

ENDOMETRIOMA DEL OVARIO Y TROMPA UTERINA

Dr. J. C. Pravia

Creo sea interesante presentar este caso a la Sociedad de Cirugía, por lo poco frecuente en nuestro medio de los endometriomas del ovario y trompa.

El 1º de Mayo del presente año, nos traen al Servicio Quirúrgico, una paciente con un cuadro agudo de vientre.

Enferma joven, 25 años, soltera. Sin antecedentes de importancia. Hacía dos días empezó con su menstruación en buena fecha y junto con ella un dolor muy fuerte en fosa ilíaca derecha, vómitos y fiebre, temperatura 38 axilar y un pulso de 120 depresible y chico.

Como antecedente de importancia era el dolor menstrual; los tres primeros días de sus períodos tenía que guardar cama.

Examen: corazón y pulmones bien. Abdomen: globuloso y timpánico en su parte superior, con defensa y doloroso en fosa ilíaca derecha. Aconsejamos internarla, bolsa de hielo en el vientre, sueros clorurados y fisiológicos. Hacemos una leucocitosis, que dió 13.000. Dieta absoluta. Estábamos en el 2º día de la menstruación. Tres horas después examinamos de nuevo a la enferma: el vientre más dolorido y con más defensa, pulso igual y fiebre igual, sólo había orinado espontáneamente.

Examen genital muy difícil: era una "vierge", por tacto rectal parecían muy dolorosos las para-metries; cara posterior de cuello y sobre todo fondo peritoneal derecho. Pensamos en una apendicitis pelviana, concomitantemente con su menstruación y aconsejamos la operación.

Operación: Cirujano Dr. Juan Carlos Pravia, ayudante Br. Guijarro. Anestesia, éter, buena anestesia. Mac Burney. Se abre el peritoneo y el ciego estaba muy cerca, se exterioriza todo lo posible y encontramos el ángulo ileocecal; el apéndice estaba tumefacta y se dirigía perpendicularmente hacia la región pelviana. Al tratar de exteriorizar su punta que estaba muy adherida aparece un líquido de color y consistencia del alquitrán, que subía de la región pelviana hacia el Mac Burney.

Hacemos la apendicectomía, cerramos la cavidad peritoneal y todos los planos. Hacemos después un Pfannestiel. Exteriorizamos el útero que está un poco congestionado y nada más, con un histeriolabo; el anexo izquierdo nor-

mal, ni siquiera inflamado, en cambio con el anexo derecho, encontramos una tumefacción que hacía irreconocible la trompa y el ovario. En una parte había una bolsa quística rota, que aun babeaba un líquido color alquitrán. Había sido ésta, la que nuestro dedo había desgarrado probablemente.

Hacemos anexectomía buscando el tejido sano. Sin ninguna particularidad, peritonizamos y nos quedamos conformes como terminamos la operación. Cierre total. Post-operatorio muy bueno, alta a los 11 días de operada, vale decir el 11 de Mayo. El examen histológico de la pieza hecho por nuestro anatómo patólogo Sr. Enrique Castro nos da lo siguiente:

Pieza operatoria de forma irregular, en parte cortada y disgregada, que comprende el ovario, la trompa uterina, y abundante magma conectivo que los une; con aspecto de reacción fibro-plástica por antiguo proceso productivo

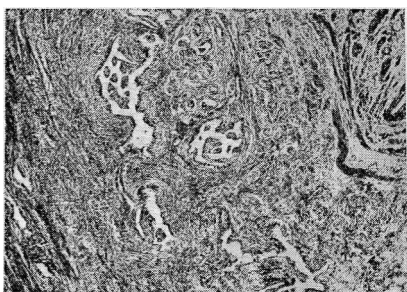


Fig. Nº 1. — Micro-foto de corte transversal de trompa uterina (tercio medio). Tubos endometriales complicados, en el espesor de la pared muscular.

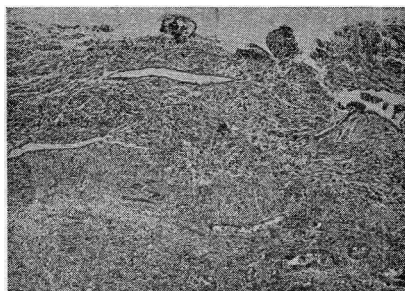


Fig. Nº 2. — Micro-foto de corte de ovario. Tubos endometriales simples aplastados cerca de la superficie.

reparador. El ovario tiene la estructura normal, con folículos primordiales y en crecimiento y algunos cuerpos lúteos cicatriciales. En parte de su superficie está destruida la albugínea y se encuentran allí tubos de luz irregular, tapizados por epitelio cilíndrico, que parecen invadir el ovario desde la superficie peritoneal, a cuyo significado nos referimos más adelante.

La trompa uterina tiene una capa mucosa normal; en la pared muscular y en el sub-peritoneo se encuentran numerosos tubos en diversa forma y tamaño a epitelio cilíndrico.

Estos tubos como los del ovario, por su epitelio y la reacción del estroma que los rodea, tomando el aspecto del endometrio, por lo que el diagnóstico histológico es de *endometrioma del anexo* (tal vez extendido más lejos, en la cavidad pelviana). Sinonimia, adenomiositis o endometriosis.

CONSIDERACIONES. — El endometrioma del ovario es una afección poco frecuente en nuestro medio quirúrgico, no creo que sea por falta de costumbre de hacer el examen histológico siste-

mático de todos los anexos operados; sino porque es una afección relativamente poco frecuente.

Sampson en 474 laparatomías ginecológicas, 107 fueron endometriomas del ovario, cree no sea ese el porcentaje en nuestro medio ni mucho menos.

Se han presentado en nuestras Sociedades Científicas 4 ó 5 casos a lo sumo. El Dr. A. Stábile en el año 1937 presentó el primer caso de endometrioma interno del ligamento ancho. El Dr. R. Belloso en los "Anales de Clínica Quirúrgica" en 1939 hace una revista conjunta del tema. Presenta el 2º caso. El Dr. A. Pou, de Santiago, presentó un caso el 21 de agosto de 1941 en la Sociedad Ginecotológica de Montevideo. El Dr. Arturo Achard en las jornadas Rioplatenses de ginecología y obstetricia presenta en noviembre de 1941 un caso con su recidiva; muy interesante.

Y creemos nos corresponde a nosotros este nuevo caso.

Dejemos las teorías y las distintas nomenclaturas, etc., etc., que creo correspondan más bien a la Sociedad de Anatomía Patológica.

Lo que podemos decir en práctica es que los endometriomas de ovario son tumores con la estructura de la mucosa uterina y que como lo expresa muy bien el Dr. Achard en su trabajo; es un tumor de características particulares: "la presencia heterotópica del tejido endometrial en sitios alejados del claustro uterino, y que pone en crisis más de una hipótesis aparentemente bien cimentada".

Que se forman en ovarios y trompas o en ambas a la vez; que son benignos por la poca reacción general que como neoplasias producen en el organismo; y malignos por la pronta recidiva; ya en órganos cercanos a la parte extirpada, ya en los anexos del otro lado. La parte práctica en realidad es esta última y hay que vigilar muy de cerca a la enferma operada y despistar lo antes posible la nueva aparición y tomar medidas terapéuticas; como la radioterapia profunda puedan alejar una segunda intervención.

Pero a veces hay que intervenir otra vez y extirpar el nuevo tumor formado. Las características clínicas son poco netas, pero se dice que son tumores que crecen en cada menstruación y que se congestionan igual que la mucosa uterina en cada círculo menstrual.

Es difícil esto certificarlo en clínica mismo con exámenes

repetidos; pero a veces es posible sospecharlo. Casi siempre son "trouvailles" operatorias, y después en la "suite" operatoria de la enferma ya es más fácil seguir el proceso en la recidiva si la hay; como lo resolvió el Dr. Achard en el caso presentado por él y resuelto con todo brillo.

Se puede sospechar un tumor de este tipo frente a una tumefacción que crece en cada menstruación, sobre todo si es una menstruación muy dolorosa.

Pero nunca asegurarlo, el examen histológico es en realidad el que da categoría definitiva a nuestras presunciones.

En la enferma que presentamos sospechábamos que estábamos frente a un endometrioma, cuando al querer exteriorizar su apéndice que era pelviana, apareció en el campo operatorio, un líquido hemático casi negro. color alquitrán.

Pero quien confirmó nuestra presunción fué el examen histológico.

Hemos seguido nuestra enferma mes a mes y hasta ahora parece no haber recidiva. Su menstruación que era muy dolorosa se ha hecho casi normal. Todavía la seguiremos vigilando por un tiempo más.
