vaginal* además de los síntomas de polaquiuria y tenesmo, acompañados muy excepcionalmente de pequeñas hematurias menstruales, el tacto puede hallar una pequeña induración precervical muy difícil de delimitar.

La cistoscopia, de gran ayuda en estos casos puede indicarnos, aún fuera de la época menstrual, la existencia de un pequeño tumor submucoso situado en la pared posterior o en el trigono, de superficie "mamelonada" y que deja ver por transparencia pequeñas formaciones quísticas de color azulado. Durante la menstruación la imagen cistoscópica se precisa, aumentando en cantidad y tamaño los pequeños quistes hemorrágicos que pueden en última instancia perforarse en la cavidad vesical dando una pequeña hematuria. Pasada la menstruación se observa citoscópicamente la regresión del proceso.

El diagnóstico diferencial debe hacerse de preferencia con las várices y los tumores de la vejiga (mioma, angioma, carcinoma), pero la exacerbación catamenial de las molestias vesicales, así como también el aumento de volumen y de sensibilidad del nódulo tumoral y el cuadro cistoscópico característico, pondrán al práctico sobre la vía del diagnóstico.

TRATAMIENTO. El tratamiento ideal, en estas dos variedades de Endometriosis parece ser también la extirpación total de los tejidos afectados. En relación con la conducta que debemos seguir ante la invasión del recto o de la vejiga, parece innecesaria la extirpación de la cara anterior del recto, quedando autorizados para practicar resecciones parciales de la vejiga siempre que sea factible. En las enfermas vecinas a la menopausia y en casos particularmente difíciles, algunos autores dan preferencia y recomiendan la "radioterapia".

D). LIGAMENTOS UTERINOS. Clínicamente estas lesiones evolucionan enmascaradas dentro del cuadro general de la Endometriosis peritoneal primitiva o secundariamente. Poco frecuente, puede presentarse bajo la forma de pequeños adenomas endometriales superficiales, o bajo la forma de una infiltración profunda, con induración hipertrófica o tumoral del ligamento afectado.

E). INTESTINO. Localización más rara aún que la anterior, puede observarse no obstante en la S iliaca y con menor frecuencia

en el apéndice, el ciego y la porción terminal del intestino delgado. Macroscópicamente las lesiones pueden presentarse como *adenomas endometriales* superficiales o como una induración tumoral del segmento intestinal afectado.

Histológicamente, las lesiones infiltrantes predominan en las capas *subserosa* y *submucosa* del intestino, encontrándose en esta última dilataciones ampulares o pseudo-glómérulos.

El cuadro clínico corresponde generalmente al de una endometriosis peritoneal primitiva o secundaria, observándose además en los casos de endometriosis estenosante de la S iliaca, síntomas oclusivos que se exageran en la época menstrual.

El *tratamiento* de la Endometriosis intestinal varía de acuerdo con el tipo y la intensidad de las lesiones, siendo en ocasiones necesario recurrir a la extirpación del segmento intestinal afectado.

Endometriosis extraperitoneal.

A) *OMBLIGO*. Consultando la literatura médica mundial, tan sólo se han publicado hasta el presente unos 50 casos comprobados histológicamente. La descripción que hacen los autores sobre la Endometriosis del ombligo nos la presentan como caracterizada por un pequeño nódulo duro, del tamaño de una avellana al de un huevo de paloma, situado en plena cicatriz umbilical por fuera de la fascia superficial o profundamente adherida al peritoneo. La piel que recubre al tumor puede estar adelgazada o espesa, lisa o recubierta de excrecencias constituidas por microquistes hemorrágicos que pueden llegar a fistulizarse dando lugar a una fístula hemorrágica del ombligo.

ANATOMIA PATOLOGICA. Según CULLEN, LAUCHE y otros autores, microscópicamente el tumor se presenta constituido por un estroma conjuntivo denso, rico en fibras colágenas y que encierra algunos manojos musculares lisos dispuestos desordenadamente, y en el cual se encuentran incluidos *islotes endometriales* más o menos típicos.

SINTOMAS CLINICOS. La Endometriosis del ombligo, se observa de preferencia en mujeres estériles o poco fecundas, vecinas a los 40 años. La enfermedad se inicia lentamente con sensación de tensión o ligero escozor sobre la región umbilical para adquirir más tarde el carácter de crisis dolorosa catamenial, tan característicos de esta clase de lesiones.

El diagnóstico relativamente fácil, se funda en la comprobación semiológica del tumor que aumenta de volumen al acercarse la menstruación, se hace doloroso y adquiere un color cianótico que puede dar lugar a una pequeña descarga hemorrágica.

El *tratamiento* lógico se reduce a la extirpación amplia del tumor abarcando la mayor porción posible de tejido sano.

B) **CICATRICES DE LAPAROTOMIA.** La Endometriosis de las cicatrices de laparotomía se observan de preferencia hacia el tercer decenio de la vida, y casi siempre consecutivamente a una operación practicada sobre el útero, cesárea, miomectomía, histeropexia, etc.

Macroscópicamente se presenta como un nódulo fibroso de tamaño variable, avellana a huevo de gallina, incluido en el espesor de la pared abdominal, a la altura de la cicatriz operatoria. En ocasiones el nódulo puede adherir a la piel y presentar microquistes hemorrágicos capaces de fistulizarse.

Clínicamente la Endometriosis de las cicatrices de laparotomía, se observa en un período que puede variar de algunas semanas a veinte años después de la operación practicada. Constituida la lesión en forma de un pequeño nódulo doloroso sobre la cicatriz, presenta posteriormente y como síntoma capital el dolor premenstrual y en los casos típicos cambios de coloración de la piel que recubre la cicatriz operatoria, la que toma un tinte azulado o violáceo. Pasada la menstruación, todos estos síntomas y fenómenos desaparecen o se atenúan considerablemente quedando tan sólo el nódulo más o menos fijo y doloroso.

El tratamiento consiste en la extirpación de la cicatriz operatoria en tejido sano, acompañada de la abertura e inspección del abdomen.

C) **INGLE.** Para terminar, hablaremos de esta rarísima localización de la Endometriosis, a manera de información ya que nunca nos ha sido dable encontrarla ni siquiera en monografías extranjeras consultadas hasta la fecha.

Clínicamente la Endometriosis de la ingle, debe caracterizarse por la aparición de un nódulo duro y sensible, del tamaño de una nuez aproximadamente, situado en pleno canal inguinal, en la base del labio mayor o a la altura del infundíbulo crural, sujeto a los mismos cambios menstruales que la endometriosis del ombligo o de las cicatrices de laparotomía, limitándose el tratamiento a la extirpación amplia del nódulo tumoral.

Sólo queremos agregar al terminar la exposición de tema tan apasionante como el de la "Endometriosis" nuestro anhelo vehemente de despertar en el ánimo de nuestros colegas, la "conciencia de la Endometriosis como enfermedad", en la seguridad, de que al poseerla y al estudiar con más frecuencia la histología de las piezas operatorias, nos sorprendería la relativa frecuencia de ésta enfermedad. Con ello habremos dado un gran paso en materia de diagnóstico; despejamos muchas incógnitas al explicar cuadro pelvianos dolorosos de dudosa interpretación que redundarán a la postre

en beneficio del paciente contribuyendo en algo a enriquecer la bibliografía médica del país.

Como conclusión y a manera de síntesis, nos permitimos una vez más llamar la atención sobre la importancia de la historia menstrual en ginecología y en especial del síntoma *dolor* de aparición tardía, dato que analizado juiciosamente puede llevarnos, por exclusión, al diagnóstico positivo de *Endometriosis genital*.

Doctor Arturo Aparicio J., Jefe de Clínica Ginecológica.

BIBLIOGRAFIA

1. Internal Adenomyosis, of the Uteros. Endometriosis. "Obstetrics and Gynecology". Vol. II y III. Curtis. Año de 1937.
2. Endometriosis. Sutton Lyle A. En el libro "Davis Obstetrics and Gynecology". Vol. II.
3. Adenomyosis. (Adenomyosa Uteri). "Noval". Gynecological and Obstetrical Pathology. Sanders. 1940.
4. Adenomyoma. Lockyer Cuthbert. Dean Lewis. Practice of Surgery. Vol. XI. Cap. 16. pág. 1 a 36.
5. Endometriosis del Ovario. Peralta Ramos. Prensa Médica Argentina. Septiembre 25 de 1940.
6. Endometriosis. Surg. Gynec. and Obstetrics. Abril de 1940.
7. Diagnosis and Treatment of Endometriosis. Lancet Journal. "Allen Eduard". Marzo de 1940.
8. Treatment of Pelvic Endometriosis. "Dannreuther Palta". Am. Journ. and Gynec. Abril de 1941.
9. Tratado Elemental de Ginecología. J. C. Ahumada. Edición de 1939.
10. Decurrence of Endometriosis. Zentralbl. f. Gynak. Marzo de 1941.