

Ginecología y Obstetricia

Vol. II

SETIEMBRE, 1956

Nº 3

Trabajos Originales

LAS ENDOMETROSIS GENITALES

Consideraciones a propósito de 465 observaciones

DRS. JUAN CARLOS AHUMADA*, JUAN LUIS SARDI** y LEONCIO A. ARRIGHI***

(Clínica Ginecológica de Buenos Aires, Argentina)

PESE a ser uno de los procesos patológicos más comunes del abdomen inferior de la mujer en edad genital, la endometrosis tiene la particularidad de ser uno de los diagnosticados con menos frecuencia y por lo tanto ser sometida muchas veces a tratamientos incorrectos. Varias circunstancias explican este hecho: en primer lugar, el que sus síntomas no son característicos; en segundo lugar, por la multiplicidad de sus formas clínicas y finalmente, porque con mucha frecuencia se asocia a otros procesos patológicos.

Todo ello nos ha llevado a hacer una revisión sobre este proceso, tomando como base el material de la Clínica Ginecológica de Buenos Aires desde los años 1928 hasta 1955, 27 años de ininterrumpida labor, en los que se han operado 465 endometrosis genitales con historias clínicas completas, estudio anatómopatológico de todos los casos y evolución ulterior de muchos de ellos.

Estos 465 casos constituyen el 1,6% del número total de las pacientes internadas por padecimientos ginecológicos, cifra que expresaría solamente el número de casos que por su importancia han requerido tratamiento quirúrgico y no el número total de endometrosis que consultaron, dado que algunas lesiones mínimas no han requerido internación y otras fueron pasibles de tratamiento médico.

El 90,3% de este material estaba constituido por endometrosis no asociadas, es decir una sola variedad de proliferación heterotópica; en el 9,7% restante se asociaban la variedad uterina o tubaria con la ovárica o externa

* Prof. Titular de Clínica Ginecológica.

** Prof. Adjunto de Clínica Ginecológica.

*** Docente Libre de Clínica Ginecológica.

NOTA: Los directores de la "Revista de Ginecología y Obstetricia" no se hacen responsables de las ideas y opiniones de sus colaboradores.

peritoneal. Esta rareza de asociación nos hablará a favor de la naturaleza diferente no solamente desde el punto de vista de la patología y de la clínica sino también de la génesis entre las denominadas mucosa endometrosis (adenomiosis de Frankl) y serosa endometrosis (sero-adenomiosis de Frankl).

ENDOMETROSIS PURAS. 465 CASOS. Años 1928-1955

FRECUENCIA SEGUN LOCALIZACION

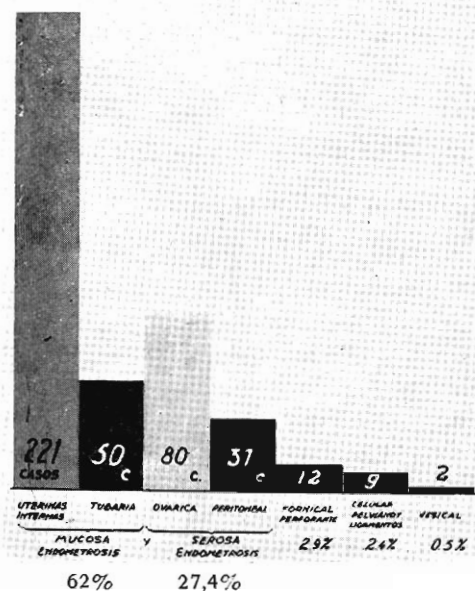


FIG. 1

Como puede verse en la Fig. N° 1 los 465 casos de endometrosis puras, según su localización, pueden clasificarse en varios grupos en mérito a una fisonomía clínica completamente diferente: las denominadas mucosa-endometrosis (endometrosis uterinas internas y tubarias), que constituyen el 62% y por otro lado, la serosa endometrosis (ovárica y peritoneal) que constituyen el 27,4%; las otras variedades son en realidad formas de excepción y sólo alcanzan el 10,6%.

Nuestra experiencia, que corrobora la de los autores que se han ocupado del tema con material propio, comprueba la extraordinaria frecuencia con que se presenta la localización denominada uterina interna, es decir aquella en que la heterotopía tiene conexión con la mucosa endometrial ortotópica; así de 465 casos, 221 son de esta variedad (47,5%). En 80 casos se comprobaron lesiones importantes a nivel del ovario, (endometrosis profunda), localización con mucho la más frecuente de las externas (17,2%).

En orden de frecuencia le sigue la localización tubaria interna, 50 casos

(10,7%), excluyendo de esos casos las siembras perisalpingianas de localizaciones externas peritoneales puras, las que se incluyen en este último capítulo, el de las endometrosis externas peritoneales aisladas, 31 casos, (6,6%). Estos grandes capítulos engloban casi todo el material quedando como localización ya mucho menos frecuentes la endometrosis fornical posterior perforante, la vesical, de ligamentos y celular pelviano, etc., otras formas más raras, por no haberse presentado en nuestro material no las hemos incluido.

Tal ha sido la frecuencia de las endometrosis puras en nuestro material; la asociación de ambos tipos de endometrosis, una endometrosis uterina interna en forma de un nódulo perfectamente reconocible y macroscópicamente importante con una endometrosis externa, ovárica o peritoneal, parece ser la excepción, a tal punto que en nuestro material, bastante extenso, sólo la hemos encontrado 21 veces, (4,5%).

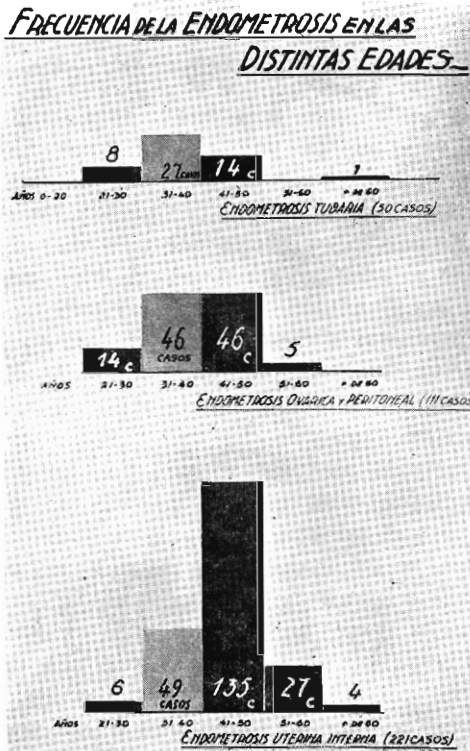


FIG. 2

Tal hecho sería un elemento más que hablaría a favor de la patogenia diferente de ambos procesos, que pese a una identidad histológica tendría no sólo una génesis diferente sino también una dualidad clínica evidente. Como puede apreciarse en la figura Nº 2, el distingo se justifica ampliamente al considerar la edad en las que se presentan las distintas variedades. Mientras

que las endometrosis uterinas internas lo hacen especialmente después del cuarto decenio de la vida y antes de esa edad solamente se manifiestan en el 25% de los casos, en las endometrosis ováricas un poco más de la mitad de los casos se presentan antes de los 40 años. La localización tubaria en cambio se presenta en la mayoría de sus casos antes de esa edad (70% antes de los 40 años).

Similares consideraciones pueden hacerse a propósito de la fertilidad; los dos grupos de mayor importancia clínica, las endometrosis uterinas internas y las endometrosis tubarias tienen desde este punto de vista diferencias notables puesto que mientras que las primeras aparecen especialmente en mujeres de alta fecundidad, multíparas y pluríparas, las segundas suelen asociarse con mucha frecuencia con esterilidad (62% sin hijos). En cuanto a las endometrosis ováricas no influyen mayormente sobre la fertilidad, salvo aquellos pocos casos en que podrían obstaculizarla actuando como factores de bloqueo pelviano al constituir un obstáculo a la migración del óvulo.

ENDOMETROSIS UTERINAS INTERNAS

Constituyen éstas el grupo más importante, tanto como para ser el 47.5% de la totalidad del material, pese a haber excluido de ellas las simples penetraciones endofíticas de la basal comprobables como un hecho fisiológico en úteros de multíparas en el cuarto decenio de la vida y sin tener significación clínica alguna. En efecto, el límite entre la basal del endometrio y el músculo uterino en que se apoya dista de ser neto y lineal, sino que muchas veces se observa que las glándulas se insinúan más o menos profundamente en el miometrio, acompañadas siempre por tejido citógeno. En los úteros correspondientes a mujeres de la segunda mitad de la edad genital que han tenido varios hijos, es un hecho casi constante y por lo tanto sin características patológicas. Cuando estas escapadas del endometrio a la profundidad llegan a límites mayores, se pueden observar en cortos sectores islotes de tejido heterotópico y trozos de tejido citógeno que invaden profundamente el miometrio sin modificar empero el aspecto macroscópico del órgano ni acarrear molestias a las portadoras, es decir sin tener jerarquía clínica. Entre la verdadera endometrosis uterina interna y los grados iniciales de esta distopía endometral existen todas las gradaciones y es sólo la experiencia del observador la que decide cuándo termina lo fisiológico y cuándo se inicia la enfermedad. El criterio para nosotros es el reconocimiento macroscópico de la anomalía; en esos casos la penetración endometral siempre es franca y abundante en la histología.

Por no corresponder a este capítulo, hemos excluido también las endocervicosis, es decir las proliferaciones endofíticas de la mucosa endocervical en el espesor del miocervix. Las verdaderas endometrosis cervicales son excepcionales, las formas primitivas con focos heterotópicos exclusivamente localizados en el cervix son rarísimas; en nuestro material no tenemos ningún caso y muchos de los publicados son discutibles; tan es así, que de la revisión efec-

tuada por uno de nosotros en 1949, hemos encontrado solamente un caso verdadero, el de Hobbs y Lazar y otros discutibles, Fels, Rushmore, Fobe, Henriques, Lash y Rappaport, Dionisi. Las formas secundarias que no son más que simples variedades de endometrosis uterinas internas o externas peritoneales del fondo de saco de Douglas o del ovario, son algo más frecuentes pero carecen de significación clínica puesto que la sintomatología está condicionada por la endometrosis primitiva. Sólo interesa desde el punto de vista terapéutico su reconocimiento a los efectos de ampliar la exéresis del proceso.

Una vez más desearíamos hacer especial hincapié en el valor del reconocimiento macroscópico de la endometrosis uterina en el curso de las intervenciones quirúrgicas.

Los caracteres más importantes a tener en cuenta serían los siguientes: 1º—La endometrosis nunca es un proceso capsulado, tampoco lo es el mioma, pero el límite entre el miometrio normal y la lesión es totalmente impreciso, difuso e irreconocible en el primer caso, y en el segundo es neto haciendo hernia al corte. La endometrosis puede ser difusa, es decir desarrollada a través de toda la pared uterina o en una de sus caras, o bien nodular o circunscripta, pero en cualquiera de las dos variedades, siempre sin limitación precisa.

La forma difusa se presenta como un aumento uniforme y globuloso del útero a veces algo asimétrico cuando hay un desarrollo exagerado a nivel de uno de los cuernos. La consistencia es uniforme y algo mayor que la del útero normal sin poderse reconocer nódulos en su interior. El engrosamiento es moderado y sólo por excepción ocurren aumentos hasta del tamaño de una cabeza fetal. La forma circunscripta se presenta como un nódulo semejante a un mioma, siempre intramural, y sólo al corte se aprecia la diferenciación del mismo.

Tanto en una como en otra variedad la red conjuntiva o fibromuscular es gruesa, irregular y fibrosa, crujiente al corte y difiere de la arquitectura del miometrio normal. Entre las mallas de esta tosca red hace saliencia una masa blanduzca en forma de pequeños islotes que están constituidos por el tejido heterotópico; todo ello da, al corte, un aspecto granuloso. En nuestro material hemos comprobado que la endometrosis uterina interna adoptó la forma nodular en el 44,3% y la difusa en el 56,7% de los casos; dado lo abundante del material creemos que estas cifras son las que se acercan más a lo real.

En cualquier localización que se trate, lo importante es establecer la continuidad de la lesión con la mucosa ortotópica, aunque sólo sea en una zona muy limitada y en aquellos raros casos de endometrosis mixtas internas y externas asociadas, la neta separación del islote del peritoneo vecino por una zona de miometrio normal.

Todos estos datos tienen suma importancia siendo su olvido la causa principal de los fracasos por falsas recidivas debidas a exéresis incompletas; la confusión más importante es con las miohiperplasias difusas y con los miomas uterinos.

Histológicamente, este proceso está caracterizado por la existencia de islotes de mucosa endometrial con sus dos componentes, citógeno y glándulas, que invaden e infiltran los intersticios del miometrio, unas veces apareciendo como aislados o bien unidos por delgados trozos de tejido citógeno. Cada uno de estos úteros en miniatura presentan los dos componentes en proporciones variables, pero el hecho de observarse en algunas oportunidades islotes constituidos exclusivamente por tejido citógeno no nos autoriza a aceptar sin más que se trate de la rara variedad denominada endometrosis intersticial. Más frecuente es que en otros cortes del mismo proceso aparezcan glándulas.

Nuestra impresión es que el tejido citógeno es el que inicia la penetración interfascicular, a lo largo de las vainas vasculares y pronto las glándulas por brotación de los fondos de saco, acompañan al citógeno. Este crecimiento expansivo e intersticial puede llegar a ser hasta endovascular; R. Meyer insiste en que esta infiltración puede adoptar hasta un carácter destructor de la fibra muscular sin perder por ello su benignidad; nosotros, por nuestra parte, no hemos comprobado este aspecto.

El tejido muscular que rodea los islotes endometrósicos sufre marcada hiperplasia, contribuyendo a aumentar el espesor de la pared uterina.

El endometrio heterotópico suele sufrir las mismas modificaciones que el ortotópico aunque no con igual constancia. En nuestro material hemos tenido oportunidad de estudiar 51 casos que fueron operados durante la fase luteínica del ciclo no hallándose en todos, en la endometrosis, el mismo cuadro histológico. En la mayoría de los casos operados hacia el final de la fase de secreción con endometrios entre el 23 y 28 días del ciclo, se observó que los islotes presentaban glándulas festoneadas, en acordeón, similares al endometrio secretorio ortotópico. Casi nunca se comprobó en la luz una verdadera secreción, aunque en ocasiones se hallaron hematíes y líquido plasmático en regular cantidad. El citógeno, por su parte, no muestra una clara reacción decidua y en algunos casos se observaron sufusiones hemorrágicas que levantando el epitelio glandular, volcaban la sangre en la luz. Sólo por excepción el epitelio heterotópico alcanza las intensas modificaciones que son posibles de observar en las capas esponjosa y compactas del endometrio ortotópico, hecho explicable en parte si se acepta que en la mayoría de los casos aquél se origina por una proliferación endofítica de la basal, que es poco sensible a la acción de la progesterona.

En 18 casos la endometrosis uterina interna ha coincidido con alteraciones graves del ciclo del tipo de la metropatía hemorrágica, 14 con hiperplasia glandular quística y 4 con hiperplasia simple no quística; en algunos casos se observó la hiperplasia reaccional patológica también en la mucosa heterotópica, llegando en casos exagerados hasta presentar cuadros dudosos en cuanto a benignidad o malignidad del proceso; tal era la intensidad de la hiperplasia orto y heterotópica.

El estado del endometrio ortotópico ha sido estudiado tratando de aclarar si un exceso de hormona folicular podría jugar un papel en la génesis

de la proliferación heterotópica, exceso de hormona que se exteriorizaría a nivel del endometrio, reactivo específico de la misma. De los 221 casos sólo en 135 se pudo obtener un estudio perfecto de la mucosa uterina y hallamos:

| | | |
|-----------------------------------------|----------|-------|
| Endometrio en secreción | 51 casos | 38 % |
| Endometrio en proliferación | 43 „ | 31,8% |
| Hiperplasia glándulo quística | 14 „ | 10 % |
| Hiperplasia simple | 4 „ | 3 % |
| Endometrio atrófico | 16 „ | 11,8% |
| Carcinoma de endometrio | 6 „ | 4,4% |
| Hiperplasia carcinoide | 1 „ | 0,7% |

Surge de ello que el ciclo difásico normal se encuentra en un alto porcentaje de casos pese a tratarse de mujeres en edad premenopáusia. Contra el argumento, de que el estado de hiperestrogenia se encontraría en la iniciación del proceso heterotópico, uno de nosotros (Sardi), años atrás, ha estudiado el endometrio en 37 endometrosis uterinas internas incipientes, casos con sólo un comienzo de penetración endofítica en el músculo uterino, encontrando solamente en el 5,3% de los casos hiperplasias como expresión de actividad ovárica desviada, mientras que en un 75%, la función ovárica, a constar por el estado endometrial era prácticamente normal.

Endometrosis uterina interna y embarazo

Este hallazgo es muy raro, explicable en parte porque la edad en que esta enfermedad se presenta con más frecuencia, no es exactamente aquella de mayor fertilidad; por otra parte, considerando las dificultades del diagnóstico de la endometrosis y lo poco llamativo de sus síntomas, es posible que en muchas oportunidades esta contingencia haya pasado inadvertida.

Aparte de la rara posibilidad de la nidación del embarazo en un foco de endometrosis, con las consecuencias ulteriores consiguientes, queda la posibilidad de que nódulos de endometrosis, en el curso del embarazo determinen lugares de menor resistencia en la pared uterina y traigan consigo la ruptura de la misma. En otros casos, la heterotopía ha sido causa de la perforación uterina durante maniobras.

Nuestro material al respecto consta de dos observaciones de coexistencia de un embarazo con endometrosis. Uno de ellos era un embarazo intramural asentando en un foco de endometrosis asociado a un carcinoma de cuello uterino (H. 20419); el citógeno de los islotes de endometrosis mostraba en este caso una intensa reacción decidual. En otro caso (H. 19008) correspondía a una paciente con un embarazo de 2½ meses con reacciones biológicas negativas y miomas uterinos múltiples; en la pieza operatoria encontré además un foco de endometrosis uterina interna la que no mostró ninguna reacción decidual.

A estos dos casos habría que agregar la observación (H. 12449) correspondiente a una mujer que tuvo una perforación uterina a nivel de un

foco de endometriosis interna, durante la ejecución de un raspado en un aborto incompleto, lo que nos demostraría la especial friabilidad de la pared a ese nivel.

Transformación maligna en las endometriosis uterinas internas

Así como en el endometrio ortotópico, es posible el desarrollo de un carcinoma teniendo como matriz la heterotopía endometrial; sin embargo a pesar de existir un estímulo de proliferación celular marcada, una tendencia infiltrante manifiesta, así como una capacidad de reaccionar a la estimulación estrogénica exagerada y persistente, las observaciones de verdaderos carcinomas desarrollados en una endometriosis uterina son raras. Frente a casos avanzados es difícil establecer si se trata de una proliferación carcinomatosa que ha invadido secundariamente a una endometriosis, si el tumor se origina simultáneamente en el endometrio y en la endometriosis o si es un carcinoma miometral primitivo; es por ello que quedan casos discutibles aún después de estudios exhaustivos.

En nuestro material contamos con cuatro casos, 3% del total de los carcinomas de cuerpo uterino; 3 de ellos coexisten con un carcinoma endometrial y el cuarto es el único que debería ser considerado como autóctono en una endometriosis uterina.

Iguales consideraciones han de aplicarse a los sarcomas desarrollados en una endometriosis, tenemos en nuestro material sólo un caso inobjetable de tal naturaleza, y otro en el que un sarcoma miometral ha invadido secundariamente una endometriosis uterina interna; en conclusión sobre 465 endometriosis genitales hemos encontrado solamente en dos oportunidades la degeneración maligna de la misma, una vez por transformación carcinomatosa del componente epitelial y la otra por un sarcoma fibroblástico originado en el citógeno de la misma lo que nos da una frecuencia de 0,5%. La excepcional rareza de estos procesos hace que no deba tenérselos en cuenta en la decisión terapéutica cuando, por las demás razones deba primar un criterio conservador.

Con respecto a los tumores malignos originados en la vecindad, especialmente en el endometrio, su única importancia sería que por su fácil extensión a expensas de la infiltración heterotópica, la malignidad pareciera acrecentarse.

Patología genital asociada con la endometriosis uterina interna

En nuestro material se ha evidenciado una vez más la extraordinaria frecuencia con que se unen a la endometriosis uterina interna otros procesos patológicos del aparato genital, procesos que muchas veces dificultan el reconocimiento de la heterotopía durante el acto operatorio, contribuyen a enmascarar y enriquecer su cuadro clínico y al mismo tiempo obligan a efectuar tratamientos más amplios que los requeridos por ella. El hallazgo de miomas, adenomas, quistes foliculares, H. G. Q. son hechos comunes y explicables por ser procesos patológicos relativamente frecuentes en la edad en que se pre-

senta la endometrosis: más rara es la coexistencia con procesos inflamatorios anexiales. La restante patología más que asociación debe considerarse como una simple coincidencia. Hemos encontrado en éstas 221 endometrosis uterinas internas, la siguiente asociación:

| | | |
|---------------------------------|-----------|-------|
| Mioma uterino | 122 casos | 55 % |
| Metropatía hemorrágica | 31 „ | 14 % |
| Adenomas | 32 „ | 14,4% |
| Inflamaciones anexiales | 20 „ | 9 % |
| Blastomas ováricos | 12 „ | 5,4% |
| Carcinomas del cervix | 7 „ | 3,1% |
| Carcinomas del endometrio | 6 „ | 2,7% |

La asociación con otras endometrosis constituye un capítulo aparte y ha sido ya comentado.

*SINTOMAS DE LA ENDOMETROSIS UTERINAS INTERNAS
SIN OTRA LESION ANATOMO PATOLOGICA AGREGADA.*
42 CASOS

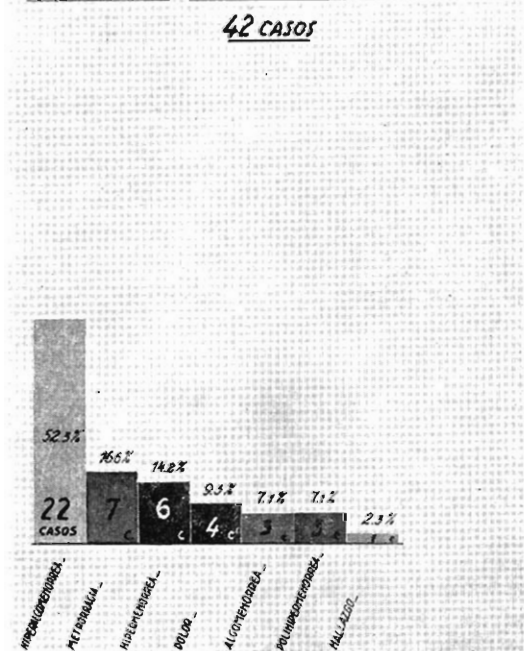


FIG. 3

De lo que antecede se deduce que hallar una endometrosis uterina interna aislada constituye un hecho poco frecuente, más si descartamos los casos con alteraciones de índole funcional tipo metropatía hemorrágica, tan frecuente a la edad en que ésta aparece, cosa que no debe olvidarse para no atribuirle una riqueza sintomática que no tiene. Solamente 42 casos so-

bre 221 (19%) son formas puras, es decir sin patología asociada y los síntomas presentados en estos casos son: la hiperalgomenorrea, algomenorrea, dolores, etc. cuya frecuencia puede verse en la figura N° 3.

Podemos decir, en suma, que los síntomas más frecuentemente comprobados en las endometrosis uterinas internas son los dolores en bajo vientre que se presentan en el 70% de los casos y las alteraciones cíclicas traducidas en abundantes menstruaciones pueden complementar el síntoma doloroso.

Especial hincapié queremos hacer a propósito de la existencia de metrorragias, dato muy frecuentemente comprobado cuando se consideran los casos en conjunto sin excluir aquellos con patología asociada. En los casos puros la hemos visto en 7 oportunidades (16,6%) pero en la mayoría de los casos no ha sido sino una exageración de la hipermenorrea continuándola; es decir, que más que intermenstrual era postmenstrual. La congestión pelviana o el vaciamiento de algunos focos en contacto con la luz endometrial o bien anomalía de la epitalización de la mucosa podrían explicar estas hemorragias anormales.

La esterilidad es muy rara en este tipo de endometrosis habiéndose encontrado el mayor número de casos en enfermas muy fértiles como si las modificaciones anatómicas y fisiológicas que el embarazo o el parto determinan, podrían constituir elementos a favor del crecimiento endofítico de la basal en pleno miometrio.

El diagnóstico de esta enfermedad es de presunción en la inmensa mayoría de los casos y sólo por excepción en algunos de ellos una imagen histerográfica ha permitido establecer el diagnóstico antes de la operación. El signo de Dionisi consistente en la obtención de imágenes por relleno de pequeños trayectos glandulares que se insinúan en el miometrio, por desgracia se obtiene en un porcentaje escaso de endometrosis dado que los divertículos amplios en conexión con la cavidad son relativamente raros; por otra parte, lesiones localizadas no en los bordes sino en una de las caras pueden confundirse con la imagen frontal de la cavidad uterina.

No tenemos experiencia satisfactoria con la biopsia miometral de Alvarez. En cuanto a las pruebas hormonales con la remisión de los síntomas con preparados androgénicos y exacerbación con estrogénicos, si bien es un dato de valor, lleva dos a tres meses para su aplicación y no nos permite diferenciarla de aquellos casos con dismenorrea sin endometrosis en los que los andrógenos, por mecanismos complejos y aún no bien aclarados producen también un alivio de la sintomatología.

El tratamiento de esta afección en nuestras manos ha sido preferentemente quirúrgico conservador, dado que se trata de una lesión benigna y en la mayoría de los casos recién en la mesa operatoria se confirmó el diagnóstico.

La extensión del proceso, la existencia de lesiones asociadas y la gravedad de los síntomas hacen que a veces se efectúen tratamientos más am-

plios, como puede verse en el cuadro adjunto, pero sólo deseamos hacer especial hincapié que en aquellos casos de pacientes jóvenes en los que se impone una conducta conservadora, es cuando se pone más de manifiesto la capacidad del médico tratante para reconocer la heterotopía y su extensión para practicar un conservadorismo útil sin conservar la enfermedad.

Tratamiento de las endometrcsis uterinas internas

Operación:

| | |
|-------------------------------------------------------------------|---------|
| Operación de Wertheim | 8 casos |
| Histerectomía total con anexectomía bilateral .. | 69 „ |
| Histerectomía subtotal con anexectomía bilateral | 62 „ |
| Histerectomía vaginal | 25 „ |
| Histerectomía subtotal con conservación de un ovario | 27 „ |
| Histerectomía fúndica con conservación de uno o dos ovarios | 30 „ |

ENDOMETROSIS DEL OVARIO

De las dos formas anatomopatológicas con que suele presentarse la endometrosis del ovario, adenomas endometriales superficiales y endometrosis profunda, nos referiremos solamente a estos últimos, dado que los primeros en nada difieren de los que se observan en el peritoneo o cualquier órgano de la cavidad pelviana con los que coexisten.

Estos quistes se presentan habitualmente en forma unilateral (56%), son de forma esférica o aovada y de un diámetro medio de 3 a 4 cms. pero a veces llegan a constituir grandes tumores que pueden alcanzar hasta el tamaño de una cabeza de adulto. El quiste está situado en pleno parénquima rodeado de una capa de corteza ovárica más o menos importante. El aspecto más característico de ellos los da el contenido de los mismos, siruposo, untuoso, de color marrón oscuro o negro, lo que le ha valido la denominación de quiste de brea o achocolatado. El ovario así deformado tiende a adherirse a los restantes órganos de la pelvis, sobre todo a la hoja posterior del ligamento ancho o la vejiga, al colon sigmoide o epiplon mayor; con menos frecuencia al intestino delgado. Estas adherencias son de carácter firme, no existiendo un plano que permita perfecta separación y muchas veces bloquean de tal modo la pelvis que es necesario liberar estos órganos para poder llegar a determinar la causa de la lesión profundamente situada. El fondo de saco peritoneal posterior se encuentra habitualmente obliterado siendo esta sínfisis del Douglas un elemento de gran valor diagnóstico para el reconocimiento de la lesión.

En algunas ocasiones la naturaleza de las mismas queda demostrada antes de alcanzar al quiste, porque al desprender algunas de estas adherencias se abren pequeños adenomas endometriales con contenido hemático fibroso.

ENDOMETRIOSIS EXTERNAS OVARICAS Y PERITONEALES
SIN OTRA LESION ANATOMOPATOLOGICA AGREGADA

51 CASOS

SINTOMAS

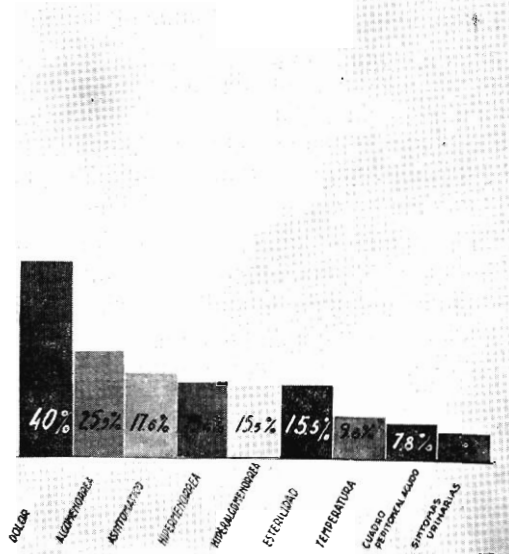


FIG. 4

Por lo general es muy difícil poder desprender todo el tumor sin que se abra la cavidad central y en muchas oportunidades la perforación se hace espontáneamente, representando las adherencias un proceso de autodefensa del organismo ante el derrame intraperitoneal del contenido de los quistes.

La arquitectura de estos quistes achocolatados del ovario varía según el tamaño de los mismos: los pequeños quistes, los más recientes, son los más típicos y los más fáciles de diagnosticar desde el punto de vista histológico, estando constituidos como los pequeños adenomas endometriales de implante peritoneal, por una glándula endometrial más o menos quística con contenido hemático rodeado por un pequeño manto de tejido celular laxo con los caracteres del citógeno y por fuera por una capa de fibrina más o menos organizada. Esta es la lesión inicial a expensas de la cual se originarían los quistes achocolatados del ovario.

La arquitectura de éstos no es tan típica, siendo mucho más compleja probablemente debido a las transformaciones que sufren en las diversas etapas del ciclo menstrual y a su evolución a través del tiempo. Podríamos decir que cuanto más vieja es la lesión tanto más dificultoso será establecer su exacta constitución.

A medida que el quiste envejece se pierde el revestimiento mulleriano en diversos sectores; a veces puede faltar por completo quedando reducido a

una espesa corteza de tejido conjuntivo hialinizado que encierra una capa de células conjuntivas jóvenes cargadas de pigmento hemático transformado; células pseudoxantomatosas que pueden semejarse a las tecaluteincélulas del cuerpo amarillo. La verdad es que ellas no forman una verdadera capa sino islotes disociados o disgregados en diversos sectores de la pared del quiste. Finalmente en los quistes muy antiguos puede costar mucho trabajo demostrar algún sector del mismo con revestimiento mulleriano. A diferencia con las endometrosis uterinas, en las del ovario suele comprobarse en relación con el componente epitelial, una menor abundancia de tejido citógeno.

Las lesiones asociadas suelen presentarse con alguna frecuencia pero siempre menor que en las endometrosis uterinas internas, siendo un poco menos de la mitad de los casos formas puras (43%) y los procesos patológicos que con ella coexisten en nuestro material han sido:

| | | |
|----------------------------------------|----|-------|
| Miomas uterinos | 40 | casos |
| Blastomas del ovario | 5 | „ |
| Adenomas de la basal | 5 | „ |
| Anexitis | 7 | „ |
| Metropatía hemorrágica | 4 | „ |
| Carcinoma del cuello uterino | 3 | „ |

Estas cifras de coexistencia de otras lesiones genitales están viciadas de imperfección dado que en muchos casos sólo tenemos el protocolo operatorio y no el estudio de la totalidad de los genitales internos, por haberse efectuado un tratamiento conservador.

Sintomatología

El análisis de los síntomas de la endometrosis ovárica nos da también algunos datos de valor: el dolor, por lo pronto, es el síntoma más común, a tal punto que lo hemos podido comprobar en el 92% de los casos puros. A propósito del mismo debe recordarse que su intensidad es muy variable y de ningún modo en correspondencia absoluta con la importancia de la lesión porque al lado de casos con procesos mínimos e intensamente dolorosos se encuentran otros con grandes tumores endometrósicos y escasas molestias. Nos ha llamado también la atención el hecho de que el carácter cíclico, es decir la correlación del mismo con la menstruación, se observó solamente en 21 de 80 observaciones, lo que a nuestro juicio contribuye también a dificultar el diagnóstico, puesto que el médico está acostumbrado a pensar que debe tener en cuenta el diagnóstico de endometrosis en aquellos casos que tienen molestias dolorosas de carácter cíclico y esto, en nuestra experiencia es la excepción, puesto que si nos basáramos en ello quedarían las $\frac{3}{4}$ partes de los casos sin diagnosticar.

Entre los datos de la enfermedad actual o en los antecedentes suelen encontrarse los de crisis dolorosas acompañadas de fenómenos de irritación peritoneal, náuseas intensas, vómitos, taquicardia, defensa y aún contractura en

bajo vientre pudiendo existir o no temperatura. Estas crisis pelviperitoneales endometróticas ya fueron claramente definidas años atrás por uno de nosotros (Ahumada) y su interpretación aceptada como producida por diseminación aguda del proceso al peritoneo pelviano, estallido de pequeños quistes achocolatados con implantes secundarios en peritoneo o bien menstruaciones retrógradas con pasaje de sangre menstrual a la cavidad peritoneal o proveniente de endometrosis mínimas tubarias. Estas crisis las hemos observado en 6 casos.

La presencia de temperatura moderada, elemento que en más de una oportunidad nos llevó al diagnóstico equivocado de tumor anexial inflamatorio, la hemos observado en el 8,7% de los casos e interpretamos este síntoma como debido a la resorción de la sangre de las formaciones quísticas así como de las sufusiones hemorrágicas intraperitoneales.

Nos ha llamado también la atención el hecho de que a pesar de tratarse de tumores intensamente adheridos a órganos vecinos, los síntomas de compresión de las vías urinarias o intestinales los hemos observado con poca frecuencia y casos de tumores voluminosos inclusive con extensión peritoneal y subperitoneal han constituido simples hallazgos operatorios (8,7% asintomáticos).

Sólo en tres oportunidades hemos comprobado síntomas de compresión sobre vías urinarias y en una, sobre tubo digestivo.

Para completar el cuadro hemos de citar que en tres casos, (8,7%) el motivo de consulta fué la esterilidad. Podría explicarse ello, en ausencia de toda otra lesión y considerando la frecuente y casi constante permeabilidad tubaria en esos casos, por la posibilidad de que se produzcan bloqueos pelvianos que dificulten la normal migración del huevo desde el ovario hasta trompas.

Diagnóstico

Es posiblemente la endometrosis ovárica la enfermedad ginecológica más difícil de diagnosticar, según la experiencia recogida después de estudiar concienzudamente nuestro material. La causa de ello es lo poco que se piensa en esta afección frente a un tumor quístico del ovario, lo atípico y variable de la sintomatología y finalmente por la frecuencia de casos asintomáticos. Constituyen elementos a favor del diagnóstico clínico de este proceso la existencia de un tumor anexial redondeado, fijo pero sin síntomas que expliquen su fijeza, la infiltración del Douglas, la existencia agregada de una retroversión fija o los antecedentes de algomenorreas o de crisis dolorosas pelviperitoneales tipo endometrótico.

Tratamiento

Siendo un proceso benigno por excelencia y apareciendo generalmente en mujeres jóvenes, antes de la menopausia, encontraría su indicación precisa el tratamiento quirúrgico conservador, es decir la extirpación del ovario afectado; sin embargo, en casi la mitad de los casos (39 de 80) hubimos de

efectuar tratamiento quirúrgico radical; ello ha sido debido a la bilateralidad de las lesiones, a la asociación con otros procesos patológicos o a lo intensamente adherido del proceso, que, para una más perfecta y satisfactoria liberación con resguardo del uréter y grandes vasos, necesitó un tratamiento más radical. En los casos restantes, la escala de conservadorismo fué desde la anexectomía unilateral con histerectomía supraístmica hasta la simple extirpación del tumor endométrico.

Tratamiento de la endometrosis del ovario

| | |
|---------------------------------------------------|---------|
| Operación de Wertheim | 2 casos |
| Histerectomía total con anexectomía bilateral . . | 9 „ |
| Histerectomía subtotal | 28 „ |
| Histerectomía subtotal con conserv. de ovario . . | 4 „ |
| Histerectomía supraístmica con conserv. de ovario | 7 „ |
| Histerectomía fúndica con conserv. del ovario . . | 6 „ |
| Anexectomía unilateral | 11 „ |
| Ooforectomía | 13 „ |

ENDOMETROSIS TUBARIA

Hemos considerado para este estudio solamente 50 casos de endometrosis tubaria, habiendo dejado de lado 24 casos en los que esta heterotopía se asociaba con otras localizaciones endométricas (9 endometrosis tubarias asociadas con uterinas internas y 15 asociadas con ováricas o peritoneales). Frecuente asociación que podría explicarse, siguiendo a Philipp y Huber por el desprendimiento de islotes endometriales asentando a nivel del istmo tubario e implante peritoneal consiguiente. Si bien la histología de los casos ha sido similar, la sintomatología de una y otra localización así como una conducta quirúrgica basada en la existencia de ambas lesiones hace que no puedan sernos de utilidad las consideraciones emanadas de estos últimos casos, por lo que los excluimos.

Hemos descartado también las siembras endométricas perisalpingianas que más que verdaderas endometrosis tubarias son formas peritoneales localizadas en la trompa y allí las consideraremos, así también como las proliferaciones nodulares o difusas de la mucosa salpingiana en el miosalpinx, verdaderas endosalpingiosis que si bien pueden tener alguna similitud clínica con las lesiones aquí consideradas no la tienen desde el punto de vista de la patología ni de la génesis.

Estudiando estos 50 casos hemos comprobado que la frecuencia del proceso es diferente según el segmento de la trompa considerado, tal es así que hemos hallado 29 formas intersticiales, (58%); 7 ístmicas, (14%); 8 ampulares (16%) y 6 localizadas en las porciones ampular e intersticial (12%).

Si bien en nuestro material hay casos en los que por haber consistido el tratamiento en la simple anexectomía unilateral no tenemos el estudio histológico de la otra trompa; del estudio de los protocolos operatorios, así como

***ENDOMETROSIS TUBARICAS SIN OTRA LESION
ANATOMO PATOLOGICA AGREGADA -
18 CASOS***

SINTOMAS

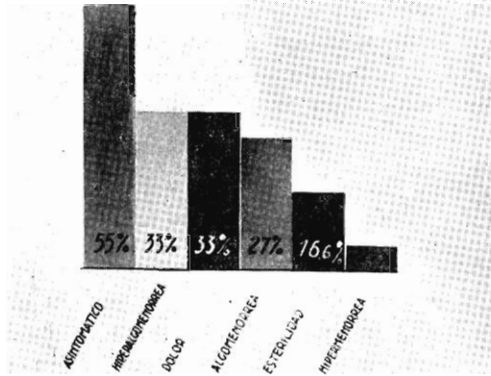


FIG. 5

de la totalidad de las piezas extirpadas podemos deducir que la bilateralidad se comprobó en el 66% de los casos.

Al igual que en otras localizaciones endométricas las lesiones asociadas se presentan en más de la mitad de las observaciones; tal es el caso de los miomas uterinos. Los restantes procesos, por su escasa frecuencia, impresionan más como meras coincidencias.

Lesiones asociadas:

| | |
|------------------------------------|----------|
| Mioma uterino | 18 veces |
| Embarazo ectópico | 2 „ |
| Carcinoma colli | 1 „ |
| Tumor del ovario | 5 „ |
| Procesos inflamatorios | 4 „ |
| Metropatía hemorrágica | 3 „ |
| Adenoma endometrial | 1 „ |
| Carcinoma del endometrio | 1 „ |

Patología:

El reconocimiento macroscópico de la lesión endométrica tubaria, ya sea de los ángulos tubarios, de la porción ístmica de la trompa como de los hematosalpinx es muy difícil de hacerlo con las proliferaciones de idéntico as-

pecto de naturaleza inflamatoria, endosalpingioide o de un embarazo tubario y es sólo la histología la que en última instancia da el diagnóstico.

La sustitución total del endosalpinx por mucosa del tipo endometrial constituye una eventualidad rara; mucho más frecuente es en cambio, la existencia de revestimiento endometrial a nivel del ángulo tubario, localizado en la porción intramural de la trompa, tan es así que se acostumbra a afirmar que la endometriosis tubaria es tanto menos frecuente cuando más nos acercamos al extremo ampular del órgano. Además de esta sustitución superficial existen los casos de penetración en pleno miosalpinx, de islotes de mucosa en forma de trayectos concéntricos derivados del endometrio heterotópico que tapiza la porción intramural de la trompa o bien por infiltración endometrioide de la pared uterina vecina al mesosalpinx sin intervención o participación del endosalpinx.

En cualquiera de las localizaciones es frecuente comprobar la reacción al estímulo hormonal en forma de minúsculas colecciones hemáticas, reacción decidual del estroma, transformación secretoria de las glándulas, depósitos de hemosiderina, etc.

Clínica:

Este proceso se observa de preferencia en pacientes jóvenes a tal punto que por debajo de los 40 años se han presentado el 70% de nuestros casos y el 16% por debajo de los 30 años, lo que la asemejaría, en parte, a la endometriosis externa más que a las mucosas endometriosis uterinas, que aparecen preferentemente después del cuarto decenio.

Otro dato de orden clínico que merece recalcar es el hecho de que la esterilidad se presentó en más de la mitad de los casos (62%).

Con respecto al cuadro sintomatológico la gran variedad de formas anatomopatológicas hace que preferamos considerar por separado la sintomatología de las diferentes variedades para después hacer una vista de conjunto del cuadro clínico.

Las endometriosis de la porción intersticial de las trompas, que en nuestro material son las más frecuentes, pasan por lo general inadvertidas, no dando ningún síntoma (65%; asintomáticas; 11 de 17 casos), en otros tres casos la paciente se operó por esterilidad sin otro síntoma agregado, comprobándose la lesión. Con respecto a los dolores generalmente exacerbados en la época menstrual, fueron hallados sólo en 4 oportunidades.

En contraposición, las formas ampulares casi siempre dieron síntomas, no existiendo ningún caso de hallazgo asintomático; la hipermenorrea, la algomenorrea o ambos síntomas se presentaron en la mitad de los casos y los dolores más o menos intensos y sin relación con la menstruación se observaron en todos los casos.

En conclusión podemos afirmar que las endometriosis tubarias determinan con tanta más frecuencia síntomas dolorosos cuanto más se acercan al ostium abdominal de las trompas predominando las formas silenciosas entre

las intersticiales. El tratamiento ha consistido especialmente en la extirpación de la trompa enferma, conducta conservadora explicable dada la edad de las pacientes, la frecuente bilateralidad explica que la salpingectomía bilateral haya sido la conducta frecuentemente aplicada, que se complementó con histerectomía en caso de lesiones asociadas. En otros casos ha sido el estudio anatómopatológico de piezas de histerectomía con anexectomía la que nos reveló la lesión tubaria asintomática.

Tratamiento realizado en nuestros casos:

| | |
|------------------------------------------------------------------------|--------|
| Operación de Wertheim | 1 caso |
| Histerectomía total con anexectomía bilateral ... | 11 „ |
| Histerectomía subtotal con anexectomía bilateral | 12 „ |
| Salpingectomía | 9 „ |
| Anexectomía | 7 „ |
| Histerectomía Fúndica con salpingectomía | 7 „ |
| Operaciones conservadoras (resecciones parciales en esterilidad) | 3 „ |

ENDOMETROSIS PERITONEAL

En nuestro material hemos hallado 31 casos de los que la heterotopía endometrial se presentó localizada exclusivamente a nivel del peritoneo; es decir que sobre la serosa, generalmente visceral, especialmente del fondo del saco de Douglas, vésicouterino, sobre vejiga, etc. se presentaban pequeñas formaciones quísticas a contenido hemático, sobre una zona congestionada o en aquellos casos en que este islote evolucionaba hacia la regresión, bajo la forma de una cicatriz estrellada, retráctil, deprimida, siendo sumamente fácil para el ojo avisado, por lo típico, reconocer este proceso, coexistiendo con adherencias del aparato genital interno a vejiga, rectosigma, y epiploon en ausencia de todo proceso inflamatorio. La sínfisis de Douglas constituye uno de los elementos más importantes a favor del diagnóstico intraoperatorio de endometrosis genital de esta variedad.

Estas lesiones se presentan excepcionalmente puras, vale decir, no asociadas a otras endometrosis, con especial preferencia a la del ovario y en cantidad sumamente variable. Con más frecuencia ellas constituyen un foco más dentro de una importante endometrosis externa ovárica (de 111 endometrosis externas, sólo 31 eran externas peritoneales). Podría encontrarse una explicación en la frecuente asociación con la endometrosis ovárica al hecho de que pequeñas efracciones en la pared de los quistes con ulterior siembra suelen ser la causa más frecuente de los implantes en la superficie peritoneal.

En la mayoría de estos casos se trataba de escasos islotes endometrosícos reconocidos por el ojo experto del cirujano en el curso de operaciones practicadas sobre el aparato genital por diversas lesiones; miomas, blastomas del ovario, carcinoma de cuello o endometrio y sólo en 5 casos se encontró la heterotopía endometrial pura, no asociada a ningún otro proceso patológico.

Histológicamente éstas se hallan constituidas por el típico adenoma endometrial de Sampson, pequeño útero en miniatura tan bien descrito por este autor que nos exime de mayores comentarios. Desde el punto de vista clínico la rareza de casos puros en grados tan extendidos como para obligar a la intervención, así como, lo poco característico de su sintomatología hace que casi siempre se trate de hallazgos operatorios. De los 5 casos de endometriosis externa peritoneal, sin lesiones asociadas, de nuestro material se intervinieron 2 para aclarar la causa de una esterilidad y los 3 restantes para establecer la causa de una dismenorrea intensiva y rebelde.

En todos los casos el síntoma constante fué la dismenorrea dolorosa intramenstrual, intensa, progresiva y rebelde, acompañada de hipermenorrea, dolores continuados en bajo vientre y síntomas urinarios en algunos casos, en relación con el asiento topográfico del islote heterotópico.

Tratamiento:

Si el diagnóstico de la endometriosis externa peritoneal es difícil o imposible, mucho más lo es decidir, en el acto operatorio, que hacer frente a este hallazgo. Desde luego que abandonados en el vientre estos injertos endométricos, siempre que no sean numerosos, tienden a una evolución regresiva con relativo silencio clínico y nosotros no hemos encontrado quistes de gran volumen con localización única intraperitoneal de una endometriosis externa. Con frecuencia suelen desaparecer dejando una cicatriz estelar o sinequia, salvo aquellos casos que caen sobre la superficie del ovario y pueden llegar ulteriormente a determinar una endometriosis profunda.

Cuando el foco es único, el tratamiento consiste en la simple extirpación con peritonización de la zona afectada con epiplon, asociándolo a la salpingectomía bilateral cuando la edad de la enferma lo justifica, haciendo con ello la profilaxis de nuevos implantes. Cuando asientan sobre órganos vitales, conociendo su evolución hacia la benignidad creemos que es preferible dejar algunos nódulos y no efectuar amplias operaciones sobre los mismos (grandes resecciones intestinales o vesicales, por ejemplo).

Como complemento, encuentra su indicación la corrección de todos aquellos factores que pueden favorecer la aparición de nuevos implantes, posiciones viciosas del útero, existencia de miomas, etc. En nuestro material, en las 5 oportunidades en que la afección era pura, la intervención se limitó a la resección del foco o focos endométricos; en los otros casos, toda la atención fué dirigida al proceso asociado a ella, practicándose en aquellos casos en que se efectuaron operaciones conservadoras, en enfermas en las que el problema de la esterilidad no interesaba la ligadura de las trompas.

ENDOMETROSIS FORNICAL VAGINAL PERFORANTE

Esta variedad, junto con la vesical y la umbilical constituyen las únicas posibles de diagnóstico preoperatorio, la accesibilidad de las lesiones explica que presenten una fisonomía tan característica como para permitir su diagnós-

tico cínico. Hemos tenido oportunidad de tratar 13 casos en esta serie y en todos ellos tratábase de una invasión profunda del espacio rectogenital y de los órganos vecinos, pared anterior del recto, y fornix posterior de la vagina.

En la mayoría de los casos el proceso se ha presentado como una formación nodular tamaño desde un grano de uva hasta puño de adulto, íntimamente adherida a la cara posterior del cuello uterino y al fornix posterior de la vagina; en otros casos como pequeñas formaciones poliposas, rojo-violáceas asentando sobre una induración retrocervical de límites poco netos y de extensión variable, propagada en los casos particularmente graves, hasta base de parametrios posterior y laterales. Al corte puede apreciarse que está constituido por un tejido de aspecto fibroso, cicatrizal, surcado por focos o microquistes hemorrágicos.

En nuestros preparados hemos podido comprobar una gran abundancia de formaciones glandulares ilegando a adoptar hasta imágenesseudoglomerulares en medio de una intensa reacción desmoplástica; en uno de nuestros casos esta hiperplasia reaccional del estroma fué tan intensa, que llegó a semejar un sarcoma fibroblástico maduro, tal era la intensidad de invasión y la inmadurez de sus células. Por otra parte, la falta de otros elementos citológicos de malignidad nos permitió descartar este último proceso.

La endometrosis fornical vaginal perforante, en nuestros casos, ha podido aceptarse como derivada de una endometrosis profunda de los ovarios en 6 casos; en tres casos era secundaria a una endometrosis uterina que por extensión intramural a la altura del istmo y retrocervix llegó hasta el fornix vaginal; en tres casos la lesión era secundaria a una endometrosis del fondo de saco peritoneal de Douglas, y en uno, secundaria a una endometrosis tubaria.

Clinicamente llama la atención el hecho de que esta localización se presente con cierta predilección en enfermas relativamente jóvenes; sólo 3 casos en mujeres mayores de 40 años, ninguna mayor de 45, y 3 en menores de 30 años.

Los síntomas más característicos han sido el dolor pelviano profundo pre e intramenstrual, al que se agregarían rectalgias intensas en esos mismos días. En otras oportunidades los síntomas dolorosos han sido de mediana intensidad y la paciente consultó por hemorragia genital escasa e intermitente.

En aquellos casos en que la lesión era secundaria a un foco de endometrosis ovárica y se acompañaba de un gran tumor abdomino-pelviano los síntomas de la localización intraperitoneal eran los que imprimieron las características al cuadro clínico.

A la inversa de lo que sucede con el resto de las endometrosis genitales, la circunstancia de su fácil accesibilidad explica que los problemas inherentes a esta localización endometrósica hayan sido más de conducta terapéutica que de diagnóstico.

El tratamiento aplicado en estos casos ha sido de preferencia eminentemente conservador, dada la edad juvenil de las pacientes y en los casos

de grandes lesiones uterinas u ováricas agregadas, se complementó la vía baja con la exéresis por la vía abdominal del foco primitivo, pudiendo llegar hasta la colpohisterectomía total ampliada, escala progresivamente radical a aplicarse especialmente cuando la edad y fertilidad de las pacientes no constituyen obstáculo y la gravedad de los síntomas así lo obligan. La extirpación de la pared anterior del recto, aún en los casos en que ella esté indurada, es generalmente innecesaria y los resultados a distancia obtenidos con el tratamiento quirúrgico han sido satisfactorios.

El tratamiento efectuado en nuestros casos puede apreciarse en la tabla adjunta:

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Extirpación del tumor por vía vaginal | 1 caso |
| Extirpación del tumor por vías alta y baja combinadas | 1 „ |
| Idem más salpingectomía bilateral | 1 „ |
| Resección del foco, histerectomía fúndica y anexectomía unilateral | 2 „ |
| Resección del foco, histerectomía fúndica y salpingectomía bilateral | 1 „ |
| Histerectomía total y colectomía parcial con o sin movilización vaginal del foco | 4 „ |
| Operación de Wertheim | 2 „ |
| Radium, seguido tiempo después, ante el fracaso, por operación de Wertheim | 1 „ |

SUMMARY

A review is made of 465 cases of endometriosis pertaining to the gynecology Clinic of Buenos Aires from the year of 1928 to 1955. These 465 cases are 1.6% of the total number of gynecological patients.

90.3% of these material is constituted by non associated endometriosis. These cases have been classified into varios groups: Mucous endometriosis 62% (internal uterine and tubal endometriosis). Serosa endometriosis (ovary and peritoneal): 27.4%. Others, 10.6%.

The internal uterine endometriosis constitutes the most important group, 47.5% of all the material. The author is able to recognize it macroscopically. It can be circumscribed or diffuse. It is posible to confuse them, by macroscopically examination, with diffuse hyperplasia and uterine myomas. In 51 of the cases there was a reaction to the hormone stimulation. In 18 of the cases there was hyperplasia of different degree.

The greatest number of cases of the normal diphasic cycle has internal uterine endometriosis.

There are two cases of endometriosis and pregnancy. There is one case where the patient had of perforation at the level of a focus of an internal endometriosis, during the curetting after an abortion.

In 4 cases the malignancy transformation was observed, and in 3 of them coexisted with A. C. E., and in the fourth case it was exclusive. A case where sarcomatose degeneration was observed.

The following are frequently associated with the internal uterine endometriosis: Myomas, 55%. Hyperplasia of the Endometrium, 14% . Adenomas, 14.4%. Salpingitis, 9%. Ovarian tumors, 5.4%. Cáncer of the cervix, 3.1%. Cáncer of the endometrium, 2.7%

An isolated internal uterine endometriosis is not frequent.

The symptoms most frequently found are: Low abdominal pain, 70%, metrorrhagia in 16,6%. The author suggests an explanation of the hemorrhage.

The diagnosis is presumed in the majority of the cases. The X-Ray very poor information. The pharmacodynamic tests are of relative value.

The treatment is conservative surgical, unless other associations might require other more ample procedures.

In the endometriosis of the ovary the characteristic fact is the "chocolated cyst", and it could be attached to the adjoining structures. Histologically easily recognized when they are small, not so, when they are very large and old. There is less conjunctive tissue around of heterotopic endometrium.

Only in 43% of cases pure forms has been found. Others associations: Uterine myoma, 4 cases. Ovarian tumors, 6 cases. Adenomas, 5. Salpingitis, 7 cases. Hyperplasia of the endometrium, 4. Cancer of uterine cervix, 3.

The important complaints are: Pain, 25% of cases during menstruation. History of a painful crisis accompanied by a peritoneal irritation. Moderate increase of temperature, 8,9%.

The symptoms of compression of the adjoining viscera have been observed with less frequency. Sterility in 8,7% of cases.

The diagnosis is difficult, the process must be kept in mind. The treatment is surgical and as far as possible conservative.

There are 50 pure cases of tubal endometriosis. Interstitial forms, 58%. Isthmic, 14%. Ampullar: 16%, and 12% localized in the ampulla and interstitial portions. In both tubes, 66%. May be associated with uterine myomas, ectopic pregnancy, cancer of cervix, tumors of the ovary, etc.

By the diagnosis de microscopic examination is required, because may be confused with ectopic pregnancy, endosalpingitis.

The tubal endometriosis is frequent in woman under 40 years of age, while the uterine endometriosis is frequently after the four decade of the life. Sterility, 62% of cases. Those localized in the interstitial portion are asymptomatic. Dysmenorrhea, 4 cases. The ampullar form gives a painful symptomatology. The closer they are to the abdominal ostium, more painful they become. Conservative treatment if it is possible.

There was 31 cases of peritoneal endometriosis, localized specially in the Douglas. Symptoms: Constant intermenstrual dysmenorrhea which is intense, progressive. Hypermenorrhea. Urinary symptomatology. The treatment is partial resection or in relation with the present conditions.

The author describes 13 cases of perforating fornical vaginal endometriosis. This variety together with vesical and umbilical endometriosis are accessible and easily diagnosed. In 6 cases was possible establish the relationship with the ovary endometriosis. In all of them there was an invasion of the rectovaginal septum. Occurring most frequently between thirty and forty year of age.

As for the symptomatology, this is not unlike that of chronic pelvic inflammatory disease, except that in many cases severe dysmenorrhea is present and that is frequently referred to the rectum or sacrococcygeal region.

The treatment as far as possible will be conservative.