

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 (Adenomiosis)

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 adenomiosis 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 adenomiosis 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 adenomiosis, 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.