

ENDOMETRIOSIS

REVISIÓN DE DIEZ AÑOS (1966 a 1975 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS)

Cecilia Mora Jiménez *

INTRODUCCION:

Endometriosis es el nombre genérico con que se conoce una entidad nosológica caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, que siempre ocurre después de que se ha presentado la primera menstruación, considerándose a grandes rasgos, como un proceso de curso benigno. Desde el punto de vista microscópico, los focos de endometriosis se caracterizan por estar formadas de glándulas y estroma y, biológicamente hablando, presentan la capacidad de reaccionar en mayor o menor grado, con las hormonas ováricas. (3 - 14 - 15) Esta capacidad se demuestra por las hemorragias focales y en el caso de embarazo presentan una franca reacción decidua. Algunos islotes endometriósicos "menstrúan" con una intensidad mayor o menor, dependiendo esto del contenido glandular del foco y de su localización superficial en el tejido afectado (endometriosis ovárica, del ombligo, peritoneal, etc). Las lesiones varían en tamaño, desde pequeñas vesículas de sangre hasta quistes voluminosos que miden 20 ó más centímetros de diámetro. (6 - 12). Es difícil precisar la frecuencia con que se presenta este padecimiento ya que el diagnóstico no se hace en la mayoría de los casos; se menciona el hecho de que se encuentra en el 5 - 150/o de las operaciones pélvicas y es más frecuente en las clases socioeconómicas más acomodadas (12). Ocurre habitualmente en mujeres de alrededor de 35 años sin embargo, se señala hasta un 280/o de pacientes por debajo de 30 años. Con bastante frecuencia se la encuentra relacionada con problemas de esterilidad y se ha señalado que las posibilidades de embarazo, cuando se ha establecido el diagnóstico, son la mitad de lo que puede esperarse en la población general. En cuanto a raza, muchos textos de ginecología hablan de la poca frecuencia de esta patología en las negras, sin embargo, varios autores como Ridley, Lloyd, Chatman, han encontrado una incidencia similar de esta patología en las mujeres de raza negra (4). En nuestro estudio, sólo tres pacientes negras se encontraron portadoras de adenomiosis, lo cual hace pensar que esta pa-

tología no es tan frecuente en nuestras mujeres negras. En cuanto a su clasificación, la mayoría de los autores admiten dos grandes variedades de endometriosis: (2 - 6 - 12). 1. **La endometriosis interna:** en la cual los islotes endometriales heterotópicos aparecen en el espesor de las paredes uterinas. 2. **La endometriosis externa;** caracterizada por focos heterotópicos más ó menos alejados del útero y separados por tejido de aspecto normal. La asociación de ambos tipos de endometriosis en una misma paciente es muy rara y no llega al 150/o de los casos.

OBJETIVOS:

El presente trabajo se llevó a cabo con la finalidad de obtener una idea más cercana de la incidencia de esta patología en nuestra Institución.

MATERIAL Y METODO.

Se efectuó una revisión de expedientes del archivo del Hospital San Juan de Dios que comprendió 10 años: 1966 a 1975, inclusive, y se encontró 149 casos de endometriosis. De este total, 65 casos corresponden a endometriosis externa y 84 casos mostraron focos de endometriosis interna o adenomiosis. El total de expedientes revisados fueron 800. Se hacen desgloses para este estudio, agrupando a las pacientes según su edad, paridad, estado civil, lugar de procedencia, diagnóstico presuntivos; en los casos de endometriosis externa, se clasificaron los casos según el sitio de implantación de los focos de endometrio. Todos los casos de endometriosis fueron debidamente confirmados por estudio histológico reportado por el Servicio de Patología del Hospital San Juan de Dios.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR AÑOS

AÑO	No. de Pacientes		Total
	Endometriosis	Adenomiosis	
1966	2	6	8
1967	3	8	11
1968	5	2	7
1969	5	11	16
1970	11	13	26
1971	8	10	18
1972	9	4	13
1973	5	4	9
1974	9	9	18
1975	7	17	24
Total	65	84	149

*Asistente de Obstetricia
Hospital San Juan de Dios.

Según puede verse en el cuadro anterior, se desglosó en cada año la incidencia de la endometriosis interna y la externa, observándose relativo poco aumento de esta patología con el transcurso de los años.

CUADRO No. 2
DISTRIBUCION POR EDADES
(Adeniosis y endometriosis externa)

EDAD	No. DE PACIENTES	
	Endometriosis	Adeniosis
Menos de 20 años	2	—
20 a 24 años	4	—
25 a 29 años	10	2
30 a 34 años	6	4
35 a 39 años	19	12
40 a 44 años	12	16
45 a 49 años	10	35
50 a 54 años	1	10
más de 55 años	1	7
TOTAL	65	84

En el cuadro precedente se puede destacar el hecho de que la edad en que con mayor frecuencia se presentó la patología en estudio, fue la década de los 40 a 50 años, con una acentuación casi del doble en los últimos 5 años de dicha década (45 casos). Lo anterior reviste especial importancia ya que es en esta época de la vida de la mujer en que los trastornos menstruales climatéricos se presentan con mayor frecuencia y la tendencia es, con no poca razón, a encasillar gran parte de estas pacientes simplemente dentro del "síndrome climatérico" sin tratar de efectuar un diagnóstico diferencial más acucioso y brindar un tratamiento incisivo y eficaz a la dolencia causal. De hecho ya es conocido que el tratamiento para los sangrados carenciales del climaterio no es igual que para la entidad endometriósica interna. De manera que, aunque se estime que el 80% de los sangrados de la premenopausia sean causados gracias a una hiperplasia quístico - glandular del endometrio por persistencia folicular, hemos de alertar nuestros sentidos y ahondar en la sintomatología y signología de cada una de las pacientes, para descubrir esta entidad nosológica bastantes veces solapada.

Haciendo un análisis comparativo de lo expuesto en el cuadro anterior, llama la atención el dato de que un porcentaje importante de pacientes con endometriosis interna o adeniosis pudieran llegar a tener cuatro o más gestaciones, unas de ellas con 20 y 24 gestaciones, en contraposición de aquéllas que presen-

taron endometriosis externa, el porcentaje se invierte y la tendencia es derivada hacia la baja paridad, llegándose a un 30% aproximadamente de pacientes con cero gestaciones. Se comprueba con esto la alta incidencia de esterilidad en este tipo de pacientes.

CUADRO No. 3
Distribución según paridad

No. de gestaciones	No. de pacientes	
	Adeniosis	Endometriosis
Se desconoce	21	9
0	4	20
1 a 3	14	18
4 a 6	13	10
7 a 9	16	2
Más de diez	16	6
Total	84	65

CUADRO No. 4
DISTRIBUCION SEGUN ESTADO CIVIL

No. de pacientes	Adeniosis	Endometriosis
Solteras	19	31
Casadas	59	26
Separadas	2	4
Divorciadas	1	2
Viudas	3	2
Total	84	65

CUADRO No. 5
PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES

Provincia	Adeniosis	Endometriosis
San José	60	43
Puntarenas	7	1
Guanacaste	6	5
Limón	4	1
Alajuela	3	6
Cartago	2	2
Heredia	2	2
Total	84	65

En lo que se refiere a procedencia de las pacientes, observamos que el caudal mayor correspondió a la provincia de San José. Un número mucho más reducido de pacientes proceden de las demás provincias, lo cual obliga a señalar que a nuestra Institución acuden para su tratamiento médico pacientes de todas las regiones del país.

CUADRO No. 6

LOCALIZACION DE LOS FOCOS ENDOMETRIOSICOS

Ovarios	42
Ligamentos redondos, útero-sacos y fondos saco	10
Cavidad pélvica	15
Vagina y cúpula vaginal	3
Apéndice	1
Pólipos endocervicales	2
Pelvis congelada por endometriosis	3
Pared congelada por endometriosis	3
Pared abdominal	1
Ligamentos redondos, ovarios / fascia de los rectos	1
Endometriosis estrómica recidivante	1
Trompas	3

Tal como puede observarse en el cuadro anterior, el sitio predilecto para la localización de los focos endometriósicos fue el ovario, hecho que hacía confundir el cuadro clínico con un proceso aneural infeccioso o un simple quiste de ovario. Le siguen en orden de frecuencia la cavidad pélvica, los fondos de saco, los ligamentos y trompas uterinas. Se destacan dos localizaciones muy poco frecuentes: uno en apéndice y una paciente con un "granuloma" de pared abdominal, sobre una cicatriz de cesárea. Un caso sumamente interesante, por lo poco común y por su tendencia a la malignidad, es el de una paciente de 43 años, gesta 7, para 6, abortos 1, vecina de Los Chiles, cuyo útero resecado por miomatosis uterina, arrojó en el estudio histopatológico una endometriosis estrómica o estromatosis uterina, recidivante en cúpula vaginal.

SIGNOS Y SINTOMAS MAS FRECUENTES

CUADRO No. 7

	No. de pacientes	
	Adeniosis	Endometriosis
Sangrado	45	42
Dolor	24	36
Tumor	19	16
Amenorrea	—	—
Prolapso	6	—

El dolor y el sangrado continúan siendo los signos más importantes en el diagnóstico de esta patología, signos que cobran mayor valor en las pacientes cercanas a su climaterio, época en que también están presentes los sangrados de otra naturaleza que encubren fácilmente la endometriosis. Es aquí en que la sutileza y la experiencia del clínico entra en juego para dar una orientación diagnóstica precisa y un tratamiento adecuado.

CIRUGIA REALIZADA

CUADRO No. 8

La cirugía que se efectuó a este grupo de pacientes portadoras de endometriosis fue la siguiente:

Histerectomía total más salpingooforectomía bilateral	31
Ooforectomía uni o bilateral	10
Salpingooforectomía bilateral	6
Panhisterectomía	3
Histerectomía total más apendicectomía	2
Extirpación nódulo vaginal	2
Extirpación pólipo endocervical	2
Excisión de mioma pediculado	1
Laparatomía	1
Histerectomía simple con conservación de 1 ó 2 ovarios	6

CONCLUSIONES

1. Se comprueba la dificultad del diagnóstico de este tipo de patología. Con bastante frecuencia el diagnóstico se establece durante el acto quirúrgico o por el reporte del estudio histopatológico de la pieza operatoria. 2. Se hace imperativo recalcar la importancia de tener presente esta entidad nosológica, especialmente en aquellas pacientes ginecológicas con edades cercanas a los 35 ó más años. 3. El sangrado y el dolor pélvico siguen siendo la pista más importante en el diagnóstico de la endometriosis. 4. Se comprueba, a semejanza con otros reportes de la literatura, la alta incidencia de esterilidad primaria: en nuestro estudio alrededor de un 30% en portadoras de endometriosis externa. La endometriosis interna no incidió importantemente en dicha complicación. 5. Al igual que en otros reportes, los sitios de localización más frecuentes de esta patología fueron los ovarios. 6. La endometriosis es una patología poco frecuente en nuestras pacientes, según las cifras obtenidas en esta revisión.

RESUMEN

Se presenta una casuística de diez años, que consta de 149 casos de endometriosis, casuística recogida de los archivos del Hospital San Juan de Dios. De ellos 84 casos corresponden a adeniosis y 65 a endometriosis externa. Se desglosan los datos según edad, paridad, procedencia, estado civil de las pacientes y se exponen datos referentes a la signología y sintomatología de la enfermedad, los sitios en que se presentaron los focos de endometriosis y se detalla un caso de una entidad sumamente interesante, no sólo por su poca frecuencia de presentación sino también por su tendencia a la malignidad: la endometriosis estrómica o estromatosis uterina, recidivante en cúpula vaginal. Se encuentran cuatro casos de localización poco común: dos, en pólipos endocervicales, uno en apéndice y uno en cicatriz quirúrgica de pared abdominal post cesárea.

ABSTRACT

A review of 149 cases of endometriosis is presented. The data was analyzed according to age, parity and location. The typical clinical findings namely bleeding and pelvic pain were present in more of the 950/o of the cases. Incidence was higher in the 5th decade and sterility was a predominant finding (300/o) disclosed in patients with the external type of endometriosis. Ovaries were the most frequent location. Less common sites of origin such as endocervical polyps, vermiform appendix and the scar of a previous cesarean section were found. Another unusual presentation was an strumatus endometriosis, well known for the tendency to become malignant.

BIBLIOGRAFIA

1. Ansbacher R. Treatment of endometriosis with danazol. *Ame. J. Obstet.- Gynecol.* 14 (2): 283-4, 1975.
2. Calatroni, J. C. *Terapéutica Ginecológica*. Cap. 52, 8a. Ed. Librería "El Atheneo", 1970.
3. Christopher, L.D. *Aparato Reprodutor Femenino*, p. 818-21, *Tratado de Patología Quirúrgica*, 8a. Ed. Editorial Interamericana, 1965.
4. Chatman, D.L. Endometriosis in the black woman. *Am. J. Obstet - Gynecol.* 127 (7): 987 - 9, 1976.
5. Dochery, M.B. et al. Primary adenocarcinoma of the rectovaginal probably arising from endometriosis. Report of two cases. *Cancer* 7:893, 1954.
6. González Melo. *Endometriosis*, 217. Salvat Ed., 1977.
7. Hammond C. B. et al. Endometriosis (letter) *Obst-Gynec.* 49 (3): 383, 1977.
8. Kanaky, K.J. Treatment of endometriosis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 128 (8): 924-5, 1977.
9. Langdon. Symposium of endometriosis. *Clin. Obstet. Gynecolo.* 9:269, 1966.