



Endometriosis. Algunos aspectos poco frecuentes*

Joseph HYDE PRATT

Endometriosis es el cuadro clínico en que los elementos endometriales se encuentran fuera de la cavidad endometrial. El tejido puede estar en el miometrio, denominándose “endometriosis interna” o “adenomiosis”. Cuando el estroma endometrial y sus glándulas se encuentran fuera del útero, o en otros órganos, se denomina: “endometriosis externa” o, simplemente, “endometriosis”.

CONSIDERACIONES GENERALES

Muchas teorías se han emitido para explicar el origen de esta lesión, pero ninguna da satisfacción completa acerca de la presencia de la endometriosis en todas estas bizarras localizaciones. Es más aceptable que los elementos endometriales se dispersen por sedimentación a través de las trompas de Falopio y por medio de los linfáticos. La teoría de la metaplasia de células del peritoneo (una derivación del epitelio celómico embrionario, que también da lugar a los conductos müllerianos y, en consecuencia, a los elementos endometriales) permite a la imaginación explicarse prácticamente todos los sitios en los cuales ha sido encontrada la endometriosis.

Los sitios ordinarios de la endometriosis son las vísceras pélvicas. Counselor y Sluder hicieron un trabajo acerca de los sitios en que encontraron endometriosis entre 754 pacientes vistas durante un periodo de cuatro años y comunicaron 1,484 localizaciones específicas, o sea, un promedio de dos por caso (Cuadro 1).

No solamente son los ovarios, numéricamente, los sitios en donde la enfermedad se encuentra más frecuentemente,

sino que también son los sitios en donde se encuentran las lesiones más grandes producidas por endometriosis: el endometrioma o “quiste de chocolate”. Esta lesión varía desde unos cuantos milímetros hasta 20 cm o más de diámetro. Está constituida por una delgada pared que, a causa de la naturaleza del proceso endometriósico, llega a formar adherencias con el ligamento ancho, el útero o los intestinos. Esta es la razón por la que el endometrioma o “quiste de chocolate” prácticamente nunca llega a torcerse sobre su pedículo, como sucede frecuentemente con los quistes dermoides. Por otra parte, el endometrioma a menudo deja salir su contenido o se revienta.

Cuando un endometrioma se rompe, su contenido espeso, achocolatado, se derrama bruscamente en el peritoneo pélvico, provocando agudos síntomas por irritación de la superficie peritoneal. Más a menudo, sin embargo, hay un escape lento a través de un orificio puntiforme. Tal cosa, aunque disminuye la tensión intraquística, también permite

Cuadro 1. Localización de endometriosis en 754 casos*

	Localizaciones	Porcentaje
Pared uterina, adenomiosis	256	33.9
Superficie del útero	195	25.8
Ovario	321	42.6
Peritoneo pélvico	181	24.6
Sigmoide, rectosigmoide	163	21.6
Endometriosis extensiva	96	12.7
Ligamentos del útero	68	9.0
Trompas	64	8.5
Vejiga, peritoneo	35	4.6
Tabique recto-vaginal	26	3.4
Intestino delgado	20	2.7
Pared vaginal	15	2.0
Misceláneos**	44	5.8
Total		1,484

* Reproducido de Ginecol Obstet Mex 1958;13:111-118.

** El grupo misceláneo incluye lesiones en el cuello uterino, ciego, ombligo, hernia, femoral, uréteres, cicatrices abdominales.

la formación de adherencias a su alrededor y cierra la perforación. Así, en pacientes que van a ser operadas después de algunos años de molestias y de brotes de exacerbación, se encuentran extensos procesos endometriósicos aglutinando todas las vísceras pélvicas en una masa semisólida que, a primera vista, parece infranqueable.

El endometrioma que se rompe se encuentra con más frecuencia entre las pacientes jóvenes. En una serie de 10 pacientes con endometriomas rotos comunicada por Higgins, Foust y Hyde cinco tenían entre 20 y 30 años, estando el promedio entre los 30 años. Los quistes en estas series también eran grandes, desde varios centímetros de diámetro hasta masas que podían sentirse a nivel del ombligo, según las pacientes. Generalmente, las lesiones de este tipo no son tan dolorosas como las lesiones nodulares pequeñas y densas, que, en ocasiones, son relativamente asintomáticas.

Cuando el endometrioma se rompe y el peritoneo es estimulado por la sangre envejecida y los desechos del quiste, la paciente experimenta fuerte dolor que a menudo la obliga a llegar al hospital solicitando pronta ayuda. Por regla general, la paciente puede recordar con exactitud el tiempo de la ruptura y puede identificar con exactitud su sitio en las regiones bajas abdominales. El dolor es continuo, varía de moderado a intenso y aún las pacientes pueden llegar al hospital sin un estado de choque. En la historia de tales pacientes se encuentra, a menudo, el dato de que en el momento de la admisión la paciente objetivamente no se encontraba tan enferma como aseguraba. El examen físico es de ayuda en el diagnóstico diferencial: primero, para confirmar la presencia de irritación peritoneal; segundo, para sugerir la posibilidad de endometriosis si se notan nódulos en el fondo de saco posterior o a lo largo de los ligamentos uterosacros; lo mismo si se palpa una masa en alguno de los anexos; la causa de las molestias puede ser localizada más tarde. Aunque la irritación peritoneal puede haber sido suficiente para traer a la paciente con el médico, no son evidentes el espasmo típico y la rigidez de una peritonitis inflamatoria. La sensibilidad se presenta sin espasmo real y aunque puede obtenerse la sensibilidad de rebote en el abdomen, la pared abdominal, bajo presión suave y constante, puede palparse profundamente si la paciente no está asustada.

En la historia de la paciente lo que ayuda a establecer el diagnóstico son aquellos datos que sugieren endometriosis, tal como esterilidad o relativa infertilidad, la dismenorrea

secundaria, especialmente si es progresiva, y aún más los ataques similares de dolores abdominales de menor grado.

CINCO ENFERMEDADES QUE HAY QUE EXCLUIR

Cuatro son los trastornos ginecológicos que deben considerarse inmediatamente: ruptura de un embarazo ectópico, torsión de quiste ovárico, ruptura de un quiste de cuerpo amarillo y ruptura de una vena sobre un fibroma. Además, de ser posible, debe excluirse la presencia de apendicitis. La apendicitis produce un cuadro clínico diferente: su aparición es gradual, aparecen síntomas gastrointestinales de náusea y vómito, finalmente se presenta el característico cambio de localización del dolor hacia el cuadrante abdominal derecho. Además, cuando se presenta apendicitis, generalmente hay una cuenta elevada de leucocitos y un punto sensible al examen físico. Cuando un endometrioma se rompe, el dolor generalmente es intenso, llega a su máximo en el momento del estallamiento y así continúa. Hay pocos síntomas gastrointestinales y no hay cambios de localización del dolor.

La ruptura de un embarazo extrauterino es todavía más dramática. La paciente a menudo grita o se desvanece. El dolor es intenso y así continúa. La paciente, además, se encuentra en un estado que se aproxima al de choque, o puede estar en choque al tiempo de llegar al hospital. Los signos de hemorragia se reflejan en la baja presión sanguínea, taquicardia, facie pálida y semblante demacrado, indicando esto último la gravedad de la hemorragia intraabdominal. El dolor del hombro causado por la irritación del diafragma debe hacer pensar en una ruptura de embarazo ectópico. Esto sería menos frecuente en una ruptura de endometrioma. En ambos casos el dolor se inicia bruscamente en uno de los cuadrantes inferiores y después se localiza; pero la historia en el cambio del ritmo menstrual, persistente escurrimiento sanguíneo, la posibilidad de embarazo, la gravedad de los hallazgos objetivos y algún signo que sugiera hemorragia interna, todo ayuda en el diagnóstico de la ruptura de un embarazo ectópico como opuesto a la ruptura de un endometrioma. Al examen físico el cérvix y los anexos generalmente son muy sensibles al movilizarlos, mientras que ante la presencia de un quiste roto solamente hay dolor mínimo.

El quiste torcido del ovario también presenta una iniciación brusca; pero los dolores tienden a localizarse en

alguna de las áreas anexiales. En el 95% de los casos el quiste se palpa grande y doloroso, mientras que la ruptura de un endometrioma puede presentar una masa indefinida.

La ruptura de un quiste de cuerpo amarillo es característico que se presente, precisamente, o enseguida, de la mitad del ciclo menstrual. Más de la mitad de las pacientes relatan ataques similares en el mismo tiempo del ciclo y a menudo los dolores alternan de una fosa iliaca a la otra. Las pacientes generalmente son jóvenes, menos de 25 años de edad, la mayor parte de ellas solteras. Su ritmo menstrual ha sido normal, solamente con una ligera tendencia hacia la dismenorrea secundaria o progresiva. El dolor es máximo al iniciarse y está vagamente localizado, pero generalmente disminuye en las primeras horas.

La ruptura de una vena superficial de un fibroma es poco frecuente; pero gran número de médicos han encontrado esto cuando menos una vez. Este tipo de accidente venoso ocurre en fibromas de gran tamaño, en pacientes entre los 30 y 40 años; la ruptura a menudo se asocia con actividades físicas. El dolor al iniciarse es de gran intensidad y continuo, presentándose signos de hemorragia. El hallazgo de una gran masa de tumores miomatosos, sensibilidad en los anexos o en el fondo de saco posterior que se presenta en el embarazo ectópico y la falta de signos o síntomas de endometriosis ayudan a establecer el diagnóstico.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Cuando se diagnostica la ruptura de un endometrioma, el tratamiento es la exploración quirúrgica. Esto también es cierto si la presencia de una apendicitis aguda o de una hemorragia interna no puede ser excluida, o si una masa grande y dolorosa se encuentra en alguno de los anexos. Si una masa que previamente había sido notada desaparece en el momento de presentarse los síntomas, el diagnóstico de ruptura de quiste es evidente y debe hacerse inmediata exploración quirúrgica. La presencia de líquido achocolatado en la cavidad abdominal al abrir el peritoneo, es un signo patognomónico de ruptura de quiste endometrial. Por otro lado, al encontrar pigmento de color café sobre la superficie peritoneal y en el epiplón, es una prueba de que la sangre ha escapado con anterioridad a la cavidad peritoneal, probablemente como resultado de rupturas previas o derrames del endometrioma.

Debe tenerse en cuenta la extensión de la operación. Si la paciente se encuentra cerca de los 40 años, si la dis-

menorrea ha sido considerable, o si la endometriosis en la pelvis es extensiva, entonces la solución más satisfactoria es la histerectomía abdominal total con salpingo-ooforectomía bilateral. Sin embargo, si la paciente es más joven, con historia de infertilidad y no ha experimentado dolor menstrual muy intenso, el tratamiento quirúrgico debe ser conservador. La sutura del endometrioma es posible; pero no es tan satisfactoria como extirparlo del ovario o efectuar la ooforectomía en el caso de que el otro ovario pueda conservarse. A menudo, aún los grandes endometriomas son únicos y el ovario del lado opuesto es normal. El derramamiento del líquido achocolatado en el abdomen no es problema. El líquido contiene principalmente sangre hemolizada y detritus celulares provenientes de la pared del quiste, con pocas o ninguna célula viable. Este líquido puede ser limpiado y la cavidad abdominal es irrigada con solución salina al final de la operación, con escasa probabilidad de neo implantación de las células. En una de nuestras pacientes, en quien un gran endometrioma de 15 a 18 cm se había roto y posteriormente removido, fue necesaria una segunda operación pélvica seis años más tarde por fibromas. En la segunda operación se encontró el ovario restante normal y solamente hubo unas cuantas máculas azulosas sobre uno de los ligamentos útero-sacos. Estas máculas, aunque no habían sido notadas en la primera operación, pudieron haber existido entonces y fueron el único estigma de la endometriosis.

En algunos casos de infertilidad la historia puede sugerir endometriosis y aún los resultados de todas las exploraciones pueden estar dentro de los límites normales, excepto para la detección de un quiste en uno de los ovarios o aun en los dos. Si durante un periodo de meses el quiste no desaparece, la paciente deberá ser explorada quirúrgicamente para determinar la naturaleza del quiste y extirparlo con el menor daño posible para el ovario, pues cuando la paciente es relativamente joven y cuando la infertilidad es uno de sus problemas, es muy importante preservar la mayor cantidad de tejido ovárico posible. Afortunadamente, a pesar del tamaño del endometrioma, algunos tejidos ováricos pueden ser extirpados prácticamente en todos los casos. Los endometriomas son de pared delgada y crecen por expansión en la superficie del ovario. De aquí que puedan ser quitados del ovario al igual que un tumor dermoide, aunque no tan nítidamente, conservándose así el ritmo funcional ovárico de la base del quiste. El sangrado rara vez obstaculiza las maniobras y el ovario

puede ser reconstruido satisfactoriamente conservando su funcionamiento. Hay una posibilidad distinta cuando posteriormente ocurra un embarazo en tales pacientes, pues, entonces, las áreas de endometriosis remanentes se ablandan y reaparecen, en cierto grado. Es aconsejable en el tratamiento de estas pacientes infértiles hacer una exploración ginecológica inmediata, pues el endometrioma es pequeño, la endometriosis es mínima y hay tejido ovárico que puede ser preservado.

CARCINOMAS EN ENDOMETRIOMAS

Los endometriomas tienen el mismo aspecto general si se presentan en mujeres jóvenes o en mujeres que se aproximan a la menopausia. Generalmente son delgados y azulosos, sin aparentes áreas sólidas en las paredes. El tejido endometrial a menudo es escaso, en forma de manchas rojizas en la pared del quiste. En algunos casos, sin embargo, el tejido endometrial prolifera y el quiste alcanza un espesor como el de la cavidad uterina. Cualquier tipo o fase del quiste endometrial similar al del útero puede desarrollar un pólipo tipo endometrial.

Es en estos quistes con tejido endometrial exuberante en donde los carcinomas tienen lugar en un endometrioma. Afortunadamente, la mayoría de estos procesos malignos del útero son grado I o II y permanecen intraquísticos por algún tiempo. Pueden ser diagnosticados solamente por un examen patológico cuidadoso de los quistes y por el estudio microscópico de alguna área sospechosa. Aún así, puede ser difícil patológicamente probar que estos carcinomas provienen del endometrio y que es un carcinoma ovárico que se desarrolla por coincidencia en el mismo lugar que el endometrioma. Este problema ha sido tratado con alguna extensión por Corner y asociados.

El punto de vista de los cirujanos es que la mayor dificultad estriba en el hecho de que los endometriomas tienen paredes delgadas, a menudo son quistes semiadherentes y se rompen fácilmente al hacer un intento para extirparlos. Puesto que aparentemente son endometriomas y la presencia del carcinoma en un endometrioma es raro, el cirujano no espera encontrarse el proceso maligno y a menudo hay derramamiento del contenido del quiste con células potencialmente malignas en el líquido. Cuando el patólogo, después de un estudio en cortes por congelación, comunica la presencia de una lesión maligna, el cirujano, cuando menos, es capaz de terminar la operación en la forma de

histerectomía abdominal total y salpingo-ooforectomía. El abdomen deberá ser irrigado con solución salina para remover todo el contenido del quiste que fue derramado. Oro radiactivo puede usarse intraperitonealmente a los pocos días en un intento de esterilizar la superficie peritoneal. Afortunadamente, los cambios malignos en cuestión son poco frecuentes.

CAMBIOS MALIGNOS

Los cambios malignos en la endometriosis o adenomiosis en otras áreas son más raros todavía. Dockerty, Decker, y Hyde comunicaron dos casos en los cuales el adenocarcinoma se desarrolló en áreas endometriósicas del septum rectovaginal. Su principal significado clínico fue que en ambas pacientes se practicaron repetidas exploraciones rectovaginales que no revelaron con seguridad el tamaño o la naturaleza de las lesiones que se habían sospechado como endometriósicas. Por tanto, en pacientes de más de 40 años en quienes son palpables masas de 2 a 3 cm en el tabique rectovaginal o en el fondo de saco, es necesario determinar la naturaleza de estas lesiones por la culdoscopia o por la exploración abdominal. La endometriosis frecuentemente puede ser diagnosticada mediante un examen pélvico, pero ocasionalmente ocurren cambios malignos y cuando las lesiones situadas en el tabique recto-vaginal o fondo de saco posterior son grandes o tienen cambios en el tamaño, está indicada la exploración quirúrgica.

ENDOMETRIOSIS EN LOS TEJIDOS

Finalmente, existe un cuadro poco frecuente que se relaciona con la verdadera endometriosis por la nomenclatura, pues patológicamente se confunde con el sarcoma. Ésta es la endometriosis astromal. Es rara y generalmente se diagnostica como "sarcoma de estroma endometrial". Se caracteriza por proliferación de las células del estroma endometrial. Se forman tumoraciones de color rosado que invaden el miometrio, las venas y aun los ligamentos anchos. No hay prueba de que estos tumores destruyan el miometrio; pero se han visto estos procesos desarrollarse a través del miometrio y proyectarse desde la superficie seccionada del útero en un efecto irregular que es característico y permite hacer el diagnóstico a primera vista. Dado que ningún tumor maligno verdadero tiene un aspecto similar, el cirujano al encontrar este tipo de lesión

puede dar a la familia un buen pronóstico tan pronto como la operación haya terminado. Symmon Symmonds, Dockerty y Hyde, al revisar recientemente 56 sarcomas del estroma endometrial, encontraron únicamente 11 que concordaban con el cuadro antes descrito. Estudios subsiguientes revelaron que solamente una de estas 11 pacientes afectadas había muerto o había tenido evidencia de posibles metástasis de las lesiones después de la operación. Por tanto, si la endometriosis estromal o estromatosis es o no un neoplasma maligno, cuando menos representa una forma de neoplasia para el cual el pronóstico es excelente.

SUMARIO Y CONCLUSIONES

Algunas de las pocas complicaciones de endometriosis han sido discutidas brevemente. Se ha señalado que la endometriosis misma es un encuentro extremadamente común en los hallazgos operatorios y que las lesiones pueden ser identificadas en un 50% de las veces en mujeres mayores de 30 años al practicárseles operaciones pélvicas en la Clínica Mayo.

Los endometriomas del ovario causan considerable dificultad en los servicios de emergencia cuando dejan escapar el contenido o se rompen. La irritación peritoneal resultante trae a la paciente al médico con un cuadro de emergencia abdominal. Se presentan los principales puntos diferenciales de diagnóstico entre un endometrioma roto y

una apendicitis, embarazo ectópico, quiste de cuerpo lúteo roto, quiste torcido o ruptura de una vena de un fibroma. La cirugía conservadora es preferible para las mujeres jóvenes; la extirpación de todo el tejido ovárico para las pacientes entre los 30 y 40 años. Se hace hincapié en que cuando persisten quistes en las mujeres jóvenes que son infértiles debe hacerse la exploración quirúrgica, porque algunos de estos quistes son endometriomas. Pueden ser extirpados del ovario uniformemente y conservarse suficiente tejido ovárico para favorecer una oportunidad de embarazo.

Los cambios malignos en los endometriomas o cambios que tengan lugar en las áreas de endometriosis del tabique recto-vaginal o del fondo de saco posterior son más raros; pero requieren escisión quirúrgica en caso de encontrarse.

Los procedimientos de elección son la histerectomía y la salpingo-ooforectomía bilateral, seguidos del uso intra-abdominal de oro radiactivo en casos seleccionados, si ha habido un derramamiento de material del endometrioma.

Se discute la endometriosis estromal. La relación de la endometriosis estromal con la endometriosis o adenomiosis nunca ha sido probada y se hace hincapié en las características gruesas de los tejidos encontrados sobre la superficie del útero. Tal aspecto es diagnóstico de la condición, la cual se acompaña de un buen pronóstico, aunque microscópicamente las lesiones a menudo parecen ser un grado bajo de sarcomas del estroma endometrial.