

ENDOMETRIOSIS (*)

DR. LUCAS MOLINA NAVIA

CAPITULO I

LA elección del Tema de ENDOMETRIOSIS como Relato Ginecológico del Primer Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, reviste capital importancia, porque presenta a la ilustre consideración de los Srs. Congresales, una grave dolencia ginecológica, abdómino-pelviana, de marcha progresiva, que origina sufrimientos rebeldes, trastornos orgánicos y funcionales, y perturbaciones psico-somáticas de gran trascendencia en la vida de la mujer (54). Aviva aún más el interés el desconocimiento de su etiopatogenia y las determinaciones exactas de su tratamiento.

Los positivos progresos en estos últimos tiempos en el campo de la endometriosis, corresponden hacia la verificación de la primitiva teoría de Sampson, que fuera formulada en el año de 1921 y de su aplicación racional en la comprensión y explicación de la enfermedad.

El conjunto de los nuevos hechos que han modificado el significado conceptual de la enfermedad y que constituyen en la historia de la Endometriosis, conocimientos perfectamente establecidos, son los siguientes:

Sampson de 1921 a 1940 (59) (96 a 110) hace una revisión completa del problema de la endometriosis. Sus trabajos, un modelo de investigación, constituyen la base sobre la que descansan, todos los conocimientos modernos en relación con la enfermedad. Su teoría del implante del tejido endometrial, en la serosa peritoneal y en los órganos pelvianos, etc., por regurgitación de la sangre menstrual a través de la trompa, la apoya en los siguientes hechos:

- a) La enfermedad está asociada a la permeabilidad tubaria y que es rara en los casos de obstrucción precoz de las trompas.
- b) La enfermedad se observa de preferencia después de las operaciones sobre las trompas y el útero.
- c) Es posible constatar el reflujo de la sangre menstrual durante las intervenciones quirúrgicas.
- d) Las lesiones más frecuentes corresponden a porciones adyacentes a la fimbria tubaria.
- e) Transplantes homólogos de endometrio, en los animales de experimentación, sobreviven, etc.

Sampson, posteriormente, ha demostrado la propagación de la endometriosis por vía hematógena.

Javert (8) prueba que el estroma y las glándulas endometriales, pueden

(*) Relato oficial del Primer Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología (Del 15 al 20 de Marzo de 1959).

extenderse por vía directa al miometrio, implantarse de manera anómala en la serosa peritoneal, por regurgitación de las cédulas endometriales por la luz tubaria, seguir los canales linfáticos y proliferar en los ganglios linfáticos, y siguiendo los vasos sanguíneos, propagarse localmente y a distancia. El ilustre Profesor de la Universidad de Cornell, concluye por postular su teoría de la "Metástasis Benigna de la Endometriosis" y que las vías de diseminación del proceso, serían las mismas que las del carcinoma uterino. Además, Javert precisa el significado conceptual de la enfermedad y denomina **ENDOMETRIOSIS** a toda localización ectópica del endometrio y que solo se debe conceder, significado descriptivo, a las usuales denominaciones de "adenomiosis", "adenomioma", "implantes endometriales", "endometriosis externa e interna", etc. Establece que la patología fundamental es la misma y que la área de endometrio ectópico, exhibe los mismos cambios cíclicos hormonales y las alteraciones propias del endometrio.

Scott, Te Linde y Wharton (111) en 1953, producen endometriosis experimental en monos, alterando el flujo menstrual, con lo cual prueban la teoría de Sampson, del flujo retrógrado de los fragmentos del endometrio y la viabilidad del tejido endometrial contenido en la sangre menstrual.

Ridley (112) en 1958 determina endometriosis experimental en humanos, por la inyección de sangre menstrual en la parte inferior de la pared abdominal, de tal manera, que el sitio de implantación debía ser extracelómico, extragenital y en la región donde no se han realizado previas operaciones.

Numerosas observaciones clínicas y experimentales, como los implantes de endometrio, cultivo de tejidos, etc. (58 al 79) constituyen otras tantas pruebas directas e indirectas de la teoría de Sampson.

No estamos capacitados para rechazar otras opiniones sobre la patogénesis de la endometriosis, pero no es conveniente aceptar teorías no probadas, que lejos de aclarar el significado de la enfermedad, lo llenan de complejidad y de misterio. Así podemos enumerar las teorías de la transformación metaplástica de Iwanoff, Meyer y Novak (57), la del origen de la endometriosis como correspondiente al crecimiento de los restos de Muller (55) (56) y la de Meigs (58) debida a trastornos hormonales que repercutirían sobre restos embrionarios.

Recientemente se han planteado nuevos problemas como los que tratan de relacionar la endometriosis a la estromatosis uterina o sarcoma endometrial. Existe indudablemente, confusión de términos, ya que no se ha probado el origen común de ambas lesiones y ni siquiera se conoce la histogénesis del sarcoma endometrial.

Artículos magníficamente elaborados sobre endometriosis se encuentran en la literatura (1) (2). Nuestro propósito en el presente Relato, es estudiar los casos debidamente comprobados de endometriosis, procedentes del Pabellón N° 5, II Sala, del Hospital Arzobispo Loayza de Lima, en relación con los problemas que plantea la enfermedad y con los conocimientos establecidos en el momento actual. La extensión de nuestro desarrollo estará estrictamente

subordinado al material que disponemos y circunscribiremos nuestra discusión solo a los datos que nos ha sido posible obtener.

Los trabajos nacionales sobre el Tema corresponden a Tesis para el Bachillerato en Medicina y han contribuido también a ilustrar nuestro criterio: "Estudio sobre el problema de la endometriosis" (Casuística: 5) de Manuel Vento Vásquez (1939); "Consideraciones anátomo-clínicas sobre las distopias funcionales del endometrio humano adulto" (Casuística: 10) Mariano Bedoya Hevia (1940); "Consideraciones clínicas y terapéuticas sobre la adenomiosis" de Eduardo E. Pacussich (1950); y la "Endometriosis uterina intramural" (Casuística: 10) de Benjamín Benavente Lozada (1950); "Estudio clínico y patológico de las endometriosis extraperitoneales" de Waldo Velásquez.

La elaboración de este Relato es el fruto de la inteligente colaboración del Dr. ROBERTO GORDILLO DELBOY y le manifestamos nuestro sincero reconocimiento. El Dr. JUAN MANUEL GARCIA GIESMANN ha contribuido en la parte histopatológica y nos ha permitido apreciar algunos aspectos del proceso al revisar toda la estadística del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

CAPITULO II

Estudio crítico del material correspondiente al pab. 5 Sala II del Hospital Loayza de Lima desde el año de 1951 a 1958.

El análisis comprende el estudio de 5930 pacientes, con diversas condiciones ginecológicas, que ingresaron al Pab. 5-2a. Sala del Hospital Loayza de Lima, desde 1951 a 1958 y que después de la intervención quirúrgica, se comprobó histológicamente endometriosis en 45 casos.

CUADRO 1. ENDOMETRIOSIS PROBADA AL EXAMEN HISTOPATOLOGICO DESPUES DE LA INTERVENCION QUIRURGICA

<i>Pacientes estudiados Hosp. Loayza Pab. 5 II Sala. 1951 - 1958</i>	<i>Nº casos endometriosis</i>	<i>%</i>
5930	45	0.75

El diagnóstico de endometriosis fué hecho en 45 casos con una incidencia de 0.75%. La frecuencia de la endometriosis para Siegler (3) es de 8%, considerando los casos comprobados y los sospechados clínicamente; Lapp (4) da una incidencia de 0.22%; Javert (8) de 5.61%; Sinclair (27) de 1.8% etc.

La cifra de incidencia que hemos dado, es un poco más baja que la que consideran los autores en conjunto y solo puede ser comparada con la correspondiente a las enfermas hospitalizadas en servicios comunes. Efectivamente nuestras pacientes proceden de un servicio común del Hospital Loayza de Lima, que contraen matrimonio tempranamente y que no observan, por lo general, prácticas anticoncepcionales que retarden o impidan la gestación. Meigs (5) en un análisis de 400 laparotomías practicadas en servicio común y 400 en servicio privado, encuentra 5 y 28% de endometriosis respectivamente; estos hallazgos han sido confirmados (8) (9), etc.

FACTOR EDAD

La endometriosis se observa en toda la época reproductiva de la vida. El 88.9% está comprendida entre los 34 y 53 años de edad. Estos datos concuerdan con los referidos en otros sitios (9). Llama la atención que la endometriosis se observa con más frecuencia después de los 30 años. No hay ninguna explicación satisfactoria que conozcamos. Para el grupo de nuestras enfermas la presentación tardía de la enfermedad estaría en relación con el poco cuidado de la paciente en la atención de su dolencia o demora para acudir a la consulta médica o, muy probablemente, también a la forma particular de evolución del proceso u otros factores difíciles de valorar. Desde luego está perfectamente admitido que en el desarrollo tardío guarda relación con el retardo del matrimonio y paridad (3) (5) (9), que infortunadamente por falta de mayores datos no podemos relacionarlos con esta circunstancia.

CUADRO 2. ENDOMETRIOSIS: 45 CASOS

<i>Edad</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
24 - 28	2	4.4
29 - 33	3	6.7
34 - 38	6	13.3
39 - 43	15	33.3
44 - 48	10	22.2
49 - 53	8	17.8
54 - 58	1	2.2
Total:	45	100.0

Como era de esperar, no hemos encontrado casos de endometriosis en la menarquia y después del climaterio. Eso sí, en los especímenes post-climáticos puede ocasionalmente constatarse áreas de endometriosis de tipo atrófico (adenomiosis) como reliquia de que existieron en otra época.

FACTOR FERTILIDAD

CUADRO 3. ESTERILIDAD. PARIDAD. ABORTOS ENDOMETRIOSIS: 45 CASOS

	<i>Nº</i>	<i>%</i>	
Estériles	7	15.5	Nota: Abortos 24 casos No " 21 "
Con 1 hijo	14	31.1	
" 2 "	19	42.2	
" 3 "	5	11.1	
	45	100.0	

En este grupo, de 45 endometriosis probada quirúrgicamente hay 7 nulíparas, 15.5 %; 14 con un hijo, 31.1 %; 19 con 2 hijos, 42.2 %; y 5 con 3 hijos, 11.1 %. Presentaron abortos 24 casos.

Para algunos autores la endometriosis sería la causa del 34 % de infertilidad (10). La exacta relación entre la endometriosis y la fertilidad, no está bien determinada. Es bien sabido que la gestación puede ocurrir en casos definidos de endometriosis (3) así como puede estar asociada a gran número de casos de infertilidad. Desde luego los casos de infertilidad que coexisten con la endometriosis no pueden ser exclusivamente atribuidos a esta condición.

En nuestra serie hay 15.5% de infertilidad absoluta, admitamos, debida a la endometriosis. Si comparamos esta cifra con el 27.4% de infertilidad que se observa por el uso de contraceptivos (11) y con el 12% de esterilidad correspondiente a la población general (15), prácticamente carece de significado. Beacham (12) encuentra que la endometriosis es rara en China, India y Oriente donde los matrimonios ocurren muy temprano. Por nuestra parte, la incidencia de 0.75 % de endometriosis del cuadro N° 1, sólo puede ser homologada con los índices más bajos, vale decir, nuestros resultados concuerdan con los de Beachman. Entre nosotros no se ha determinado el índice de infertilidad de la población general, de tal manera que nos falta un término de comparación para estudiar este problema en la endometriosis.

En la literatura se consigna que el promedio de infertilidad asociada a la endometriosis es de 40 % (3) (16) (17) (18) (19) (20) cuando se la compara con la población general. Para justipreciar esta cifra es necesario un criterio más positivo y directo. No se conoce el número de personas con endometriosis en la población general. Muchas pacientes con la enfermedad no consultan al médico y otras que están bajo cuidado médico no tienen el diagnóstico clínico de dicha dolencia. Los valores estadísticos y la evaluación estadística sólo pueden ser obtenidos por la confirmación absoluta del diagnóstico histológico y por la certidumbre de que el grupo seleccionado de la población general, que sirve de término de comparación, no tiene endometriosis. Ambas cosas no son posibles en la práctica. La conclusión que podemos sacar es obvia: *Las mujeres con endometriosis y aquellas de la población general no pueden ser comparadas.* Lo único que existe en común es la edad de pertenecer a la época reproductiva de la vida. Hay que agregar la confusión derivada de los términos que se emplean. En la estadística general se consideran como fértiles a todas aquellas mujeres que han tenido hijos en cualquier tiempo de la época reproductiva de la vida; en tanto que se juzga como infértil, en los casos de endometriosis, cuando no ha existido concepción a partir de un determinado período de tiempo, que puede ser de dos o más años. Todas esas circunstancias concurren para falsear los datos estadísticos.

FACTOR DE LA VIDA MATRIMONIAL SIN HIJOS

Se aprecia en el cuadro N° 3, que 45 pacientes con endometriosis tienen en total 67 hijos, sin considerar los abortos. En Lima, un promedio razonable de hijos por cada mujer casada normal, sin considerar los abortos puede ser de tres hijos. En 45 mujeres sanas de la población general, con la corrección del 10 % aproximado, se tiene un total de 120 hijos. Comparando estos datos se

comprueba que en la endometriosis, hay menor número de hijos, la mitad aproximadamente de los que se encuentran en el grupo sano, aún cuando la vida matrimonial entre nosotros se inicia tempranamente y las prácticas anti-concepcionales entre las parejas, cuyas mujeres concurren a los servicios hospitalarios comunes, son poco frecuentes o no usadas. Existe, pues, un definido factor de infertilidad en los 45 casos de endometriosis comprobadas, que puede ser vinculado al proceso mismo y al indudable mayor período de duración de vida matrimonial sin hijos. Siegler (3) en 67 casos de endometriosis externa verificada quirúrgicamente, encuentra hasta el 80 % de endometriosis en pacientes para los cuales había trascendido más de 10 años sin tener hijos y el 8 % para un período aproximado de un año. Creemos también que la endometriosis está asociada a la infertilidad y a la duración de la vida matrimonial sin hijos.

FACTOR ABORTO

El 53.3 % de las 45 pacientes con endometriosis, presentan abortos, una cifra muy superior que la correspondiente al índice de aborto de la población general (3). Esta predisposición ha sido señalada por Counseller (9), Bennet (14), y otros.

DISTRIBUCION

CUADRO 4. DISTRIBUCION DE LA ENDOMETRIOSIS EN 45 CASOS COMPROBADOS QUIRURGICAMENTE

Localización	Nº	%
Ovario	9	20.0
Trompa	12	26.6
Superficie serosa del útero	16	35.5
Rectosigmoide y Douglas	5	11.1
Cérvix	1	2.2
Ombliigo	1	2.2
Cicatriz operatoria	1	2.2
Total:	45	100.0 (aprox.)

La localización más frecuente corresponde a la superficie serosa del útero con 16 casos, 35.5 %; trompa 12 casos, 26.6 %; ovario 9 casos, 20 %; Douglas y rectosigmoide 5 casos, 11.1 % y hay tres localizaciones muy poco frecuentes y que corresponden 1 caso en el ombliigo; 1 caso en la cicatriz operatoria y 1 caso en el cuello uterino.

La endometriosis del ombliigo es una condición poco frecuente. Latcher (70) en una recopilación que hace de la literatura mundial a la que agrega uno de su propia casuística, señala hasta el año de 1953, 109 casos de endometriosis. La incidencia que dan los autores es variable: Counseller (82), 0.42 %; Scott (83), 0.8 %; Jenkinson (84), 2.5 % Pumprey (85), en una revisión de 48 casos la encuentra en un 4 %. Nosotros la encontramos en el 0.22 %.

La historia es la siguiente:

C. S. L., 47 años de edad, mestiza, casada a los 24 años. Ha tenido cuatro embarazos el primero a los 33 años y el último a los 39, terminando los cuatro en abortos espontáneos, que requirieron de otros tantos curetajes uterinos. Dismenorrea desde que se inició la menarquia a los 12 años. Ingresa al Pab. 5 II Sala del Hospital Loayza de Lima el 28 de Enero de 1956, porque desde hace un año nota una tumoración en el ombligo del tamaño de una uva, color rojo vinoso y que es dolorosa en el momento de la menstruación. Utero aumentado volumen y fibromatoso. Operada el 4 de Febrero de 1956, se hace la extirpación del nódulo umbilical y no se encuentran signos de endometriosis peritoneal. Histerectomía total con preservación de anexos. El examen histopatológico revela: Endometriosis umbilical. Leiomioma uterino. Cervicitis crónica.

En este caso han trascurrido 9 años de vida matrimonial antes de que ocurra el primer embarazo y los 4 embarazos que tuvo terminaron en abortos espontáneos que requirieron curetajes uterinos. Es de especial interés por los problemas que plantea desde el punto de vista patogénico.

Era de esperar en este caso de acuerdo con la teoría de Sampson (97), comprobada por Te Linde y Scott (83), la existencia de endometriosis peritoneal. El examen histopatológico después de la laparatomía fue negativo para cualquier otro tipo de endometriosis que no fuera el umbilical. Casos similares describen Scott y Te Linde (83), Roque (86), de Moraes (87), de Feo (88). Latcher (70) encuentran que en 24 pacientes con endometriosis del ombligo sólo tres exhibían endometriosis peritoneal.

La explicación de la endometriosis del ombligo no es satisfactoria todavía. Aparentemente la teoría de Sampson no es suficiente para explicarla, cuando es exclusiva y no hay otras localizaciones peritoneales. Novak (89) piensa que se trata de una metaplasia serosa. Sin pretender concluir en asunto tan debatido sólo queremos recordar, en defensa de la teoría de Sampson, los importantes trabajos de Javert (9) que demuestran que la endometriosis es la consecuencia de una metástasis similar a la que se observa en los procesos malignos y cuyo punto de partida se encuentra en el endometrio normal. Por otra parte, el estudio de las localizaciones de la metástasis de los carcinomas de ovario y útero, demuestra que no infrecuentemente se localizan en el ombligo.

Hay un caso de endometriosis localizado en la cicatriz de una cesarea previa y que se observó a los dos años de la intervención quirúrgica. La lesión consistía en una pequeña tumoración situada en la parte media de la cicatriz y que era particularmente dolorosa durante la menstruación. Este tipo de lesiones se encuentra en el $1\frac{1}{2}$ por mil después de cesareas abdominales y $1/15$ por mil en otras operaciones abdominales (91) y pueden observarse a las pocas semanas de la intervención quirúrgica y algunas hasta después de los 14 años (91). La sintomatología no es uniforme: asintomática, dolorosa, sangrante, etc. El caso que comentamos, uno más en la literatura, corresponde a una incidencia de 0.1 por mil.

Queremos llamar la atención sobre un caso de endometriosis de loca-

lización poco frecuente y que pertenece a nuestra casuística. Se trata de una endometriosis de cuello uterino, asociada a endometriosis del ovario y peritoneal. La historia es la siguiente:

Historia Clínica N° 4739. Pab. 5 II Sala. Hospital Loayza de Lima. Ingresa: 16-VII-56. V. R. 24 años de edad. Menarquia a los 14 años, tipo 33/3. Himen indemne y sin relaciones sexuales. Desde hace años dismenorrea dolorosa localizada a la parte inferior del abdomen y regiones lumbar y sacro-coccigea. Discretos trastornos urinarios. Hipomenorrea. El examen rectal descubre doble tumoración localizada en las regiones hipogástrica y fosa ilíaca izquierda. Operada el 24-VII-56. Abierta la cavidad peritoneal se encuentra una gran masa tumoral formada por ambos ovarios quísticos achocolatados, trompas, cuerpo uterino y una porción de epiplón. Se liberan las adherencias y practica doble ooforosalingectomía, histerectomía total y apendicectomía. Se confirma el diagnóstico pre-operatorio. Diagnóstico histopatológico: Lámina N° 17973. Departamento de Anatomía Patológica. Dr. Pedro Weiss. "Endometriosis de ovario. Endometriosis de cervix. Endometrio en fase proliferativa".

Hasta el año 1952 se habían descrito doce casos de endometriosis primaria de cuello uterino en la literatura (90), en ese mismo año Rannel (90) agrega 16 casos más de su propia casuística observados en el corto lapso de tiempo de cuatro años y con una sintomatología variable: lesiones localizadas en la pars vaginalis del cuello, elevadas o planas o nódulos azulados o ulceraciones con aspecto de neo-formaciones, etc., que podían dar metrorragias, hemorragia post-coital y en relación, por lo general, con operaciones previas (dilatación, curetaje, histerectomía supra-cervical, operaciones sobre el cuello).

El caso que comentamos brevemente, el primero que se describe en el Perú, pertenece al archivo del Departamento de Patología de la Facultad de Medicina de Lima. Dr. Pedro Weiss. N° 17973. No fue diagnosticado clínicamente por tratarse de una paciente con himen indemne y en donde no era posible practicar el examen por vía vaginal y visualizar la lesión. Fue un hallazgo quirúrgico. La lesión estaba localizada en el canal cervical, sin sintomatología característica, y asociada a endometriosis de ovario y peritoneal. Su patogenia nos parece obscura ya que no se ha encontrado adenomiosis de cuerpo —a menos que se halle presente en otros blocks del preparado— y podría suponerse que la propagación se ha realizado por vía linfática o hemática de curso retrógrado.

PATOLOGIA ASOCIADA

CUADRO 5. PATOLOGIA ASOCIADA. 45 CASOS DE ENDOMETRIOSIS
COMPROBADA QUIRURGICAMENTE

	Nº	%
Fibromiomas uterinos	15	33.3
Quistes foliculares simples de ovario	10	22.2
Salpingitis crónica	10	22.2
Apendicitis	10	22.2
Cervicitis crónica	7	15.5
Hiperplasia de endometrio	3	6.6
Cistadenoma papilar de ovario	6	13.3
Hematosalpinx (*)	2	4.4
Endometritis crónica	1	2.2
Quiste G. Bartholino	1	2.2
Quiste paraovárico	1	2.2
Pólipo endometrial	1	2.2
Abceso tubo-ovárico	1	2.2
Quiste dermoide de ovario	1	2.2
Quistes hemorrágicos de ovario	2	4.4

Las lesiones asociadas más frecuentemente a la endometriosis en nuestra casuística corresponden a los fibromioma uterinos, quistes foliculares del ovario ni los encontrados por los diferentes autores citados por Giammalvo confirman esta presunción.

ENDOMETRIOSIS Y ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO

Por su importancia queremos destacar esta cuestión. No hemos encontrado un solo caso de endometriosis asociado al adenocarcinoma de endometrio. Siegler (3) lo encuentra en 2 instancias de 67 casos de endometriosis, sin poder probar su relación causal. Sampson (38) ha observado casos en los cuales el carcinoma procede del epitelio de las glándulas endometriales ectópicas. Holmes (39) no lo encuentra en sus series y Counseller (40) vió un caso de adenocarcinoma de endometrio en 308 casos de endometriosis.

Juan García Giesmann (93), entre nosotros, en una revisión del material de preparados histológicos recibidos en el Laboratorio de Anatomía Patológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Lima (Perú), en el lapso de tiempo comprendido entre 1952 a 1958 inclusive y cuyo número alcanza 87,106 preparados, encuentra 134 casos de adenocarcinoma de endometrio. Incidencia no corregida 0.15 %. Considerando las enmiendas pertenecientes y descartando todas las biopsias encuentra que para los especímenes obtenidos por histerectomía hay 36 casos de adenocarcinoma, asociados a 3 casos de endometriosis interna (8.5 %) y 2 casos de endometriosis externa ovárica (5.5 %).

Giammalvo y Kaplan (94) en un estudio de 124 carcinomas endometriales encuentran que 40 (33 %), tenían adenomiosis y que en un grupo de control de 264 úteros de la misma edad sin carcinoma, removidos quirúrgicamente por

diferentes diagnósticos habían 48 casos de adenomiosis (18 %), y postula la posibilidad de que la endometriosis interna se encuentra entre los trastornos de crecimiento asociados con el carcinoma endometrial y sugiere la posibilidad de una etiología común. Ni los hallazgos de García Giesmann entre nosotros ni los encontrados por los diferentes autores citados por Giammalvo confirman esta presunción.

ENDOMETRIOSIS Y SARCOMA ENDOMETRIAL (ESTROMATOSIS UTERINA)

El hecho de haberse descrito entre nosotros dos casos de "sarcoma endometrial o estromatosis uterina" (117) y que recientemente ciertos autores tratan de establecer una relación entre esta condición y la adenomiosis, es que nos vamos a permitir hacer un breve y pequeño comentario del asunto.

La variada sinonimia de la estromatosis uterina (113) "endometriosis estromatosa", "endometrioma intersticial", "miosis estromal endolinfática", etc., indica el poco conocimiento que se tiene sobre el origen de esta lesión y no habiéndose demostrado la identidad u origen común de la estromatosis uterina con la adenomiosis está del todo injustificado postular conclusiones que relacionen entidades nosográficas diferentes.

Hunter, Nohlgren y Lancefield (114) y Hunter y Latting (115) en el comentario que hacen a 8 casos de estromatosis uterina o sarcoma endometrial que describen y que ellos denominan "*endometriosis estromal*" no ven las razones por las que debe separarse la estromatosis de la adenomiosis y piensan que "la endometriosis estromal es una neoplasia peculiar y una variante de la muy común no neoplásica entidad conocida con el nombre de adenomiosis". Sus argumentos, fundamentalmente, se refieren al modo como el endometrio invade el miometrio para formar o constituir la adenomiosis y como se extiende la propia adenomiosis; encuentran los autores que en la adenomiosis el estroma se extiende y propaga, a manera de punta de lanza, a lo largo de las delgadas paredes vasculares y que posteriormente irrumpen las glándulas. El estroma en su invasión determina hernias y formaciones poliposas en relación con los vasos, si en estas circunstancias se secciona el tejido suprimiendo la *conexión* le dá el aspecto de pólipo y se tiene una "perfecta imitación de endometriosis estromal", cosa similar se observaría en el caso de que la invasión del estroma no fuera seguida por las glándulas. Hasta este punto no se comprende cómo este simple hecho pueda ser suficiente para establecer tan importante relación. Después, a partir de este momento Hunter y colaboradores son ininteligibles y sin referirnos a ciertas contradicciones precipitadamente concluyen en *suponer* que "estas dos condiciones pueden tener un origen embriológico común y que un estímulo puede conducir a la adenomiosis y otro a la endometriosis estromal". Después de habernos referido a importantes hechos descritos por Sampson, Javert, Scott, etc., no tienen significado ni sitio meras suposiciones.

Hay algo más. El endometrio es una unidad histológica, funcional y patológica. No está permitido, mientras no haya sido probado con hechos, con-

ceder prioridad al estroma o a las glándulas. En la metástasis benigna de la endometriosis, Javert (116) en un estudio de 153 pacientes con diferentes condiciones y a los que se les hace linfadenectomía pelviana selectiva en unos casos y completa en otros, encuentra en 10 de ellos endometriosis de los ganglios linfáticos y nos muestra, en magníficas pruebas microfotográficas, el hallazgo de glándulas exclusivamente en los canales linfáticos y en los ganglios mismos hay cuatro casos con endometriosis típica (glándulas y estroma) y en 7 casos endometriosis atípica (glándulas solamente), en ningún caso estroma endometrial exclusivo. Por lo que se ve, desde el punto de vista que nos interesa más importante son las glándulas que el estroma endometrial. Hunter y colaboradores a nuestra manera de ver, están impresionados por el hallazgo en un caso confirmado clínica y patológicamente de endometriosis, en una área de endometrio ectópico, una zona de estromatosis uterina ó sarcoma endometrial. Ya Javert nos ha enseñado que la patología del endometrio, cualquiera que sea su localización, es la misma. Nuestra interpretación del caso de Hunter es sencilla, se trata de dos lesiones que coexisten.

SINTOMATOLOGIA

CUADRO 6. SINTOMATOLOGIA: 45 CASOS DE ENDOMETRIOSIS CONFIRMADA QUIRURGICAMENTE

Síntomas	Nº	%	
Dismenorrea	24	53.3	
Dolor abdominal bajo	12	26.6	
Dispareunia	9	20.0	
Dolor rectal	9	20.0	
Síntomas vesicales	3	6.6	
Náuseas y vómitos	2	4.3	
Cefálea	3	6.6	
Fiebre	1	2.2	
<i>Trastornos menstruales</i>			
Menorragia	12	26.6	
Metrorragia	6	13.3	
Menometrorragia	10	22.2	
Irregular	5	11.1	
Amenorrea	2	11.1	77.7%
Falta de toda anormalidad menstrual	10	22.3	„

El síntoma más destacado es la dismenorrea se presenta en más de la mitad de los casos. De manera general el dolor lo referían las pacientes a la parte inferior del abdomen y se exacerbaba con la menstruación, relaciones sexuales, estación prolongada de pie, examen pelviano. El dolor no se modificaba mayormente por antiespasmódicos o calor.

Sacralgias, dispereunia, malestar o dolor durante la defecación, etc., particularmente durante la menstruación, ocurrían relativamente con cierta frecuencia. En ningún caso hubo crisis aguda dolorosa debida a la ruptura de un quiste chocolate. No hemos tenido ningún caso de obstrucción intestinal debida a localización ectópica de endometrio en el sigmoide. Definitivamente no hemos encontrado ninguna relación entre la extensión del proceso confirmado

a la laparotomía y la intensidad y frecuencia de síntomas que acusaban las enfermas.

El 77.7 % de parientes tienen algún tipo de anormalidad menstrual: menorragia, metrorragia, etc. Bennet (14) la encuentra en los 2/3 de casos; Counseller (9) en el 88.3 %; Payne (21) en el 56 %; Lamb (22), 46 % Preston (23), 40 % á Siegler (24), 20 %; Te Linde (2), 20 %.

Bayly (25) dice que la endometriosis no es causa frecuente e importante de hemorragia uterina anormal. Esta opinión nos parece correcta. En los casos que describimos 7 pacientes tienen cervicits; 5 hiperplasia de endometrio; 1 pólipo endometrial; 1 endometritis crónica, etc. No puede ni debe considerarse en estos casos, las alteraciones menstruales como debidas exclusivamente a la endometriosis.

Signos físicos

CUADRO 7. SIGNOS FISICOS: 45 CASOS DE ENDOMETRIOSIS

	Nº	%
1. Tumoración en el fondo de saco de Douglas y en relación directa con los ligamentos útero-sacros	26	57.7
2. Retrodesviación fija del útero	17	37.7
3. Pérdida del contorno normalmente perceptible bi-manual	35	77.7
4. Utero aumentado de volumen	15	33.3

En 26 casos (57.7 %), se encontró tumoración en el fondo de saco de Douglas y en relación directa con los ligamentos útero sacros. Retrodesviación del útero en 17 casos (37.7 % y pérdida del contorno normalmente perceptible al examen bi-manual en 31 casos (77.7 %). Utero aumentado de volumen en 15 casos. Queremos destacar el signo de la pérdida del contorno normalmente perceptible de los órganos pelvianos por la palpación bi-manual como de especial interés en el diagnóstico de la endometriosis asociado desde luego, a la tumoración dolorosa en relación especialmente con los ligamentos útero-sacros.

DIAGNOSTICO

Hemos señalado que la casuística que constituye nuestro material proviene fundamentalmente de la sala de operaciones y del laboratorio de Anatomía Patológica. El diagnóstico clínico no ha sido expresado en la mayor parte de las historias. Quiere significar que el proceso endometriósico ha sido enmascarado dentro de un cuadro clínico poco preciso o poco apreciado. Nos inclinamos a pensar en lo último, por lo menos para un cierto número de enfermas, ya que se lee en los cuadros de la sintomatología y signos físicos, elementos suficientes para encaminar el conocimiento pre-operatorio. Existen cuadros clínicos bien conocidos de la topografía regional de la enfermedad y existe un cuadro clínico general que ayuda su esclarecimiento. Existen en fin otros métodos auxiliares del diagnóstico pre-operatorio.

El diagnóstico operatorio, durante la laparotomía exploradora y el diagnóstico histopatológico, han demostrado entre nosotros un indiscutible progreso. La imagen macroscópica de las lesiones es fácilmente esclarecido en sus diversas modalidades y la rutina del examen microscópico, así como la biopsia selectiva, son los principales factores que han marcado la natural evolución en el despistaje de la endometriosis.

Insistimos en la necesidad del conocimiento clínico de la dolencia y propender a alcanzar el índice medio actual del 20 %. Si actualmente tenemos un conocimiento maduro de la enfermedad vista desde adentro, es conveniente poderla ver desde afuera, sobre todo, pensando en los tiempos que vendrán, nos referimos a los adelantos en el campo de la terapéutica médica y de los felices resultados de su aplicación, que muy posiblemente serán cristalizados en los próximos años.

PRONOSTICO

Considerando el carácter evolutivo del proceso, la endometriosis tiene un pronóstico reservado. No obstante el perfeccionamiento de los métodos anestésicos y de las técnicas quirúrgicas, para evitar accidentes y muertes operatorias, pueden ocurrir complicaciones graves. Aunque no existe ninguna relación probada, entre la endometriosis y los tumores malignos, pueden coexistir, particularmente con el carcinoma endometrial, del sarcoma endometrial y el adenocarcinoma del ovario, condiciones que agravan considerablemente el pronóstico.

Los resultados lejanos no son enteramente satisfactorios y a veces las enfermas están condenadas, apesar del tratamiento, a prolongados sufrimientos que llegan a interesar su estado psíquico.

En las 45 operaciones del Pab. 5-Sala II, no se ha registrado ninguna muerte. Los resultados del post-operatorio inmediato, han sido buenos. No conocemos los resultados lejanos por falta de visitadoras sociales relacionadas con el servicio.

TRATAMIENTO

CUADRO VIII. TRATAMIENTO: 45 CASOS DE ENDOMETRIOSIS COMPROBADOS QUIRURGICAMENTE

	Nº	%
Histerectomía total con extirpación de ambos anexos	15	33.3
Histerectomía subtotal con extirpación de ambos anexos	15	33.3
Histerectomía subtotal con conservación de ambos anexos	10	22.2 (?)
Miomectomía simple y salpingectomía izquierda	1	2.2
Extirpación de un anexo	4	8.8

El *tratamiento quirúrgico* fue el método de elección para los 45 casos. En 30 casos se hizo cirugía radical de la endometriosis. (66.6 %).

No existe ningún caso sometido a tratamiento médico.

Todas las pacientes han tenido un buen post-operatorio.

Los resultados mediatos no han sido consignados por carencia de visitadoras sociales.

Como se ve el tratamiento quirúrgico desde el punto de vista de la técnica empleada ha sido excelente y deja mucho que desear en el aspecto médico y en la valorización de los resultados alcanzados. Es el objeto del presente relato, exponer los hechos tal como verdaderamente son, sinceramente, con el propósito de mejorar nuestra conducta futura, a la luz de las enseñanzas de este Congreso que reúne personalidades científicas de reconocido prestigio internacional.

CAPITULO III

Consideraciones diagnósticas

DIAGNOSTICO

Problema del diagnóstico.

La aproximación clínica en el diagnóstico de la endometriosis considerando toda la literatura es de 20 % (26), esta cifra desde luego no representa la última posibilidad. El diagnóstico pre-operatorio puede ser hecho con bastante exactitud cuando se encuentran síntomas y signos característicos. A menos que no se encuentren datos físicos convincentes no está justificada la intervención quirúrgica.

La exactitud en el diagnóstico.

Sólo puede alcanzarse por la laparatomía exploradora y el examen histopatológico correspondiente. El examen histológico de los tejidos no siempre revela endometriosis aún cuando se halle presente, estos errores son frecuentes especialmente en caso de endometriosis de los ligamentos útero sacros y fondo de saco posterior. ocurre muchas veces, que estas lesiones que parecen inconfundibles al examen quirúrgico cuando se estudian microscópicamente ya no presenten los mismos caracteres.

Errores en el diagnóstico.

Los errores de diagnóstico se deben a varias causas:

1. Examen defectuoso del Douglas y ligamentos útero-sacros.
2. Imposibilidad de descubrir pequeñas lesiones peritoneales.
3. Existencia de otras lesiones diferentes que coexisten con la endometriosis: fibromiomas uterinos, procesos inflamatorios de la pelvis, tumores de ovario, cáncer, etc.
4. Lesiones localizadas en el fondo de saco anterior y lesiones extra-peritoneales pequeñas en la pared vesical.
5. Proceso agudos o crónicos, inflamatorios o no de los órganos pelvianos: Torsión de pedículos de tumores pélvicos, embarazo ectópico, ruptura de quistes, diverticulitis, ileitis, apendicitis, etc.

Errores en el diagnóstico patológico.

Entre el diagnóstico quirúrgico a la laparotomía y el del patólogo hay un error de un 8 % (27). Tyrone (27) encuentra que de 103 casos de endometriosis diagnosticados a la laparotomía sólo 85 efectivamente lo eran, es decir que el diagnóstico macroscópico tiene una aproximación de 62 %. Los quistes con contenido de sangre sólo pueden ser reconocidos, las más de las veces, por el examen histológico.

Si el cirujano tiene una aproximación en el diagnóstico en los 2/3 de casos, el patólogo tiene una aproximación de 90 %. Las razones son obvias, no se remite al patólogo el foco de endometrio ectópico, defectos de técnica, lesiones presentes pero no reportadas, etc.

Diagnóstico clínico de la endometriosis.

Los fundamentos del diagnóstico clínico reposan en el estudio de los antecedentes fisiológicos y patológicos de cada paciente. Resalta la importancia del proceso adquirido durante el período de actividad de los ovarios en la vida genital y así también, la calidad de los síntomas en relación con el dolor y las alteraciones funcionales de los órganos genitales internos y pelvianos.

Para una mejor comprensión vamos a considerar algunos cuadros clínicos que enmarcan aspectos particulares de la localización de la endometriosis y además, un cuadro que comprende un síndrome más general de la endometriosis.

a. *Localizaciones particulares de la endometriosis.*

1. *Cuadro de la endometriosis interna.*

El cuadro de la endometriosis interna constituido por un síntoma de primera importancia que es la menorragia profusa que no obedece a los tratamientos usuales. Además, la dismenorrea de carácter uterino durante la crisis menstrual y el crecimiento regular del útero que se torna sensible y doloroso. Esta triada clínica se traduce en conjunto, como un útero grande, turgesciente, doloroso y sangrante.

2. *Quiste ovárico endometriósico.*

El aspecto clínico del quiste consiste en su fijeza extraordinaria, da la impresión de estar pegado, adherido y formando cuerpo con los órganos y estructuras pelviperitoneales. Es doloroso durante la exploración y los dolores ováricos se exacerban durante las reglas. Sufren a veces accidentes de ruptura espontánea que originan cuadros pasajeros de abdomen agudo.

El síndrome pelviperitoneal adquiere una modalidad periódica y puede hacerse constante cuando el derrame intraquístico tiene gran tensión o cuando su contenido sanioso se infecta. En este último caso, a la tensión dolorosa del tumor se agrega un estado febril muy rebelde a la medicación antibiótica.

3. *Endometriosis del Douglas.*

El cuadro clínico de la endometriosis del Douglas y que ha sido descrito por los autores por la concurrencia de la retroposición del órgano uterino, el aspecto aperdigonado del fondo de saco de Douglas, la sensibilidad exquisita de los ligamentos útero-sacros y la dismenorrea con marcada irradiación a la región sacrococcigea, a la región lumbo-iliaca y a los miembros inferiores (Síndrome de Cullen y Counseller (9).

b. *Cuadro general de la endometriosis.*

Los cuadros particulares o regionales ofrecen un interés diagnóstico muy estimable pero no siempre presentan las características expuestas; entonces todo aparece más difuso y es para las formas atípicas que queremos puntualizar, un cuadro general de la endometriosis en el que debe tenerse presente:

1. Historia de un nuevo tipo de dismenorrea, con localización peritoneal u ovárica, usualmente en el saco de Douglas o referido al recto.
2. Persistencia y extensión progresiva de este tipo de dolor.
3. Impresión de anexo-peritonitis: fijación de las vísceras, falta de fiebre y otros síntomas generales.
4. Hallazgo de pequeñas y duras masas nodulares, de diferente tamaño, que no exceden de 2 cm. de diámetro y que se perciben entre las adherencias.

A manera de curiosidad y como excepción queremos llamar la atención sobre la fiebre en la endometriosis. Por lo general no se le encuentra (9) ; cuando se halla presente se vincula a procesos infecciosos. Sin embargo Forman (29) encuentra en 5 casos de endometriosis fiebre no atribuible a otras causas. Scott y Te Linde (30), Keene y Kimbrough (31), Counseller (32), Payne (33), Fallas (34) y Meigs (35) la describen en contadas instancias y sin poder ser atribuída a otras causas que no sea la endometriosis. Estos hechos han sido corroborados por Holmes (36) y Jeffcate (37). Nosotros la hemos hallado en un caso.

La complejidad del aspecto clínico en lo que llamamos el cuadro general de la endometriosis está de acuerdo con sus múltiples localizaciones, con el grado de extensión y penetración del proceso, el compromiso anátomo-funcional de las gonadas y de los otros órganos abdómino-pelvianos, la irritación o compresión de los nervios regionales y la coexistencia de la dolencia con otros procesos infecciosos o tumorales benignos y malignos. Es preciso tener en cuenta las particularidades psico-somáticas en cada paciente y considerar que la sintomatología no guarda relación, muchas veces, con el grado y extensión de las lesiones anátomo-patológicas.

En resumen, en el diagnóstico clínico de la endometriosis debe tenerse presente las localizaciones particulares y el cuadro general de la endometriosis; la conveniencia de demarcar bien los antecedentes; puntualizar las circunstancias etiopatogénicas que concurren en el proceso endometriósico, particular-

mente aquellas que se observan en la práctica diaria y que condicionan el establecimiento del proceso: las exploraciones ginecológicas durante la menstruación, las manipulaciones endouterinas, las dilataciones del cervix con bujías de Hegar, los curetajes biópsicos pre-menstruales, los abortos provocados, las histerosalpingografías, las insuflaciones tubarias e hidrotubaciones inoportunas, las distopias posteriores del útero, las cesareas abdominales, las diversas operaciones tubarias; las operaciones conservadoras útero-anexiales y las laparatomías por diversos motivos. La justa valoración de todas estas causas y que concurren en grado variable, sirve para encaminar la marcha del diagnóstico clínico de la endometriosis.

CAPITULO IV

Consideraciones terapéuticas

TRATAMIENTO

Puede ser:

- a. Médico: Tratamientos hormonales. Radiaciones.
- b. Quirúrgico: Conservador. Radical.
- c. Mixtos.

A. *Fundamentos del tratamiento:*

- a. Conservación en lo posible de la función reproductiva.
- b. Mejorar las condiciones de fertilidad, partos prematuros y abortos.
- c. Suprimir o modificar las consecuencias de las localizaciones de endometrio ectópico, trastornos intestinales, vesicales, etc.
- d. Supresión o modificación del dolor.
- e. Modificar los trastornos menstruales.
- f. Prevención de la enfermedad.

B. *Selección de pacientes.*

Hecho el diagnóstico clínico, verificada o no la endometriosis, el tipo de tratamiento depende de la adecuada selección de pacientes, para lo cual es necesario discriminar aisladamente o en conjunto y relacionar lo siguiente:

- a. Edad.
- b. Evolución de la enfermedad.
- c. Fertilidad.
- d. Extensión de la enfermedad.
- e. Naturaleza y grado de los trastornos que determina.
- f. Resultados del tratamiento.
- g. Estado económico y social de la paciente.

C. *Elección del tratamiento.*

1. *Ningún tratamiento.*

Es sabido que algunas pacientes con endometriosis pueden gestar (3) (9) y muchas veces los trastornos funcionales, locales y generales que determina son poco significativos. En estos casos es muy ventajoso observar simplemente a la enferma esperando la evolución espontánea de la lesión.

2. Tratamiento médico.

Sobre la base de la observación de que la endometriosis se modifica favorablemente con el estado de "pseudo-embarazo", que es una enfermedad en relación con la actividad ciclica del endometrio y que se presenta especialmente en nulíparas y mujeres con baja paridad, Karnaky (41) propuso el uso del stilbestrol en el tratamiento de la endometriosis, con dosis progresivas de 0.5 mg. hasta 250 mg. diariamente con el objeto de producir amenorrea. En una casuística que presenta de 37 casos encuentra resultados satisfactorios y en donde se comprobó mejoría subjetiva, no aumentaron los implantes endometriales, las tumoraciones del fondo de saco de Douglas se hicieron más pequeñas, los síntomas desaparecieron por lo general y 5 pacientes tuvieron posteriormente gestaciones. Bickers (42), Hurzthal y Smith (43) confirman estos resultados.

Ultimamente en 1958 Kistner (44) publica los resultados favorables del tratamiento de la endometriosis por medio de el 17-alfa- caproato de hidroxiprogesteroa (Delalutin) y sobre todo por la acción marcada progesteracional de la 17-alfa-etinil - 17 - hidroxidelta 5:10- estreno- 3- ona (Enadrel). El programa propuesto es el uso diario de 5 mgl. dietilestil-bestrol y que semanalmente aumenta hasta llegar a la dosis de 60 mg, combinados con una dosis de 10 mg de Enadrel una vez a la semana y que en forma progresiva, cada siete días aumenta la dosis a 20, 30 y 40 mg (7ma. á 12 ma. semana).

El efecto de los estrógenos a grandes dosis, solos o combinados con la hidroxiprogesteroa o Nor-ethynodril (Enadrel) se explicaría por la inhibición de los factores gonadotróficos de la hipófisis y que determinarían una castración funcional del ovario o fuerte reacción pseudo-decidual.

Hemos tenido la oportunidad de usar estrógenos, hidroxiprogesteroa, nor-testosteronas y andrógenos en el tratamineto de contados casos de endometriosis comprobada quirúrgicamente y a los que no fue posible hacer cirugía conservadora y que por la extensión del proceso y edad de la paciente se prefirió postergar el tratamiento radical; en algunos de estos casos comprobamos cierta mejoría subjetiva y objetiva que reputamos de favorable. Nuestra experiencia en este aspecto es sumamente limitada y no nos atrevemos a llegar a determinadas conclusiones.

Con todo, deseamos expresar algunas reservas al tratamiento médico.

1. La terapia estrogénica exclusiva tiene el inconveniente de producir hiperplasia de endometrio e hipermenorrea al tiempo de supresión. Son conocidos los efectos virilizantes de los andrógenos a grandes dosis y su limitado uso en el campo de la ginecología.

2. La evaluación de la terapéutica médica es difícil o imposible por las razones siguientes:

- a. La endometriosis sólo puede ser diagnosticada clínicamente sólo con una aproximación de 30 % (9) y no se sabe siempre si el tratamiento corresponde verdaderamente a esta condición.
- b. Es una enfermedad benigna y limitada a los años de la función

menstrual, no ha sido identificada antes de la menarquia y se detiene o vuelve atrófica al tiempo de la menopausia. La evolución en estos casos favorables de la endometriosis puede equivocadamente ser atribuída a la terapia medicamentosa.

- c. Las variaciones individuales en el curso de la enfermedad son notables. Mucha mujeres con nódulos manifiestos en los ligamentos útero-sacros están libre de síntomas o se detienen en su evolución por muchos años. Otras tienen procesos de crecimiento muy rápido sin o con aumento paralelo de los síntomas.
- d. Los modelos de crecimiento son individuales.
- e. Falta de correlación entre los síntomas y extensión del proceso.
- f. Y si la terapéutica se basa en el hecho conocido de que la endometriosis se modifica favorablemente o no se observa con el embarazo, a la fecha no se tiene explicación satisfactoria de su mecanismo.
- g. Karnaky y nosotros mismos hemos comprobado la fusión de las adherencias, sin referirnos a la experimentación animal que no prueba que esto suceda realmente, queremos recordar que la fusión de las adherencias no significa la eliminación de los focos ectópicos de endometrio. Antes bien las hormonas como se dan en la terapia aconsejada, produce una actividad particular del endometrio que puede ser hiperplásico o gestacional y que favorecen más bien su evolución y progresión. La impresión objetiva que recoge el médico de la fusión de las adherencias no tienen otro particular significado que la modificación reaccional del organismo incapaz, más bien, de limitar y circunscribir un implante que desborda en actividad.
- h. Los resultados del tratamiento por el estilbestrol y progesteronas no pueden ser juzgados estadísticamente por el número de casos observados hasta la fecha.

En conclusión no se comprende cómo se pueden evaluar los programas médicos de tratamiento. Hay más, Scott (45) demuestra en monas castradas que el uso de grandes dosis de dietilestilbestrol por un período de dos años, no hace desaparecer la endometriosis experimental y no descarta, mas es posible que estimule, la proliferación del endometrio hiperplásico y desarrollo de nuevos implantes.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

A *Métodos y técnicas en la cirugía conservadora.*

Han sido expuestos extensamente en nuestro Relato Oficial al Primer Congreso Peruano de Cirugía, realizado en Lima en 1947 (95). Este tema fue revisado ampliamente en el Segundo Congreso Latino-Americano de Obstetricia y Ginecología y Cuarto Congreso Brasileiro de Obst. y Ginec. El Relato Oficial del eminente Prof. Dr. Martiniano Fernandes (118) ha permitido establecer las orientaciones definitivas en esta materia sentando sus bases fisiolo-

lógicas y resultados. El ilustre Prof. Dr. Carlos Guerrero, en el mismo Congreso, contribuyó al tema con su magnífico relato (119).

En la parte consagrada al diagnóstico hemos visto que el 80 % de los casos carecen de diagnóstico previo. Hemos visto también, que el descubrimiento de la dolencia ocurre por lo general durante el acto operatorio y que desde este momento se inicia el tratamiento, con una técnica quirúrgica, que el cirujano improvisa, de acuerdo con su experiencia y con sus propias tendencias.

El concepto conservador de la Cirugía Ginecológica, varía substancialmente en el campo de la endometriosis, porque desgraciadamente, su empleo presupone, el mantenimiento y progresión post-operatoria de la enfermedad. La aplicación sistemática del conservadorismo, expone a innumerables fracasos, porque no se ha sabido elegir el método más apropiado o porque aun siendo apropiado, no se consigue la detención del proceso que es esencialmente evolutivo. Por ejemplo, en la endometriosis quística unilateral del ovario, el tratamiento se consigue por una anexotomía, queda el resto del aparato genital en condiciones de una posible gestación; deja además, un campo de prosecución de los implantes endometriales que no han sido vistos durante la intervención. Si no sobreviene la gestación, la enfermedad sigue su curso inexorable bajo la influencia del ovario restante. Quiere todo esto significar, que los métodos conservadores aplicados a la endometriosis, tienen un carácter estrictamente temporal, para dar paso en caso de la persistencia o acentuación de los síntomas y previo tratamiento médico dilatorio, a cirugía radical.

A continuación resumimos las principales posibilidades de la *cirugía conservadora en la endometriosis*. Comprende:

1. *Cirugía conservadora de la función generativa.*

- a. La resección de un campo de adenomiosis circunscrita del cuerpo uterino.
- b. La histerectomía parcial en U o en V, respetando la continuidad de las trompas, en la adenomiosis del fondo uterino.
- c. Las resecciones parciales en los ovarios, para tratar las lesiones superficiales en dichos órganos.
- d. Salpingostomías, salpingoplastías. Salpingectomía unilateral.
- e. La anexectomía unilateral, indicada preferencialmente en el gran quiste chocolate.
- f. Extirpación de los implantes peritoneales múltiples y pequeños. Estas lesiones son, por lo general, hallazgos operatorios y que no han sido reconocidos previamente. Tienen la característica de ser superficiales, no invasivas y que no tienen tendencia a progresar (46). Su presencia no indica la operación radical.
- g. Liberación de adherencias sobre los órganos genitales internos y cuidadosa peritonización de las áreas desnudas o su protección por injertos libres de epiploon a lo Goulart de Andrade.

- h. Ligamentopexia o histeropexia en la corrección de la retroposición adherente del útero que acompaña al proceso de implantación en los ligamentos útero-sacos, fondo de saco de Douglas y recto.

2. *Cirugía conservadora de la función menstrual*

Tiene exclusiva aplicación en la endometriosis interna. Sus métodos son:

- a. La histerectomía fúndica de Achner.
- b. Las amputaciones parciales del útero a lo Risolía.
- c. La miometrectomía de Cirio.

3. *Cirugía conservadora de la función endocrina*

Es también patrimonio exclusivo de la endometriosis interna, especialmente cuando las lesiones del útero son difusas. Tiene cuatro modalidades:

- a. La histerectomía subtotal a lo Kelly-Desmarest.
- b. Las histerectomías subtotales anexo-angio-conservadoras.
- c. Las histerectomías totales con preservación de uno o de los dos anexos.
- d. Las histerectomías totalizadas por decorticación del cuello uterino y con conservación de uno o dos anexos.

La ejecución de estos diversos procedimientos ofrece dificultades técnicas, por la calidad de las estructuras orgánicas y peritoneales que imprime el proceso y por las dificultades de peritonización después de la liberación de las adherencias y de la denudación de los órganos al extirpar los focos o campos endometriósicos. Estas circunstancias obligan, las más de las veces, al empleo de técnicas que no son depuradas. La mayor parte son atípicas y predisponen a complicaciones hemorrágicas e infecciosas, por deficiente coaptación de las suturas y por las áreas de difícil peritonización que propician la oclusión del intestino delgado.

Recordamos un caso de la Clínica del Hospital Loayza. Se trataba de una retroposición fija en una Sra. japonesa de 34 años de edad portadora de dolores sacro-ilíacos y molestias rectales. La laparotomía descubrió lesiones de endometriosis en la cara posterior del útero comprendiendo los ligamentos útero-sacos. La liberación del útero dejó una superficie denudada yuxtacervical mal peritonizada, se completó con una ligamentopexia. Oclusión intestinal alta al quinto día. Reoperación: se separó el intestino delgado angulado por una adherencia posterior útero-rectal. Se colocó un injerto libre del epiplon para cubrir dicha zona. Curación.

La implantación de tejido endometrial en la cicatriz de la laparotomía es una condición, como se comprende, de evolución tardía, pero por las molestias dolorosas que ocasiona, se transforma en un estado de mal insopportable y cuyos síntomas se exacerban en el período menstrual. Se aconseja para evitar estos implantes operatorios el aislamiento completo con compresas húmedas de la herida abdominal.

Llamamos nuevamente la atención sobre el hecho fundamental, de que la Cirugía Ginecológica Funcional, aborda de un modo incompleto el difícil problema de la curación de la endometriosis que es eminentemente fun-

cional dentro de su patología. Por lo común predispone a complicaciones, en ocasiones muy graves y que demandan reoperaciones urgentes. Por fortuna, la mayor parte de los casos evolucionan satisfactoriamente debido a las seguridades técnicas en esta cirugía atípica, seguridades que previenen la oclusión intestinal, la hemorragia y también la implantación en la pared abdominal. Se registran casos positivos, en la evolución postoperatoria lejana, de recuperación de la función generativa, hecho que detiene o involuciona las lesiones endometriósicas.

Señalamos un caso de nuestra práctica privada, en el cual practicamos una anexectomía derecha, por un enorme quiste chocolate del ovario derecho. Después de la operación se empleó testosterona, en dosis moderada. A los 5 meses sobrevino un embarazo normal que terminó por operación cesárea al noveno mes. La paciente que había sido infértil durante muchos años de su matrimonio, ha obtenido su primera hija, en el mes de Noviembre pp. y está actualmente libre de molestias regionales.

Counseller (9) en una revisión, que realiza en la Clínica Mayo, desde 1939 a 1948 en 1,342 pacientes, con endometriosis, que recibieron tratamiento quirúrgico, encuentra que las posibilidades de una mujer, con tratamiento médico o sin él, tiene la misma posibilidad de tener hijos, que aquella que ha sido sometida a una intervención quirúrgica conservadora. Este dictado de la experiencia, merece tomarse en cuenta, con el objeto de no precipitar decisiones quirúrgicas, para resolver la condición de infertilidad por endometriosis.

Lock y Meyers (52) sumarizan los resultados obtenidos por la cirugía conservadora, comparando diversas estadísticas, dan una fertilidad de 32.%. No siempre es fácil comparar los resultados de distintos autores porque los datos no son homogéneos. Hay un hecho importante (9), cuando se practican operaciones conservadoras por endometriosis, si no existe otra causa de infertilidad, aproximadamente un tercio de las pacientes tendrán gestaciones.

Los casos en que el embarazo ha podido ser conseguido, alientan en la prosecución de la *Cirugía conservadora en la Endometriosis*, especialmente en la mujer joven y tomando en muy seria consideración el futuro horizonte de la terapéutica médica hormonal. El cirujano en circunstancias excepcionales, se verá impelido a su aplicación, por encima de todas las consideraciones, para contribuir a la cristalización de un anhelo maternal y que puede ser compensado, apesar de todos los motivos en contra.

B. *Concepto y métodos de la Cirugía Radical en la Endometriosis.*

El concepto de la aplicación de la *Cirugía Radical* en la endometriosis, es diferente del que rige cuando se le utiliza en los demás procesos ginecológicos. No tiene la pretensión de abarcar la totalidad de las lesiones como en el cáncer, de tal manera que el clásico Wertheim y las excenteraciones pelvianas, están completamente fuera de lugar. *La extirpación integral de las gónadas femeninas*, es la condición principal para la eradicación de la enfermedad. Efectivamente, con la *ooforectomía integral*, las lesiones anátomo-patológicas.

involucionan o desaparecen espectacularmente. La "pelvis congelada de la endometriosis", trasunto de la reacción fibroplástica intensa del conjuntivo subperitoneal, que casi siempre imposibilita una histerectomía total, se funde progresivamente. Por eso, la ooforectomía se torna en el tiempo indispensable, sobre todo en los casos avanzados e inveterados, asociados al compromiso de órganos importantes como el intestino delgado, el asa sigmoide, el colon transverso, la vejiga, el apéndice y en general las metástasis. Tal es el *concepto substancial que gobierna la cirugía radical en la endometriosis*.

Sin embargo, el procedimiento simple de la ooforectomía total, no siempre es factible. Las lesiones endometriales y evolutivas dentro de la glándula ovárica, originan los quistes chocolates y con el tiempo, el parénquima es laminado e incrustado en la pared pelviana, en la profundidad de los ligamentos anchos, difícil de extirpar por las sólidas adherencias establecidas. En estos casos, queda imposibilitada la operación integral sobre los ovarios, al punto que en algunas pacientes, después de reoperaciones, los restos ováricos mantienen imperturbables su actividad hormonal prolongando los sufrimientos regionales y generales.

Recordamos la historia clínica de una paciente de 42 años de edad, sometida a varias laparatomías en una clínica particular con el propósito de eradicar la enfermedad esencialmente dolorosa, en la tercera intervención sólo pudo realizarse una histerectomía subtotal. Vimos por primera vez a la enferma en el año de 1935. La sintomatología pelviana era insoportable y estaba agravada por la implantación endometriósica sobre la cicatriz de la pared abdominal. Pedimos al Dr. Oscar Soto realizar aplicaciones de radioterapia profunda. El proceso se apagó y la paciente, a la fecha, está en perfectas condiciones de salud.

La *ooforectomía bilateral*, no obstante constituir el concepto rector del tratamiento quirúrgico, no tiene la significación real de un procedimiento ideal, que debe ser adoptado en todos los casos. Es necesario tomar en cuenta las serias modificaciones anátomo-patológicas de los genitales internos, las fibrosis consecutivas a la implantación, los procesos infiltrativos del intestino y de la vejiga urinaria, las compresiones peri-ureterales que entran la función renal, etc. Conviene entonces procurar, en lo posible, guiados por la experiencia de la cirugía en la enfermedad endometriósica, la extirpación de la mayor parte de las lesiones, la extirpación del útero y de los anexos, la separación de las adherencias intestinales, la liberación de los uréteres y la separación del segmento afectado de la vejiga. Todo dentro del criterio de una operación compatible con la vida de la enferma.

Relatamos un caso, correspondiente a una enferma de 50 años, de nuestra clientela particular, portadora de lesiones inveteradas de un extenso proceso pelviperitoneal asociado a algias pelvianas intolerables. La urografía descendente demostró la dilatación de los cálices y de la pelvis renal de ambos lados. La laparatomía encontró el útero aumentado de volumen, fibroso, empotrado entre viejas adherencias. Los anexos englobados en un denso mag-

ma adherencial muy resistente. Como primer tiempo del acto quirúrgico descubrimos ambos uréteres a su paso por la línea innominada por dentro de los infundíbulos pelvianos; fueron seguidos hasta su cruce con las arterias uterinas, ejecutando una buena liberación. Ambos anexos fueron liberados con mucha dificultad. Se hizo enseguida una histerectomía subtotal y ooforectomía bilateral, la cual fué totalizada por el método de la decorticación del cervix restante. Evolución sin incidentes. Curación.

Al estudiar las indicaciones de los métodos quirúrgicos de la Ginecología Operatoria se establece que las técnicas conservadoras deben ser aplicadas en la mujer joven portadora de procesos benignos, especialmente de tumores benignos, mientras que las intervenciones radicales corresponden por las mismas condiciones patológicas pasados los 38 años de edad. Esta forma simple y general de apreciar el problema terapéutico, no encaja siempre en las determinaciones quirúrgicas de la endometriosis, porque el procedimiento a emplearse depende de la gravedad y extensión del cuadro anátomo patológico, subordinado el factor edad a un segundo plano. Este concepto, fruto de la experiencia, sirve para dirigir la conducta quirúrgica temporal o definitiva. Es por ello que en la sospecha de la dolencia que nos ocupa y sobre todo ante la seguridad de su existencia, no se puede prometer una conducta conservadora. Algo más, conviene advertir, en caso de ser empleada, el riesgo de una operación complementaria o la posible utilización de las radiaciones.

En apoyo del criterio quirúrgico que hoy día tenemos para el tratamiento de la endometriosis pelviana y que ha sido dictada por la experiencia de 30 años dedicados a la especialidad, resumimos la siguiente historia:

T. S. L. de 34 años de edad. Procedente de Huaraz. Ingresa el al Pab. 5 II Sala del Hospital Loayza de Lima. Se inicia la enfermedad desde hace un año con dolores en el bajo vientre, de aparición esporádica y que se intensificaron hace dos meses tomando un carácter permanente, asociados a poliuria, disuria y tenesmo rectal. Desde hace un mes fiebre hasta 39° C, en agujas. El empleo de antibióticos no alcanza a dominar el estado infeccioso sobreagregado.

Clínicamente se aprecia una gran tumoración muy dolorosa que aumenta progresivamente hacia el abdomen superior, es sumamente fija y renitente y ocupa toda la pelvis, especialmente el fondo de saco anterior. Se opera el 3 de Enero de 1959 por laparatomía supra e infra umbilical. Se tiene grandes dificultades para entrar en la cavidad peritoneal. Se observa un inmenso tumor quístico de apariencia maligna cubierto con fuertes adherencias, por el mesenterio y el epiplon; por arriba el colon transversal está soldado e infiltrado en el fondo vesical; y hacia la región pósterior inferior sentado en la pelvis y pegado a la vejiga, pared pelviana, recto y uréteres. Vaciamiento por aspiración de 4 litros de líquido hemático y purulento. Separación cuidadosa de todas las adherencias, liberación del tumor de todas las estructuras orgánicas. Los vasos ilíacos derechos quedaron al descubierto y había una hemorragia en capa que se pudo dominar por los métodos usuales. Histerectomía subtotal con extirpación de ambos anexos. Cierre de la pared sin drenaje. Evolución sin complicaciones.

Para terminar este importante capítulo sólo nos resta agregar que tenemos ciega esperanza en el futuro. Los indiscutibles progresos de la doctrinología moderna, el perfeccionamiento de drogas de acción progestacional y una experiencia mayor del empleo de las nuevas progestinas, cambiará el criterio quirúrgico, inclinándose el fiel de la balanza a favor de la cirugía funcional y dedicando sólo casos excepcionales a la cirugía radical y mutilante.

CAPITULO V

Resumen y Conclusiones

1. Los positivos progresos de los últimos tiempos, en el campo de la endometriosis han sido encaminados hacia la verificación de la primitiva teoría de Sampson y de su aplicación racional, en la comprensión y explicación de la enfermedad.

2. En un estudio de 5,930 pacientes hospitalizados, se ha comprobado después de la intervención quirúrgica 45 casos de endometriosis. Incidencia: 0.75 %. Esta cifra no representa la verdadera incidencia de la endometriosis entre nosotros y pertenece a un grupo seleccionado de enfermas que se asisten en servicios comunes del hospital Loayza.

3. El 88.9 % de los casos de endometriosis que estudiamos está comprendido entre los 34 y 53 años de edad.

4. En dicho grupo de 45 endometriosis hay 7 nulíparas, 15.5%; 14 con un hijo 31.1 %; 19 con 2 hijos, 42.2 % y 5 con 3 hijos, 11.1 %.

5. Las 45 pacientes con endometriosis tienen un total de 67 hijos. En Lima, para un número igual de mujeres de la población general, el promedio de hijos, con la corrección de un 10 % de infertilidad, es aproximadamente de 120. Estas cifras demuestran, un menor número de hijos en la endometriosis, lo que nos induce a pensar, que hay un definido factor de infertilidad en la endometriosis.

6. El 53.3 % de las pacientes con endometriosis acusan haber tenido abortos, índice mayor que el observado en la población general.

7. La localización más frecuente en nuestra casuística corresponde a la superficie serosa del útero con 16 casos, 35.5 %; trompas de Falopio 12 casos, 26.6 %; ovario 9 casos, 20 %; Douglas y rectosigmoide 5 casos, 11.1 %.

8. Hemos citado tres localizaciones poco frecuentes: un caso en el ombligo; un caso en la cicatriz de una cesarea y un caso en el cuello uterino.

9. El caso de endometriosis del cuello uterino, el primero que se describe entre nosotros, pertenece a los archivos del Departamento de Patología de la Facultad de Medicina de Lima (Dr. Pedro Weiss). No fue diagnosticado clínicamente, por tratarse de una paciente con himen indemne. Fue un hallazgo quirúrgico, asociado a endometriosis externa. Su patogenia es oscura.

10. Las lesiones más frecuentes asociadas a la endometriosis corresponden, en nuestra casuística a los fibromiomas uterinos, quistes foliculares del ovario, salpingitis crónica, etc.

11. No hemos encontrado ningún caso de adenocarcinoma de endometrio asociado a la endometriosis.

12. El síntoma más destacado, de las 45 enfermas, es la dismenorrea, aparece en el 53.3 % de los casos.

Sacralgia, dispareunia, tenemos rectal y disquesia, se registran con cierta frecuencia.

13. El 77.7 % de pacientes acusan algún tipo de anormalidad menstrual. No creemos que la endometriosis externa, sea causa frecuente e importante de hemorragia uterina anormal. En cambio, en la endometriosis interna es un síntoma de gran valor. En las ocurrencias del proceso asociadas a otras lesiones, las alteraciones menstruales no pueden ser atribuidas exclusivamente a la endometriosis.

14. El signo físico más significativo de la casuística es la pérdida de contorno, normalmente perceptible, de los órganos pelvianos. Aparece en 35 casos, 77.7 %. Tumoración en el fondo de saco de Douglas y relacionada con los ligamentos útero-sacros, 57.7 %. Retrodesviación fija del útero, 37.7 %. Utero aumentado de volumen, 33.3 %.

15. Los fundamentos del diagnóstico clínico reposan en el estudio de los antecedentes fisiológicos y patológicos de cada paciente. Resalta la importancia del proceso adquirido durante el período de la vida genital. Los síntomas y signos clínicos pueden ser agrupados y referidos a determinadas localizaciones topográficas de la enfermedad o en su defecto, relacionarlos con un síndrome general que sirve para encaminar el diagnóstico de la endometriosis. En la casuística que analizamos, el diagnóstico clínico ha sido excepcional.

16. No podemos asociar a la experiencia de nuestro servicio ningún tratamiento médico de la enfermedad.

17. Desde el punto de vista de la profilaxia de la enfermedad, juzgamos que los llamados injertos de endometrio deben ser proscritos, representan endometrio ectópico y en consecuencia una endometriosis experimental provocada en humanos, con todas sus consecuencias.

18. El tratamiento quirúrgico de la endometriosis, tiene entre nosotros consideración preminente. En el presente Relato hacemos resaltar el carácter atípico de las realizaciones quirúrgicas.

19. El concepto de la Cirugía Radical en la endometriosis, es diferente del que rige en el tratamiento del cáncer ginecológico. La extirpación total de las gonadas femeninas, es la condición principal para la erradicación de la dolencia y no tiene, por lo general, la pretensión de abarcar la totalidad de las lesiones.

20. El tratamiento quirúrgico conservador, tiene un sentido temporal, especialmente en el afán de propender al mantenimiento de la función generativa y con la esperanza de su futuro complemento frente a los progresos de la moderna terapéutica hormonal.

21. El 66.6 % de las pacientes fueron tratadas por cirugía radical de la

endometriosis; el 22.2 %, histerectomía subtotal con conservación de anexos; el 2.2 %, miomectomía; y el 8.8 %, aexectomía unilateral.

22. Los resultados inmediatos del Tratamiento quirúrgico han sido satisfactorios. Conocemos de algunos resultados lejanos excelentes. No podemos tener un verdadero control de las enfermas por falta de visitadoras sociales adscritas al servicio.

CAPITULO VI

Bibliografía

1. Sutton, Lyle A. Endometriosis. Gynecology and Obstetrics. Ed. C. H. Davis. W. F. Prior Co. Inc., 1951.
2. Te Linde, R. T. Endometriosis. Operative. Gynecology. Second Ed. J. B. Lippincott Co., 1953.
3. Siegler, S. and Bisaccio, J. R.: Am. J. Obst. and Gynec. 61: 99, 1951.
4. Lapp, W. A.: Citado por Siegler, S. L. Fertility in Woman. J. B. Lippincott Co., 1944.
5. Meigs, J. V.: Surg. Gyn. and Obst. 89: 317, 1949.
6. Holmes, W. R.: Endometriosis, in Meigs and Sturgis, editors: Progress in Gynecology, New York, 1946, Grune & Stratton.
7. Fallon, J.: J.A.M.A. 131: 1405, 1946.
8. Javert, C. T.: A., Am. J. Obst. and Gynec. 62: 477, 1951.
9. Counseller, V. and Crenshaw: Am. J. Obst. and Gynec. 62: 930, 1951.
10. Siegler, S. L. Fertility in Woman. Philadelphia, 1944, J. B. Lippincott Co., pág. 108.
11. Welpton, P. K. and Kiser, C. V. Milkbank Memory. Fund. Quart. 26: 183, 1948.
12. Beacham, C. T.: J.A.M.A. 139: 971, 1949.
13. Cavanagh, W.: Am. J. Obst. and Gynec. 61: 541, 1951.
14. Bennet, E. T.: Am. J. Obst. and Gynec. 65: 100, 1953.
15. Reynolds, E., and Macomber, D.: Fertility and Sterility in Homan Marriages, Philadelphia, 1924, W. B. Saunders Co.
16. Keene, F. E., and Kimbrough, R. A.: J.A.M.A. 95: 1164, 1930.
17. Kelly, F. J., and Schlademan, K. R.: Surg. Gyn. and Obst. 88: 230, 1949.
18. Te Linde, R. W., and Scott, R. B.: Am. Surgeon 17: 297, 1951.
19. Hofmeister, F. J., and Grinney, L. R.: Journal-Lancet 72: 296, 1952.
20. Meigs, J. V.: Obst. & Gynec. 2: 47, 1953.
21. Payne, F. L.: Am. J. Obst. and Gynec. 39: 373, 1946.
22. Lamb, W. K.: Calif. Med. 72: 113, 1950.
23. Preston, S. N., and Campbell, H. B.: Obst. & Gynec. 2: 152, 1952.
24. Siegler, S. L.: Am. J. Obst. and Gynec. 61: 99, 1951.
25. Bayly, M. A., and Gossack, L. L.: Am. J. Obst. and Gynec. 72: 147, 1956.
26. Brewer, J. I., and Maher, F. M.: Am. J. Obst. and Gynec. 68: 549, 1954.
27. Sinclair, T. A.: Am. J. Obst. and Gynec. 63: 1334, 1952.
28. Stone, E.: Am. J. Obst. and Gynec. 73: 1304, 1957.
29. Forman, I.: Am. J. Obst. and Gynec. 63: 634, 1952.
30. Scott, R. B., and Te Linde, R. W.: Ann. Surg. 131: 697, 1950.
31. Keene, F. E., and Kimbrough, R. A. J.A.M.A. 95: 1164, 1930.
32. Counsellr, V.: Am. J. Obst. and Gynec. 37: 788, 1939.
33. Payne, F. L. Am. J. Obst. and Gynec. 39: 373, 1940.
34. Fallas, R., and Poseblomo, G. Am. J. Obst. and Gynec. 39: 964, 1940.
35. Meigs, J. V.: Am. J. Surg. 127: 795, 1948.
36. Holmes, W. R.: Am. J. Obst. and Gynec. 43: 255, 1942.
37. Jeffcoate, T. N. A. Obst. & Gynec. Brit. Emp. 54: 858, 1947.
38. Sampson, J. A.: Am. J. Obst. and Gynec. 10: 462, 1925.
39. Holmes, W. R.: Progress in Gynecology, New York, 1946, Grune & Stratton.
40. Counseller, V. S.: Surg. Gynec. and Obst. 89: 322, 1949.
41. Karnaky, K. J.: South. M. J. 41: 1109, 1948.
42. Bickers, W.: South. M. J. 42: 229, 1949.
43. Hurxthal, L. M., and Smith, A. T. New England J. Med. 247: 339, 1952.
44. Kistner, R. W.: Am. J. Obst. and Gynec. 75: 264, 1958.
45. Scott, R. R., and Wharton, L. R. Am. J. Obst. and Gynec. 74: 852, 1957.

46. Mackenzie, L. L. *Am. J. Obst. and Gynec.* 71: 569, 1956 (discusión).
47. Brewer, J. I. and Maher, F. M.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 68: 459, 1954.
48. Smitz, H. E., and Towne, J. E.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 55: 583, 1948.
49. Te Lind, R. W., and Scott, R. B.: *GP* 5: 61, 1951.
50. Meigs, J. V.: *Obst. & Gynec.* 2: 47, 1953.
51. Fallas, R. E.: *West. J. Surg.* 59: 448, 1951.
52. Lock, F. R., and Myers, R. T. *Am. J. Obst. and Gynec.* 52: 556, 1946.
53. Browne, O.: *Am. J. Obst. and Gyn.* 57: 1053, 1949.
54. Dailey, H. R.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 64: 650, 1952.
55. Cullen, T. S.: *Johns Hopkins Hops. Bull.* 7: 112, 1896.
56. Bell, W. B.: *J. Obst. & Gynec. Brit. Emp.* 29: 443, 1922.
57. Meyer, R. *Gynecological and Obstetrical Pathology.* Novak, E. W. B. Saunders Co., 1946.
58. Meigs, J. V.: *Surg. Gynec. and Obstet.* 68: 253, 1938.
59. Sampson, J. A.: *Arch. Surg.* 3: 245, 1921.
60. Te Linde, R. W., and Scott, R. B.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 60: 1147, 1950.
61. Allen, E. Peterson, L. F., and Sampbell, Z. B.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 68: 356, 1953.
62. Fraser, A. D.: *J. Obst. & Gynec. Brit. Emp.* 36: 590, 1929.
63. Kluver, H., and Bartherlmez, G. W.: *Surg. Gynec. & Obst.* 92: 50, 1951.
64. Geist, S. H.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 25: 751, 1933.
65. Fischer, A.: *J. Exp. Med.* 35: 367, 1922.
66. Huffman, J. W. *Am. J. Obst. and Gynec.* 62: 1243, 1951.
67. Catherwood, A. E., and Cohen, E. S.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 62: 1364, 1951.
68. Kistner, R. W.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 63: 455, 1952.
69. Sutton, Ch., and Hardy, J. A.: 63: 1139, 1952.
70. Latcher, J. W. *Am. J. Obst. and Gynec.* 66: 161, 1953.
71. Barnes, J.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 68: 1632, 1954.
72. Stilling, H.: Citado por Allen, Peterson y Campbell. *Am. J. Obst. and Gynec.* 68: 356, 1954.
73. Jacobson, V. C.: *Arch. Path. & Lab.* 1: 169, 1926.
74. Hesselberg, K. and Loeb, J.: *M. Research* 38: 11, 1918.
75. Hartman, C. G.: *West J. Surg.* 52: 87, 1944.
76. O'Keefe, C. D., and Crosse, R. J.: *J. Missouri M. A.* 24: 252, 1927.
77. Bykow, S. W.: Citado por Allen, Petersen y Campbell. *Am. J. Obst. and Gynec.* 68: 356, 1954.
78. Allen, E.: *Surg. Gynec. and Obst.* 55: 553, 1932.
79. Markee, J. E. *Con. Embriol.* 28: 223, 1940.
80. Frankl, O. *Irish J. M. Sc.* 7: 760, 1939.
81. Papanicolaou, G. N.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 25: 30, 1933.
82. Counseller, V.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 36: 877, 1938.
83. Te Linde, R. W., and Scott, R. B.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 60: 1147, 1950.
84. Jenkinson, E. L., and Brown, W. H.: *J.A.M.A.* 122: 349, 1943.
85. Pumphrey, R. *Ohio, M. J.* 33: 61, 1937.
86. Roques, F.: *Proc. Roy. Soc. Med.* 21: 538, 1928.
87. De Moraes, A.: *An. brasil. de ginec.* 15: 93, 1943.
88. De Feo, D. A. *Bol. Soc. de Obst. y Ginec. Buenos Aires*, 27: 137, 1948.
89. Novak, E.: *Gynecological and Obstetrical Pathology.* W. B. Saunders, Co. 1946.
90. Ranney, B., and Chung, J. T.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 64: 1333, 1952.
91. Nora, E., Meyer, J., and Carbonera, P. *Am. J. Obst. and Gynec.* 71: 876, 1956.
92. Te Linde, R. W. *Operative Gynecology Philadelphia*, 1953, J. B. Lippincott Co.
93. García Giesmann, J. Comunicación personal.
94. Giammalvo, J. T. and Kaplan, K.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 75: 161, 1958.
95. Molina Navia, L.: *Cirugía Conservadora en Ginecología.* Primer Congreso Peruano de Cirugía, 1947. Ed. Med. Peruana. Lima. Perú.
95. Molina Navia, L.: *Ginecología y Obstetricia* 4: 168, 1958 (Lima).
97. Sampson, J. A.: *Arch. Surg.* 3: 245, 1921.
98. Sampson, J. A.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 4: 451, 1922.
99. Sampson J. A.: *Boston M. & S. J.* 186: 445, 1922.
100. Sampson J. A.: *Arch. Surg.* 5: 217, 1922.
101. Sampson J. A.: *Surg. Gynec. and Obst.* 38: 287, 1924.
102. Sampson J. A.: *Arch. Surg.* 10: 1, 1925.
103. Sampson J. A.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 10: 462, 1925.
104. Sampson J. A.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 10: 649, 1925.
105. Sampson J. A.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 12: 459, 1926.

106. Sampson J. A.: *Am. J. Path.* 3: 93, 1927.
107. Sampson J. A.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 14: 422, 1927.
108. Sampson J. A.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 16: 461, 1928.
109. Sampson J. A.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 18: 1, 1929.
110. Sampson J. A.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 20: 443, 1930.
111. Sampson J. A.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 40: 549, 1940.
112. Riddle, J. H., and Edwards, I. K.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 76: 783, 1953.
113. Stern, H. C.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 75: 663, 1958.
114. Hunter, W. C., and Nohlgren, J. E.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 72: 1072, 1955.
115. Hunter, W. C., and Latting, G. J.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 75: 258, 1958.
116. Javert, C. T.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 64: 780, 1952.
117. Ramírez, G. A., Valdivia Ponce E., y Campos Rey de Castro, J.: *Ginecología y Obstetricia* 4: 90, 1958 (Lima, Perú).
118. Fernandes Martiniano. Segundo Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología y Cuarto Congreso Brasileiro de Obstetricia y Ginecología. Sao Paulo, 1954.
119. Guerrero, Carlos D.: Segundo Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología y Cuarto Congreso Brasileiro de Obstetricia y Ginecología. Sao Paulo, 1954.