REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Tomo X

San José, Costa Rica, Febrero de 1951

Año XVIII

No. 202

Algunas consideraciones sobre la Endometriosis

Por los Dres. Alfonso Acosta Guzmán y Alejandro González Luján

De la Sección de Ginecología y
Obstetricia del Hospital Central de
la Caja Costarricense de Seguro
Social.

Antes de presentar a la consideración de nuestros distinguidos colegas un caso de Endometriosis operado por nosotros en el Hospital Central del Seguro Social, es nuestro deseo hacer algunas observaciones y reproducir algunos datos de importancia sobre este interesante tema de actualidad en el mundo médico-quirúrgico.

Según el texto de la Ginecología de Crossen y Crossen hace treinta años la Endometriosis era completamente desconocida, es pues una entidad clínico-patológica relativamente nueva. En Costa Rica en 1936 era casi ignorada. A la fecha de hoy parece que aún no ha sido presentado caso alguno por autores costarricenses.

La primera descripción formal fué hecha por J. A. Sampson en 1921 en brillante pieza de Literatura Médica, tanto por su original investigación, como por su completa comprensibilidad e ilustración.

La Endometriosis ha sido definida como la implantación aberrante de fragmentos de tejido endometrial fuera de su lugar o sea la pared uterina interna.

Como factores etiológicos se han expuesto: 1º Migración en el flujo menstrual de elementos endometriales exfoliados y acarreados retrógradamente por los tubos. Esta situación es propiciada por las retroposiciones uterinas y por los miomas uterinos que son frecuentemente concomitantes con al Endometriosis. 2º Por intervenciones quirúrgicas en las cuales el manejo cuidadoso o descuidado del útero libera en la cavidad abdominal, víscera o pared, fragmentos endometriales que se implantan. 3º Trasplantes endometriales de cualquier parte que descargan líquido y elementos celulares durante cada período menstrual. Estos tejidos endometriales al igual que el del útero, están bajo la influencia hormonal, cualquiera que sea su situación. Los mencionados trasplantes ocurren sólo durante la vida menstrual activa.

Como corolario básico Sampson ha demostrado que los trasplantes son idénticos fisiopatológicamente al endometrio, siendo su reacción a la menstruación evidenciada por el aumento de tamaño y dolor de los mismos, esto debido al escape de sangre o flujo menstrual a la cavidad glandular o fuera de ella, con el consiguiente aumento de presión interna o intracapsular o bien irritación peritoneal. En estas glándulas aberrantes, durante el embarazo, se forma decidua y sus elementos pueden atrofiarse o se atrofian después de la cesación de la función ovárica.

La endometriosis puede ser de los tipos: Intrínseca y extrínseca.

La intrínseca consiste en la invasión de la musculatura uterina por elementos glandulares del endometrio, lo que originalmente se llamó "adenomiosis".

En la extrínseca o Enfermedad de Sampson, la invasión del tejido endometrial tiene lugar en cualquier parte fuera del útero. Se objeta a esta clasificación que los Adenomiomas del Ligamento ancho, Septo recto-vaginal o del ovario no merecen incluirse entre los intrínsecos, de ahí que esta clasificación haya sido actualmente abandonada por algunos, hablándonos simplemente de Adenomiosis-Adenomioma o endometriosis. (Sampson).

Fallon y sus colaboradores (1950) en el estudio de 400 casos de Endometriosis afirman: "que cuando el médico investiga la posible existencia de la Endometriosis se halla con mayor frecuencia que la apendicitis". En pacientes observados por estos autores se descubrieron 240 casos comprobados microscópicamente, frente a 114 casos de apendicitis.

Así pues la Endometriosis es un proceso más frecuente, por lo menos en los Estados Unidos, de lo que comúnmente se pensaba.

Se presenta esta enfermedad más corrientemente entre las mujeres de 30 a 50 años de edad, pero puede asegurarse que es una enfermedad de la mujer en periodo de actividad ovárica. Según Sampson en un 43% de las intervenciones abdominales se encontró Endometriosis en las edades mencionadas anteriormente. En una forma incipiente las lesiones pequeñas, en algunos casos se presentan desde la iniciación de la actividad menstrual. La certeza de esta aseveración coincide con la Teoría Embrionaria de la Patogénesis de la Endometriosis.

En la literatura revisada, los datos relacionados con la incidencia racial, distribución geográfica etc., son un tanto reducidos e incompletos. A este respecto Mc. Guff y colaboradores de la Clínica de Mayo (1948) analizaron y estudiaron 48 casos de Endometriosis intestinal apuntando como edad promedio 39,5. No hubo pacientes de color en este grupo y cuatro de ellas eran solteras. Cuatro pacientes tenían obstrucción intestinal comple-

ta. 16 presentaron síntomas de obstrucción intestinal parcial. En otros seis casos había una colon-estasis progresiva, distensión abdominal y síntomas similares. El dolor abdominal fué un constante síntoma en todas. En tres casos se observó sangre macroscópicamente en las heces. La esterilidad se encontró con bastante frecuencia y la dismenorrea adquirida fué uno de los síntomas primordiales en ocho casos. Sigmoidoscopias fueron practicadas en 12 casos, habiéndose encontrado en nueve de ellas evidencia positiva de estenosis parcial de la luz intestinal. 15 enfermas fueron tratadas quirúrgicamente de las 16 que presentaron síntomas de obstrucción intestinal.

La sintomatología de la Endometriosis, aunque atañe especialmente al Ginecólogo no por eso deja de presentar problemas al Cirujano General, al internista, al urólogo, al dermatólogo y aún al Psiquiatra, ya que pueden encontrarse al abrir el abdomen de la mujer por un proceso cualquiera, lesiones en el tracto gastrointestinal (gástricas colecísticas, apendiculares, etc.). También se pueden observar tumores de la vejiga urinaria, obstrucciones intestinales o uretrales o estenosis de diferentes estructuras. Raras y diversas implantaciones pueden tener lugar como consecuencia de la manipulación operatoria, hasta en tejido cicatricial. Por otro lado como causa de mal adaptaciones psíquicas puede presentarse dispareunia y observarse casos de esterilidad. La endometriosis es la causa más frecuente de la dismenorrea. El dolor es premenstrual y continúa a través de los primeros días del flujo de la menstruación. Cuando las lesiones de Endometriosis han invadido la vejiga, el recto o el septo recto-vaginal, el dolor aparece solamente durante el período menstrual. Cuando en estos casos de dismenorrea no existe historia de infección y la misma aparece después de los treinta años de edad y va aumentando en la intensidad de los síntomas es probablemente un caso de endometriosis, a pesar de que se sabe que el 40% de las Endometriosis no producen dolor menstrual. Como regla general la Endometriosis coexiste con la Esterilidad producida ésta por las alteraciones mismas de las lesiones endometriósicas. En ocasiones suelen presentarse dolores en el hypogastrio y en los períodos intermenstruales, aproximadamente en un 45% de los casos. También es frecuente el dolor lumbo-sacral.

De acuerdo con Keene y Kingbrough (1930) son manifestaciones concomitantes de la Endometriosis: La estasis del colon, con o sin retroposición uterina, especialmente durante la menstruación. La retroflexión adherente que se ve en el 55% de los casos y la Salpingitis crónica observada en un 20%. La endometriosis recto-vaginal puede ocurrir independientemente de la intraperitoneal o puede existir conjuntamente con trasplantes ováricos u otros. Este tipo es el más común. Algunas veces los tras-

plantes que invaden la pared rectal pueden producir estrechez progresiva del lumen, estrechez que se manifiesta por constipación y dolor en la defecación. La inflamación de la vagina se hace manifiesta por hemorragias de sus paredes invadidas durante los períodos menstruales. Es interesante la observación hecha de que la Endometriosis no produce caquexia ni pérdida de peso de otra naturaleza. En el tacto vaginal en los estados tempranos o incipientes puede palparse como único hallazgo un nódulo pequeño detrás de la Cervix uterina que puede extenderse y agrandarse paulatinamente produciendo a veces una induración indolora de la superficie anterior del recto. En estados más avanzados la cavidad pélvica inferior toma una rigidez amaderada induración que puede extenderse a la base del ligamento ancho. Si dicha induración alcanza los uréteres se produce una peligrosa estancación de orina con los consiguientes síntomas y manifestaciones como hidroureter, hidronefrosis, etc. Estos nódulos a que hacemos referencia se palpan fácilmente al tacto rectal. A la proctoscopia o sigmoideoscopia, la mucosa se encuentra intacta y sin adherencias, lo que la diferencia de las neoplasias (Keene y Kimbrough). Este proceso si se rompe puede ulcerarse con la consiguiente hemorragia rectal o deposición sanguinolenta. El examen proctosigmoidoscópico es de gran valor para el diagnóstico así como también la Biopsia. La Culdoscopia constituye también un gran auxiliar para el diagnóstico.

Muy interesante es el observar hemorragias periódicas menstruales por el ombligo en pacientes no intervenidas, lo cual asegura un diagnóstico de Endometriosis así como la curiosidad otorinolaringológica consistente en la menstruación vicariante nasal por endometriosis de la mucosa de la nariz.

Los quistes de chocolate o Endometriomas o hematomas quísticos secretan en la cápsula en cada período menstrual. El líquido va adquiriendo un color achocolatado que ha dado ese nombre a esos quistes. La secreción de los mismos durante las menstruaciones va naturalmente aumentando la presión intracapsular produciendo frecuentemente la ruptura espontánea y vaciamiento del líquido en el peritoneo. Esta secreción produce adherencias en los órganos pélvicos de bastante extensión así como irritación peritoneal. En casos más avanzados se palpan nódulos duros que junto con la peritonitis irritativa producen dolores agudos debiendo hacerse un diagnóstico diferencial entre la Endometriosis y la salpingitis aguda, torsión de un pedúnculo quístico embarazo ectópico, etc.

En cuanto a la Patogénesis de la Endometriosis, las teorías más recientes y de ellas la más nueva o sea la de Iwanoff, Mayer, Fischel y Novak, es la de la eteroplasia de la serosa o del epitelio celómico y está basada embriológicamente en el hecho de que

la mucosa de los órganos que se derivan de los conductos de Müller (utero, trompas, vagina, el epitelio germinativo ovárico y el peritoneo pélvico) tienen todos su origen en el epitelio celómico, variando su diferenciación de acuerdo con la topografía específica pero sí conservando en forma latente la propiedad de originar en el futuro "testuras diferenciadas" tales como endometriales o tubarias. Esta teoría ajusta a la explicación de la endometriosis en todas sus situaciones.

Otra teoría es la de la metaplasia de los vasos linfáticos y sanguíneos pero ésta la contradice la distribución de la endometriosis y en cuanto a la metaplasia se dice que si ocurre es muy rara.

Quizás la más bien fundamentada como la más vieja y aceptada es la teoría de la diseminación transtubaria de Sampson, sin embargo ésta no explica la implantación superior, umbilical, subcortical, ovárica, etc.

La importancia que se ha dado a la Endometriosis es diversa. Para unos no tiene mayor trascendencia, para otros cada caso justifica la castración total. Esta medida es sin duda alguna exagerada y solamente en casos muy graves se podría justificar. En 583 casos Tyron y Weed reportaron que la cirugía conservadora sólo pudo practicarse en 68 y la radical en 518 casos. El tratamiento de la Endometriosis es sin duda alguna quirúrgico.

Fisiopatológicamente la Endometriosis es una enfermedad semi-maligna y como tal debe tratarse. Su poder invasivo en contradicción con el cáncer, no reside en las células mismas sino en el proceso fisiológico que comanda la Endometriosis como tejido y no como consecuencia a la formación de quistes que al romperse producen nuevas implantaciones. Con la castración todo el endometrio se atrofia deteniéndose así el crecimiento quístico. El embarazo es una alternativa de la castración, a pesar de que las pacientes que sufren de Endometriosis tienen pocas posibilidades de quedar embarazadas. Así Tyron y Weed nos dicen que cuando la enfermedad se ha establecido, el embarazo es uno de los mejores tratamientos indicando la necesidad de aumentar la fertilidad. La cirugía conservadora del ovario con frecuencia es seguida de embarazo. Por otro lado cuando el embarazo ocurre temprano en el período reproductivo, éste previene o retarda la ocurrencia de la enfermedad.

El uso del Testosterón como lo indica Miller es un valioso coadyuvante de la Cirugía. También el Estilbestrol en grandes dosis fué introducido por Karnaki en la terapia de esta enfermedad. En el primer caso tratado por nosotros quirúrgicamente en Costa Rica no se hizo el diagnóstico pre-operatorio por medio de los exámenes clínicos y de Laboratorio, pero si pudimos sospecharlo al abrir la cavidad abdominal y observar el estado de las vísceras pélvicas.

Se trataba de la asegurada M. E. N. A. a quien uno de nosotros trató en la Consulta externa de Ginecología por primera vez en mayo de 1946. Clínicamente presentaba los síntomas de una salpingitis bilateral. Dolor al tacto, plastrones anexiales de ambos lados, elevaciones de temperatura, etc. A más de eso tenía el útero en retroversión y presentaba leucorrea y dismenorrea. En mayo del 46 fué tratada con sulfá a altas dosis no habiendo regresado a consultar sino en diciembre del mismo año, en que se le repitió un frotis por Neisser que resultó negativo. Reacción de Eagle fué asimismo negativa. Un recuento globular dió . . . . 3.500.000 Erytrocitos y 5.000 Leucocitos con 62% de Polinucleares. La orina adquirida corrientemente sólo tenía poca albúmina y bastantes células epiteliales de la Pelvis renal. Desde 1946 hasta el 4 de Setiembre de 1950 la enferma no volvió a la Consulta Externa de Ginecología del Seguro Social. En esta fecha fué reexaminada por el Doctor Acosta Guzmán quien pudo constatar al tacto vaginal poco más o menos el mismo estado que presentaba en el año 1946. El diagnóstico del año presente dice Anexitis y Retroversión uterina. Fué tratada con penicilina a altas dosis pero en vista de los resultados negativos obtenidos con esa droga fué hospitalizada el 18 del mismo mes de setiembre con el objeto de operarla. A la fecha de su ingreso al Hospital Central de la Caja presentaba la paciente un cuadro de Salpingitis bilateral, acompañada de mucho dolor en ambos lados del hypogastrio, abundante secreción purulenta vaginal y una hemorragia moderada uterina. Después de los exámenes clínicos procedimos a practicarle todos los exámenes usuales de Laboratorio con los resultados siguientes: el primer recuento daba 8.000 leucocitos con 66% de Polinucleares y 3.580.000 Erytrocitos. El examen de orina fué normal. En el frotis de la Secreción vaginal aparecieron diplococos Gram negativos y extracelulares y mucho pus. En las heces ankylostomas. Reacción de Wassermann, negativa. En los primeros días de octubre el recuento diferencial arrojó datos que indicaban una acentuación de la inflamación pélvica ya que los Leucocitos aumentaron a 10.000 y los Polinucleares llegaron a 84% a pesar de que los gonococos desaparecieron del fujo vaginal el 7 de octubre de 1950. Una reacción de Galli Mainini ordenada por nosotros resultó negativa. Llamaba la atención que la inflamación se acentuara tanto y el dolor se tornara cada día peor a pesar del tratamiento. Este consistió en absoluto reposo practicándosele como terapia instilaciones intravenosas de suero fisiológico con sulfadiazina a más de tratamiento sintomático antidoloroso y coagulantes sanguíneos. Desde el ingreso de la paciente hasta el 10 de octubre, día de la operación, la curva de temperatura marcó elevaciones que no pasaron de 38,2 grados centígrados. Hemos dado importancia a la descripción de este

---

caso, por tratarse de un caso tan típico de Endometriosis. Las consideraciones en él observadas de contradicción entre la terapia y el avance de la enfermedad así lo demuestran. A pesar del reposo y del tratamiento por salpingitis a tipo Neisseriano, las drogas no dieron resultado en un lapso de más de tres semanas y al contrario fué agravándose el cuadro general de la enferma. Esto ya era sospecha de que no se trataba de un simple proceso inflamatorio. Por otro lado la historia de la enferma. El hecho de haber presentado el cuadro doloroso de una inflamación pélvica con retroversión uterina, que como dijimos anteriormente es una de las situaciones anatomo-patológicas que favorecen el avance y propagación de células endometriales hacia los anexos en donde se implantan, las metrorragias irregulares que hacían sospechar un aborto y hasta un embarazo ectópico, la esterilidad de la paciente y la presencia de plastrones y nódulos a la palpación y tacto vaginal, nos hacen tener la convicción de que se trató aquí de un caso de los más típicos de Endometriosis.

La paciente fué operada el 10 de octubre de 1950.

Bajo anestesia raquídea se practicó una Laparotomía suprapúbica. El proceso patológico se encontró especialmente en el lado derecho. El tubo de ese lado estaba sumamente engrosado e inflamado y provisto de múltiples adherencias. Asimismo el apéndice estaba agudamente inflamado y retorcido, pero especialmente debajo de ambos se encontraban quistes multiculares de aspecto achocolatado que nos hicieron pensar en seguida en una Endometriosis. El apéndice fué resecaado como el tubo derecho. Los quistes que fueron resecaables se quitaron y se liberaron la mayor parte de las adherencias. Luego se suturó la pared abdominal por planos como se hace corrientemente. Las piezas resecaadas así como el producto de un curetaje biopsia previamente hecho fueron enviadas al examen histopatológico, cuyo informe, por completo queremos copiar a continuación: Ovario y trompa ambos aumentados de volumen. El ovario viene abierto y presenta una cavidad quística cuya pared, gruesa, presenta al corte, áreas de necrosis amarillentas. Trompa engrosada, lumen estrechado, pared con áreas necróticas de aspecto homogéneo, serosa con exudado fibrinoso. Apéndice de 8 centímetros de longitud y 6 mm de diámetro, tumefacto. Pared engrosada, mucosa irregular, de aspecto granulomatoso. Examen histológico: a) Ovario: La pared de la cavidad quística presenta numerosas formaciones glandulares del epitelio cúbico, algunas tortuosas, de tipo endometrial. Algunas de esas glándulas están muy alejadas del lumen mismo de la cavidad y rodeadas por una infiltración linfocitaria de mediana intensidad. b) Trompa: Pared muy engrosada, fibrosa, densa. El lumen reducido a un mínimo con mucosa de aspecto irregular, no hay contenido, ni signos inflamatorios. En el estro-

ma no se encuentran glándulas pero sí pequeños focos de infiltración linfocitaria. c) Endometrio: con glándulas de cantidad normal, de lumen cilíndrico, epitelio alto, núcleos centrales sin vacuolización. El epitelio aparece a veces atravesado por polinucleares. Estroma denso formado por elementos de citoplasma muy escaso, claro e infiltrado difusamente por leucocitos, polinucleares y linfocitos. d) Apéndice: mucosa con pequeñas erosiones, submucosa con hiperplasia del componente linfático y discreta infiltración de células redondas pequeñas y células plasmáticas en el estroma. Diagnóstico: Endometriosis ovárica con intensa reacción fibrosa. Salpingitis crónica fibrosa inespecífica. Endometrio en fase estrogénica avanzada (día 14). Endometritis simple discreta. Apendicitis crónica.—Dr. R. Céspedes".

El post operatorio tuvo un desarrollo relativamente normal habiendo abandonado la paciente el hospital diez días después de la intervención.

El caso presente nos lleva a diversas conclusiones de importancia y nos hace pensar en la necesidad de sospechar con más frecuencia la Endometriosis con un estudio más minucioso de cada caso. Sin duda alguna hemos operado en Costa Rica numerosos pacientes con procesos Endometriósicos bajo otros diagnósticos. Esas conclusiones podrían ser:

- 1—La Endometriosis es una afección casi tan corriente como la Apendicitis.
- 2—Es la causa usual de la dismenorrea.
- 3—Es una afección del período de actividad hormonal ovárica.
- 4—Se presenta con mayor frecuencia entre los 30 y los 50 años de edad.
- 5—Su tratamiento es primordialmente quirúrgico.
- 6—Debe considerarse como semimaligna y de invasividad fisiológica.
- 7—Como puede producir una serie de complicaciones diversas no solamente interesa al Ginecólogo sino a casi todas las especialidades.

BIBLIOGRAFIA

Crossen, H. S. y Crossen, R. J. Enfermedades de la Mujer. St. Luis C. V. Mosby C^o. 1938.

Fallon, J. Brosnan, J. T., Manning, J. J. Moran, W. G. Meyers, J. y Fletcher, M. E.: Endometriosis. Un reporte sobre 400

casos. Rhode Island Medical Journal. 33. 15 a 20 enero de 1950.

Homan, J.: Un Tratado de Cirugía. Springfield, Charles C. Thomas, 1932.

Keene, F. E. y Kimbrough, R. A.: Endometriosis. Journal de la Sociedad Médica Americana, p. 1164 Oct. 1930.

Janney, J. C., Ginecología Médica, Philadelphia. W. B. Saunders C^o 1950.

Kelly F. J. y Schlaedemann, K. R.: Endometriosis. Su significado quirúrgico. Análisis crítico de 179 casos. Surgery Gynecology and Obstetrics 88:230. Setiembre 1949.

Mc Guff, P. Dockerty, M. B., Waugh, J. M., y Randall, L. M.: Endometriosis como una causa de obstrucción intestinal. Surgery Gynecology and Obstetrics 86-273-288. Marzo 1948.

Tyron, C. y Weed, J. C.: Tendencia moderna en el tratamiento de la Endometriosis pélvica. Southern Medical Journal 43-107, 1950.