

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

34



*Estudio de la Endometriosis
en el Hospital Rosales
durante los años 1945 a 1953*



TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR
JOSE ANTONIO MATEU LLORT

EN EL ACTO PUBLICO DE SU DOCTORAMIENTO

San Salvador, Septiembre de 1954.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA



*Estudio de la Endometriosis
en el Hospital Rosales
durante los años 1945 a 1953*



TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR
JOSE ANTONIO MATEU LLORT



EN EL ACTO PUBLICO DE SU DOCTORAMIENTO

San Salvador, Septiembre de 1954.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

Ingeniero Antonio Perla

SECRETARIO GENERAL:

Dr. José Salinas Ariz

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO:

Dr. Ernesto Fasquelle

SECRETARIO:

Dr. Roberto A. Jiménez



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Jurados que practicaron los exámenes Generales

Primer Doctoramiento Privado:

CLINICA OBSTETRICA:

Presidente: Dr. Roberto Orellana V.

Primer Vocal: Dr. José González Guerrero

Segundo Vocal: Dr. Antonio Lazo Guerra

Segundo Doctoramiento Privado:

CLINICA MEDICA:

Presidente: Dr. Luis Edmundo Vásquez

Primer Vocal: Dr. Lázaro Mendoza

Segundo Vocal: Dr. Benjamín Mancía

Tercer Doctoramiento Privado:

CLINICA QUIRURGICA:

Presidente: Dr. Luis A. Macías

Primer Vocal: Dr. Ricardo Posada h.

Segundo Vocal: Dr. Carlos González Bonilla.

DOCTORAMIENTO PUBLICO:

PRESIDENTE: Dr. José González Guerrero
PRIMER VOCAL: Dr: Salvador Batista Mena
SEGUNDO VOCAL: Dr. Narciso Díaz Bazán



DEDICATORIA:

A mis padres:

Antonio Mateu P. y Antonia Llord de Mateu

A mi Abuelita:

María viuda de Llord

A mis Hermanos:

Tomás, Pablo ,María Teresa y
Juan.

A mis Tíos:

A mis Profesores, Compañeros y
Amigos.-



A G R A D E C I M I E N T O S :

Al Dr. José González Guerrero

Al Dr. Salvador Batista Mena

Al Bachiller José Antonio Soto

Y de manera especial:

Al Dr. Narciso Díaz Bazán.

PLAN DE TRABAJO:

- 1) INTRODUCCION.
- 2) GENERALIDADES DE LA ENDOMETRIOSIS.
- 3) CASUISTICA.
- 4) ANALISIS DE LOS CASOS ANTERIORES.
- 5) CONCLUSIONES.
- 6) BIBLIOGRAFIA.

El trabajo que a continuación desarrollaré tratará de la enfermedad conocida con el nombre de Endometriosis.

Primero analizaré la Endometriosis en general, luego trataré de los casos encontrados en nuestros archivos, haciendo así un estudio contributorio de la Endometriosis en nuestro país.

El presente tema tiene por base la Anatomía Patológica, pues es el patólogo quien tiene la última palabra en el diagnóstico de la Endometriosis.

¿ Por qué me decidí a presentar el trabajo de Endometriosis en mi Tesis Doctoral?

Primero: Porque en El Salvador, nada se ha escrito acerca de dicha enfermedad y en cambio es una condición patológica que se presenta muy a menudo, y que en los últimos años se ha presentado con más frecuencia, como lo demostraré más adelante en este trabajo.

Segundo: Porque es una patología de la rama ginecológica, especialidad a que pienso dedicarme y claro está, debo conocerla mejor.

Tercero: Porque con ello contribuyo a conocer nuestra propia patología, cosa que la creo de gran importancia ya que así podemos ir haciendo estudios comparativos con estadísticas extranjeras e ir conociendo lo que aquí, se presenta y que no lo dicen los autores extranjeros, o si lo dicen, comparar si se presentan en la misma forma.

Cuarto: Porque al presentar este trabajo conocemos cómo fueron tratados estos casos; si no fueron tratados adecuadamente, tratar de mejorarlos; si fueron intervenidos mal, tratar de mejo-

rar nuestras intervenciones; en fin, lograr que la Medicina en nuestro país se vaya superando cada día más y más en bien de nuestro pueblo.

GENERALIDADES DE LA ENDOMETRIOSIS:

DEFINICION:

La Endometriosis está definida como la localización de la mucosa endometrial fuera de la cavidad uterina. La endometriosis es una afección particularmente interesante por lo proteiforme de sus características condicionadas por sus localizaciones --diversas, porque una misma localización es capaz de originar cuadros semiológicos y clínicos muy distintos y porque plantea problemas todavía no solucionados " (Calatroni y Ruiz).

Sampson la describe: "Como la presencia de tejido ectópico que posee estructura histológica y funciones de mucosa uterina."

También Sampson incluye los trastornos que pueden resultar no sólo de la invasión de los órganos y estructuras por este --tejido, sino también de sus relaciones con la menstruación.

Es verdaderamente curioso y hasta cierto punto raro, como un tejido benigno posea capacidad de invadir los tejidos vecinos.

HISTORIA:

Aunque la endometriosis haya sido descrita a fines del siglo pasado, podemos decir, que es una enfermedad de reciente conocimiento, pues fué hasta el año de 1921 que Sampson le dió una --clasificación dentro de la patología ginecológica.

El primer caso de Endometriosis que se tiene conocimiento fué en el año de 1896, siendo Von Recklinghausen el autor que la publicó como entidad patológica. Otro autor que contribuyó mucho al estudio sobre la endometriosis interna, fué Cullen quien publicó estudios en 1908, acompañando dichos trabajos con excelentes fotografías. Durante el período comprendido entre los años - 1896 y 1921, el estado de la Endometriosis no varió en nada pasando dicha enfermedad hasta cierto punto desapercibida pues no se hizo hincapié en ella, hasta el año de 1921, en que Sampson - se preocupa y presenta un trabajo que pone de manifiesto la Endometriosis en general, siendo este trabajo con el que realmente - podemos decir que nacía una nueva enfermedad dentro de la Patología en general y especialmente en la rama ginecológica.

Calantroni y Ruiz, autores argentinos, dicen: "La endometriosis no debe ser desconocida por el Médico general, pues su difusión es relativamente grande, lo que hace que en su práctica atienda enfermas de esta afección a las que en muchos casos podrá tratar con eficiencia y en otros se verá constreñido a enviarlas al especialista."

En nuestro país el primer caso de Endometriosis que ha sido reportado fué en el año de 1936, presentado por el Dr. - Carlos A. Llerena en el Cuarto Congreso Médico Centroamericano - celebrado en la ciudad de Guatemala en Noviembre de 1936. Se trataba de un caso de Endometriosis Externa, siendo el Dr. Leopoldo Alvarez Alemán el Anatomopatólogo que hizo dicho hallazgo a través de las lentes del Microscopio.

FRECUENCIA: La Endometriosis se encuentra con tanta frecuencia actualmente que no se explica el porqué esta enfermedad haya pasado inadvertida después de tantos años de Cirugía Ginecológica.

Telinde calcula que más del diez por ciento de las laparatomías pelvianas se llevan a cabo por este proceso.

Todos los libros de texto de manera especial, entre ellos Telinde nos hablan de que la endometriosis es una enfermedad de las personas de clase social económica elevada, que se observan con más frecuencia en la clientela particular, siendo mucho más rara en la práctica hospitalaria; sobre este punto hablaré posteriormente sobre resultados contrarios a los señalados en la literatura médica que he encontrado en este país.

Otro autor que cita esta misma incidencia en la práctica privada y quizá en mayor porcentaje es Meigs quien haciendo un estudio de 400 pacientes de práctica privada que habían sido laparatomizadas, encontró un 28% de Endometriosis comprobada histológicamente; luego hizo un estudio en las Salas de Massachusetts General Hospital, encontrando solamente un 5%, siendo este porcentaje un verdadero contraste con el encontrado en el estudio efectuado en los pacientes de clientela particular.

Como se ha observado en toda la literatura, se podrá apreciar que la raza blanca es la que más sufre de esta rara enfermedad, en cambio la raza negra parece tener cierta protección pero la verdadera razón de esta diversidad de incidencia no está establecida todavía.

CLASES DE ENDOMETRIOSIS: Para practicar un estudio completo de la endometriosis en general, comenzaré por hacer la división en dos grandes grupos:

Intestino delgado	26
Ciego, Ombligo, Apéndice, etc	el resto

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, vemos que este autor encontró, 1415 casos de Endometriosis en útero, siguiéndole luego el ovario.

Telinde en estudios recientes ha encontrado que la endometriosis se presenta con mayor frecuencia en el ovario, siendo el útero relegado al segundo lugar de las localizaciones.

EDAD: Todos los autores están de acuerdo que la endometriosis se encuentra entre los 25 y los 45 años siendo la endometriosis externa la que se presenta en edad más temprana, ya que la adenomiosis generalmente hace su aparición alrededor de los 40 años. Se han encontrado casos de menos de 20 años, y en pacientes de más de 45 años.

ENDOMETRIOSIS INTERNA

El estudio de la Endometriosis interna es un monumento vivo a Cullen. Fué él quien hizo el primer informe completo de la Adenomiosis; practicó cortes seriados de úteros que contenían elementos glandulares aberrantes y demostró que en 55 de 56 casos de adenomiosis difusa, el tejido epitelial podría seguirse directamente hasta el endometrio que tapizaba la cavidad uterina y con el cual se continuaba; ahora bien, la causa de esta penetración es hasta este momento desconocida (Warton).

Existen tres tipos de adenomiosis: 1) El endometrio se encuentra esparcido difusamente ya sea en parte o en toda la pared uterina, es el tipo más común de adenomiosis.

2) Es aquel que se agrupa en nódulos, dando la impresión de masas visibles o palpables. Este tipo es el que se conoce con el nombre de endometrioma.

3) Es aquel que se forma en nódulos pero estos están encapsulados y reciben el nombre de adenomas.

¿Cuál es el origen del tejido glandular en esas neoplasias uterinas?

Esta pregunta fué contestada con una controversia entre los autores Cullen y Von Recklinghausen. El primero sostenía que las glándulas eran de origen Mulleriano y el segundo creía que se desarrollaban a expensas de los conductos de Wolff; al final de esta controversia y siendo factor importante la experiencia, triunfó la teoría de Cullen. La reacción de este tejido glandular intersticial a los hormonas ováricos durante la menstruación y también durante el embarazo corrobora así su origen Mulleriano.

EDAD: Generalmente se presenta entre la cuarta y la quinta década de la vida, y con respecto a embarazos carece de importancia, pues se presenta tanto en múltipara como en nulípara. Ahora bien, se ha comprobado por regla general que ha habido un período de esterilidad inmediatamente antes que se manifiesta la endometriosis uterina.

SINTOMAS: Dolor, que muchas veces se presenta punzante, o más bien penetrante; es debido probablemente a la tensión muscular acusada por acúmulos hemorrágicos mal drenados, que proceden de islotes de tejido endometrial situados en lo profundo.

MENORRAGIAS: Esta es fácilmente explicable por el aumento de superficie menstrual en la que tiene origen la hemorragia. Otro sín

toma importante es la Dismenorrea que es debido a la misma causa anterior. Muchas veces el aumento de tamaño del útero que generalmente tiene un aumento simétrico, cosa que no sucede así con los fibromas, produce compresión en los órganos vecinos -- dando trastorno puramente mecánicos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Francamente es difícil diagnosticar la adenomiosis pura, sin embargo, siempre que existan antecedentes de dolores menstruales intensos iniciales en cuarta década de la vida, debemos sospechar una adenomiosis, si este cuadro se acompañase de menorragias, se sospechará con mayor motivo dicha enfermedad.

Es muy fácil confundir la adenomiosis con una Sub-inyolución uterina crónica y con un adenocarcinoma; con este último, el diagnóstico es fácilmente descartable siempre que se practique a la enferma un curetaje diagnóstico, de lo contrario el diagnóstico diferencial resulta a veces hasta imposible, dada la sintomatología que se asemeja mucho, tanto en uno como en otro caso.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de la Adenomiosis es esencialmente quirúrgico. La histerectomía total es el método de elección en casi todos los caso. (Telinde).

El problema únicamente se presenta cuando estas pacientes son de edad relativamente joven y en quienes hay que conservar el útero para que puedan seguir fecundando. Sin embargo, las pacientes que presentan adenomiosis tienen en la mayoría de los casos más de 35 años favoreciendo así a la histerectomía. Ahora bien, si la enferma es una mujer joven que todavía está --

reglando, la histerectomía se debe practicar sólo, para evitar - trastornos que sobrevienen posteriormente a la ovariectomía. En - las mujeres que han pasado de los 40 y en las cuales la menopau-- sia ha llegado, no existe ningún problema al practicar la histe-- rectomía total acompañada de ovariectomía bilateral, especialmen-- te si existe una posibilidad de afección de cualquiera de los dos ovarios. En cuanto al tipo de histerectomía debe preferirse la - total a la subtotal, siempre que se practique por un ginecólogo - calificado.

ENDOMETRIOSIS EXTERNA:

La endometriosis externa, llamada también secundada o diseminada, es aquella en la cual las implantaciones endometria-- les van a localizarse en cualquier parte del cuerpo sin tomar en cuenta el útero. Es la endometriosis externa mucho más frecuente que la interna y al mismo tiempo la que nos dá el cuadro caracte-- rístico de dicha enfermedad. Desde el año de 1897 que Pfannistiel encontró el primer caso de endometriosis a nivel del tabique rec-- to vaginal, se han sucedido cada día más y más los casos de endo-- metriosis, llegando a ser en nuestro días una de las enfermedades más corrientes dentro de la Patología ginecológica. Muchos auto-- res se han ocupado de dicha enfermedad desde el siglo pasado, pero entre los que más han contribuido al estudio de dicha enfermedad se encuentran: Cullen, Sampson, Von Riecklenhausen, etc. que son de la vieja escuela y ahora Warton, Telinde, Novak, Allen, Meigs, etc.

Ultimamente Allen ha hecho un estudio sobre el tras-- plante de endometriosis en monos, este trabajo es el más recien--

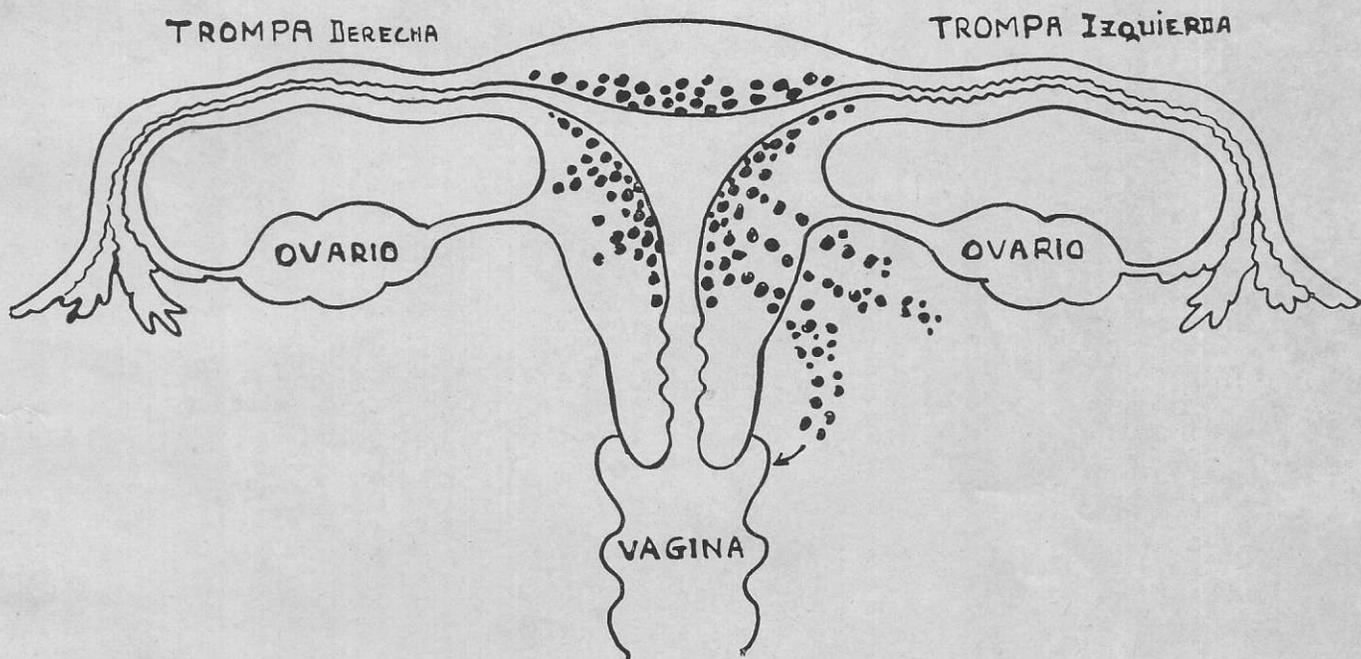
te que se conoce. Como dije anteriormente la endometriosis se ha vuelto más frecuente en estos últimos años, los especialistas en la materia creen que sea debido a que hay más educación entre el público y acuden más a menudo al Médico.

Telinde afirma que de 1933 a 1947 ha habido un aumento de 7.5% a 21.6% y él da mucha importancia al mayor número de pacientes de raza blanca que acude a Clínicas privadas.

LOCALIZACION: Es el ovario el órgano más solicitado por el endometrio aberrante, siguiéndole la cara posterior del útero y fondo de saco de Douglas, que también son sitios de elección de la endometriosis externa; pero podemos decir que no hay partes en la cavidad pelviana que no haya tenido que ver con alguna implantación de endometriosis externa; siendo también sitio de implantación lugares fuera de la cavidad pelviana. En trabajos recientes Bengeler y Fleury la encontraron en la cavidad pleural. Novatil y Kramer la demostraron en el segundo radial externo y Manking reporta el hallazgo de tejido endometrial en el muslo izquierdo; localizaciones hasta cierto punto muy raras.

La endometriosis del ovario se produce por injertos de trozos de endometrio vehiculizados posiblemente a través de las trompas, que aprovecharían para implantarse, la pequeña herida producida por la ovulación; se trata pues en la mayoría de los casos de una endometriosis externa.

Los ovarios constituyen una localización bastante frecuente de la endometriosis, adoptando en estos órganos una modalidad particular llegándose a transformar en tumores quísticos de tamaño variable, de contenido hemático más o menos modificado.



El presente esquema nos muestra las localizaciones endometriales más frecuentes en el útero. Dibujo practicado por el Br. José A. Soto, tomado del texto argentino de Callatoni y Ruiz.

La localización ovárica dice Calatroni es la más grave por el órgano afectado y sobre todo porque la ruptura de los quistes endometriales expone a la diseminación del proceso a la cavidad pelvi-peritoneal. En consecuencia la endometriosis ovárica debe tratarse en cuanto se diagnostique.

Con respecto al tamaño de las lesiones que se presentan en el ovario, es variable desde el tamaño de una pequeña munición o de un grano de frijol hasta implantaciones endometriales que -- han llegado a tener el tamaño de una cabeza fetal, pero esto es -- muy raro; siendo las implantaciones de tamaño pequeño las que se encuentran con mayor frecuencia.

Los quistes endometriales están llenos de sangre, suelen tener paredes bastante gruesas siendo los de mayor tamaño los que presentan las paredes más gruesas; su color varía del rojo oscuro al negruzco dependiendo el color del estado de conservación de la sangre que contienen.

Generalmente estos quistes se perforan en forma característica, cuando la presión dentro de ellas es suficientemente fuerte dando origen a la ruptura del mismo, vertiendo así la sangre que contiene en la cavidad pelviana.

Esta sangre vertida tiene la característica de volverse a formar en quiste e implantarse en otro lugar, formando así -- una nueva localización la cual volverá a vertir la sangre en la -- misma forma en que se describe arriba.

Por lo regular la sangre derramada se encuentra en escasa cantidad, sin embargo, hay casos en que puede llegar a acumularse hasta 100 y 200 cc. Estos quistes reciben el nombre de quistes

tes achocolatados, los alemanes le dan el nombre de quistes alquitranados, siendo a veces más parecidos al alquitrán que al chocolate. El hallazgo de estas implantaciones endometriales en la cavidad abdominal es casi una conclusión en el diagnóstico, sin embargo en muchas ocasiones hay cuerpos lúteos que pueden dar también hemorragia pero con la diferencia de que la sangre de los cuerpos lúteos tiende a coagularse con más facilidad. También debe traerse a cuenta para el diagnóstico diferencial de estos quistes, la hemorragia producida por un cisto-adenoma, pero en la gran mayoría de los casos la sangre no basta para modificar la consistencia del líquido.

Otra localización frecuente, ya señalada anteriormente es la pared posterior del útero y fondo de saco de Douglas. Calatroni y Ruiz dicen: "En la generalidad de los casos es una endometriosis externa por estallido de quistes endometriales en el ovario, aún cuando puede ser consecutiva a una endometriosis interna uterina muy avanzada que ha perforado la pared del órgano; a implantes de trozos desprendidos de la trompa, o a propagación de la endometriosis de un ovario, caído en el Douglas. Esta localización, al igual que la ovárica, es muy importante, pues su difusión compromete el espacio recto genital y el fornix posterior cuya extirpación es de técnica difícil."

Ricardo López Monti, Antonio L., Pepe y Pedro Guglielmoni, argentinos, relatan un caso de endometriosis de fondo de saco de Douglas en la cual también encontraron salpingitis bilateral y ovaritis quística izquierda. En Julio del corriente año en nuestro Hospital Rosales fué operada una enferma de 39 años de edad por los Doctores Narciso Díaz Bazán y Salvador Batista Mena -

con el diagnóstico de Carcinoma del cuello y tumores anexiales. Al abrir la cavidad abdominal encontraron a nivel de la cara posterior del útero pequeñas implantaciones endometriales. Un quiste endometrial se rompió saliendo líquido achocolatado. A esta enferma se le practicó una Histerectomía radical con vaciamiento pélvico tipo Wertheim-Taussig.

Las implantaciones encontradas en la cara posterior del útero son de tamaño pequeño semejando municiones prendidas a nivel de dicha porción, A nivel de su implantación siempre forman una retracción característica.

También suelen presentarse en la cara anterior del útero, formando a menudo adherencias con la vejiga. El primer caso de endometriosis registrado en El Salvador fué en el año de 1936 y publicado en el Cuarto Congreso Médico Centroamericano por el Dr. Carlos a Llerena. La localización de dicha endometriosis fué a nivel de la cara anterior del útero en la porción anterio-inferior con la vejiga. Literalmente el Estudio Analítico dice así: "Metritis atrofica Crónica, Esclerosis parcial del útero de origen cicatricial aumentada por la presencia de nódulos inflamatorios a cuerpos extraños (hilos de sutura no reabsorbidos) y endometriosis intervésico-uterina post operatoria (Leopoldo Alvarez Alemán, Anatómopatólogo). Además de estos sitios que pudiéramos llamar predilectos de las implantaciones endometriales, también se han encontrado localizaciones a nivel de los ligamentos uterosacros, se caracterizan porque la movilización del cuello uterino provoca dolor, así como el coito y por la invasión más o menos profunda del recto que puede estancarse y aun perforarse.

Eugene Bloom y Louis Fruhling de la Universidad de Estrasbourg ha recolectado 75 casos de endometriosis vesical en los cuales ha encontrado cistalgia acompañada de Hematuria o no. Cistoscopia y varios estados del ciclo menstrual confirman este diagnóstico. Una localización uretral asociada con endometriosis pélvica difusa ha sido reportada solamente una vez. Este mismo autor relata dos casos de endometriosis renal. En uno de ellos se encontró una gran masa renal, en el otro una hematuria marcada. En ambos casos se practicó Nefrectomía.

Leoncio A. Arrighi y Edgardo P. Baratelli e una comunicación de la Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología Latino Americana relatan un caso de endometriosis vesical; el único encontrado en el transcurso de los últimos 10 años hasta 1943 en un total de 5300 pacientes internadas en el Hospital Nacional de Buenos Aires. Hecho bastante característico de las implantaciones endometriales a nivel de la vejiga es que cuando la paciente está en el período de la menstruación y practicando cateterismo vesical se puede encontrar hematuria ya sea ésta microscópica o macroscópica. Generalmente estos casos pasan sin diagnosticar pues si existe hematuria, la enferma no lo advierte pues lo confunde fácilmente con su menstruación.

En este párrafo haré mención especial de la endometriosis del tabique recto vaginal debido a que tiene bastante semejanza con el carcinoma. Warton dice: " La lesión se inicia probablemente en la parte superior del cuello por propagación, por continuidad desde la pared uterina y endometrio o por la implantación de las trompas y los ovarios. Cuando los quistes de la superficie superior del cuello crecen y se rompen, son invadidos los tejidos de las proximidades de los ligamentos útero-sacos. Estas estruc-

turas llegan a aglutinarse por tumoraciones adenomatosas densas e invasoras y adherencias fibrosas. En el caso típico incipiente la S iliaca o el recto están adheridos a la superficie posterior del cuello y en ocasiones fundidos con él por la infiltración endometrial. A medida que el proceso avanza, aumenta las lesiones del tabique recto vaginal, cuello uterino, recto, sigmoide y vagina.

Existen caracteres definidos que permiten distinguir la endometriosis del tabique recto vaginal del carcinoma. Estos son, en resumen la presencia de endometriosis en otra parte cualquiera, una historia más larga y un proceso más lento de la enfermedad sin ningún signo de metastasis o caquexia. La existencia de quistes endometriales puntiformes y negros detrás del cuello, la ausencia de invasión de la mucosa recta (el carcinoma se iniciaría en ella) que permanece normal y movable por encima de la masa tumoral y la falta de hemorragia rectal.

Como se verá al ocuparnos del tratamiento todas estas masas se desvanecen o retroceden cuando se extirpan los ovarios y raramente originan síntomas de obstrucción que requieren intervención quirúrgica. Sampson señaló en sus observaciones que la endometriosis deriva en sus elementos epiteliales de los conductos de Muller y se asemejan mucho a la mucosa uterina y tubárica. Si una lesión contiene endometrio, reaccionará activamente a la estimulación hormonal; si está constituida por mucosa tubarica la respuesta hormonal será más ligera, a veces estas implantaciones pueden acompañarse de Estroma. En términos generales podemos decir que los quistes endometriales pueden encontrarse epitelio de tipo uterino o tubarico con Estroma o sin él.

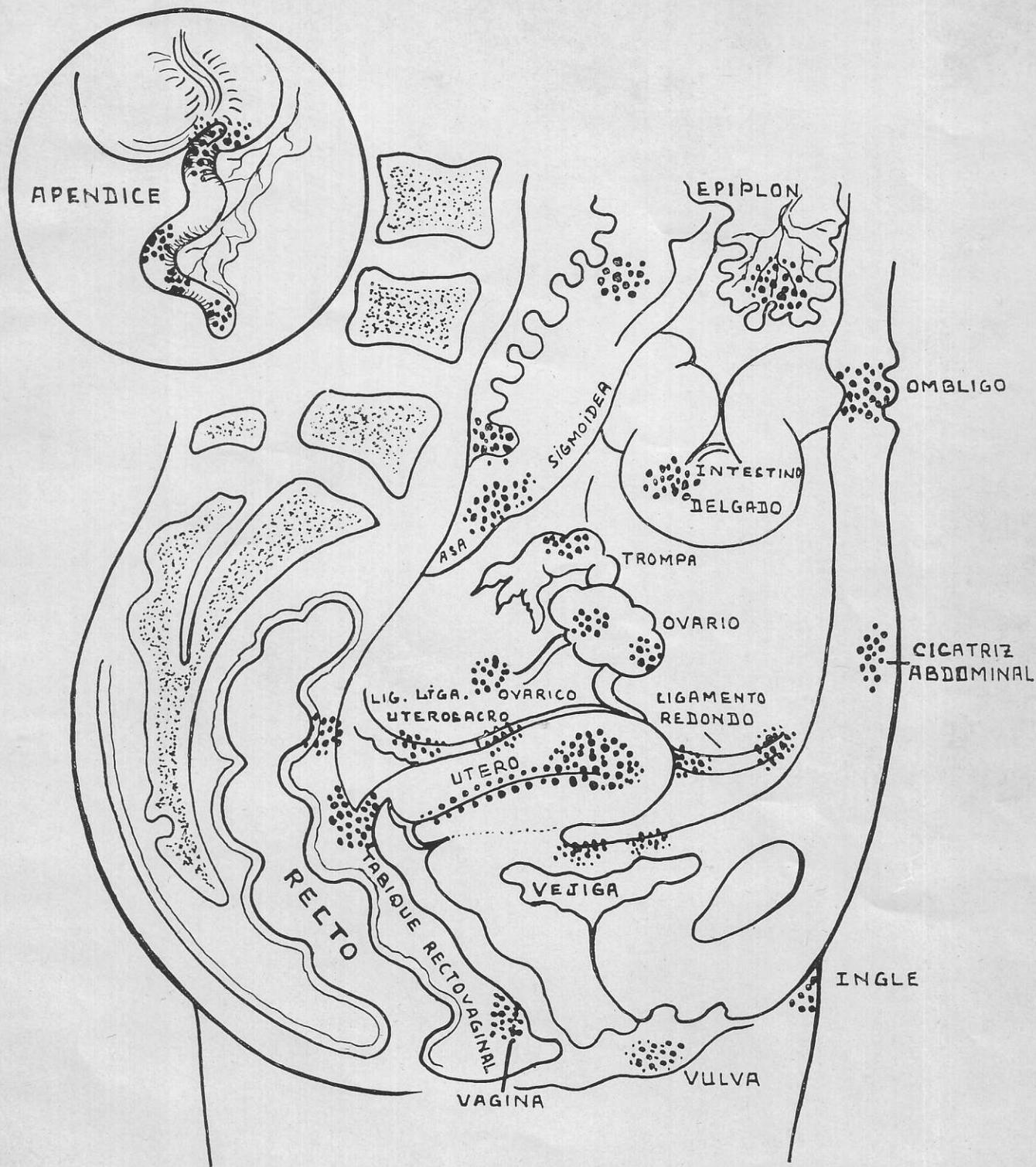
HISTOGENESIS: Hasta el momento de escribir estas líneas la histogénesis de la endometriosis sigue siendo un enigma, nadie ha podido resolver este importante problema. Desde que Sampson en 1921 se preocupó por resolverlo, nadie a pesar de estar trabajando intensamente, sobre todo en el terreno experimental, ha podido determinar con certeza la verdadera causa de la endometriosis.

Existen numerosas teorías que han querido explicar la Histogénesis, pero aquí únicamente citaré las que han tenido más adeptos.

TEORIA DE LA	1) Restos embrionarios.
HISTOGENESIS DE	2) Metaplasia.....Teoría de Ivanoff y Meyer.
LA ENDOMETRIOSIS	3) Por transporte de tejidos..
	1) Transporte por la trompa de falopio
	2) Transporte linfático
	3) Transporte venoso
	4) Transporte quirúrgico.-

Analizando el cuadro anterior vemos lo que dice Warton acerca de la teoría de los restos embrionarios. "Russell explicó, basándose en la Embriología la presencia de tejido Mulleriano en el ovario. Von Recklinhausen pensó que el endometrio ectópico procedía en la endometriosis uterina de los restos del conducto de Wolff.

De manera que la teoría embrionaria es quizá la más antigua de todas, puesto que el epitelio de las trompas de Falopio - y útero y el germinal del ovario tienen todos un origen común en el epitelio Celómico, es bastante probable que en ocasiones la diferenciación o especialización final de estos epitelios puede desviarse del recto y estrecho camino."



El presente esquema nos muestra los sitios más frecuentes de la Endometriosis en la cavidad pelviana, siendo el ovario y el útero los sitios de elección de las localizaciones endometriales. Además en este esquema se puede apreciar localización a nivel del ombligo, vagina, ingle, cicatrices abdominales, etc. Dibujado por el Br. José A. Soto, Estudiante del 6o. año de Medicina. Tomado de Callatoni y Ruiz.

METAPLASIA: Llamada también teoría de Ivanoff y Meyer pues son - estos dos autores que sostienen que el endometrio aberrante hace por diferenciación anormal del epitelio celómico, origen de toda la muco-membrana genital. Esta teoría en sus diferentes variantes, sostiene que el peritoneo pelviano bajo ciertos estímulos ya sean inflamatorios hormonales etc, puede transformarse en tejidos endometriiformes. Con respecto al estímulo inflamatorio sobre el peritoneo podría constituir la excepción dada la rareza de endometriosis en pacientes de raza negra, en quienes si es tan frecuente las inflamaciones pelvianas. Si el estímulo fuere hormonal, nadie hasta este día ha sido capaz de explicar exactamente que estímulo hormonal anormal requiere esta metaplasia. Meigs dá una explicación sugiriéndole que: "La menstruación interrumpida durante muchos años es causa de endometriosis debido al estímulo sobre el desarrollo del epitelio celómico y de sus restos embrionarios". Así intenta explicar la frecuencia de la endometriosis en las enfermas de buena posición económica, indicando que en ellas el matrimonio tardío sin interrupción del ciclo menstrual es causa del fenómeno; - sin embargo Telinde dice que no se puede aceptar esta explicación porque si es hormonal el estímulo que necesita el peritoneo para originar endometriosis podría pensarse en el estímulo masivo del embarazo, favorecería más bien, que inhibiría el desarrollo de la enfermedad.

TRANSPORTE DE TEJIDOS: Transporte por la trompa de falopio, Es - la teoría de Sampson y hasta este momento la más aceptada. Sampson la expone de la manera siguiente: "La Endometriosis ovárica y otras localizaciones peritoneales de la enfermedad se producen por implantaciones de pequeñas porciones de mucosa Mulleriana de origen ute--

rino o tubarica, los cuales habiendo sido transportadas a la cavidad peritoneal por la sangre menstrual que fluye por las trompas permeables se ha fijado en la superficie de las diversas estructuras pelvianas. La mucosa ectópica en estas implantaciones, sea -- cual sea su tamaño, o localización puede llegar a construir focos secundarios de propagación de la Endometriosis por extensión directa o por desprendimiento de pequeñas porciones de mucosa durante su reacción menstrual. Este último fenómeno es más ostensible en el ovario, donde algunas veces las cavidades ectópicas alcanzan dimensiones superiores a las de otra localización cualquiera formando los conocidos quistes endometriales del órgano. Este autor operó deliberadamente a muchas enfermas en los días de la menstruación y pudo observar que la sangre salía con frecuencia por las extremidades ováricas de las trompas. Esta observación ha sido hecha por muchos ginecólogos y se admite generalmente que a la retroversión del útero favorece el reflujo. Luego Sampson fijó y estudió esta sangre demostrando en ella la presencia de mucosa uterina que consideró viable. Indudablemente la teoría de Sampson es la más aceptada de las que pretenden explicar el fenómeno de la Endometriosis pelviana.

Telinde analizando los trabajos anteriores de Novak encuentra que le hace 6 objeciones a la Teoría de Sampson:

- 1) La menstruación retrógrada, si bien puede ocurrir, se observa rara vez en contraste con la frecuencia de la endometriosis.
- 2) Es difícil creer que el endometrio desprendido en el útero pueda atravesar el pequeño orificio de la Trompa; dirigirse -

hacia afuera contra corriente y hallarse en condiciones de implantarse y desarrollarse sobre las estructuras pelvianas.

3) El endometrio que se desprende durante la menstruación está ya degenerada o muerta, de manera que no es fácil concebir su fijación en el peritoneo.

4) Los experimentos de Jacobson demuestran que el endometrio puede desarrollarse en el peritoneo, se han efectuado con endometrio normal y sano de animales.

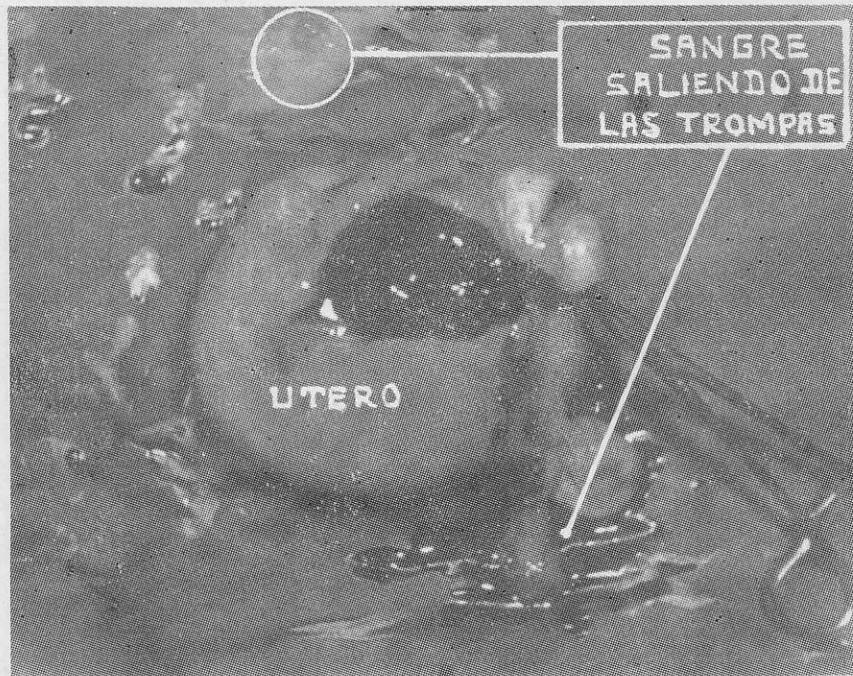
5) Los trabajos como los de Heim en mono en los que se crió una fístula utero-abdominal, no han podido demostrar el desarrollo del endometrio a pesar de que la sangre menstrual vaciaba libremente en el interior del abdomen.

6) La teoría de Sampson no puede explicar ciertas localizaciones de la endometriosis, como por ejemplo las implantaciones endometriales a nivel del ombligo.

Pero se han hecho trabajos experimentales que apoyen la teoría de Sampson. Jacobson transplantó el tejido endometrial de coneja y de mona en el peritoneo de animales y observó que el tejido se desarrollaba en la pelvis pero no en el resto de la cavidad peritoneal. En 1950, Scott y Telinde publicaron experimentos hechos en monas, trabajos llevados a cabo en el Carnegie Embriological Institute en los cuales demostraron la capacidad del endometrio menstrual descamado para adherirse. Diez monos fueron tratados quirúrgicamente permitiendo en ellas la menstruación dentro de la cavidad abdominal. El útero fué separado de su inserción vaginal o amputada a nivel del cervix y luego fue echado hacia atrás para que la descarga menstrual cayera en el fondo de saco anterior o posterior. De los 10 monos intervenidos 5 desarrollaron

adhesiones extensas al intestino alrededor del cuello, adhesiones que revelaron endometriosis. Uno de estos animales desarrolló endometriosis típica a nivel de la pared del intestino y del peritoneo a alguna distancia del cuello. Los otros 5 monos no desarrollaron endometriosis pero todos presentaron posteriormente numerosas complicaciones.

Muy recientemente en Julio de 1954, Edward Allen y Lowell F. Petterson y Zeph B. Campbell nos reportan otra serie de trabajos experimentales en monos, los cuales nos explica la teoría de Sampson. Este grupo fué en número de 13, 8 de los cuales presentaron endometriosis, interna o externa. Este es el trabajo más reciente que se conoce en la historia de la endometriosis y fué publicado en Julio del corriente año en el American Journal de Obstetricia y Ginecología. Entre las conclusiones de este trabajo tenemos: 1) La endometriosis que se encuentra en la mujer puede ser producida en el mono por diferentes procedimientos quirúrgicos. 2) La Endometriosis no ha sido producida experimentalmente por cualquier otro método. 3) La endometriosis en la mujer que se presenta posteriormente a intervenciones quirúrgicas ha sido aceptado como causada por un transporte mecánico de tejido endometrial viable, esta teoría no ha sido probada. 4) La implantación prolongada por vía parenteral, intraperitoneal o intramuscular, de Estrona o Progesterona no parece influenciar la aparición de la endometriosis a menos que vaya acompañada de alteraciones quirúrgicas en los órganos pélvicos. 5) No hemos observado ni creemos que otros investigadores lo hayan hecho, la regurgitación o descarga de sangre menstrual o endometrio descamado dentro de la cavidad peritoneal, en los animales de expe-



En la presente fotografía, se aprecia pieza operatoria que corresponde a un útero fibromatoso con sus anexos. Se puede apreciar trompa derecha en los precisos momentos de estar dejando pasar sangre, la cual cae directamente en la cavidad pelviana. Este caso fué intervenido por el Dr. Salvador Batista Mena, Ginecólogo y Obstetra.

rimentación. 6) Telinde y Scott han probado que la inyección en la cavidad peritoneal de animales de experimentación de sangre obtenida de la vena durante la fase menstrual no producen endometriosis.

De estos trabajos se desprende que la teoría de Sampson explica en parte la histogénesis de la endometriosis. Este autor dice: " Si las partículas de la mucosa Mulleriana transportadas por la sangre menstrual que se vierte en el peritoneo carecen de vitalidad, la teoría de la implantación como ya lo he enunciado está muerta y deberá enterrarse y olvidarse. Si aun -- incidentalmente algunas de estas partículas están vivas, la teoría de la implantación también lo está."

Las fotografías que aparecen en las páginas siguientes corresponden a un caso de retroversión uterina marcada con un fibromioma; al abrirse la cavidad peritoneal se encontró sangre acumulada en el fondo de dicha cavidad, comprobándose que la sangre pasaba a través de la trompa. Este hecho podría comprobar la teoría de Sampson o del reflujo sanguíneo, lo cual se presenta en úteros en retroversión. Este caso corresponde a una paciente de Clínica privada del Dr. Batista Mena quien le practicó Histerectomía por fibromioma.

TRANSPORTE LINFÁTICO: Llamada también teoría de Halbans, que consiste en la diseminación del endometrio por vía linfática; es una de las menos aceptada, pues está comprobado que la endometriosis no sigue el camino de los vasos linfáticos y es muy raro el hallazgo del tejido endometrial a nivel de los ganglios linfáticos pelvianos.

TRANSPORTE VENOSO: Esta es otra teoría que no tiene muchos adeptos y que actualmente está casi desechada pues se ha comprobado

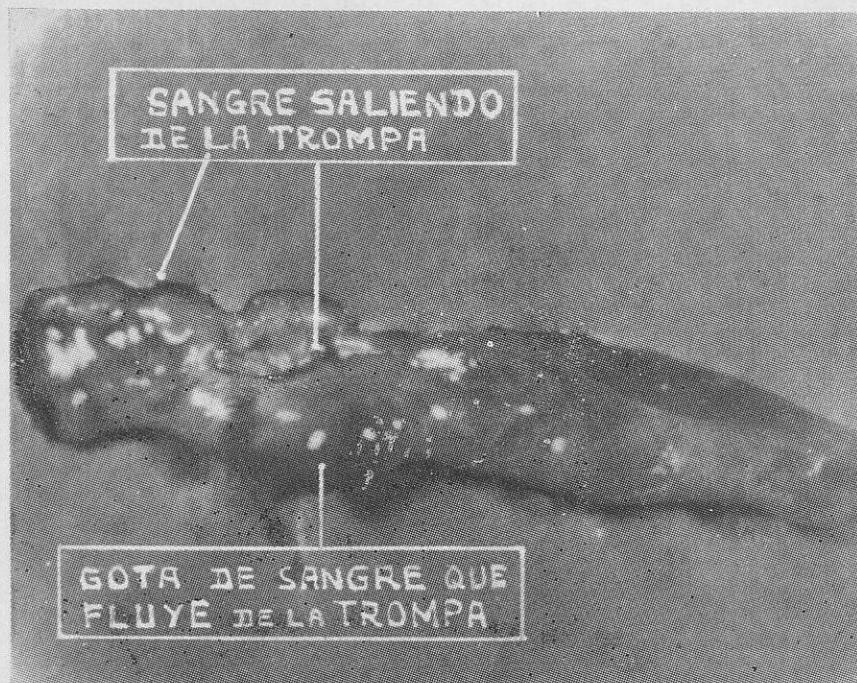
que la endometriosis no es transportada por los vasos venosos pues de lo contrario la encontraríamos en cualquier parte del organismo. Es quizá la teoría menos aceptada de todas las que existen con relación a la histogénesis de la endometriosis.

TRANSPORTE QUIRURGICO: Esta teoría ha dado lugar a múltiples discusiones. En realidad, se han presentado implantaciones endometriales en las cicatrices operatorias sea cual fuere el tipo de intervención.

Es raro que se presente después de la operación cesárea aunque la literatura médica reporta varios casos. En nuestro país el segundo caso reportado de endometriosis en el año de 1936 por el Dr. Carlos A. Llerena en una paciente que había sido intervenida de operación cesárea dos años atrás. La localización de las implantaciones endometriales fué a nivel de la cicatriz operatoria.

SINTOMAS: Podemos decir que la endometriosis no tiene un síntoma característico y por esto que su diagnóstico se hace en la mayoría de los casos imposible, sin embargo, podemos afirmar que se presenta en pacientes cuya edad oscila entre los 25 y los 40 años; claro está que se han observado casos en que la endometriosis se presentó en paciente cuya edad no pasaba de los 20 años, como también en pacientes de más de 40 años.

El cuadro clínico típico de una endometriosis externa es el siguiente: Se trata de una mujer en la edad media de la vida, estéril durante varios años, y en quien se han ido acentuando los siguientes síntomas: Dismenorrea progresiva de tipo adquirido, Menorragias, Leucorrea, molestias pelvianas ocasionales, dolores lumbares y nerviosidad. De todos estos síntomas los más frecuen-



La trompa de Falopio derecha del caso anterior, la cual ha sido aislada para poder apreciar mejor el reflujo de sangre. Fué en los precisos instantes de la intervención que la sangre pasaba a través de la trompa, vertiéndose directamente en la cavidad. Este caso podría afirmar más, la Teoría de Sampsom o teoría del Reflujo Sanguíneo. Estas fotografías fueron cedidas gentilmente por el Dr. Salvador Batista Mena.

tes y más constantes son: 1) El dolor. 2) La dismenorrea de tipo progresivo. 3) La esterilidad y las irregularidades menstruales. El dolor es el síntoma aislado más constante y se presenta en diferentes localizaciones y de distinta naturaleza, puede ser unilateral o bilateral pero generalmente es bilateral, teniendo la particularidad de ser más intenso en uno de los lados. Generalmente aumenta en los días de la regla o antes de que se presente. Con mucha frecuencia las reglas se van acentuando con el tiempo. Siempre deberá sospecharse o tenerse presente el diagnóstico de endometriosis cuando existan antecedentes de dismenorrea progresiva aparecida después de los 20 años. Algunas veces se presenta dispareunia que con frecuencia es síntoma sobresaliente. El dolor al defecar es corriente cuando está afectada la pared rectal.

La menorragia es síntoma común; no se sabe porque mecanismo fisiológico se presenta pero probablemente se deba a la disfunción ovárica resultante de la invasión de la glándula por el proceso endometrial.

Muchas veces se presentan manchas de sangre entre regla y regla siendo estas manchas de color negruzco debidas a sangre vieja que se ha vertido del contenido achocolatado de los quistes endometriales saliendo a través del útero o que llegan por las trompas que generalmente suelen mantenerse permeables para caer por último en la cavidad pelviana.

Otro síntoma corriente es la esterilidad. Según estadísticas de varios autores poco más o menos dicho síntoma se presenta en el 40% de los casos. Algunas veces las causas -

residen en las trompas obstruidas por adherencias peritubáricas, pero en número sorprendente de casos son permeables. Sutton en su literatura refiere que el 78% de pacientes que padecen de endometriosis han padecido de esterilidad y solo el 20% de ellas han tenido más de un hijo.

DIAGNOSTICO: Lo más difícil de la endometriosis es diagnosticarla, no hay un síntoma característico que la ponga de manifiesto. Sin embargo con los síntomas expuestos más arriba deberá siempre sospecharse una endometriosis, a pesar de que existen otras afecciones que presentan la misma sintomatología, siendo este factor otra dificultad más en el diagnóstico de la endometriosis externa. Aunque no hay un signo patognomónico de endometriosis, se considera de gran importancia la dismenorrea progresiva de tipo secundario.

El aspecto cambia si a la vista tenemos un quiste o una implantación endometrial pues el diagnóstico se hace con suma facilidad, esto sucede en las localizaciones que se presentan en cicatrices operatorias, en el ombligo, en la vejiga, o en alguna otra localización exterior. Lo mismo sucede cuando al abrir la cavidad abdominal observamos los quistes endometriales implantados en diferentes localizaciones.

El hallazgo de anexos adheridos por la palpación bimanual en una mujer que está menstruando y en la cual es fácilmente descartable una infección post aborto, puerperal o gonocócica hará sospechar la endometriosis.

Telinde dice: " La presencia de una induración en el fondo de saco recto-vaginal, en los ligamentos utero-sacros o en

la superficie posterior de un útero adherido en retroposición es probablemente el signo pelviano aislado que más sugiere la endometriosis.

Para su diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta las afecciones que presentan bastante similitud en su sintomatología: la salpingitis crónica, las miomas uterinas, la apendicitis como también algunas lesiones ureterales.

Con la salpingitis crónica es con la afección que más se confunde la endometriosis debido a que tanto en una como en la otra se encuentran fijados los órganos de la pelvis, siendo sin embargo mucho más frecuente en la endometriosis.

Es muy frecuente la asociación de endometriosis con los miomas uterinos siendo fácilmente diagnosticado el mioma, no así la endometriosis que termina siendo un hallazgo casual en el momento operatorio.

El dolor localizado en el lado derecho en la endometriosis es muchas veces confundido con la apendicitis aguda; sobre todo, si la historia menstrual de la paciente ha sido mal tomada.

Un diagnóstico diferencial que siempre hay que recordar es el embarazo ectópico roto, ya que los quistes endometriales pueden dar de manera ocasional hemorragias profusas que simulan un embarazo ectópico. En estos casos la historia menstrual y las reacciones biológicas nos pueden ayudar a establecer el diagnóstico diferencial.

PROFILAXIS: Desde el momento que no conocemos la verdadera etiología de la endometriosis no podemos evitar su aparición.

Pero es importante hacer notar ciertos hechos como los señalados por Meigs quien basándose en sus estudios personales -- recomienda favorecer el matrimonio precoz y evitar medidas anti-- conceptivas en los primeros años del matrimonio, pues encuentra -- que los matrimonios tardíos y anticonceptivos favorecen la endo-- metriosis. Otra de las precauciones es la siguiente: evitar de ma-- nera absoluta la insuflación de las trompas durante el período -- menstrual que podría transportar fragmentos de endometrio a la -- cavidad peritoneal.

Además de estas recomendaciones también existe la pre-- caución que se debe tomar cuando se practique cesáreas u otros -- tipos de Histerectomías: tener cuidado de no tomar el endometrio en las suturas para evitar implantaciones.

EL TRATAMIENTO: El tratamiento de la endometriosis debe ser emi-- nentemente selectivo para cada caso en particular.

El tratamiento de la endometriosis externa depende -- de muchos factores; en primer lugar de la severidad de los sínto-- mas; luego la sigue en importancia la edad de la paciente, y ade-- más el deseo de la preservación de la función reproductiva.

Cuando no existen síntomas que nos den una base bas-- tante marcada de endometriosis, pero la historia es bastante su-- gestiva, un examen con el Guldoscopio puede ser de mucha ayuda antes de practicar una laparatomía exploradora.

Cosa importante que se debe tener en cuenta es la -- edad de la paciente. Si la enfermedad estuviera limitada a los últimos años de la vida menstrual, la cirugía pelviana radical o, en algunos casos la irradiación constituiría un tratamiento

satisfactorio y eficaz. Pero como la afección adquiere con frecuencia importancia clínica en mujeres relativamente jóvenes, la elección de un tratamiento adecuado puede ser labor extremadamente difícil. La castración quirúrgica total cura con seguridad la enfermedad, pero el efecto psíquico de la esterilización y de la menopausia en una mujer joven tiene en ocasiones consecuencias tan trágicas que anulan el éxito quirúrgico.

La mayoría de las veces que se proyecta el tratamiento quirúrgico en la endometriosis, deberá informarse a la enferma con toda claridad de que puede ser necesario acudir a medidas radicales, pues la decisión definitiva tiene que tomarse en la sala de operaciones donde se podrá apreciar con exactitud la extensión del proceso. En las mujeres jóvenes, dada la posibilidad de conservar la función menstrual, y la capacidad de reproducción se prefiere la Cirugía a la irradiación.

Al pasar de los 40 años tendremos por práctica una regla invariable: "Efectuar la Histerectomía cuando la laparatomía sea por una endometriosis."

En las mujeres jóvenes en las cuales el embarazo es de importancia capital nos hemos extremado para conservar suficiente cantidad de estructuras pelvianas que permiten preservar esa función, y en algunos casos nuestros esfuerzos se han visto recompensados por un embarazo en pacientes en las que solo se había salvado medio ovario. Algunas circunstancias especiales encontradas en esta enfermedad merecen consideraciones quirúrgicas particulares. Con bastante frecuencia, la pelvis se encuentra tachonada de pequeñas lesiones en el peritoneo de los diversos órganos y ligamentos. Cuando en mujeres jóvenes se --

conserva tejido ovárico las pequeñas lesiones pueden destruirse por coagulación con corriente de alta frecuencia.

En ocasiones la endometriosis se localiza en la superficie posterior del útero en retroversión, con ovarios perfectamente normales. Cuando la edad de la paciente contra indica la histerectomía, debe liberarse el útero, fijarlo en posición correcta y destruir las implantaciones con corriente fulgurante de alta frecuencia. (Calatroni y Ruiz).

Cuando una endometriosis avanzada llega a invadir los fondos de saco vaginales, afectando la pared rectal y otras estructuras de la pelvis, se practicaban en otros tiempos una operación radical extirpando una parte de la pared intestinal. La mortalidad era elevada con este tipo de intervención y en ocasiones se producía una fístula recto vaginal. Una histerectomía supravaginal con salpingo-ovariectomía doble es todo lo que se necesita en estos casos, pues la supresión de los hormones ováricos irá seguida de la atrofia de las restantes lesiones endometriales. Si esta intervención no es posible, o la ovariectomía bilateral no es aconsejable se puede cerrar el abdomen y entonces tratar a la enferma con irradiación.

George H. Gardner en resumen concluye que el tratamiento de elección debe ser guiado por la edad de la paciente, su deseo de futuros hijos, la extensión de las lesiones y el grado de molestias que provoca la endometriosis.

Ha encontrado que la gran mayoría de esposas jóvenes prefieren la cirugía conservadora a pesar del riesgo de una segunda laparatomía, con tal de conservar su función ovárica y --

particularmente la posibilidad de nuevos embarazos. Incidentalmente quiero citar que la remoción de la endometriosis aumenta la fertilidad de un gran número de pacientes.

El tratamiento quirúrgico siempre debe preferirse a la irradiación, en primer lugar generalmente es difícil establecer un diagnóstico en forma de endometriosis. Por lo tanto la exploración quirúrgica suele ser preferida. Esto tiene particular importancia cuando el aumento de volumen de los ovarios, la induración modular, o ambas, dificultan el diagnóstico diferencial con el carcinoma.

El tratamiento quirúrgico también debe preferirse a la irradiación, porque muchos síntomas obedecen frecuentemente a factores mecánicos, como retroposición fija del útero, compresión por grandes quistes achocolatados, y obstrucción intestinal parcial, y las molestias de este origen solo pueden aliviarse por la Cirugía. Otras lesiones pelvianas especialmente miomas, acompañan frecuentemente a la endometriosis, y es conveniente su extirpación quirúrgica.

Estando en la sala de operaciones se debe emplear Cirugía conservadora o radical según sea el caso en particular, teniendo en cuenta la extensión y la localización de las lesiones, la edad de la paciente, su constitución nerviosa y su espíritu acerca del embarazo.

En mujeres de más de 40 años casi siempre se recurrirá al tratamiento radical, en caso de duda probablemente es mejor excederse en este sentido. Pero aun en mujeres de esta edad, en ocasiones puede salvarse un ovario perfectamente normal. (Calatru

ni y Ruiz).

Si existiese una endometriosis del asa sigmoidea es posible tratar satisfactoriamente dicha lesión por una ovariectomía doble. Claro está que si la obstrucción fuese tan intensa que exigiese alivio inmediato se tendrá que recurrir a la Colostomía temporal hasta que las lesiones endometriales se hayan atrofiado lo suficiente para permitir el libre paso del contenido intestinal.

La endometriosis de las cicatrices quirúrgicas abdominales, de las regiones inguinales y del ombligo producen lesiones infiltrantes que es preciso extirpar ampliamente, pues cualquier resto puede ocasionar una recidiva de suficiente tamaño para ocasionar molestias.

Generalmente las localizaciones en la pared vesical procedentes de la superficie peritoneal pueden extirparse con facilidad y sin riesgo en el curso de la laparatomía cuando se conservan los ovarios, claro está que si se practica una doble ovariectomía no hay necesidad de extirpar las lesiones locales.

Los pólipos endometriales que hacen protusión en el fondo de saco vaginal posterior pueden tratarse por electrocoagulación, hasta que la paciente alcanza una edad en la cual castración quirúrgica o por irradiación produce trastornos menos importantes.

John Brewer de la Universidad de Filadelfia y M. Frank de la Universidad de Chicago en su artículo "Tratamiento conservador de la Endometriosis" dividen dicho tratamiento en:

- 1) No tratamiento; 2) Tratamiento Médico; 3) Castración temporal con radiación; y 4) Procedimiento operatorio con retención

de la función reproductiva. Algunos ginecólogos consideran como procedimiento conservador el suprimir el útero dejando los ovarios. Pero este procedimiento en una mujer joven se convierte en radical. El tratamiento médico consiste en el uso de hormonas para aliviar el dolor.

La dismenorrea puede ser aliviada por dosis diarias de hormonas estrogénica administrada oralmente por 6 días inmediatamente después de la ovulación. Si el dolor es persistente y muy severo puede ser controlado por dosis diarias de 10 a -- 100 mg. de dietilbestrol. Esta terapia no deberá darse por -- más de tres meses. También se puede usar Andrógenos. Usándolos en dosis que no excedan de 200 mg. por mes, han dado buenos -- resultados en algunas clínicas.

Pero la terapia estrogénica es tan efectiva como la dada por los andrógenos y teniendo la ventaja de no producir posteriormente trastornos desagradables. La combinación de estrógenos y andrógenos no ha dado buen resultado.

El sangramiento uterino puede ser mejorado con el uso de grandes dosis de estrógenos en muchos pacientes. Con esta terapia se puede mantener a la paciente durante mucho tiempo -- sin llegar a la intervención y esto es muchas veces deseable sobre todo para las pacientes jóvenes. Durante el tiempo que la paciente está en tratamiento, muchas de ellas han salido embarazadas. Por eso es que estos autores prefieren tratar conservadoramente a las pacientes de endometriosis antes de proceder a cualquier tipo de intervención, sobre todo si los síntomas no son severos y la paciente es joven.

Con respecto a la Cirugía conservadora ellos dicen - que en pacientes de menos de 35 años se debe hacer todo esfuerzo por conservar la función reproductiva. En pacientes de 35 a 45 años, parte de tejido ovárico debe ser respetado y en pacientes de más de 45 años, la cirugía radical es la indicada. Esto es de una manera general pues cada caso siempre debe considerarse separadamente .

Robert James Crossen dice: " El tratamiento de la endometriosis pélvica requiere cuidados individuales de los hallazgos y síntomas pélvicos". El mismo autor dice que a la terapia endocrina ha sido empleada en estos últimos años para aliviar el dolor y en algunos casos donde la terapia ha sido instituida por varios meses las lesiones han sido reportadas como reducidas en extensión. J. C. Hirat aconseja grandes dosis de Testosterona; Danreuther encuentra que la Progesterona contribuye al confort de algunas pacientes jóvenes. Hoffman obtiene alivio en algunas pacientes en quienes la terapia con estilbestrol y testosterona ha fallado usando Progesterona. En 19 casos de endometriosis extensiva Karnaky usa 5 mlg. de estilbestrol por día desde el 5º al 25º día del ciclo por tres meses consecutivos y obtiene alivio de los síntomas y en algunos casos desaparición de las lesiones en el septum rectovaginal. En un reporte último usando grandes dosis de estilbestrol (100 a 200 mlg. por día) mantiene a la paciente amenorreica por 6 a 9 meses.

Para evitar las reacciones dadas por dicha terapia él usa estilbestrol combinado con vitamina B con ácido fólico y vitamina C, acompañando también dicha terapia de testosterona. Su-

rutina para la eliminación de la náusea y el vómito dados por el estilbestrol es como sigue: 50 a 100 mlg. de propionato de Testosterona intramuscular y 1 cc. de complejo B, antes de la hora señalada para tomar el estilbestrol. Si la paciente a pesar de este tratamiento presenta reacciones, se repite el complejo B y la dosis de estilbestrol se reduce un poco según sea cada caso en particular.

El tratamiento con la irradiación ya sea por Radium o por Rayos X puede ser usado en los dos casos siguientes: en un riesgo operatorio elevado y segundo en enfermas que presentan recidivas post operatorias.

Para concluir diremos en síntesis que el tratamiento de la endometriosis es netamente quirúrgica siendo la cirugía radical la que realmente suprime los trastornos que esta enfermedad proporciona. La ovariectomía bilateral sería lo ideal en toda enferma que presenta endometriosis, pero claro está, cada enferma es un caso diferente.

CASOS	ARCHIVO	FECHA	EDAD	COND. SOCIAL	SINTOMAS PRINC.	TRAST. MENSTR.
Nº 1	-----	17/dic 1945	-----	3º C.M.	-----	-----
Nº 2	-----	17/dic 1945	-----	3º C.M.	-----	-----
Nº 3	-----	5/Jun. 1946	-----	-----	-----	-----
Nº 4	-----	27/sep 1948	-----	Clínica Part.Dr. Orellana	-----	-----
Nº 5	-----	Marzo 1949	-----	6º C.M.	-----	-----
Nº 6	34.323	Mayo 1950	40 años	6º C.M.	Tumor desde 1 y $\frac{1}{2}$. Leucorrea	Dismenorrea desde hace 6 meses.
Nº 7	42.457	Julio 1950	32 años	Mat.Gral	Dolor bajo vien tre tipo conti- nuo.	Amenorrea
Nº 8	46.827	Agosto 1950	39 años	Mat.Grl.	Hemorragia geni- tal.Dolor hipo-- gástrico.	Amenorrea.
Nº 9	51.164	Oct. 1950	32 años	Mat.Grl.	Esterilidad des- de hace 11 años. Dolor hipogastri- co.Hemorragia Gen. Amenorrea	Reglas dolo- rosas irreg.
Nº 10	51.896	Oct. 1950	40 años	3º C.M.	Metrorragias Li- potimias.	Reglas irre- gulares.

EMBARAZO	DIAGNOSTICO PRE OPERAT.	DIAGNOST. MOMENT.OP	TIPO DE INTERVENCION	HISTOPATOL.	NºBIOPSIA
-----	-----	-----	Histerectomía	Adenomiosis	82
-----	-----	-----	Histerectomía y Ovariectom.	Endometriosis ovario.Degen. senil útero.	84
-----	-----	-----	Histerectomía	Adenomiosis	210
-----	-----	-----	Histerectomía	Adenom.tipica	982
-----	-----	-----	-----	Endomet.ovario izq.Esclerosis ovario	1.190
4 a Term.	Fibroma uterino	Endome- triosis	Salpingo ova- riectomía bil.	Endometriosis ovario izq.	1.739
6.	Embarazo Ectópico	Hemato- salpinx	Salpingectom. Derecha	Quistes tapiza- dos de epitelio tipo uterino.En dometriosis.	1.900
7 a T. 2 ab.	Embarazo Ectópico Izq.	Endome- triosis	Salpingecto- mía Izq.	Endometriosis dudosa	2.037
3	Embarazo ectópico roto.	Emb.ex- traut. roto	Salpingect. Derecha	Posible endometriosis	2.285
1	Fibroma Quiste ovario. Piosalp.	-----	Salpingect.	Endometriosis	2.312

Nº CASO	ARCHIVO	FECHA	EDAD	CONDICION SOCIAL	SINTOMAS PRINC.	TRAS. MENSTRUALES
Nº 11	53.589	Oct. 1950	28 años	Mat.Gral.	-----	-----
Nº 12		Nov. 1950	----	6º C.M.	-----	-----
Nº 13	67.678	Mayo 1951	34 años	2º C.M.	Tumor ovario izq. Dolor hi- pogastrio.Hemo- rragia genital	Reglas regulares
Nº 14	51.751	Agosto 1951	33 años	2º C.M.	Esterilidad Dolor rabadilla Metrorragias	Reglas irregula- res.
Nº 15	74.405	Agosto 1951	56 años	2º C.M.	Tumor abdominal Dolor rabadilla	reglas regulare
Nº 16	55.227	Nov. 1950	29 años	Mat.Gral.	Dolor Hemorragia Amenorrea	Reglas irregula- res dolorosas.
Nº 17	77.776	Oct. 1951	35 años	2º C.M.	Prolapso de ma- triz. Disuria. Tumor. Leucorrea	Reglas regulare
Nº 18	79.837	Agosto 1951	46 años	2º C.M.	Menorragias Leucorrea Prolapso matriz	Reglas abundan- tes.
Nº 19	81.778	Nov. 1951	42 años	2º C.M.	Tumor en hipo- gastrio.Prolapso matriz	Reglas regula- res.
Nº 20	83.331	Dic. 1951	45 años	2º C.M.	Dolor en hipogas- trio.y Tum.enF.I.D.	Reglas regula- res.-

EMBARAZOS	DIAGNOSTICO PRE OPERAT.	DIAGNOST. MOMENT OP.	TIPO DE INTERVEN.	HISTOPATOLOGIA	Nº Biopsia
0	Embarazo ectópico der.	El mismo	Salpingect. derecha	Embarazo tubario y Endometriosis.	2.343
-----	-----	-----	Ovariect. Derecha	Endometriosis del ovario der. Ooforitis subaguda.	2.380
1	Quiste del ovario izq.	Igual	Ovariectomía Izq.	Endometriosis ovario izq, quiste como 1 naranja	2.826
0	Fibroma	Igual	Miomectomía Salpingo-ovariect. Derecha	Adenomiosis y quistes simples del ovario	2.893
5	Quiste del ovario izq.	Igual	Extirpac. de quiste Histerect.	Quistes simples del ovario. Cervicitis quística. Adenomiosis.	2.898
6	Amenaza de aborto Emb.ectóp.	Embarazo Ectópico	Salpingectomía	Endometriosis	2.436
5	Anexitis residual Prolapso Grado II Ut. Miomat.	Igual	Histerect. Abdominal total	Cervicitis quística. Adenomiosis.	2.990
-----	Prolapso Uterino total	Igual	Histerect. vaginal.	Adenomiosis con Degeneración quística	3.056
11	Prolapso uterino	-----	Histerect. vaginal	Adenomiosis	3.134
1 aborto	Quiste ovario y Fibr.uter.	Igual	Extirpac. de quiste Histerect.	Fibromatosis Salpingitis crónica. Quiste simple. Endometriosis quíst.	3.236

C A S O	Archivo	fecha	Edad	Condic. Social	SINTOMAS PRINCIPALES	TRASTORNOS MENSTRUALES
Nº 21	----	mar/52	---	Clinica Privada Dr. Beneke	-----	-----
Nº 22	91.163	mar/52	45a.	2ª C.M.	Disuria Leucorrea Prolapso uterino	Reglas Normales
Nº 23	91.121	marzo 1952	47 años	2ª C.M.	Leucorrea Prolapso uterino	-----
Nº 24	90.151	Abril 1952	26 años	2ª C.M.	Dolor en hipogastro trio Esterilidad Disuria Amenorrea de 11 años	-----
Nº 25	92.186	Mayo 1952	31 años	2ª C.M.	Prolapso uterina y Leucorrea	Reglas Regu- lares
Nº 26	98.737	Junio 1952	28 años	Clinica Privada Dr. Beneke	Dolor hipogastrio Tumor Leucorrea	Reglas muy dolorosas.
Nº 27	98.80	Junio 1952	---	3ª C.M.	-----	-----
Nº 28	51.669	Julio 1952	25 años	2ª C.M.	Dolor hipogastrio Metrorragias Menorragias	Reglas irregulares
Nº 29	13.192	Julio 1952	22 años	2ª C.M.	Dolor F.I.D. Tumor fosa Iliaca derecha	Reglas nor- males
Nº 30	107.460	Oct. 1952	36 años	Clinica Privada Dr. Burgos	Dolor en fosa iliaca derecha	-----

EMBARAZO	DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO	DIAGNOST. MOMEN.OP.	TIPO DE INTERVENCION	HISTOPATOLOGIA	NºBiop.
-----	-----	-----	Histerectomía	Adenomiosis	3.693
3	Prolapso uterino Recto y Cistocoele	Igual	Histerectomía vaginal	Salpingitis aguda. Leucoplasia-Cervicitis. Adenom.	3.695
9	Prolapso uterino Grado II	Igual	Histerectomía abdominal. Salpingo-ovariect. bilateral	Salpingitis aguda. Ooforitis quística. Adenomios.	3.746
0	Anexitis Der. Tumor quíst. del ovario	Igual	Histerectomía con ovariect. bilateral	Salpingitis crónica. T.B. del endometrio. Adenom.	3.826
11	Prolapso uter.	Igual	Histerectomía vaginal. Colpo perineorrafia	Endometrio hemorrágico Adenomiosis	4.144
-----	Quiste del ovario derecho	-----	Histerectomía abdominal Salpingect.	Adenomiosis extensa	4.234
-----	-----	-----	Histerectomía	Salpingitis crónica. Adenomiosis.	4.297
2 cesáreas	Fibroma uterino	-----	Histerectomía abdominal tot.	Adenomiosis	4.372
2	Quiste del ovario derecho.	Igual	Salpingo ovariectomía der.	Endometriosis ovario dere.	4.409
-----	Salpingitis crónica.	-----	Salpingectomía bilateral	Endometriosis Salpingitis crónica.	4.798

CASO	ARCHIVO	FECHA	EDAD	CONDICION SOCIAL	SINTOMAS PRINCIPALES	TRASTORNOS MENSTRUALES
Nº31	-----	Dicbr. 1952	34 años	Clínica Privada Dr. José González Guerrero	Dolor pélvico Esterilidad bajo investigación	Reglas Regulares
Nº32	117.932	Mzo. 1953	32 años	2º C.M.	Hemorragia genital Amenorrea 2 meses	Reglas Regulares
Nº33	27.814	Mzo. 1953	32 años	Mat.Gen.	Embarazo a Término y luego Esteriliz.	Reglas Regulares
Nº34	119,291	Mzo. 1953	55 años	Clínica Privada Dr. Morán Calderón	Tumor	-----
Nº35	120.310	Abril 1953	75 años	2º C.M.	Prolapso uterino	-----
Nº36	121.706	Mayo 1953	45 años	2º C.M.	Dolor hipogastrio Tumor	Reglas Irregulares
Nº37	122.775	Julio 1953	-----	2º C.M.	-----	-----
Nº38	19.695	Oct. 1953	27 años	2º C.M.	Dolor abdominal y Tumor.	Reglas Irregulares
Nº39	49.482	Nov. 1953	31 años	2º C.M.	Dolor hipogastrio Metrorragias Dismenorrea.	Reglas Irregulares
Nº40	-----	10/Jun 1951	29 años	Clínica Privada Dr. Díaz Bazán	Dolor FID. Amenorrea Metrorragia Lipotimias Tumor en F.I.D. Engrosamiento del ligamento Utero-sacro derecho. Friedman Negativo.	Reglas Regulares

EMBARAZO	DIAGNOST. PRE OPER.	DIAGNOST. MOMEN OP.	TIPO DE INTERVENCION	HISTOPATOLOGIA	NºBIOPSIA
-----	Endometriosis. Salping. crón.	Igual	Salpingo ooforectomía izq.	Endometriosis Antigua	5.454
7	Embarazo ectópico	Igual	Salpingo ovariectomía Der.	Endometriosis Tubaria	6.077
8	Esterilización por multiparidad.	Igual	Salpingectomía bilateral	Endometriosis de la trompa derecha	6.222
-----	-----	-----	Histerectomía abdominal	Mioma en vías de degeneración maligna. Adenom.	6.248
-----	Prolapso uter.	Igual	Histerectomía vaginal	Leucoplasia Moderado grado Adenomiosis	6.514
7 2 abor.	Fibroma uteri.	Igual	Histerectomía y Salpingo Ovariectomía b.	Quiste del ovario y Moderada Adenomios.	6.728
-----	-----	-----	Histerectomía	Adenomiosis moderada	7.462
0	Fibroma	-----	Histerectomía y Salpingect. izq.	Adenomas múltiples. Cervicitis crónica. Adenomios.	8.549
2 1 Abort.	Probables quistes bil.	-----	Histerectomía y Salpingect. bilateral.	Endometriosis ovárica	8.736
1	Endometriosis extra uterino	Endometriosis	Salpingo ovariectomía derecha	Endometriosis Ovárica y Trompa derecha, con quistes azules característicos Dr. Fasquelle	Dr. Fasquelle.

ANALISIS DE LOS CASOS PRESENTADOS

El presente trabajo se basa en el análisis de 40 casos de Endometriosis tanto interna como externa, los cuales obtuve al revisar en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Rosales 9405 biopsias que corresponden el total de ellas verificadas entre los años 1945 a 1953 inclusive.

Como se podrá apreciar en los Cuadros que anteriormente presente, hay varios casos que no tienen datos completos porque no se encontraron los cuadros en el archivo del Hospital, o porque han sido casos de clínicas privadas. Se observan que del año 45 al 48 los cuadros están sin archivo y eso es debido a que en ese tiempo el Hospital no contaba con un archivo ordenado.

Revisando los cuadros anteriores veamos cuantos casos resultaron por año y en que porcentaje se presentaron:

AÑO:	CASOS:	PORCENTAJE:
1945	2	5%
1946	1	2.5%
1947	0	0
1948	1	2.5%
1949	1	2.5%
1950	8	20%
1951	7	17.5%
1952	11	27.5%

Viendo el cuadro anterior, tenemos que la endometriosis en nuestro Hospital se ha mantenido estable entre los años 45 y 49, siendo desde el 50 que ha tenido un aumento considera-

ble ya que los casos se presentaron en mayor número.

¿ A qué será debido este aumento en los últimos años?

A mi juicio ese aumento bastante marcado ha sido debido a dos puntos importantes:

1) Que el Cirujano en general y de manera especial el ginecólogo se ha preocupado más por la Anatomía Patológica y manda a dicho departamento más piezas operatorias para su estudio - histopatológico.

2) El patólogo ha puesto mayor interés en la revisión de las piezas operatorias obteniendo mejores resultados de investigación.

Otra razón que creo de mucha importancia es que nuestras pacientes buscan el Hospital y las Clínicas privadas mucho más frecuentemente que en años anteriores.

Estas serían para mí las razones por las cuales creo en ese aumento considerable de la endometriosis en nuestro país.

Indudablemente si se buscara de manera sistemática - con estudios de cortes en series se descubriría mayor número de casos de endometriosis, aumentando así nuestra incidencia.

Analicemos ahora la edad: De los 31 casos en los cuales pudimos apreciar la edad tenemos lo siguiente:

AÑOS	CASOS	PORCENTAJE
20 - 24	1	3.21%
25 - 29	7	22.57%
30 - 34	9	29.03%
35 - 39	3	9.67%
40 - 44	3	9.67%

45 - más

8

25.80%

Revisando las estadísticas que nos dan Telinde y War-
ton aparece que los casos por ellos analizados se presentaron en
tre los 25 y los 40 años; en nuestro cuadro tenemos 20 casos de
los 31 analizados que estaban comprendidos en esa edad de lo que
se deduce que está de acuerdo con los datos dados por la Litera-
tura Médica.

También se puede comprobar que la endometriosis exter-
na se presenta en edad más temprana que la endometriosis interna,
pues la gran mayoría de los casos encontrados de adenomiosis pa-
saron de los 35 años, o si esta se presenta en la edad temprana
es mucho más difícil llegar a diagnosticarla, debido a que su -
sintomatología no es tan acentuada como sucedería en una edad -
más avanzada. Como parte importante de este capítulo tenemos la
condición social de la enferma (antes de seguir adelante quiero
hacer constar que estos casos fueron extraídos del archivo del -
Hospital Rosales, pero también sabemos que casi todas las biop--
sias practicadas en la ciudad son analizadas en el Departamento
de Anatomía Patológica del Hospital Rosales, por lo tanto la gran
mayoría de los casos de endometriosis encontrados en clínicas pri-
vadas han tenido que pasar por dicho departamento.)

Hecha esta aclaración pasemos a analizar los casos pre-
sentados:

Observamos que de los 40 casos anteriormente expuestos
solamente 7 fueron de clientela privada, es decir, que los 33 ca-
sos restantes eran de pacientes que buscaron el Hospital en Sala
de Caridad por tener una condición social económica que no les --

permitía ir en busca de clínicas privadas; este dato contrasta enormemente con lo dicho por toda la Literatura Médica quienes afirman lo contrario. Meigs da un 28% de pacientes particulares con endometriosis y solamente un 5% de sala hospitalaria.

En nuestros casos analizados resulta todo lo contrario: el 82.5% de pacientes de sala hospitalaria y el resto 17.5% pacientes de clínicas privadas.

¿Cuál es la causa de este marcado contraste?

Francamente es difícil de resolver, pero si creo que en nuestro país no existe raza negra y quizá esto contribuya a que muchos de los casos aquí relatados como clientela de sala hospitalaria, en otros lugares pasarían como pacientes de clínicas privadas; pero en realidad, la verdadera causa de esa notable diferencia debe tener su origen en algo que por ahora no se puede precisar, siendo este hallazgo de gran valor que puede llegar a figurar como punto de discusión y que a mi juicio debería de seguirse en estudios posteriores. Naturalmente de este estudio no podemos concluir de manera definitiva que la endometriosis es más frecuente en pacientes hospitalarias que en pacientes de clínicas privadas en nuestro país; pues para esto necesitaríamos una encuesta de Ginecólogos y Cirujanos sobre clientela privada para valorizar el número de casos de endometriosis.

Pero sí podemos afirmar que analizando 9405 biopsias durante un período de 9 años en el departamento de Anatomía Patológica del Hospital Rosales, que incluye pacientes de servicio y un apreciable número de pacientes particulares encontramos una incidencia notablemente más elevada en los primeros, contraria-

mente a lo señalado en la literatura médica.

SINTOMAS :

Para analizar los síntomas que presentaron nuestros casos haré la división de endometriosis interna o adenomiosis y la endometriosis externa.

De los 40 casos 21 correspondieron a endometriosis interna, el resto o sea 19 fueron de endometriosis externa.

Analizando los casos de Adenomiosis observamos que solamente 7 fueron de adenomiosis pura, los 14 restantes se presentaron acompañados de otra enfermedad, ya sea fibroma, cervicitis, quistes, etc. por lo que la sintomatología presentada por ellos bien pudiera ser a causa de las enfermedades que la acompañan o a la adenomiosis pura.

Predominaron los síntomas siguientes:

- 1) Dolor a nivel del hipogastrio
- 2) Leucorrea,
- 3) Disuria
- 4) Prolapso uterino
- 5) Tumoración pélvica.

De estos 5 síntomas el que motivó con mayor frecuencia el ingreso al hospital, fué el prolapso uterino, debido posiblemente a las múltiples molestias que ocasiona.

El dolor es el síntoma más frecuente tanto en la endometriosis interna como en la externa, posteriormente hablaremos de él al analizar la sintomatología de la endometriosis externa. Muchos casos fueron acompañados de fibroma uterino y fué posiblemente lo que ocasionó molestias compresivas a nivel de la vejiga ocasionando así muchas veces disuria. Además la tumoración pélvica

vica que en varias ocasiones se hizo palpable a través del abdomen a veces hasta por la misma enferma fué otro motivo de ingreso a las salas del Hospital.

La leucorrea es fácilmente explicada por la presencia de causas asociadas; muchos de nuestros casos se acompañaron de endometritis, cervicitis, colpitis, etc.

De los 19 casos de endometriosis externa:

SINTOMAS:	CASOS:	PORCENTAJE:
Dolor hipogástrico	11	52.6%
Hemorragia genital	8	42.1%
Tumoración Pélvica	5	26.3%
Dismenorrea	4	21.9%
Reglas irregulares	4	21.9%
Esterilidad	2	10.5%

El dolor como vemos en el cuadro anterior, se presentó en 11 de los 19 casos, la mayoría de las veces estaba localizado en el hipogastrio pero también se presentó en las fosas ilíacas, dando algunas veces irradiación hacia la región lumbar. Terlinde afirma que el dolor es el síntoma predominante en la endometriosis externa. También en nuestros casos el síntoma que predominó fué el dolor, lo que demuestra la importancia de dicho síntoma en la endometriosis.

Tenemos luego otro síntoma bastante frecuente fué la hemorragia genital (meno y metrorragias) muchas veces se presentó con hemorragia profusa, en otras ocasiones fué escasa; cuando se presentaba en poca cantidad y acompañada de dolor el cuadro fué diagnosticado como un embarazo extrauterino roto, diagnóstico

que era difícil de descartar ya que el cuadro coincidía en la mayoría de veces.

El hallazgo de tumoraciones pélvicas ya sea en el -- hipogastrio en fosa iliaca derecha o fosa iliaca izquierda, fué menos frecuente que los síntomas anteriormente descritos, sin embargo la encontramos en 5 casos de los cuales únicamente uno presentó fibromatosis acompañando a la endometriosis; los 3 casos restantes fueron de endometriosis pura encontrándose en dos de ellos quistes achocolatados de tamaño considerable. Uno de estos casos fué de clientela particular operado por el Dr. José González Guerrero encontrando en el área del ovario y trompa izquierda una masa quística de contenido achocolatado del tamaño de una mandarina la cual estaba fuertemente adherida al útero - en su cara anterior y a la vejiga. Se practicó una Salpingo-- oforectomía izquierda.

Analizando ahora los síntomas en general tanto de endometriosis externa como de interna encontramos los siguientes - datos:

Sumando las tumoraciones encontradas en la adenomiosis y la endometriosis externa el síntoma aumenta en su número pues a la tumoración en la adenomiosis es mucho más frecuente.

Esto es fácilmente comprobado ya que la adenomiosis además de presentar por sí sólo tumoración muchas veces se presenta asociado con úteros fibromatosos, lo que da una incidencia mayor. La dismenorrea progresiva, un síntoma a quien la literatura médica le dan mucho valor en nuestros casos solamente se presentó en 5. Posiblemente este síntoma no fué interrogado con la debida insistencia no haciendo hincapié en ello y es por eso que

la dismenorrea la encontramos con tan baja incidencia en nuestros casos. Lo que sí se presentó con bastante frecuencia fueron las reglas irregulares ya que encontramos un total de 3 casos. Generalmente estas reglas irregulares son dolorosas y es por esto - que la dismenorrea hubiese acusado mayor frecuencia en nuestros casos, si se hubiera hecho insistencia en el interrogatorio de la enferma.

La esterilidad no fué un síntoma que acusó la frecuencia de que hablan ciertos autores, dándole algunos de ellos un sitio predominante dentro de la sintomatología de la endometriosis. Tenemos únicamente 5 casos que nos dieron esterilidad siendo este un porcentaje muy bajo por lo tanto no sería un sín toma de gran valor en el grupo estudiado.

De los 5 casos confirmando esterilidad únicamente -- el caso privado del Dr. González Guerrero es el que tiene un estudio de la esterilidad bajo investigación en sesiones repetidas.

De los 28 casos que tienen estudio completo, encontramos que 10 eran grandes multíparas pasando todas ellas de 5 - embarazos, dando así una incidencia bastante elevada de endometriosis y multiparidad.

A propósito de embarazos y revisando de nuevo nuestros cuadros, observamos que solamente un caso fué de embarazo a término, seguido de cesárea. A esta paciente se le practicó cesárea en dos ocasiones y cuatro a cinco años más tarde se presenta de nuevo al consultorio del Hospital Rosales por padecer - de dolor en el hipogastrio, metrorragia y menorragias. Fué ingresada a la Sala de Ginecología con el diagnóstico de Fibromioma uterino posteriormente fué llevado a la sala de operaciones -

donde se le practicó una histerectomía total. Días más tarde el resultado histopatológico refiere que existe una adenomiosis pura.

Esta enferma únicamente presentaba 25 años siendo la paciente más joven que presentó adenomiosis; caso de los menos frecuentes ya que como he dicho anteriormente la adenomiosis se presenta en edades más avanzadas. Posiblemente este sea uno de esos casos en los cuales el transporte quirúrgico sea el causante de la implantación de la endometriosis.

Para terminar con la revisión de la sintomatología de nuestros casos haré un resumen global de todos los síntomas tanto de la endometriosis interna como de la externa.

SINTOMAS	CASOS	PORCENTAJE
Dolor	18	45%
Tumoración Pélvica	12	30%
Hemorragias	11	27.5%
Dismenorrea	5	12.5%
Reglas irregulares	9	22.5%
Leucorrea	7	17.5%
Prolapso uterino	7	17.5%
Esterilidad	5	12.5%

Revisando el cuadro anterior podemos concluir que -- nuestros casos presentan en general una sintomatología bastante similar a la que reportan las estadísticas extranjeras.

Continuando con nuestros casos veamos ahora cual fué el diagnóstico hecho antes de practicar la intervención. Notamos que solamente en dos casos se hizo el diagnóstico de endome-

triosis antes de la intervención, lo que demuestra claramente cuan difícil es practicar el diagnóstico de dicha enfermedad. Difícil - ha sido diagnosticarla en nuestro país y en cualquier parte del mundo. Revisando la literatura, John I. Brewer y Frank M. Maher encontraron que solamente en un 20% se hizo el diagnóstico acertado a la endometriosis previo a la intervención. La incidencia de nuestros - casos fué unicamente del 5% cifra muy por debajo de la dada por los autores arriba indicados.

El diagnóstico de los dos casos arriba descritos se hizo en pacientes de clínica particular; uno de ellos fué hecho por el Dr. González Guerrero en una paciente que acusaba dolor pélvico y esterilidad bajo investigación, es el caso #31 de nuestro cuadro; el otro también de clientela particular fué hecho por el Dr. Narciso Díaz Bazán confirmándose el diagnóstico posteriormente; es el #40 de nuestro cuadro, los dos casos fueron de endometriosis del ovario.

Esto nos demuestra lo difícil que es diagnosticar la endometriosis externa antes de cualquier intervención. Unicamente podremos practicar dicho diagnóstico viendo los quistes achocolatados ya sea en la vagina, en alguna cicatriz operatoria, o al abrir la cavidad abdominal en el momento operatorio.

Los 38 casos restantes fueron llevados a la sala de operaciones con diagnóstico diferente al de una endometriosis: así tenemos:

Siete casos fueron intervenidos por Fibromioma uterino

Seis casos por Prolapso genital

Siete casos por Quiste del ovario.

seis casos por embarazo ectópico roto

Un caso por salpingitis crónica.

Un caso por salpingectomía por esterilización.

Como se podrá apreciar faltan diez casos por ser diagnosticados, esto es debido a que no se encontró dicho diagnóstico en -- los archivos.

El diagnóstico de fibroma, de prolapso genital, fueron los que más frecuentemente se presentaron y claro está muchos de ellos -- estaban de acuerdo con el Patólogo, pues además de encontrarse histopatológicamente endometriosis, también estaba presente cualquiera de -- las tres afecciones ginecológicas arriba descritas.

Si seguimos analizando los diagnósticos diferenciales observamos que el cuadro de endometriosis fué confundido en varias ocasiones con un embarazo extrauterino roto; pero en realidad es un diagnóstico difícil de descartar en la mayoría de los casos.

Analicemos por ejemplo el caso #16:

Enferma de 26 años que se presenta en Noviembre de 1950 al consultorio del Hospital Rosales, consultando por dolor en el -- bajo vientre, hemorragia genital escasa, acompañándose de una amenorrea de dos meses. Ingresa a la Sala de Maternidad como una amenaza de aborto o un embarazo extrauterino roto con un signo de interrogación. Allí es examinada e inmediatamente trasladada a Sala de Operaciones en donde se le practicó una salpingectomía, sin encontrarse -- en el reporte operatorio algo que los llevase a pensar en una endometriosis del ovario. Sin embargo, al revisar la biopsia mandada por el departamento de Anatomía Patológica leemos una respuesta categórica de endometriosis. Cualquiera que hubiese visto esta enferma a su -- ingreso en el Hospital me imagino que antes que cualquier otro diagnóstico hubiera hecho el de un embarazo extrauterino. Pues bien, esto nos demuestra cuan difícil y al mismo tiempo cuan variada es la --

sintomatología de la endometriosis. ¿ Será la endometriosis, esa implantación aberrante del endometrio a nivel de las trompas, la causante del embarazo extrauterino? Podría ser esa una causa de la anidación del huevo fuera del útero, ya que al encontrar mucosa apta para ello se queda en dicho lugar sin llegar a la cavidad uterina. No es una cosa que se observa frecuentemente pero sí puede ser una causa más de las que dá un embarazo ectópico. Revisando el capítulo Embarazo extrauterino en el libro de Telinde, observamos que también ellos se han dado cuenta de esta implantación del huevo en tejido endometrial que se encuentra en las trompas; sin embargo creen que es muy poco frecuente y le dan muy poco valor.

Veamos ahora el diagnóstico en el momento operatorio: Solamente fueron diagnosticados 4 casos en los cuales se comprobó la endometriosis por haber encontrado en la cavidad pelviana los famosos quistes achocolatados de dicha enfermedad. Esto nos demuestra la baja incidencia del diagnóstico aún en el momento operatorio. El resto de los diagnósticos de los casos presentados no tuvo ninguna variación pues fueron catalogados igualmente que el diagnóstico efectuado antes de la intervención. Sin embargo, muchos de ellos presentaron en el resumen histopatológico alguna afección que fué diagnosticada antes de la intervención. En estos casos se le dió valor a la afección que más sobresalió o que se diagnosticaba más fácilmente y claro está el diagnóstico de endometriosis brilló por su ausencia.

Otra cosa importante de observar en nuestros casos es la localización de las implantaciones endometriales.

Se encontraron 13 casos de endometriosis de los ovarios, 7 de los endometriosis de las trompas y un caso que presentaba endome-

triosis tanto en el ovario como en la trompa del mismo lado. Notamos que solamente en dos órganos de la cavidad pelviana encontramos la endometriosis (me refiero a la endometriosis externa).

Haciendo una comparación con los cuadros de localización que nos dan ciertos autores vemos que el ovario es uno de los órganos más afectados por la endometriosis, por no decir el sitio de elección del tejido endométrico aberrante. Pero no sucede así con las trompas de Falopio que ocupan un lugar bastante bajo en lo que respecta a sitios de localización de la endometriosis externa. Aquí no tiene ninguna culpa el Anatómo-patólogo pues él únicamente examina las piezas mandadas por el Cirujano. Es realmente el cirujano quien debe poner cuidado en buscar sitios de implantación de la endometriosis. Podría ser también que las implantaciones endometriales fuesen muy pequeñas y por consiguiente pasasen desapercibidas, pero francamente es de observar que no se encontró ninguna implantación a nivel de otros órganos en los cuales dichas implantaciones tiene predilección. Así tenemos por ejemplo que no se encontró ninguna implantación a nivel de la cara posterior del útero en su porción inferior, lugar favorito de la endometriosis o por lo menos no fué consignado en el reporte operatorio.

Hecho curioso: los primeros casos de endometriosis externa reportados en El Salvador fueron localizados en sitios que no eran tan frecuentes. Uno de ellos el primero, presentó una implantación endometrial localizada a nivel de la pared anterior del útero y el otro fué el de una enferma que presentó endometriosis a nivel de una cicatriz operatoria infraumbilical. Las dos enfermas fueron intervenidas anteriormente por cesárea. A manera de extensión una

de estas enfermas fué la primera paciente que se le practicó cesárea baja en nuestro país. La intervención fué practicada por el Dr. Roberto Orellana en el año 1942.

La enferma que presentó las implantaciones endometriales a nivel de la cicatriz operatoria padecía de sangramiento a nivel de la herida operatoria cada vez que su menstruación se presentaba; se mandó examinar parte del tejido resecado y con gran sorpresa tanto para el cirujano como para el patólogo resultó ser una implantación de tejido endometrial a nivel de dicha cicatriz. Posiblemente fué transportada quirúrgicamente de la cavidad uterina al sitio anteriormente mencionado. Quizá haya tenido que ver en dicho transporte la aguja que se usó, pues anteriormente era muy común usar la misma aguja para todos los planos.

En dos casos ponen de manera manifiesta la teoría de transporte por medio quirúrgico.

Para concluir el estudio de nuestros casos analizaremos el tratamiento de los mismos.

Como se apreciará en los cuadros anteriormente descritos todos los casos fueron tratados quirúrgicamente sin excepción alguna.

Analizando el cuadro en la casilla de los tratamientos vemos que se practicaron 23 Histerectomías de las cuales 21 resultaron ser de úteros con adenomiosis. Únicamente 2 piezas operatorias no presentaron adenomiosis pura fueron tratados por histerectomía, aunque en ninguno de ellos se diagnosticó dicha enfermedad antes de la intervención. Otra intervención que se hizo con mucha frecuencia fué la salpingectomía ya sea derecha, ya sea izquierda

o ya sea bilateral. Aparece practicada en 12 de los 40 casos, pero en estos 12 casos el tratamiento no era ese el indicado, pues al -- quitar las trompas prácticamente solo desaparecía la localización a ese nivel y si la extirpación de dicha localización endometrial no hubiera sido completa probablemente hubiese seguido dando moles-- tias en esas enfermas.

Salpingo-ovariectomías unilaterales se efectuaron únicamente en 5 casos, en uno de ellos, el caso número 40 presentó posteriormente a la intervención embarazo a término llevándose a cabo un parto normal.

Esta enferma únicamente tenía 29 años, solo había tenido un hijo y por consiguiente había que dejarle un ovario no dañado para que pudiese fecundar nuevamente. Me parece que este tratamiento estuvo muy correcto puesto que la enferma, no acusó más trastornos debido a la endometriosis y en cambio al dejarle un ovario sano pudo seguir fecundando hijos sin ninguna anormalidad. Sin embargo, los otros 4 casos se presentaron: el primero, el número 14, en una enferma de 33 años y con esterilidad; no había porqué extirparle ambos ovarios puesto que se trataba de una mujer relativamente joven, con chance de poder tener un hijo y además no presentar trastornos menopáusicos. El otro caso el número 29 también era una mujer joven de 22 años por lo tanto no era aconsejable extirparle los dos ovarios. El tercer caso el número 32 era una enferma de 34 años con historia de 7 embarazos, no había porqué respetar la reproducción pero sí, la edad de la enferma para evitarle así trastornos menopáusicos tempranos.

El cuarto caso fué el #31, enferma de 34 años con esterilidad, estuvo bien acertado el dejarle el ovario derecho por dos razones:

- 1) Porque era una mujer estéril y queriendo tener hijos.
- 2) Solamente tenía 34 años por lo tanto había que dejarle el ovario para evitarle trastornos menopáusicos tempranos.

En 4 enfermas se practicó la ovariectomía. De estas cuatro enfermas únicamente en tres de ellas se llevó a cabo la ovariectomía bilateral. De estas 3 una de ellas tenía únicamente 26 años por lo tanto hubiera sido más provechoso para la enferma haberle -- extirpado solamente un ovario para evitarle así trastornos menopá-- sicos. Los otros dos casos en los cuales se practicó ovariectomía -- bilateral pasaron de los 40 años, en estos la cosa cambiaba puesto que ya la menopausia se acercaba y no había porqué respetar ningún ovario.

A mi juicio la mayoría de estas pacientes fué bien tratada pues aunque no fueron llevadas a la Sala de Operaciones con diagnóstico de endometriosis la intervención en la mayoría de ellos estuvo bien indicada. Esta es una de las razones por las cuales -- creo en la conveniencia de practicar siempre una Laparatomía explo-- radora ante la duda de un diagnóstico.

Es tan importante la Laparatomía exploradora que en va-- rios casos reportados en el Year Book de Ginecología y Obstetricia de 1952 se encuentran quistes endometriales que han dado el cua-- dro de abdomen agudo.

CONCLUSIONES

1) Analizando la bibliografía Nacional encontramos que el primer caso de endometriosis en El Salvador fué reportado en 1936 por los Drs: Leopoldo Alvarez Alemán y Carlos Llerena quienes lo presentaron al Cuarto Congreso Médico Centro Americano.

2) Del año 1945 hasta la fecha hemos encontrado una mayor incidencia del endometriosis; esto es debido a mayor interés de estudio tanto del Ginecólogo como del Patólogo. Durante el presente año se han encontrado varios casos de endometriosis; dos de ellos reportados por el Dr. Díaz Bazán en los cuales se encontraba como Patología asociada carcinoma del útero.

3) La endometriosis externa e interna se encontraron con una incidencia similar no demostrando ningún predominancia.

4) La localización más frecuente de endometriosis externa fué el ovario en un 60%.

5) Analizando la edad del grupo estudiado encontramos que la mayor incidencia de casos se presentó entre los 30 y 39 años.

6) En el grupo estudiado desde el punto de vista embarazo encontramos que solamente 5 casos presentaron esterilidad y los restantes tenía uno o más hijos.

Esto contrasta con las estadísticas extranjeras que nos muestra la Esterilidad en un alto porcentaje de casos.

7) Respecto a sintomatología encontramos los mismos síntomas descritos en la literatura médica siendo el dolor el síntoma predominante siguiéndole en incidencia la tumoración pélvica y la hemorragia genital.

8) Analizando la condición social de las enfermas presentadas en nuestros casos encontramos un porcentaje bastante bajo en las enfermas de clientela particular contrariamente al porcentaje encontrado en las enfermas de sala hospitalaria. Estos datos son contrarios a los señalados por la literatura médica.

Posiblemente exista mayor número de casos de clientela particular pero muchos de ellos no han llegado al Departamento de Anatomía Patológica; esto contribuye a la baja incidencia de pacientes de clínica particular en nuestros casos presentados.

9) El diagnóstico de endometriosis previo a la intervención está consignado únicamente en dos casos de clientela privada o sea un 5%. Es probable que se haya hecho el diagnóstico en otros casos pero no está escrito en los archivos.

10) En ninguna paciente se hizo tratamiento hormonal.

11) El tratamiento con irradiación no fué empleado en ninguno de nuestros casos.

12) El tratamiento fué exclusivamente quirúrgico y selectivo. En 23 (57.5%) Se practicó cirugía radical y en los 17 casos restantes (43.5%) se practicó cirugía conservadora de diversos tipos.

B I B L I O G R A F I A

- 1) Allen Edward M.D. and Lowell F. Peterson M.D. Chicago y Zeph B. Campbell M.D. Ariz. Clinical and Experimental Endometriosis. Am. J. Obst. y Gynec. Vol. 68-July 54 -- Pag.356.-
- 2) Arrighi L. y Baratelli Edgar P. Endometriosis Vaginal su Patología y Clínica. Obst. y Ginec. Latino Americana # 3 y 4 - Marzo- Abril. Pag. 63. 1951.
- 3) Arrighi L. y Baratelli E. P. Endometriosis Vesical, su Patología y Clínica. Ficha 1676. Obst. y Ginec. Latino Americana # 3 y 4 Marzo-abril 1951.
- 4) Bloom E. and Louis Fruhling Urologic aspects of Endometriosis; Renal, uretral and vesical forms year Book of Ginecologys and obstetrical 1952 - Pag. 437-438.
- 5) Calatroni J. Carlos y Ruiz V. Terapéutica Ginecológica Tratamiento de la Endometriosis. Capítulo XXII. 623-624 1946.-
- 6) Dannreuther W.T. Citado por Robert J. Crossen Pag. 765 Texto Diseades of Woman - 10ª Edición.
- 7) Brewer John I. and Maher Frank M. Chicago Ill. Conservation in Endometriosis Am. J. Obst. And Gynec. Vol. 68 -- Aug. 1954 Pags. 549-558.-
- 8) Crossen James Robert-Diseases of Woman. 10ª Edición. Cap. Tumors Due to Transplantation or Heteroplasia. (Pelvic Endometriosis and Endometrial Cysts). Pag. 753-772.
- 9) Gorí Roberto M. Endometriosis Tubaria. Endosalpingiosis Obst. y Ginec. #6 Junio- 48. Pag. 242.
- 10) Gained H. James E. Kesler and Keeneth S. (Kansas city Mo) Endometriosis in Pregnancy- Year Book of Obstetric. and Gynec -1952-Pag.431.
- 11) Gardner George H, Endometriosis Comments on this Pathology y Supplementary volume of the Am. J. of Obst. and Gynec.-- Vol. 64 A. Pag. 378-383.
- 12) Fallas Roy Los Angeles Calif. Endometriosis study of 150 private cases. Year Book of Obstetrics and Ginecology -- 1952 Pag. 430-431.
- 13) Hoffmann F. y Hirst J.C. citados por Crossen R. Tex. book Diseases of Woman - 10ª Edición Pag. 765.
- 14) Ofmeister and Griney Citados por John Brewer Am. J. of Obst. and Gynec Vol.68 Aug 54 Pag. 549 558.

- 15) Kelso Joseph Endometriosis Comments on this Pathology Supplementary volume of Am. J. of Gynecol. and obstetrics. Vol. 64 A Pag. 384. - 386.
- ✓ 16) Llerena C. A. Contribución a la Práctica Quirúrgica. Cuarto Congreso Centro americano. - Feb. 1938 - Guatemala Pag. 553-558.-
- 17) Monti R.L.- Pepe A. L. y Gugliemone P. - Endometriosis - Fondo de Saco de Douglas. Obst. y Ginecolg. Latino Americano N^o 10-1.952, Pag. 524.
- 18) Novak Emil. Text Book of Gynecol. - 4^a Edition Capt. 20 -Adenomyosis of uterus - 3 Pag. 342- 350 and cap. N^o 30. Endometriosis pag.518 - 535 1952.
- 19) Novak Emil Gynecol. and obstetric Patology - 3^a Edition 1953 Capt 31 Endometriosis pélvica. pag. 475-493. Cap.12 Adenomyosis. pag. 214. --
- 20) Pratt J.H., Higgins R.S. and Foust G. Jr. Ruptura endometrial Cists as cause of acute abdominal Syntoms (Endometrial pelvipéritoneal. Year book of Gynecology and Obstetrics 1952 Pag. 436.437.
- 21) Robertson E. Infertility and Endometriosis- Supplementary Volume of Am. J. of Obstetrics and Gynecology Vol. 64 and pag.387- 389.
- 22) Scott Roger B. Experimental Endometriosis Supplementary Volume of Am. J. of obstetrics and Gynecology Vol 64 A. Pag. 390-392.
- 23) Stearns H.C. Endometriosis Pelvic Year Book of Gynecology and obstetrics 1952. Pag. 432.
- 24) Telinde R.W. Ginecología Operatoria-Endometriosis 1948 Pag. 419 439
- 25) Telinde R.W. Operative Gynecology- Second Edition Pag. 485- 1953.
- 26) Telinde R.W. and scott R. Transations of the International and Fourth American Congress on Obstetrics and Gynecology Pag. 545-571.
- 27) Warton - Capítulo Endometriosis- Ginecología incluyendo Urología femenina. 2^a Edición.- 1950.-