

E n d o m e t r i o s i s

Presentación de un caso a favor de la teoría de Sampson

por

Dr. Carlos Ml. Prada D. *

Dr. Manuel Aguilar Bonilla **

Dr. Jorge Salas Cordero ***

HISTORIA:

Von Recklinghausen en 1896 y Cullen en 1897 presentaron sus estudios sobre la Endometriosis Interna. Por el mismo tiempo Pfannestiel describió el primer caso de adenomioma del septum rectovaginal. Russel en el año de 1899 reportó varios casos de mucosa uterina aberrante en el ovario. Sin embargo una de las primeras publicaciones se debe a Rokitansky, quien definió la lesión como una endometriosis uterina.

Meyer en 1908 reportó su localización en la pared abdominal. Pero, no fué sino hasta el año de 1921, en que Sampson despertó el interés médico con sus clásicas descripciones constituyendo desde entonces la Endometriosis, una de las lesiones ginecológicas más interesantes.

DEFINICION:

Sampson define la Endometriosis como la presencia ectópica de tejido que posee la estructura histológica y la función de la mucosa uterina.

Novak lo hace diciendo: una afección en la cual se encuentra un tejido aberrante parecido al endometrio.

CLASIFICACION:

La Escuela americana, con Sampson a la cabeza, divide la Endometriosis en Directa e Indirecta; en tanto que las Escuelas alemana y argentina la clasifican en Interna y Externa subdividiendo a su vez esta última, en Intra y Extraperitoneal.

Escuela americana	\	Endometriosis Directa	
(Sampson)	/	Endometriosis Indirecta	
Escuelas alemana y argentina (Calatroni)	{	Endometriosis Interna	
	}	Endometriosis Externa	{
			Intraperi- toneal
			Extraperi- toneal

* Asistente del Servicio de Ginecología del Instituto Materno Infantil Carit.

** Jefe del Servicio de Ginecología del Instituto Materno Infantil Carit.

*** Servicio de Anatomía Patológica I.M.I.C.

HISTOGENESIS:

No se pretende de manera alguna dar las bases definitivas de su explicación; debe recordarse que se han presentado pruebas en uno y otro sentido, y que hay más bien una tendencia a reconocer que la Endometriosis no tiene siempre la misma etiología, dando lugar como dice Novak, a que los principales defensores se desenvuelvan en una política de mutuas concesiones.

ENDOMETRIOSIS INTERNA O DIRECTA:

De la Endometriosis Interna o Directa, caracterizada por la invasión benigna de la musculatura uterina, sólo diremos que desde los trabajos de Cullen se acepta su origen a partir del endometrio superficial.

ENDOMETRIOSIS EXTERNA O INDIRECTA:

Se han expuesto principalmente tres teorías:

- A. Meyer e Ivanoff creen que el endometrio ectópico es el resultado de la metaplasia del epitelio celómico del peritoneo.
- B. Halban opina que el tejido endometrial penetra durante las reglas en los linfáticos uterinos, y se disemina de esta manera.
- C. Teoría de Sampson.

Como este trabajo pretende, con la presentación de un caso, apoyar dicha teoría, es que hemos revisado muy someramente las anteriores, a fin de fijar nuestra atención sobre este punto.

Cree Sampson que durante la hemorragia menstrual, la sangre puede escapar del útero a través de la luz tubaria, pasando así a la pelvis partículas de endometrio capaces de injertarse en la cavidad pelviana. En favor de tal teoría presenta los siguientes argumentos:

- a) La demostración de la realidad de tal hemorragia menstrual en algunas enfermedades en que el flujo descendente normal estaba dificultado e impedido por retroflexiones intensas o por miomas.
 - b) La distribución del endometrio en la pelvis sigue los puntos en que se podría esperar hallarlo si procediera del orificio fimbriado de la trompa.
 - c) La luz del tubo está de ordinario libre en los casos de Endometriosis.
-

- d) En los experimentos con animales se ha visto que el endometrio injertado en el peritoneo crece sin gran dificultad.

ARGUMENTOS EN CONTRA DE LA TEORIA DE SAMPSON:

- a) La menstruación retrógrada es rara, en comparación con la frecuencia de la Endometriosis.
- b) Dificultad de pasar a través de los orificios uterinos de la trompa y seguir contra el sentido de los movimientos de los cilios y todavía ser capaz de injertarse y crecer por sí sólo.
- c) El endometrio desprendido durante la menstruación está siempre muy degenerado.
- d) No puede explicar los casos de Endometriosis Extraperitoneal.

Refiriéndonos al primer punto diremos que hay pruebas evidentes de que ocurre menstruación retrógrada a través de las trompas, ya que este fenómeno se ha comprobado muchas veces en pacientes a las que se les ha practicado una laparotomía durante la menstruación.

Varios autores, entre ellos Heim, Coffier, Traut, Hirsch y Jones han demostrado que es posible por medio de cultivos obtener crecimiento de células endometriales.

Jacobson, Cron y Gey probaron que el endometrio descamado durante la menstruación puede ser transplantado con éxito.

Te Linde, Scott y Wharton Jr. en monas rhesus comprobaron la viabilidad de las células endometriales de la sangre menstrual; en efecto, por medio de laparotomía separaron el cuello, de la vagina, rotándolo anterior o posteriormente, de modo que obligaron a las monas a menstruar hacia su cavidad peritoneal. Posteriormente encontraron evidencias de Endometriosis. Los defensores de la teoría de la metaplasia serosa objetaron que posiblemente la Endometriosis se había producido como resultado de la metaplasia por irritación de la sangre menstrual, pero debe recordarse que ya había sido demostrado por otros investigadores, que la inyección de sangre venosa en forma repetida a la cavidad pélvica, no produjo Endometriosis. Te Linde y colaboradores, para salvar aquella objeción, sacaron el cuello uterino del abdomen, fijándolo a los músculos rectos y obtuvieron posteriormente el desarrollo de una Endometriosis típica en la musculatura; así se demostró que las partículas endometriales eliminadas en el momento de la menstruación son capaces de crecer.

El mismo Te Linde ha realizado Histerectomías en monas embarazadas, y encontró después muchos casos de Endometriosis, con los que llegó al convencimiento de que se presentaron después del acto quirúrgico. Varias veces se han reportado Endometriosis en la heri-

da operatoria de cesáreas que se han interpretado como resultados de las maniobras quirúrgicas. Es evidente que la prueba de Rubin y otras manipulaciones transuterinas predisponen a la Endometriosis.

PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

Z.R.R.B. Antecedentes: una hermana con historia de esterilidad por útero bicorne. Resto negativo.

Paciente de 17 años, soltera, que llega a la consulta del Instituto Materno Infantil Carit por amenorrea primaria que no ha cedido a tratamiento hormonal prolongado, ordenado por médico. Desarrollo de senos y vello púbico-axilar a los trece años, previo a tratamiento hormonal. Dolor tipo cólico, localizado en fosa ilíaca derecha y que se presenta cada mes.

Examen físico: Paciente de corta estatura (138 cm) Senos pequeños pero con buen desarrollo de tejido glandular. Vello axilar y pubiano escaso. Vulva juvenil. Tacto rectal: se palpó una masa en la línea media que parecía corresponder a útero rudimentario y una tumoración de consistencia quística de unos 5 cms. de diámetro en el lado derecho. Anexo izquierdo negativo.

Exámenes de laboratorio y gabinete, normales.

Diagnóstico: Ausencia congénita de vagina; útero rudimentario; quiste de ovario derecho.

En agosto de 1959 se practicó examen rectal bajo anestesia, confirmando la ausencia de vagina, útero rudimentario y quiste de ovario derecho. A continuación se construye vagina según técnica de Mc. Indoe. En laparotomía se encontró líquido hemorrágico en cavidad; formación uterina redonda, dura, como de 6 cm. de diámetro, que correspondía a cuerno derecho; hematosalpinx; un quiste de ovario como de 7 cms., con múltiples adherencias a la trompa, al rudimento uterino, a ciego, al apéndice y al epiplón, con algunas implantaciones que parecían corresponder a Endometriosis. El ovario izquierdo era normal, encontrándose cerca de él un esbozo de miometrio que se diferenciaba más que todo por su coloración, y que estaba revestido de peritoneo.

Operación: Laparotomía infraumbilical media; liberación de adherencias; resección del rudimento uterino; quiste de ovario y del hematosalpinx; Apendicectomía.

Anatomía Patológica: origen de pieza: UTERO:

Examen macroscópico: porción de útero que mide 6.5 x 2.5 x 2.5 cms. Superficie externa lisa. Al corte muestra cavidad estrecha de 4 mm., rodeada por una zona de 5 mm., de color rojizo.

Examen histológico: miometrio sin lesiones. Cavidad uterina revestida por endometrio de glándulas tortuosas convacuolas en el epitelio y luz llena de secreción.

Diagnóstico: porción de útero. Endometrio secretor.
Anatomía Patológica: origen de pieza: OVARIO:

Examen macroscópico: masa oval de 6 x 4 x 3 cms. De superficie externa lisa. Al corte muestra una cavidad llena de material gelatinoso, de color rojo negruzco y algunas cavidades más pequeñas que contienen material gelatinoso translucido.

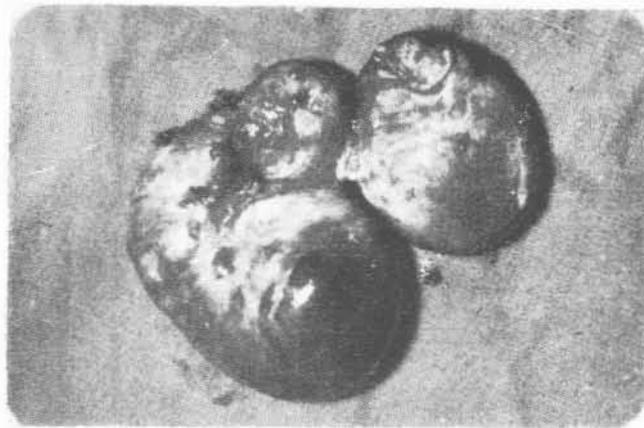
Examen Histológico: masa formada por trompa uterina con pliegues de la mucosa muy prominentes y luz dilatada, llena de sangre. Ovario con cuerpo amarillo, lleno de sangre y quistes foliculares. Cortes de ovario muestran algunos pequeños quistes, revestidos por epitelio cilíndrico, alto, de tipo endometrial, rodeados por estroma que también es semejante al del endometrio; unos pocos de ellos contienen eritrocitos.

Diagnóstico: Hematosalpinx. Quistes foliculares del ovario. Hematoma del cuerpo amarillo. Endometriosis Ovárica.

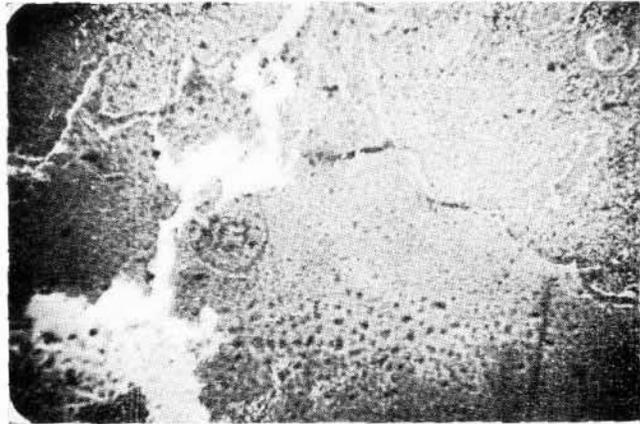
Mediante el estudio clínico y anatomopatológico se comprueba que la paciente tenía un rudimento uterino, cuyo miometrio era de caracteres normales; con un endometrio funcional y una cavidad sin comunicación al exterior por cuanto existía ausencia congénita de vagina. El contenido menstrual seguía en este caso la vía retrógrada, puesto que se encontró líquido sanguinolento en la cavidad pélvica y la paciente presentaba cada mes dolores en fosa ilíaca derecha. El reporte anatomopatológico no deja duda de las implantaciones endometriales en ovario. Te Linde al apoyar la teoría de Sampson se basa fundamentalmente en sus experimentos en monas y en un caso clínico semejante al que hemos expuesto, que fue reportado por la Clínica Mayo.



Laparotomía: cuerpo rudimentario. Quiste de Ovario Derecho. Véase Ovario Izquierdo Normal.



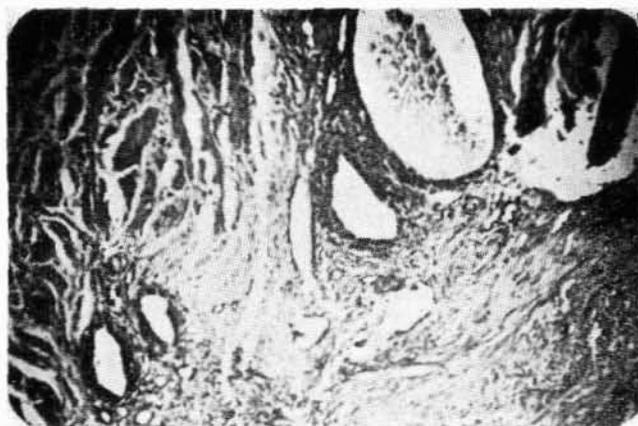
Cuerpo rudimentario, hematosalpinx, quiste de Ovario derecho con implantaciones Endometriales.



Hematometrio: Véase endometrio funcional.



Hematosalpinx.



Endometriosis Ovárica

BIBLIOGRAFIA

1. **ACKERMAN L. V.**
Surgical Pathology. The C. V. Mosby Company. 1959. Págs. 628-629.
2. **ACOSTA. G. A. GONZALEZ. L. A.**
Algunas consideraciones sobre la Endometriosis. Revista Médica de Costa Rica. Tomo X. N° 202. Págs. 25-33.
3. **ANDERSON. W. A. D.**
Pathology. The C. V. Mosby Company. 1957. Págs. 1083-1085.
4. **CONTRERAS. J. VELAZQUEZ. T.**
Endometriosis. Ginecología y Obstetricia de México. Volumen 12. Año 12. N° 11, Págs. 139-155.
5. **CROSSEN & CROSSEN.**
Enfermedades de la Mujer. Unión Tipográfica Editorial. 1939. Págs. 122-126.
6. **CURTIS. A. A.**
Textbook of Gynecology. W. B. Saunders Company. 1944. Cap. 33. Págs. 510-526.

7. **ENDOMETRIOSIS, J.A.M.A.**
Set. 16. 1954. Págs. 252-253.
 8. **FALLAS, R. E.**
Endometriosis. Demonstration for the Sampson Theory by a human anomaly. Am. J. Obst. Gynec. Vol. 72. N° 3. Págs. 557-561.
 9. **HAYDE PRATT, J.**
Endometriosis. Algunos aspectos poco frecuentes. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 13. Año 13. 1956. Págs. 111-118.
 10. **HENRIKSEN, E.**
Endometriosis. The American Journal of Surgery. Vol. 90. August 1955. Págs. 331-337.
 11. **HUFFMAN.**
Eternal Endometriosis. Am. J. Obst. Gynec. Vol. 62. N° 6. 1951. Págs. 1243-1252.
 12. **JAVERT, C. L.**
Pathogenesis of Endometriosis based on Endometrial homeoplasia. Direct extension, Exfoliation and Implantation and Lymphatic and Hematogenous Metastasis. Year Book of Obstetrics and Gynecology. 1949. Págs. 462-463.
 13. **KEETTEL, W. C.**
The viability of the Cast-Off Menstrual Endometrium. Am. J. Obst & Gynec. Vol. 61. N° 2. Págs. 440-442.
 14. **LEFFLER, R.**
Endometriosis of the Omentum. Suggestin Origin in celomic mesoderm. Am. J. Obst & Gynec. Vol. 62. N° 5. Págs. 1148-1152.
 15. **MADRAZO, M.**
Contribución al estudio de la Endometriosis en México. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 3. Año 3 N° 1. Págs. 13-22.
 16. **MEIGS, J. V, STURGIS, S. H. HOLMES, W. R.**
Progress in Gynecology. Vol. II. Grune & Stratton. 1950. Págs. 450-460.
 17. **MEIGS, J. V.**
Endometriosis. Year Book of Obstetrics and Gynecology. 1948. Págs. 441-443.
 18. **NOVAK, E.**
Texto de Ginecología. M. V. Fresneda. 1952. Págs. 378-384. 558-578.
-

19. **NOVAK. E.**
Ginecología y Obstetricia. Tratado Anatomopatológico, Clínico y Endocrinológico. Editorial Alhambra, S. A. 1954. Págs. 492-510.
 20. **PAYNE F. L.**
Development of Implantation theory for the origen of peritoneal endometriosis. Year Book of Obstetrics, and Gynecology. 1940. Págs. 626-629.
 21. **SCHLIKE. C.**
Ectopic Endometrial Tissue in the Thigh. J. A. M. A. Vol. 132. N° 8. Págs. 445-446.
 22. **SCOTT. R. B. TE LINDE. R. W. WARTON L. Jr.**
Further Studies on Experimental Endometriosis. Am. J. Obst. & Gynec. Vol. 66 N° 3. 1953. Págs. 1082-1103.
 23. **SIEGLER. S. I.**
Endometriosis, Clinical Aspects and Therapeutic Considerations. Am. J. Obst. & Gynec. Vol. 61. N° 1 Págs. 99-108.
 24. **TE LINDE. R.**
Endometriosis. Revista de Obstetricia y Ginecologia de Venezuela. Tomo 15. N° 2. 1955. Págs. 725-731.
 25. **TE LINDE. R.**
Ginecología Operatoria. José Bernades Editorial. 1956. Cap. 26. Págs. 485-516.
 26. **WHARTON. L.**
Gynecology. W. B. Saunders Company. 1947. Págs. 627-644.
-