



Hace 55 años

Endometriosis

Por Jesús CONTRERAS,*
Tomás VELÁZQUEZ**

La Sociedad Potosina de Ginecología y Obstetricia ha comisionado al Dr. Velázquez, anatomopatólogo de nuestro hospital y a mí, para presentar ante esta reunión el presente tema.

Creemos pertinente aclarar que en nuestro medio contamos con un número reducido de casos, lo cual nos hace pensar, por una parte, que constituye una entidad poco frecuente, o como veremos más adelante, que es difícil su diagnóstico; por lo cual mucho de lo que vamos a exponer aquí no constituye sino una recopilación de autores reconocidos en la materia.

INTRODUCCIÓN

Definición: existen muchas definiciones para la endometriosis, una de las que nos han parecido más completas es la de Novak, quien la define, como “circunstancia en que el tejido semejante al endometrio, más o menos exactamente, se encuentra aberrante en varias localizaciones”.

Algunos autores, entre ellos Meyer, exigían algunas particularidades que no siempre se encuentran, como las glándulas endometriales rodeadas de estroma típico, pues en algunas formas antiguas se apreciaba la escasez o

falta de estroma, como en algunas formas ováricas. Y, en cambio, Goodall ha hecho notar en otros casos que llama endometriosis de estroma a la falta de glándulas.

Es una afección casi exclusiva del género humano, ya que sólo en algunas monas se ha logrado provocar. La mayoría de los autores está de acuerdo en que se trata de una neoformación histológicamente benigna, con todo y que su estroma posee capacidad histolítica y que se encuentre en el interior de vasos sanguíneos y linfáticos, provocando injertos en el peritoneo, etc.

HISTORIA

Uno de los primeros casos fue publicado por Rokitansky, quien lo definió como una endometriosis uterina. En 1888 Russell insistió en las formas de localización en el ovario. Meyer, en 1908, citó su localización en la pared intestinal.

Sin embargo, no fue si no hasta los años de 1921 y 1922, en los que Sampson despertó el interés del mundo por las formas peritoneales.

Finalmente, otros autores han insistido en otras localizaciones, como Gooddard en la localización en la cicatriz umbilical y Meyer en cicatrices de laparotomías y no fue sino cuando Kramer, en 1936, publicó un caso de endometriosis localizada en el antebrazo, cuando se planteó el problema de la patogenia en forma más amplia.

Anatomía patológica

Los sitios en que puede aparecer la endometriosis son: el útero, donde recibe el nombre de endometriosis interna o adenomiosis: los ovarios, los ligamentos uterosacros, ligamentos redondos, tabique rectovaginal, peritoneo pélvico que recubre el útero, las trompas de Falopio, el recto

Reproducido de: Contreras J, Velázquez T. Endometriosis. Ginecol Obstet Mex 1957;12(2):139-155.

* Jefe de Consulta Externa de Maternidad del Hospital Central.

** Jefe del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Central.

Ponencia presentada por la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de San Luis Potosí, ante la VI Reunión Nacional de Ginecología y Obstetricia.

y colon sigmoides y la vejiga; el peritoneo que recubre el intestino delgado y el mesenterio; la región umbilical, cicatrices de laparatomías, en el interior de sacos herniarios, en el apéndice, la vagina, vulva, cuello uterino, muñones tubáricos y conducto inguinal. Los sitios raros donde se ha descrito son en la cara interna de los muslos y la región del codo, antebrazo, pulmón, pleura y ganglios linfático-intrapélvicos.

En el útero, macroscópicamente, la endometriosis causa aumento de volumen del órgano, que puede ser ligero o acentuado, llegando a alcanzar, en ocasiones, hasta el tamaño de una cabeza de feto: habitualmente su consistencia es dura y en el espesor de la pared hay zonas de color rojo grisáceo con pequeños quistes hemáticos que le imparten consistencia blanda y aspecto esponjoso. Histológicamente la arquitectura es semejante para todas las localizaciones del proceso. Casi siempre se encuentran glándulas bien definidas, de tamaño desigual, con epitelio de tipo proliferativo y una buena reacción hiperplásica muscular en torno a ellas. No es necesario encontrar estroma endometrial para asentar el diagnóstico microscópico de endometriosis. En el interior de las glándulas puede hallarse descamación epitelial, detritus celulares, hematíes y macrófagos con pigmento. Los cambios en el endometrio restante corresponden, generalmente, a hiperplasia. Se admite que puede haber malignización a partir de las glándulas, pero los casos de tumor maligno derivado de estroma no se aceptan como de origen endometriósico.

En el ovario, durante la etapa inicial, los islotes de endometriosis aparecen como pequeñas manchas ex crecentes superficiales cuyo tamaño varía entre 1 y 5 mm; se asientan en el borde convexo o en la cara lateral, pero con tendencia a confluir penetran el estroma ovárico y se inicia la formación del clásico quiste de chocolate. Éste, puede adquirir hasta el tamaño de una naranja grande, en la mitad de los casos es bilateral, el contenido es espeso, café oscuro o café rojizo y su pared muestra una superficie interna rugosa, blanquecina o amarillenta; por su tendencia a perforar la cápsula desarrolla adherencias vecinas que dificultan, ocasionalmente, su extirpación quirúrgica. La denominación de quiste achocolatado no implica su carácter endometrial, ya que algunos hematomas foliculares o cistadenomas serosos con pedículo torcido pueden adquirir ese aspecto macroscópico. Desde el punto de vista microscópico, el diagnóstico es fácil cuando se reconoce su endometrio típico y sólo es de

presunción cuando hay ausencia total de glándulas. De cualquier modo, éstas son a menudo escasas y poco desarrolladas, con el estroma poco marcado o ausente. En ocasiones se ve debajo de la superficie interna de la pared una capa de macrófagos cuyo citoplasma contiene pigmento hemático y, por su aspecto vacuolado, se llaman células pseudoxantomatosas. Finalmente, la porción más externa de la pared la forman las bandas colágenas hialinas y fibras musculares lisas. Los cambios cíclicos del endometrio ectópico ovárico se demuestran rara vez por el hallazgo de imagen premenstrual y descamación hemorrágica, pero lo común es hallar endometrio de tipo proliferativo. Raras veces se ha observado reacción desidual durante el embarazo.

En los ligamentos anchos, la endometriosis es frecuente y su distribución, en las porciones declives y cercanas a las fimbrias de la trompa, es uno de los argumentos que invoca Sampson para afirmar su teoría de la implantación. Aparece en forma de nódulos de diferentes tamaños, únicos o múltiples, uni o bilaterales. El aumento de volumen que sufren con la menstruación y el adolorimiento hacen que esta forma sea relativamente fácil de diagnosticar en la clínica.

En el tabique rectovaginal muestran disposición difusa y en las piezas de autopsia el recto está adherido a la superficie posterior del cuello; lo anterior explica su confusión clínica con el cáncer cervicouterino y los síntomas de obstrucción intestinal que a veces ocasiona. En los ligamentos redondos la endometriosis puede estar situada en la porción intra o extraperitoneal.

La endometriosis de la trompa uterina parece ser una propagación del proceso uterino y puede estar situada en la porción intersticial o en la libre; su tamaño va de 4 mm a 2 o 3 cm, frecuentemente es bilateral y siempre se acompaña de hiperplasia muscular de la pared.

La endometriosis umbilical, de la cual se han reportado cerca de 50 casos, se manifiesta como nódulos de tono azulado, que dan sangrado al exterior y se acompañan de dolor durante la menstruación.

Cuando la lesión aparece sobre las cicatrices de laparotomías puede adquirir carácter nodular o infiltrante, que se palpa profundamente y no sólo aparece después de cesáreas sino consecutivas a apendicetomías. Cuando la endometriosis se asienta en la pared intestinal o en el mesenterio, también muestra aspecto nodular y hemorrágico y se han reportado casos de oclusión por esta localización.

Histogénesis

La adenomiosis o endometriosis interna se ha explicado por el desarrollo, durante la edad adulta, de inclusiones mesonefróticas del conducto de Müller que quedaron incluidas en el útero durante el desarrollo embrionario. Otros piensan que, simplemente, es un crecimiento exagerado en profundidad del endometrio normal. También se cree que puede tener un origen *in situ* a partir de restos celulares embrionarios, situados generalmente cerca de los vasos. Finalmente, algunos opinan que pueden explicarse por metástasis linfáticas desde el endometrio hasta el músculo uterino.

Las endometriosis intraperitoneales, entre las que están incluidas las ováricas, pueden tener un origen *in situ* a partir del celoma adulto, de células embrionarias indiferenciadas situadas inmediatamente por debajo de la superficie peritoneal y, en el ovario, a partir de quistes foliculares y luteínicos por irritación local del estroma. Quienes piensan que la endometriosis intraperitoneal se debe a implantación explican que las pequeñas partículas de endometrio desprendidas durante la menstruación pueden desplazarse hasta el ovario o la superficie peritoneal invocando que, experimentalmente, en monas se ha logrado injertar el endometrio sobre el peritoneo; las trompas son habitualmente permeables en los casos de endometriosis, la distribución permite suponer que la fuente de fragmentos es el orificio distal de la trompa, que en muchas enfermas existen leiomiomas uterinos o retroflexión que provocan la menstruación retrógrada y, finalmente, que el endometrio es viable en los cultivos. Las objeciones a la teoría anterior son las siguientes: la menstruación retrógrada es muy rara, hay dificultad física para el paso de los fragmentos endometriales por la trompa, el endometrio que se desprende durante la menstruación está degenerado o muerto y los experimentos en monas se han practicado con endometrios sanos. Sin embargo, debemos recordar los experimentos de Heim, Scott y Te Linde que, por medio de interesantes operaciones, provocaron la regurgitación de sangre en la cavidad pélvica y obtuvieron, en un porcentaje importante, endometriosis peritoneales y ováricas. Como dato aislado, algunos investigadores han reportado partículas endometriales en los ganglios linfáticos pélvicos.

La endometriosis en las cicatrices por laparotomía se explica por extensión directa de otras lesiones a partir del peritoneo o útero pero, como no siempre se puede

demostrar la continuidad entre ellas, otros opinan que debe ser por metaplasia *in situ*. Las endometriosis que aparecen en la vulva y el periné también se quieren explicar por implantación postoperatoria o metaplasia *in situ*. La localización umbilical se cree originada por extensión de otros focos situados en el peritoneo o por vía linfática desde otras localizaciones.

Las endometriosis localizadas en el muslo y cerca de la región inguinal, quizá llegan a través del ligamento redondo o desde sacos hernianos.

Finalmente, las localizaciones alejadas del abdomen, como las de miembros superiores y pulmones, pueden provenir del mesénquima indiferenciado presente en todo el cuerpo o como émbolos llegados por vía venosa.

Factores que favorecen la aparición de la endometriosis

La frecuencia de lesiones endometriósicas observadas durante laparotomías va desde el 7.2% hasta el 22%, según diferentes autores. La edad en que aparece la lesión es entre los 30 y los 50 años y tiene su mayor incidencia a los 40 años; esto significa que los factores endocrinos intervienen de manera importante y para algunos autores el hiperestrinismo es indispensable para la producción de la endometriosis en cualquier localización, ya que frecuentemente se acompaña de hiperplasia endometrial.

Por otra parte, generalmente se acepta que la menarquia se retrasa en grados variables cuando la endometriosis existe antes de la pubertad.

El problema de la endometriosis en relación con la esterilidad no está definitivamente aclarado. Los procesos inflamatorios se descartan como favorecedores de la endometriosis. A los legrados uterinos se les concede importancia etiológica ya que después de ellos, durante laparotomías, se han reconocido fragmentos endometriales y sangre en la cavidad peritoneal; importancia semejante tendría la insuflación tubárica después de los legrados endometriales. También deben tomarse en cuenta los pesarios oclusivos colocados en el cuello uterino, el aborto provocado y los leiomiomas intracavitarios, que al igual que las retroversiones uterinas permiten la regurgitación de sangre menstrual a la cavidad peritoneal. De manera semejante obrarían las amputaciones de cuello, las cauterizaciones y la ginatresia, todas ellas impidiendo el paso libre del flujo menstrual hacia el exterior.

La transformación maligna de la endometriosis ovárica se ha reportado en repetidas ocasiones, pero debe llenar el

siguiente requisito: el tejido maligno debe estar rodeado totalmente por tejido endometrial. En caso de malignización el tipo histológico frecuentemente corresponde al adenoacantoma.

Clínica y síntomas de la endometriosis

Creemos que la endometriosis es más frecuente de lo que relatan los diferentes autores, debido a que no se piensa frecuentemente en ella, o a que también con cierta frecuencia se confunde con fibroma, anexitis crónicas, quistes del ovario, etc. Pensamos que el día que se haga correcta valoración de los datos obtenidos por anamnesis y la exploración, nos vamos a encontrar que su presencia no es tan rara como se ha creído,

Manifestaciones clínicas

Hay autores que dividen este capítulo en dos, y así se refieren a endometriosis cuando se trata de hallazgos histológicos, sin síntomas ni evolución, y a endometriomas, a los focos que producen manifestaciones clínicas con carácter evolutivo, y que sufren agudizaciones de manera periódica, coincidiendo con el ciclo menstrual. Este carácter cíclico debe hacernos pensar en endometriosis y revisar las manifestaciones clínicas no genitales, que sufren agudización sincrónica en el ciclo menstrual, por la posibilidad de tratarse de focos de endometriosis lejana. Se sabe, además, que muchas de éstas presentan excreción de un líquido hemático, oscuro, espeso, que recuerda por su aspecto a la brea.

En la endometriosis uterina, frecuentemente se encuentran menometrorragias, que frecuentemente afectan la forma difusa, encontrándose el útero aumentado de volumen y de color pálido.

Otras veces se encuentran formas pelvianas, infiltrativas, difusas, que engloban materialmente los órganos pélvicos.

Todas estas localizaciones traen consigo dismenorrea, que se caracteriza por ser tardía y progresiva.

En la localización ovárica, frecuentemente se interviene con diagnóstico de quiste del ovario y es el anatomopatólogo el que reporta el hallazgo de la endometriosis.

Entre los antecedentes encontramos datos de dismenorreas, menorragias, etc., o intervenciones parciales en el ovario, etc.

Entre las manifestaciones actuales encontramos dismenorrea, que frecuentemente es secundaria y en su aparición

es tardía, en relación con el ciclo menstrual, y además frecuentemente se asocia con un síndrome hormonal de hiperestrinismo.

Las manifestaciones anatómicas se encuentran en pleno periodo sexual de la mujer y tenemos como más frecuentes, las localizaciones en el útero, que casi siempre se localizan en los bordes del mismo dándole consistencia blanda, como el órgano con cierta frecuencia se encuentra aumentado de tamaño se confunde con un fibroma. Quizá la forma más frecuente es la localización ovárica.

Clínica de la endometriosis

Algias. Se localizan en las fosas iliacas, irradiando a regiones sacrolumbares, sufren exacerbaciones periódicas, confundiendo con la dismenorrea.

Trastornos menstruales. Hay tendencia a las menorragias, llegando en ocasiones a las menometrorragias. En general se puede decir que se trata de un síndrome hipermenorreico debido a un hiperestrinismo acentuado y crónico.

Dismenorrea. Es la manifestación más importante, frecuentemente es secundaria y progresivamente más tardía e intensa. Así, vemos que en un principio era premenstrual, luego pasa a ser durante los primeros días de la menstruación y posteriormente será en los últimos días de ésta.

Se han dado varias explicaciones para este síndrome doloroso.

El Dr. Zenteno ha insistido en que frecuentemente se presenta coincidiendo con un síndrome de hiperestrinismo, otros autores creen que los cólicos serían provocados por contracciones uterinas debidas al hiperestrinismo.

Otros atribuyen las molestias pre y menstruales a la distensión que sufren los sacos endometriósicos por congestión en su interior la cual provocaría una distensión.

En fin, otros creen que se trata de rotura de los focos endometriósicos. El Dr. Garriga Roca y colaboradores suponen que influyen de manera importante en este síndrome las lesiones anexiales.

Esterilidad. La mayoría de los autores coincide en hacer notar que en los cuadros clínicos de endometriomas se encuentra esterilidad con una gran frecuencia, sobre todo en las localizaciones uterina, tubárica y ovárica, y citan cifras que van de 30 a 84%.

Por los síntomas expuestos nos damos cuenta que es casi imposible hacer el diagnóstico de endometriosis, ya que por ejemplo la dismenorrea, sabemos que es causada

por multitud de padecimientos ginecológicos. Lo mismo podemos decir de la hipermenorrea, la cual puede ser causada por otros trastornos hormonales o ginecológicos.

En la esterilidad debemos de hacer un diagnóstico diferencial con multitud de padecimientos hormonales, inflamatorios, tumorales, etc.

El Dr. Zenteno hace notar la sensación cíclica de distensión del vientre, que se presenta en estas enfermas y que cree se debe a la acumulación sanguínea que en forma rítmica actúa sobre las lesiones, igual que lo hace sobre el endometrio, también insiste que en estas enfermas existe un síndrome intermenstrual que quizá corresponde al hiperestrinismo.

En las localizaciones bajas se encuentra dolor hacia el recto y dispareunia, con la característica de ser manifestación cíclica.

Entre los datos que pueden obtenerse por la exploración clínica u operatoria de la enferma Garriga Roca cita los siguientes:

Adherencias perianexiales. Son fibrosis fuertes, se establecen entre el útero, anexos, vejiga, intestinos, englobándolos muchas veces en una tumoración y siendo difícil su liberación.

Se ha explicado su formación debido a reacciones de pelviperitonitis irritativas.

Alteraciones hormonales

Las más frecuentes que coexisten con la endometriosis, sobre todo en la forma ovárica, son el hiperestrinismo, con sus manifestaciones clínicas de tensión premenstrual y cambios endometriales de proliferación. Algunos autores afirman que el endometrioma y el fibroma son tumores estrechamente relacionados con la función ovárica perturbada.

Afecciones ginecológicas concomitantes. Un gran número de autores, entre ellos Cullen, ha llamado la atención acerca de la coexistencia del endometrioma ovárico, con el mioma en retroflexión uterina, los quistes ováricos, anexitis y la hiperplasia endometrial.

Fragilidad ovárica

Los autores han hecho notar acerca del aspecto y la fragilidad en estos casos del ovario, sobre todo en su cubierta externa, la cual se rompe con mucha facilidad durante las intervenciones dando salida a un líquido de aspecto de brea, y la parte restante con consistencia lardácea que hace difícil su sutura debido a dicha fragilidad.

Ooforitis crónica: ésta nos explicaría la esterilidad, por destrucción parcial del tejido ovárico y las adherencias, ahogarían el ovario provocando en ocasiones hipoplasia genital.

Ya hemos insistido en la dificultad del diagnóstico de endometriosis, es por esto que antes de iniciar cualquier tratamiento, los autores americanos insisten en sistematizar en estos casos la peritoneoscopia y la culdoscopia.

Evolución

Hemos visto que la endometriosis es una enfermedad, sobre todo de la época de la vida sexual de la mujer, se cree que es más frecuente entre los 30 a los 45 años. Se ha visto que sufre una regresión durante la menopausia, fenómeno que también se observa en casos de fibroma uterino, por lo que se ha llegado a considerar que estas dos enfermedades dependen directamente de la función ovárica. También se ha observado regresión de las lesiones durante el embarazo y la lactancia.

Complicaciones

Se citan entre las complicaciones, la infección, la tuberculización y la cancerización. En cuanto a esta última existen en la literatura citas de cánceres ováricos que comenzaron con la endometriosis.

Scott habla de tres casos de endometriosis, en los cuales se presentaron cambios de malignidad. Hunter y Clin reportan otros dos casos de cánceres ováricos, posteriores a quistes endometriales. Duson y Zelenik en 1954 reportaron un caso de endometriosis vulvar, el cual creen que fue producido por la sangre menstrual.

Tratamiento

Médico

En general, se admite que no existe en la endometriosis un tratamiento médico, sino sintomático para el dolor, la hemorragia, etc.

Meigs, en 1938, habla de la importancia del tratamiento profiláctico de la endometriosis y se funda en la observación de que la endometriosis se encuentra más frecuentemente en la clientela particular 71%, que en la hospitalaria 16.2%, debido según él en el primer grupo a los casamientos a edad más avanzada y al menor número de embarazos en el segundo grupo.

Otro punto importante en el sentido profiláctico es la precaución en los tratamientos con estrógenos y el no

efectuar insuflaciones o histerosalpingografías, en las fases cercanas a la menstruación, para evitar el arrastre de partículas endometriales al interior de la cavidad abdominal, sobre todo en enfermas con retroversión uterina.

En lo que se refiere al tratamiento hormonal, la gran mayoría de los autores está de acuerdo en que gran número de enfermas se beneficia con el tratamiento a base de testosterona, se cree que actúa, en general, en las enfermas con hiperestrogenismo, por su capacidad de actuar disminuyendo la maduración del folículo o la ovulación y neutralizando la acción de la hormona folicular.

Tratamiento quirúrgico

Fernández Ruiz opina, con la mayoría de los clínicos, que el tratamiento quirúrgico constituye el ideal en la endometriosis, debido a la dificultad de su diagnóstico, a la necesidad del estudio anatomopatológico y porque además es la única manera de ver la localización y extensión de las lesiones y ginecopatías coexistentes, por otra parte, permite hacer cirugía conservadora adaptándose a cada caso en particular.

Para Cotte y colaboradores la cirugía es el verdadero tratamiento, opinan que la dismenorrea es una indicación operatoria y, muchas veces, basta con tratar una retroversión, una anexitis, o la resección del nervio presacro, de la que reporta un 85% de alivio para la dismenorrea, en las formas localizadas, se limitan a extirpar el nódulo, en las adenomiosis, hacen histerectomía parcial o total. En la endometriosis tubaria, salpingectomía, cuidando de no dejar muñones que pueden ocasionar recidivas.

En las formas difusas se inclinan a la cirugía radical tan amplia como sea necesaria, en caso de fracaso les quedaría el tratamiento hormonal o la castración. En la forma ovárica, si no se puede conservar una parte sana, se hará ovariectomía uni o bilateral.

En la localización del tabique rectovaginal, la mayoría de los autores hace notar la importancia que tiene la cirugía conservadora en la involución de las lesiones.

Se conocen, además, datos de verdadera urgencia quirúrgica, entre ellas oclusiones intestinales, compresiones del uréter, rotura de quistes endometriales. Y durante el embarazo, cuadros de rotura uterina, hemorragias del alumbramiento, placenta previa y embarazos ectópicos.

Tratamiento radioterápico

Este actúa anulando temporal o definitivamente la función ovárica. Ya que los trastornos están condicionados por la

actividad ovárica y lograr un reposo fisiológico suprime la sintomatología.

Para Kleine y otros autores, el tratamiento radioterápico da 10% de fracasos, cuando se le emplea en la castración temporal. Y Crossen y Crossen opinan que la irradiación detiene el avance de la enfermedad, pero sin suprimir los quistes ováricos, ni otras tumoraciones, que de por sí causan molestias e incapacidad.

La mayoría de los autores opina que este método debe usarse en enfermas cercanas a la menopausia, o en las que ya han logrado tener hijos; además, cuando se presenten recidivas después de las intervenciones quirúrgicas, o cuando éstas no puedan efectuarse, debido a lo extenso de las lesiones. Hay autores que prefieren el radium, otros los rayos X.

Te Linde usa la electrocoagulación sola o después de la extirpación.

Creemos importante resumir las conclusiones terapéuticas siguientes:

- a) La cirugía es el tratamiento de elección de la endometriosis y permite tratar, además, otras ginecopatías coexistentes.
- b) En la mujer joven se dará preferencia a la cirugía conservadora.
- c) Después de los 40 años, cirugía radical, sobre todo en las formas difusas.
- d) La irradiación constituye el tratamiento de elección en las recidivas y en la localización del tabique rectovaginal.
- e) Los andrógenos son útiles en algunas enfermas, sobre todo cuando no acepten la cirugía y en las formas recidivantes.
- f) Se han reportado buenos resultados con la cirugía del nervio presacro en la dismenorrea.

Resumen y conclusiones

Se mencionan algunas definiciones de la endometriosis, entre ellas la de Novak.

Respecto a la anatomía patológica se citan los sitios en que puede encontrarse la endometriosis.

Histológicamente la arquitectura es siempre igual en todas las localizaciones, se encuentran glándulas bien definidas, con epitelio proliferativo y reacción hiperplásica muscular alrededor.

Se hace mención de los quistes de chocolate del ovario.

Referente a la histogénesis, se citan las diferentes teorías para su explicación. Se cree que los factores en-

docrinos intervienen de manera importante, sobre todo el hiperestrinismo.

En la parte clínica se anota lo difícil de su diagnóstico, ya que se cuenta con unos cuantos síntomas y constituye muchas veces un hallazgo quirúrgico. Entre las complicaciones se cita la cancerización, la cual es rara.

En el capítulo de tratamiento, se menciona la importancia clínica del tratamiento quirúrgico.

La utilidad del método radioterapéutico, sobre todo en las recidivas.

Los andrógenos resultan útiles en algunas de sus formas. Se han reportado buenos resultados en la dismenorrea con la cirugía del nervio presacro.

Comentario a la ponencia

Por el Dr. Abraham Cid Guevara. De la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Tampico, Tamps.

Voy a intentar no repetir lo que en el excelente trabajo sobre "Endometriosis" se ha dicho en esta ocasión y mi comentario se concretará a hacer hincapié acerca de conceptos ya establecidos, sobre conceptos en estudio, o aquellos sobre los que tengamos opiniones distintas, las cuales hemos adquirido en el medio en que trabajamos. Advierto, desde luego, que se notará una aparente e intencional falta de orden en este comentario, lo cual tiene su objetivo como ya se podrá ver a continuación.

Dado que basta sólo una pequeña porción de corteza ovárica para mantener una función menstrual normal en casos de tumores ováricos bilaterales y quistes de chocolate, hoy día se piensa y los estudios encaminados a ese respecto lo van demostrando, que el sangrado uterino anormal resulta de condiciones patológicas asociadas, tales como miomas y pólipos y no de la endometriosis en sí.

La historia y el examen clínicos son esenciales. Cuando una mujer no ha podido concebir, dando una historia de dismenorrea o dispareunia adquirida durante la vida adulta, con dolor referido al recto, donde por palpación se sienten uno o los dos ovarios adherentes, uno o varios pequeños quistes ováricos adheridos, nódulos dolorosos o granulaciones en el septum recto-vaginal o en los ligamentos uterosacros, con o sin desviación semifija de la matriz, uno debe suponer que está ante un caso de endometriosis. No hay que olvidar, sin embargo, que en un gran porcentaje de casos el diagnóstico se hace durante el acto quirúrgico, lo que nos hace modificar el plan preoperatoriamente ideado.

En general, el tejido "ectópico endometrial" de la endometriosis responde al estímulo hormonal en la misma forma que el endometrio que cubre la cavidad uterina, es decir, proliferando bajo la influencia de los estrógenos, hipertrofiándose y sufriendo cambios funcionales al añadirse el efecto de la progesterona, pudiendo necrosarse con sangrado durante la regla y hasta mostrando cambios gestacionales durante el embarazo. También involuciona bajo el efecto depresor ovárico de los andrógenos y se atrofia al fallar el ovario en el climaterio. Sin embargo, es de importancia señalar que tales respuestas al estímulo hormonal pueden no existir o bien sólo existen por algún tiempo, pero no siempre son idénticas a la respuesta del endometrio de la matriz, explicándose en esta forma la ausencia completa o casi completa de síntomas en algunos casos de endometriosis, y el desarrollo, progreso y diseminación de las lesiones características en otros, lo cual se aprecia mediante los exámenes repetidos de la enferma al paso de los años.

El tratamiento varía en cada caso individual ya que algunos pacientes buscan alivio del dolor, mientras las nulíparas buscan que se les conserve la función reproductora a cualquier costo, aunque se den cuenta de que su sufrimiento físico pueda no ser aliviado del todo y que aún en el futuro pudieran necesitar un tratamiento definitivo, es decir, una castración permanente ya sea por medios quirúrgicos o por radiación.

La histerectomía con escisión de la mayor parte del tejido de endometriosis, sin castración, no puede considerarse como tratamiento definitivo, pues algunas pacientes seguirán experimentando molestias a consecuencia de los residuos de endometriosis y requerirán más tratamiento posteriormente.

El tratamiento depende de los siguientes conceptos que el cirujano tenga de lo siguiente:

Su idea sobre la histogénesis de la endometriosis y las causas que predispongan a su desarrollo, o estimulen su crecimiento y diseminación en la pelvis.

Su entendimiento sobre la patología del padecimiento en cuestión, su explicación de las variantes en respuesta del endometrio ectópico al estímulo hormonal, sus características semimalignas de desarrollo en superficie o de invasión de estructuras, y su tendencia a convertirse en cáncer ovárico o pélvico.

Su actitud hacia la relación de endometriosis y dolor pélvico, sangrado uterino e infertilidad.

Su confianza en los hallazgos por el examen pélvico bimanual.

Su seguridad en el diagnóstico preoperatorio de endometriosis pélvica, y

Sus prejuicios y preferencia sobre: *a)* Vigilancia expectativa; *b)* Terapéutica hormonal, y *c)* Cirugía y radiación.

Las pacientes con endometriosis deben examinarse cada seis meses para evaluar los cambios sintomáticos pélvicos y de patología genital no olvidando que esta vigilancia expectativa se justifica sólo en las pacientes que cooperan reportándose al médico periódicamente y siguiendo sus instrucciones fielmente.

El alivio temporal del dolor se consigue inhibiendo la ovulación con terapéutica hormonal ya sea mediante el uso de estrógenos o andrógenos. No se olvidará que el dolor pélvico desaparece durante el embarazo a pesar de que entonces el endometrio está bajo el estímulo de altas concentraciones de estrógenos y progesterona.

El tratamiento mediante dosis de radiación por rayos X con efecto de "subcastración" tiene como objetivo el alivio temporal de los síntomas dolorosos y la cesación del desarrollo progresivo de lesiones mediante la inhibición temporal de la función ovárica por la acción supresora de los rayos X sobre los ovarios. Pero ¿quién puede decir la dosis exacta de radiación que suprima la función ovárica temporalmente? Cada paciente presenta distinta susceptibilidad a las radiaciones y no hay método hasta la fecha para determinar esa susceptibilidad. En algunos pacientes los efectos serán satisfactorios, en otros habrá poco o ningún efecto y aun en otras los ovarios ya nunca funcionarán normalmente, quedando en algunos como consecuencia una castración permanente.

Cuando se decide hacer cirugía conservadora, lo ideal es hacer un diagnóstico preoperatorio pues entonces la situación se puede discutir con la paciente y sus familiares ya que sus deseos normarán nuestra conducta.

Por regla general, los hallazgos operatorios muestran lesiones más amplias que lo que se había supuesto clínicamente, sobre todo en lo que respecta a la patología ovárica; por otro lado, se puede sufrir la sorpresa de que no haya endometriosis o que ésta tenga una extensión mínima, tratándose a veces de pacientes neuróticas cuya experiencia con otros médicos les ha suministrado las respuestas causantes de la falla en el diagnóstico preoperatorio.

No olvidar que las lesiones son benignas a pesar de su tendencia a invadir, ni tampoco olvidar que la endometriosis depende de un estímulo ovárico para su continuo desarrollo y propagación; que el diagnóstico de endometriosis ya sea hecho en el consultorio o en la sala de operaciones, no justifica la extirpación rutinaria de ambos ovarios.

El tejido cicatricial fibroso que existe como consecuencia del padecimiento, es el responsable del dolor producido durante el tacto vaginal y responsable, por lo mismo, de la dispareunia; este tejido cicatricial dificulta la cirugía conservadora. El extirpar lesiones de la serosa significa pérdida de tejido, por lo que a menudo hay insuficiente peritoneo para cubrir las áreas cruentas dejadas por la extirpación de las zonas de endometriosis.

El cirujano que al hacer una laparotomía se encuentra con una invasión amplia de endometriosis no diagnosticada previamente en una enferma joven, se haya frente a un dilema, pues será condenado como despiadado carnicero si extirpa ambos ovarios induciendo menopausia prematura o, bien, será tildado de cobarde ya que su falta de valor no le permitió extirpar ambos ovarios cuando no pudo remover todas las lesiones macroscópicas endometriósicas. Por consiguiente, no sólo no aliviando de sus síntomas a la enferma sino condenándola a probables operaciones posteriores.

Nosotros somos partidarios de la cirugía conservadora cuando ésta sea posible, como en los casos en que las lesiones sean poco extensas, lo que dará pacientes más felices y agradecidas. Desde luego, sabemos que nuestra conducta se normará por la edad de la paciente, su deseo de concebir, la extensión de las lesiones y por la cantidad de trastornos que ya ha sufrido. A menudo, la mayor parte o cuando menos las lesiones que producen los síntomas principales, pueden extirparse pudiéndose así conservar una matriz esencialmente sana, una trompa y un ovario o parte de un ovario, lo que evitará a la enferma perder su facultad para embarazarse y la librá de los trastornos y molestias de un climaterio prematuramente inducido.

Nota: Este comentario fue escrito a mi paso por San Luis Potosí hacia esta ciudad de Guanajuato, después de haberse permitido una copia del trabajo de "Endometriosis" de la Sociedad Potosina, ya que la copia no la recibí en Tampico.