

# ENDOMETRIOSIS

## INTRODUCCION

**Benjamín Benavente Lozada**

Dada la importancia que la endometriosis juega en la limitación de la fecundidad, así como su agresión a los órganos genitales, ha hecho que los organizadores de este Congreso estimen por conveniente la inclusión del presente panel.

La endometriosis se caracteriza por la presencia de tejido endometrial funcionante, fuera de su normal situación, pero usualmente confinada a la pelvis en la región de los ovarios, ligamentos útero-sacros, fondo de saco de Douglas o peritoneo útero-vesical. Debe ser entendido por esto que el tejido endometrial prolifera, crece y funciona (usualmente sangra) en una localización extrauterina.

La esterilidad inexplicable, dismenorrea, hipermenorrea, metrorragia, defecación dolorosa, sangrado rectal cíclico y los dolores cíclicos son los síntomas más comúnmente referidos por estas pacientes.

El problema reviste caracteres médico sociales importantes, debido a su presencia cada vez mayor en el mundo civilizado, frecuencia que se manifiesta no sólo por el aumento del número de casos en estudio, sino porque su porcentaje de aparición se ha multiplicado varias veces en los últimos tiempos en detrimento de otras formas de esterilidad antes consideradas como las más comunes; además las lesiones que la caracterizan pese a ser de naturaleza benigna se comportan como malignas al invadir y producir metástasis. Al parecer, en unos casos, es consecuencia de un estado de hipotiroidismo que se manifiesta por alteraciones en el eje córtico-hipotálamo-hipófisis ovario, que impide la correcta utilización y metabolismo de las hormonas a nivel ovárico, así como la de los estrógenos y progesterona en el endometrio.

Su etiología continúa desconocida, pero pese a ello, tendremos oportunidad de escuchar hechos muy interesantes por los panelistas, referentes entre otras cosas a genética, al factor constitucional, en que se ejercen determinadas y específicas disposiciones y casi siempre en relación con el "estrogenismo sostenido", recordando que éste es un estado constitucional que se inicia desde la menarquía o poco antes de ella, con alteraciones en el eje hipotálamo hipófisis ovario, en que el hipotiroidismo juega un papel importante. Esta situación está caracterizada por aumento de las hormonas ováricas con desequilibrio entre ellas, en particular los estrógenos que ejercen una influencia en determinados tejidos a su vez reaccionan más sensiblemente al estímulo estrogénico, llegando a producir

en un principio "hiperplasia" y en épocas posteriores "neoformación celular", de acuerdo con la edad de la paciente y el tiempo y la continuidad del estímulo. Las diversas situaciones que obran en cada caso en particular, hacen que su acción se exprese de muy diversas maneras, situaciones que serán ampliamente expuestas por los panelistas.

Veremos que la cirugía previa es tomada en cuenta por un sector, como un factor positivo en la aparición de la afección, en determinados casos; lo que nos habla de un trasplante del endometrio normotrópico a otra localización.

En cuanto al diagnóstico, vamos a tener oportunidad de escuchar tres capítulos principales derivados del:

A/ Hipotiroidismo, B/ Los correspondientes al "estrogenismo sostenido" y C/ El síndrome endometriótico propiamente dicho.

En lo que compete a la nueva clasificación sugerida por la Sociedad Americana de Fertilidad, nos permite determinar el grado de complicación, mediante un puntaje arbitrario, que puede requerir una revisión o refinamiento en el panel de hoy día.

La agregación de puntos indica el progreso de la enfermedad (suave, moderado, severo, extenso). No se registra la presencia de endometriosis en otros sitios: apéndice, cérvix, piel, etc.; la patología observada no es descrita tan específicamente como sería deseable, todo lo cual invitará al diálogo, discusiones y conclusiones.

Referente al tratamiento, recordemos que estamos frente a un padecimiento especial, que por su frecuencia ha sido llamado "la enfermedad del siglo" y que por lo arbitrario y desesperante de sus resultados terapéuticos ha llegado a obtener una bien ganada fama de "enfermedad fascinante y misteriosa". Pese a ello, escucharemos de lo funcional que resulta el tratamiento a través de la laparoscopia para determinados casos y que cualquiera de los tratamientos médicos conservadores que se lleven a cabo, serán encaminados únicamente a la eliminación de los efectos locales del problema, o sea sólo sintomático, ya que quedarán íntegras después de él las causas que las originaron en su principio. Ellas actuarán de inmediato después, dado que estamos frente a uno de los síndromes

derivados del "estrogenismo sostenido" y que tiene las características de ser un proceso evolutivo, constitucional y hormono dependiente y la mujer que lo sufre deberá ser controlada cuidadosamente por el resto de su vida, debido tanto a la frecuencia de recaídas o por su asociación con otros síndromes, entre los cuales no es raro encontrar el cáncer del endometrio, de ovario o de mama.

El objeto del presente panel es exponer a la consi-

deración de ustedes la experiencia en el estudio de la endometriosis y los avances que se ha alcanzado en sus diferentes capítulos.

Para cumplir con esta finalidad, contamos con la valiosa intervención de distinguidos profesionales nacionales y extranjeros, a los que desde ya les damos nuestro cálido agradecimiento, por su aporte científico a la brillantez de este Congreso.

# ENDOMETRIOSIS ANATOMIA PATOLOGICA

Juan Takano Morón

## I ENDOMETRIOSIS INTERNA (Adeniosis)

La lesión está confinada a la pared uterina. El útero es de tamaño y peso normal o ligeramente aumentado; ocasionalmente hay un incremento significativo de estos parámetros (Fig. 1). La pared del útero, excepto moderado engrosamiento, es de aspecto normal, aunque en casos floridos se ve a simple vista pequeñas áreas de tejido blando, blanco-rosado o blanco amarillento (Fig. 2). En algunos casos estas zonas son rojo negruzcas con pigmentación del miometrio circundante (Fig. 3). Histológicamente, la adeniosis se caracteriza por la presencia de pequeños focos constituidos por glándula y estroma endometrial sin conexión alguna con la mucosa uterina, (Fig. 4) en ocasiones muy numerosas en todo el espesor del miometrio, otras veces muy escasos o solo constituidos por estroma, denominándose a esta última condición "Nódulos Estromales" (Fig. 5). Cuando los focos de adeniosis comprometen la serosa del útero, ocasionan adherencias a órganos vecinos (Fig. 6).

## II ENDOMETRIOSIS EXTERNA

Es la presencia de focos de tejido endometrial en órganos pelvianos, excepto el útero. Rara vez se describe localizaciones en órganos y tejidos extrapelvianos.

Los órganos y estructuras que son asiento de endometriosis en orden de frecuencia, son los siguientes: ovarios; ligamentos uterinos; septum rectovaginal; peritoneo pelviano, cicatriz umbilical y cicatriz de laparatomía. Rara vez se describe en pared vaginal, en vulva, en apéndice cecal y otros órganos. En material del Instituto de Patología de la UNMSM, de 100 casos consecutivos de endometriosis, el 74o/o corresponde a localización ovárica; el 13o/o a ligamentos uterinos; el 6o/o a trompas uterinas; el 3o/o a cicatriz abdominal post-cesárea; el 3o/o a apéndice cecal y, el 1o/o a celular subcutáneo del brazo.

La endometriosis se presenta con patrones morfológicos variados debido a que, a diferencia de la adeniosis, casi invariablemente sufre cambios por influencia hormonal ovárica. En el ovario se presenta como pequeños nodulitos corticales de color azul rojizo oscuro, especialmente en el borde libre y en las superficies laterales, recordando focos de depósitos de fibrina. Estos pequeños nodulitos crecen hacia la profundidad del ovario y tienden a formar quistes, originando a la larga una cavidad con contenido hemático conocida con el nombre de "Quiste Chocolate", hoy mejor llamado "Quiste Endometrial" cuyo tamaño es del orden de los 3 a 5 cm. (Figs. 7 y 8). Ocasionalmente, el quiste alcanza diámetros de 10 ó más centímetros, denominándose en este caso "Endometrioma" (Fig. 9). Las lesiones en peritoneo y otras vísceras pelvianas son del tipo miliar y nodular fino, siempre de color azul-rojizo oscuro o marrón-amarillento, seguido de proceso adherencial cuando hay compromiso peritoneal, el que puede ser muy intenso, condicionando la llamada "Pelvis congelada".

Microscópicamente, el cuadro también es muy variable. La imagen puede ser de tejido endometrial en fase proliferativa (Fig. 9), en ocasiones de aspecto hiperplásico quístico; en fase secretora (Fig. 10) o con gran componente hemorrágico y descamativo que induce a la formación quística (Fig. 11). En casos extremos puede perderse todo vestigio de estructura glándulo-estromal, siendo imposible establecer el diagnóstico. Particularmente en el quiste endometrial ovárico, se observa, como estructura limitante, una banda de macrófagos cargados de pigmento hemático, lesión que recuerda el cuadro histológico del xantoma (Fig. 12); muchas veces éste es el único hallazgo histológico significativo que permite establecer el diagnóstico de "Compatible con Endometriosis".

Finalmente, debemos considerar casos de adenocarcinoma ovárico con caracteres de carcinoma endometrial, forma que ha recibido el nombre de carcinoma endometriode, cuya histogénesis es discutida, señalándose la relación de endometriosis ovárica y esta neoplasia demostrada en algunos casos.