

## ESTUDIO RADIOLOGICO EN ALGUNOS PROCESOS DEL ENDOMETRIO

Drs. A. GIAMPIETRO y R. PARADA

**D**ESDE hace varios años estamos ocupándonos del valor y la importancia que la Radiología tiene en Ginecología.

En 1958 presentamos al 2º Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia realizado en Montreal (Canadá), un trabajo titulado "**La importancia de la Radiología en Ginecología y Obstetricia**". Como **consideraciones finales** dijimos que en algunos de los casos presentados la radiología certifica el diagnóstico, en otros modifica la impresión clínica, y si se efectúa en forma seriada se puede seguir la evolución de los procesos.

En 1961 nos ocupamos llevando otro trabajo al 3er. Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia realizado en Viena (Austria), titulado "**Valor de la Radiología en la cirugía del mioma**". Y en esta comunicación a modo de consideración dijimos que la radiología es un precioso auxiliar de la cirugía ginecológica; que preferimos los medios hidrosolubles; que es de suma importancia en la cirugía funcional y que además nos guía en la conducta de diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

En 1964 contribuimos en el libro titulado "Ginecología Radiológica" del Profesor J.J. Crottogini y el Dr. R. Parada, en un capítulo del mismo, titulado Miomatosis Uterina. Y decimos en la página 89 del libro mencionado, en la **Correlación clínico-radiológica**, que cada una de las formas anatómo-clínicas de la miomatosis pueden tener su traducción radiológica; pero que es fundamentalmente en las formas sub-mucosas donde el valor de la radiología es mayor dada la facilidad de su diagnóstico frente a las dificultades del diagnóstico clínico.

Ahora traemos al 2º Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología otro aporte del valor radiológico en algunos procesos del endometrio, que hemos tenido en la Clínica privada, destacando los elementos más importantes. Hacemos notar que este tema está expuesto con detalles en la Ginecología Radiológica por el Dr. Ciro Jaumandreu.

En las afecciones del endometrio es muy importante el aporte de la Radiología; pero hay que saber que puede estar contraindicada en muchas

de ellas. No obstante, es fundamental el conocimiento de las imágenes de dichas afecciones para la correcta interpretación de los casos.

No haremos la nómina de las diversas afecciones; como ya lo hemos dicho, están publicadas en el capítulo ya mencionado del libro de Crottogini-Parada.

Sin embargo, es muy útil en algunos casos tener la documentación de algunos de estos procesos que nos servirán ya sea para aclarar el diagnóstico o rectificarlo.

Es importante destacar que a veces los fines radiológicos que el clínico especializado solicita tienen, en algunos casos, un fin aclaratorio del diagnóstico; otras veces de documentación.

Y terminamos diciendo, como lo hemos visto en las radiografías, es de interés que en estos estudios tanto el clínico ginecólogo como el radiólogo-ginecólogo sepan interpretar las imágenes que se presentan a las soluciones de contraste que se utilizan.

Por eso es de fundamental importancia la estrecha colaboración de ambas disciplinas. Los métodos empleados dependerán del conocimiento mutuo que el clínico tenga de la radiología y el radiólogo de la ginecología. Así se podrá llegar al diagnóstico preciso, que de otra manera hubiera sido dificultoso tanto para el ginecólogo como para el radiólogo.

Somos partidarios, y ya lo hemos mencionado en nuestros trabajos anteriores, de las soluciones hidrosolubles; lo cual queremos subrayar.

RESUMIMOS algunas de las indicaciones y contraindicaciones fundamentales del estado radiológico de los procesos del endometrio de la obra mencionada:

Está contraindicada la radiología en:

- los procesos inflamatorios agudos;
- en la tuberculosis evolutiva;
- en el embarazo;
- en las lesiones neoplásicas malignas evidentes.

Como indicación sería la búsqueda de las sinequias uterinas:

- en los casos de dismenorrea pre e intra-menstrual;
- en metropatías disfuncionales, especialmente para descartar la existencia concomitante de algún pólipo u otro tipo de lesión endometrial;
- en los casos de sospecha de procesos malignos o benignos no aclarados por otros métodos de investigación, tales como el legrado uterino en el cual el diagnóstico no haya dado la certificación del proceso en estudio;
- en los casos de infertilidad o esterilidad de causa endometrial.

**Historia clínica.**— Figs. 1 y 2. Matrícula 53.785.

M. J. M. 29 años.

Amenorrea de 2 meses y medio, que desde hace unos 15 días tiene genitorragias. Consulta por dolores.

**Examen físico:** consistencia del útero firme y algo irregular. Indicación radiológica con fines de documentación.

Tratamiento: evacuación uterina.

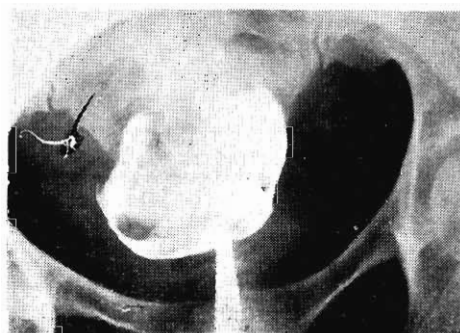


FIG. N° 1.—Embarazo. Histerosalpingografía. Medio de contraste hidrosoluble (Hypaque Winthrop al 50%). Radiografía de frente. Marcado agrandamiento, deformación e hipotonía de la cavidad uterina. El útero en su conjunto tiene a una forma redondeada. Se observa un relleno muy irregular de la cavidad, que corresponde a las formaciones ovulares. No se visualiza las trompas, ni se observa pasaje del hidrosoluble al peritoneo.

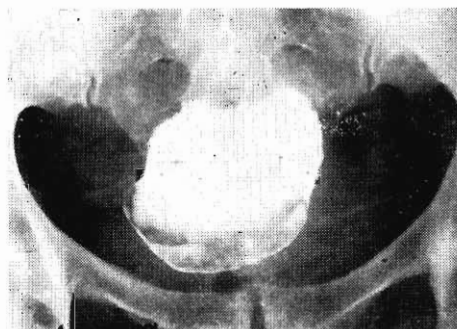


FIG. N° 2.—Mismo que la anterior. Radiografía de control precoz tomada 10 minutos después de realizada la inyección uterina. Se observa una imagen muy semejante a la de la figura anterior, debido a la gran hipotonía uterina. No se produce la contracción del órgano, reteniéndose el medio de contraste en la cavidad. Esta hipotonía tan acentuada es característica del embarazo; pero hay que hacer notar que en los primeros 15 a 30 días de embarazo aún no se observa hipotonía.

**Historia clínica.**— Matrícula 50.384.

M. B. de R. 61 años.

Metrorragias discretas. Prurito y flujo. Menopausia hace 6 años.

**Examen físico:** útero aumentado de volumen, discretamente irregular con nódulos miomatosos. Con fines de documentación se realiza la radiografía. Tratamiento: colpohisterectomía total con anexectomía bilateral.

**Historia clínica.**— Matrícula 69.413.

M. B. de S. 47 años.

Hace una larga historia de trastornos menstruales. **Al examen físico** muestra un útero de tamaño y forma sensiblemente normales. Se efectúa una colpocitología oncológica que da un Papanicolaou grado II. Se hace radiografía y biopsia que confirma la existencia del tumor de cuerpo uterino. Examen del raspado: adenocarcinoma.



FIG. N° 3.—Neo de endometrio. Histerosalpingografía. Medio de contraste hidrosoluble (Hypaque al 50%). Radiografía de frente.

Cavidad uterina de tamaño sensible normal, con gruesos defectos de relleno, predominando en el fondo y parte izquierda. Sobre el borde derecho la opacidad es mayor, indicando que hay una zona no invadida de dicho borde que permite la penetración del medio de contraste. Trompa izquierda no se visualiza.

Hidrosalpinx derecho (en la radiografía de control se confirmó plenamente el hidrosalpinx y ausencia del medio de contraste al peritoneo).

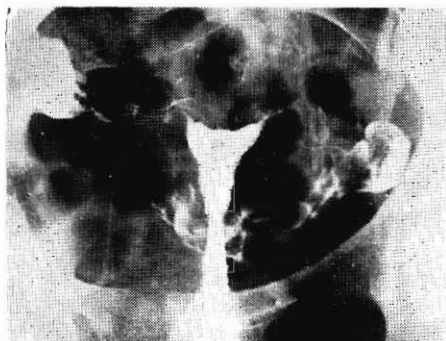


FIG. N° 4.—Neo de endometrio. Histerosalpingografía. Hidrosoluble. Radiografía de frente. Útero de tamaño y forma sensiblemente normales con marcadas irregularidades en su relleno. Estas imágenes por sí solas no permiten hacer el diagnóstico etiológico, pero señalan en cambio la existencia de una lesión endometrial que a veces puede no haber sido diagnosticada por la clínica, o el raspado biopsico. Orienta entonces al "legrado dirigido". Ambas trompas son de morfología normal. Observándose buen pasaje del medio de contraste al peritoneo; (confirmando plenamente por la radiografía de control precoz y tardío). En nuestra casuística los neoplasmas de endometrio presentan obstrucciones tubarias totales o hidrosalpinx; esto muestra que en algunos casos puede haber permeabilidad tubaria.

Algunos autores opinan que se podrían ocasionar siembras neoplásicas por arrastre de las células por el medio de contraste. Es una eventualidad, no siendo debidamente comprobada. La indicación de la HSG se hace en casos dudosos como legrados negativos y función orientadora del raspado.

**Historia clínica.**— N.F. de M. 30 años.

No queda embarazada (3 años). Menstruaciones tipo 3/28, indoloras. Flujo discreto.

Se hizo un legrado uterino y cervical.

Endocervicitis crónica y endometritis aguda.

**Historia clínica.**— Matrícula 57.764.

M.J. de P. 37 años.

Hace una historia funcional de esterilidad primaria.

El **examen físico** muestra el útero en anteversión marcada de caracteres normales. Nada para-uterino.

Esta general bueno.

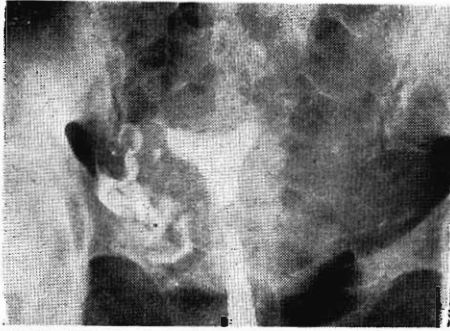


FIG. N° 5.—Endocervicitis. Histerosalpingografía. Hidrosoluble. Radiografía de frente. Utero de morfología sensiblemente normal, con pequeño defecto de relleno en región ísmica, que permite el pasaje del medio del contraste por un estrecho desfiladero, sobre el borde derecho del conducto cervical.

Como ya se ha expresado en el caso N° 4, la HSG tiene fundamentalmente una función de "diagnóstico de lesión", cuya etiología la aclarará definitivamente la biopsia. La trompa izquierda no se visualiza. Trompa derecha de morfología y permeabilidad normales.

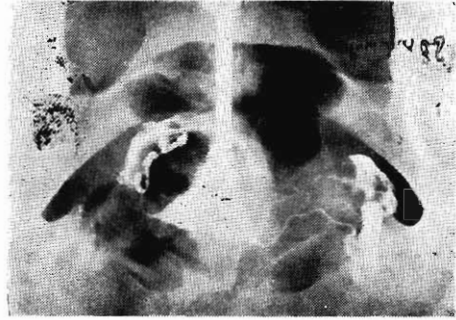


FIG. N° 6.—Hiperplasia de la mucosa. Histerosalpingografía. Hidrosoluble. Radiografía de frente. Este examen debió ser ejecutado con una sonda metálica curva, en lugar de la de Risolia modificada por nosotros, que empleamos habitualmente, debido a la dificultad del relleno uterino por impedimento del pasaje del medio de contraste (angulación del cuello).

Se observa útero de forma y tamaño normal; pero de contornos irregulares "dentellados", como se observan en las hipoplasias mucosas moderadas, en este caso de tipo premenstrual. (El examen fue realizado 18 días después de la menstruación). Trompas de morfología y permeabilidad normales.

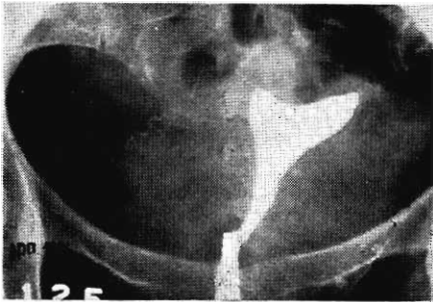


FIG. N° 7.—Útero angioescleroso. Histerosalpingografía. Hidrosoluble. Radiografía de frente. Útero algo agrandado y lateralizado a izquierda, de contornos lisos y sin evidencia de lesiones en su interior. La trompa izquierda no se visualiza. Trompa derecha filiforme, visible en casi toda su extensión. No se observa la zona del pabellón. La radiología tiene en este caso un importante valor como existencia de lesiones endometriales.



FIG. N° 8.—Miomatosis intramural y submucosa. Histerosalpingografía. Hidrosoluble. Radiografía de frente. Útero moderadamente agrandado y deformado, especialmente en su fondo, que se halla ensanchado; aspecto de miomatosis intra-mural. Falta relleno en la región ísmica, de contornos no muy precisos, probable nódulo submucoso (a confirmar con el estudio histológico). Trompas de morfología y permeabilidad normales.

**Historia clínica.**— Matrícula 88.125.

C.L. de S. 43 años.

Presenta metrorragia de manera intermitente e hipermenorrea en sus períodos menstruales.

El **examen físico** muestra el útero algo agrandado, de superficie lisa, grueso y firme. No hay deformaciones. Se piensa en un útero angioescleroso.

Se indica una colpocitología, una HSG y posteriormente un legrado biópsico.

El diagnóstico es de útero angioescleroso, sin descartar los procesos malignos.

**Historia clínica.**— Matrícula 59.057.

M.M. de A. 30 años.

Pacienté que consulta por esterilidad.

Al **examen físico** se le encuentra el útero agrandado y deformado por una tumoración miomatosa.

Como la enferma tiene gran interés de hijos, se pide una radiografía para ver el canal y la permeabilidad tubaria.

Visto el informe radiológico, se le hizo posteriormente un raspado y se corroboró la existencia de un pólipo.

Evolución favorable en este caso. La paciente quedó embarazada.

## S U M M A R Y

Radiologic studies of endometrium are indicated in the possibility of neoplastic disease, sterility and dysfunctional uterine diseases.

Contraindications for this type of study are: pregnancy, tuberculosis, and acute inflammatory disease of the uterus.