

Trabajo de la Clínica Ginecológica del Prof. Dr. Juan Pou Orfila

## ENDOMETRIOSIS

Nuevos casos personales

Dr. Alejandro Pou de Santiago

Creemos interesante traer a la consideración de los señores consocios, el tema Endometriosis, por la actualidad que él reviste. Las publicaciones que existen en nuestro país sobre este capítulo de la patología femenina son escasas, seis en total (Achard, Alvarez, Pou de Santiago, Pravia, Rodríguez Ximeno, Stábile). Sin embargo de acuerdo con el aforismo "on trouve ce que l'on cherche", después de la primera publicación que hicimos en 1941 sobre este tema, pusimos especial cuidado en todas las laparotomías y exámenes que realizamos, no ignorar estas formaciones. Es así como hoy podemos presentar nueve casos, con su correspondiente documento histológico.

Estos casos corresponden a 120 laparotomías realizadas con visualización de la pelvis y estudio del material operatorio, lo que da una frecuencia del 7.5 %.

Este número está muy lejos de la cifra citada por Sampson del 29 % por las laparotomías, pero se acerca al porcentaje dado en general del 10 %, lo cual revela que no es una lesión tan rara como se creía.

De los casos que presentamos, dos fueron intervenidos con el diagnóstico de probabilidad y otro de posibilidad de dicha lesión.

Para aclarar el concepto de la endometriosis nos permitimos traer el esquema elaborado en la Clínica Ginecológica, de lo que Pou Orfila llama la "lesión elemental endometriósica". Esta está formada por un *tubo epitelial* tipo endometrial y un estroma conjuntivo circundante, con los elementos que se encuentran en la mucosa uterina, el llamado *estroma citógeno*.

En este aparecen además, *hemorragias* y células macrófagas, cargadas de pigmento sanguíneo, *células siderófilas*. (Fig. N° 1).

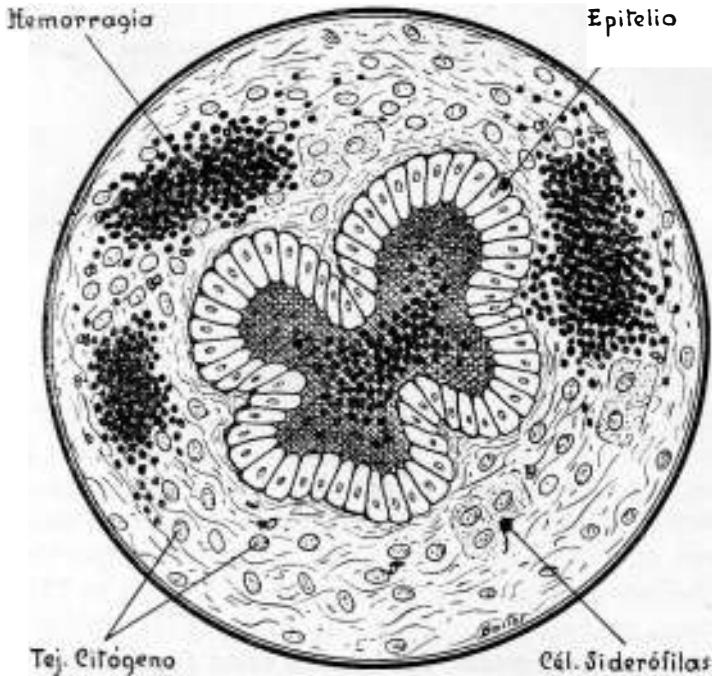


FIG. 1.

Veremos los casos que hemos estudiado:

CASO N° 1. — Historia 29621. C. Y. B. 49 años, casada, turca, raza blanca. Ingresa el 24/VII/943 a la Clínica Ginecológica por anemia y metrorragias que se prolongan en forma irregular desde hace tres meses.

**Antecedentes familiares y personales** sin importancia.

**Antecedentes ginecológicos.** — Menarca a los 14 años. Ritmo menstrual 6/28, regular. Períodos muy dolorosos. Desde hace dos años irregularidades en el ritmo, transcurriendo períodos de amenorrea de hasta ocho meses. En junio, julio y agosto de este año metrorragias.

Ocho gestaciones terminadas por dos partos y seis abortos provocados.

**Examen.** — Enferma con buen estado de nutrición, pálida, mucosas decoloradas. Hipertendida de 18 ½ - 10. Corazón bien compensado. Mamas bien desarrolladas, péndulas.

Vientre con grueso panículo, móvil, depresible, indoloro. Fosas lumbares libres. Vulva de múltipara sin signos de infección. Vagina amplia. Cuello uterino cilíndrico. O. E. transversal. Cuerpo en P. I. no se puede palpar pero se tiene la sensación de que está aumentado de volumen. Fondos de saco libres.

Al espéculo: cuello bien epitelizado. Histerometría: 8  $\frac{1}{2}$  cms.; se tiene la sensación de que existen irregularidades en la mucosa, que corresponden a miomas submucosos.



FIG. 2.

Exámenes de laboratorios: gl. rojos 4.385.000. Hemoglobina 87 %; los demás exámenes normales.

Se decide intervenir con el diagnóstico de **miomatosis uterina**.

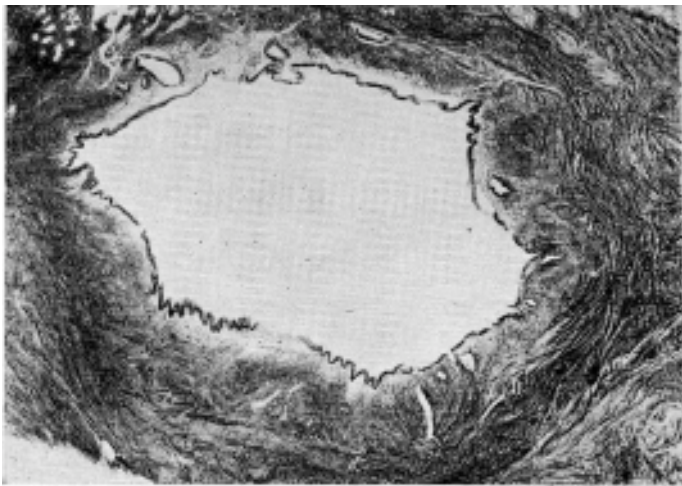


FIG. 3.

**Operación.** — 24 - 9 - 43. Anestesia general con Pentothal sódico, 1 gr. 50 en 30 c.c. de agua destilada, bien tolerada, perfecta; duración 1 h. 05 mn. Histerectomía vaginal, dejando los anexos.

El estudio de la pieza operatoria muestra el útero con dos nódulos miomatosos subserosos, uno en la cara anterior 1/3 medio; otro en la cara posterior, cerca del fondo.

Sobre el ángulo derecho, próximo al ostium tubario, en pleno miometrio se observa una formación quística de 2 mm. de diámetro.

El estudio histológico muestra un quiste rodeado por tejido miometrial, cuya pared está formada por estroma citógeno y recubierta de un epitelio alto, tipo endometrial.

Se trata de una *endometriosis interna quística*. (Fig. 3).

CASO N° 2. — Ficha 13425. (Consultorio). M. F. de M., 40 años. Consulta por sus menstruaciones irregulares y por dolores sacrolumbares que se exacerban con el período.

**Antecedentes familiares y personales** sin importancia.

**Antecedentes ginecológicos.** Menarca a los 15 años. Menstruaciones



FIG. 4.

3 - 4/28. Hace un año se han acortado los períodos a 25 - 24 - 21 - 15 días. Ultimamente menorragia de ocho días. Esterilidad primitiva.

**Examen:** Buen estado general. Boca en buenas condiciones. Vientre móvil, depresible, indoloro. Fosas lumbares libres.

Vulva de nulípara, con colpocele anterior. Periné íntegro con elevadores tónicos. Cuello hipertrófico. Cuerpo en R. V., aumentado de volumen en 1/3, regular. Fondos de saco libres.

Al espéculo: cervicitis crónica hipertrófica. Histerometría de 8 ½ cm. Se aconseja: raspado explorador y Doleris.

Exámenes de laboratorio. Normales. Presión arterial: Mx. 14. Mn. 8.

Operación. Raquipercaína 0,0075 entre tercera y cuarta lumbar. Raspado uterino, obteniéndose una formación ovoidea dura del tamaño de una aceituna grande. Vaciamiento conoideo según la técnica de Pouey.

Pfannenstiell. Abierto el peritóneo se comprueba un quiste del ovario del tamaño de una uva. Ovariectomía parcial, apendicectomía. Doleris. Cierre de la pared por planos.

El estudio histológico de la formación obtenida en el raspado muestra en el centro de un estroma conjuntivo - muscular denso, un islote constituido por estroma citógeno y por tubos endometriales. (Fig. 4).

Se trata de un *mioma submucoso pediculado* con un *nódulo de endometriosis*.

CASO N° 3. — Historia: 27286. E. D. de F., uruguaya, 41 años, casada, raza blanca. Ingresa a la Clínica Ginecológica el 12 - VII - 1942, por metrorragias acompañadas de dolores, que empezaron hace 10 días.

Un día antes de comenzar la hemorragia aparecieron dolores que comenzaban en la fosa ilíaca derecha y se irradiaban al hipocondrio, la otra fosa ilíaca y las fosas lumbares. La metrorragia es de regular cantidad de sangre roja, con coágulos.

Hace cuatro días cesó la metrorragia, persistiendo los dolores.

**Antecedentes familiares y personales:** sin importancia.

**Antecedentes gineco - tocológicos.** Hace 20 años tuvo una metrorragia semejante que duró 1 ½ mes y cedió al tratamiento médico. Menarca a los 11 años. Tipo menstrual 3/28, regulares, muy dolorosas, durante los tres días. Última menstruación hace 18 días (24 - VI - 1942). Dos gestaciones, terminadas por partos normales a término. Puerperios normales. Lactancia hasta los 8 y 6 meses respectivamente. No ha tenido abortos.

**Examen:** Buen estado general. Enferma delgada, lengua limpia, dentadura con algunas caries. Mamas: sin particularidades.

Vientre móvil, depresible, indoloro. A la palpación de la fosa ilíaca derecha, se percibe una tumoración de superficie lisa y consistencia elástica.

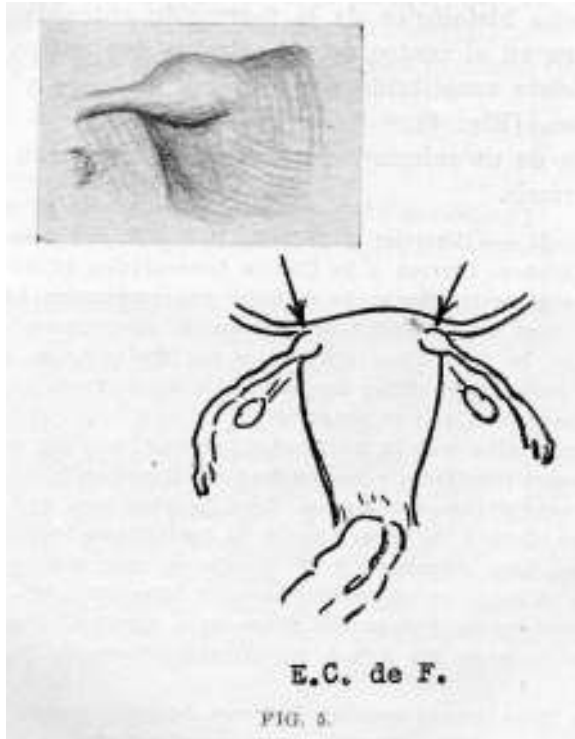
**Examen genital:** Vulva y vagina de múltipara, sin particularidades. Cuello cilíndrico con O. E. transversal. Por éste sale escasa cantidad de muco - pus. Cuerpo uterino en A. V. desviado hacia la izquierda. Tamaño, forma y consistencia normales; movilidad limitada hacia la derecha por una tumoración quística del tamaño de una naranja, independiente del útero. Fondo de saco izquierdo se tacta el ovario.

Se interpreta el caso como una metrorragia por disfunción ovárica en una paciente portadora de un quiste ovárico. Se decide en consecuencia intervenir.

**Exámenes de laboratorio:** normales.

**Operación:** Anestesia con éter CO<sub>2</sub>. Pfannenstiel. Abierto el peritóneo se comprueba: Utero en A. V. Tamaño y consistencia normales. Sobre los dos cuernos se observan dos pequeñas tumoraciones del tamaño de garbanzos, cuyo eje coincide con el de los oviductos; se trata de dos nódulos de "salpingitis nodular ístmica". A la derecha se encuentra un quiste ovárico del tamaño de un coco. Ovario izquierdo normal. (Fig. 5).

Se practica la evacuación del contenido del quiste (400 c.c. de un líquido seroso-hemático) y se extirpa aquél, junto con la porción de



ovario que resta y con la trompa. Salpingectomía izquierda. Se practica la enucleación de los nódulos cornulares antes citados. Apendicectomía profiláctica con encapuchamiento del muñón. Se explora el Douglas encontrándolo libre. Cierre de la pared por planos. Agrafes en la piel. Postoperatorio sin particularidades. Sale de alta en buenas condiciones. El estudio del quiste ovárico mostró se trataba de un cistoma seroso simple.

Los cortes practicados en los nódulos muestran una serie de cavidades recubiertas por un epitelio cúbico bajo, con los caracteres de los divertículos de la trompa (Schenken, Burns).

En el lugar correspondiente a la trompa se observa la pared muscular, con las capas de haces musculares lisos concéntricos.

La luz está ocupada por tubos glandulares con las características de las *glándulas endometriales*, en medio de un *estroma citógeno*. (Fig. 6).

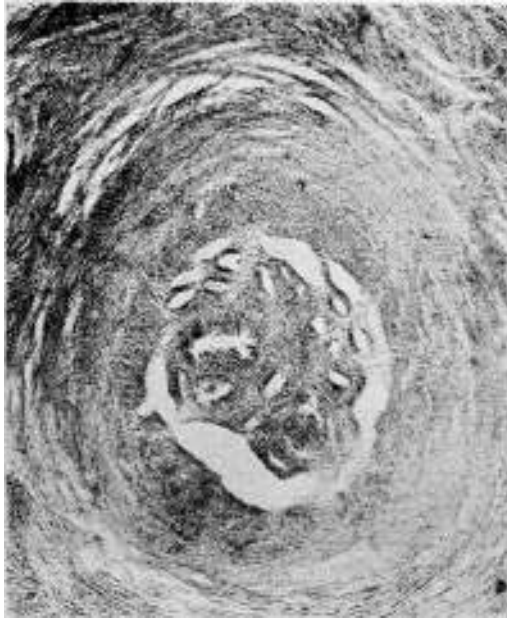


FIG. 6.

*Diagnóstico: endometriosis de la porción ístmica de la trompa.*

CASO Nº 4. — Historia 15671. Y. C., 27 años, soltera, raza negra, uruguaya. Ingresó el 12 - VII - 42 por una metrorragia que apareció el 31 - VI luego de una menstruación normal del 14 al 20. - VI.

**Antecedentes familiares y personales:** sin importancia.

**Antecedentes ginecológicos:** Sufre dolores en el hipogastrio y en la fosa ilíaca izquierda desde 1933, con intermitencias y exacerbaciones.

Tratada como un proceso de anexitis crónica por medios químicos, biológicos y fisioterápicos, no ha mejorado. Por el contrario las aplicaciones diatérmicas aumentaban los dolores menstruales.

Menarca a los 13 años. Tipo menstrual 4/30, disalgomenorrea durante todo el periodo. Última menstruación: 14 - VII. Nuligesta.

**Examen:** Buen estado general. Boca con caries. Mamas: sin parti-

cularidades. Vientre móvil, depresible. Hipocondrio derecho sensible. Zona de Mac-Burney dolorosa. Fosas lumbares libres. Vulva de nulípara, sin signos de infección. Cuello con O. E. puntiforme.

Cuerpo uterino en A. V. tamaño y formas normales. Fondo de saco derecho se tacta el anexo ligeramente engrosado duro, sensible.

Fondo de saco izquierdo y Douglas se tacta el anexo quístico del tamaño de una ciruela, fijo, doloroso.

Al espéculo: cuello bien epitelizado.

**Análisis de laboratorio:** normales.

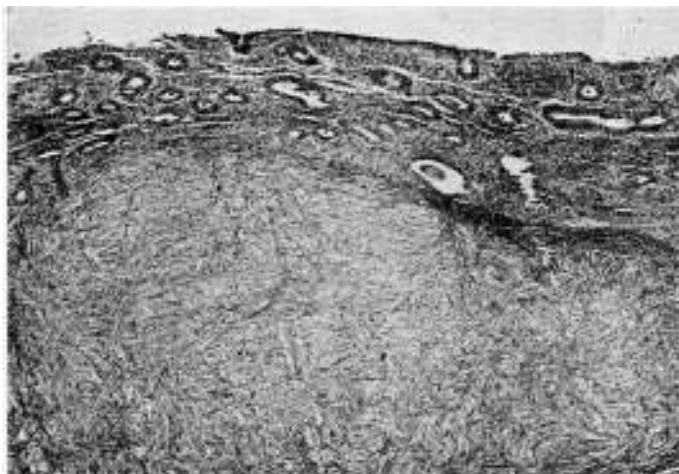


FIG. 7.

Se opera con el diagnóstico de anexitis crónica, planteando la posibilidad de una endometriosis.

**Operación:** Raquipercaína entre III y IV 0:0075 grs. Pfannenstiel. Abierto el peritoneo se comprueba: Utero en ante-posición y retro-flexión. Epiplón con adherencias a la cara posterior. Se liberan aquéllas y se observan la trompa y ovario izquierdos prolapsados en el Douglas y éste fuertemente adherido. Se libera el ovario y se comprueba que presenta un quiste de chocolate, que se abre al practicar aquella maniobra. Se desprenden algunas adherencias laxas que presenta el anexo derecho; la trompa presenta un proceso de salpingitis crónica. El apéndice se encuentra fijo a la cara posterior del ciego por adherencias laxas. Se liberan. Se practica anexectomía izquierda, salpingectomía derecha, apendicectomía.

Cierre de la pared por planos. Agrafes en la piel.

En este caso no practicamos la castración quirúrgica dada la edad de la enferma y la ausencia de otras lesiones endometriósicas. En el caso que apareciesen síntomas que nos revelasen la existencia de nuevos focos, practicaremos la castración actínica.

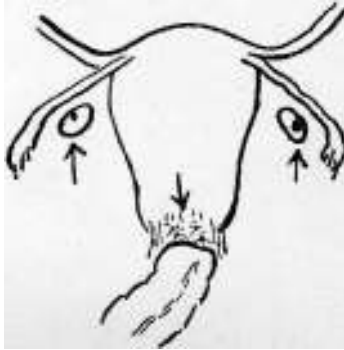


El estudio histológico del ovario mostró un tejido ovárico, con folículos, cuerpos amarillos y albicans. La porción que correspondía al quiste de chocolate está constituida por un estroma citógeno con células siderófilas, hemorrágicas y por numerosos tubos endometriales. (Fig. 7).

Diagnóstico: *endometriosis ovárica quística.*

CASO N° 5. — Ficha 13338. (Consultorio). J. R. de M., alemana, 28 años, casada. Raza blanca. Enferma que consulta por esterilidad matrimonial después de 3 ½ años de casada.

Antecedentes familiares y personales: sin importancia.



I. R. de M.

FIG. 8.

Antecedentes ginecológicos: Menarca a los 14 años. Menstruaciones 5/28.

No presenta dismenorrea. Casada hace 3 ½ años. Nuligesta. No presenta flujo.

Examen: Buen estado general. Vientre móvil, indoloro, libre. Vulva de nulípara. Vagina amplia. Utero globuloso del tamaño de un grueso puño, duro con nódulos sub-serosos, en A. V. móvil.

Se palpan ambos ovarios. Histerometría de 10 cms.

Se diagnostica: miomatosis uterina.

En vista de esto se decide intervenir.

Operación: 16 - XI - 1942. Raquipercaína 0.0075 grs. Pfannenstiel. Abierto al peritoneo se observa el útero del tamaño de un grueso puño, con nódulos sub-serosos.

El ovario derecho presenta en su borde libre una formación quística del tamaño de un garbanzo, de color negro. En el ovario izquierdo se observa una formación semejante, del tamaño de una arveja.

En el Douglas y pared recto vaginal se observan algunos nodulitos

negros, como chumbos, rodeados de un tejido escleroso estelar. Al tacto toda esta zona se presenta indurada. (Fig. N° 8).

Se practica resección parcial de ambos ovarios; histerectomía supra-ístmica, apendicectomía profiláctica.

Cierre de la pared por planos. Agrafes en la piel.

El estudio histológico de los cortes practicados en los fragmentos ováricos muestran dos formaciones quísticas, con las paredes intensamente infiltradas por macrófagos cargados de pigmentos sanguíneos. En una pequeña zona se observa la presencia de un epitelio cúbico. (Fig. N° 9).

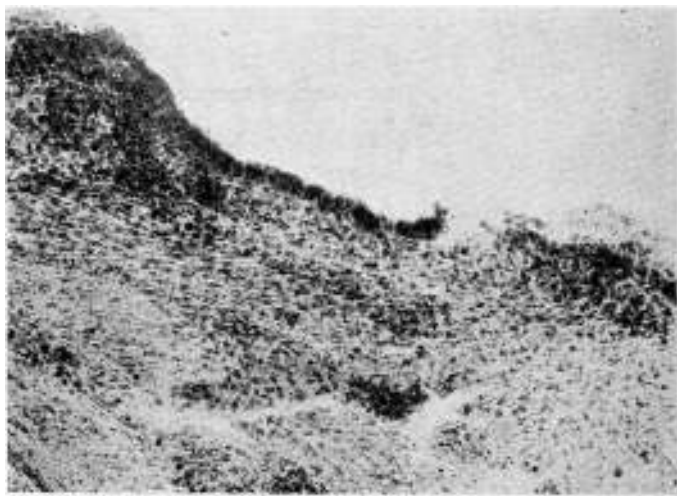


FIG. 9.

En el fragmento que corresponde al ovario derecho se comprueba la presencia de un tubo endometrial en la vecindad del quiste antes mencionado (Fig. 10).

En resumen: *endometriosis ovárica y del fondo de saco de Douglas.*

No hemos vuelto a ver a esta enferma.

CASO N° 6. — Historia 27155. H. F. de S., 34 años, alemana, casada, raza blanca. Consulta por dismenorrea intensa y por esterilidad secundaria. Tratada desde hace siete años como una anexitis crónica, después de un parto.

**Antecedentes familiares y personales:** sin importancia.

**Antecedentes gineco-tológicos:** Menarca a los 13 años. Menstrua-

ciones tipo 3 - 4/28. Casada hace 13 años. Un embarazo hace 8 años, terminado por parto normal. Durante el puerperio tuvo fiebre durante el tercero y cuarto día, luego siguió bien. Lactancia durante nueve semanas. No ha tenido abortos.

Después del parto aparece una dismenorrea que ha ido en aumento. El dolor comenzaba tres días antes del período, irradiándose a los miembros inferiores, iba en aumento, siendo su máximo el tercer día del flujo; luego decrecía para desaparecer entre el tercero y quinto día post-menstrual. Localiza vagamente el algia como asentando en el recto. Los dolores de los tres últimos períodos han alcanzado intensidad extrema. Última menstruación hace 10 días.

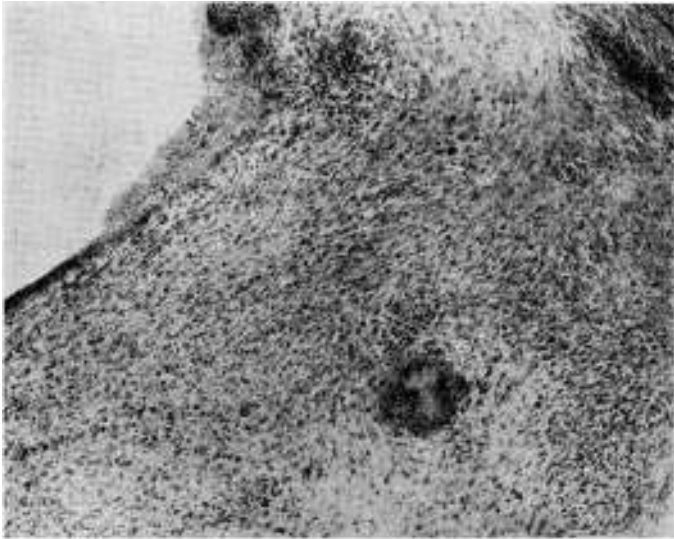


FIG. 10.

**Examen:** enferma con buen estado general, obesa. Boca sin particularidades. Mamas péndulas. Vientre globuloso, con grueso panículo adiposo, móvil, libre, indoloro. Fosas lumbares libres. Vulva de unípara, sin signos de infección. Cuello cilíndrico, metrítrico.

Cuerpo uterino no se puede delimitar en su tamaño y forma, pero se tiene la impresión de que no está agrandado ni modificado en su forma.

Fondo de sacos laterales libres.

Fondo de saco de Douglas se tactan dos masas del tamaño de uvas, duras de consistencia cartilaginosa, inmóviles, sumamente dolorosas. Al espéculo: cuello bien epitelizado, con ligero catarro mucoso. Histerometría de 8 centímetros. La mucosa del fondo de saco posterior se encuentra con algunas arrugas.

Se decide intervenir con el diagnóstico de probable endometriosis del Douglas y del tabique recto - vaginal.

**Operación:** 20 - VI - 1942. Raquipercaína 0.0075 grs. Pfannenstiel. Abierto el peritoneo se comprueba el útero en retroversión de tamaño mayor que el normal en un cuarto. Ambos anexos se encuentran prolapsados en el Douglas sin adherencias. El ovario derecho presenta un pequeño quiste folicular del tamaño de un garbanzo. Trompa sana. **Anexo izquierdo.** Trompa sana. Ovario izquierdo presenta dos cuerpos amarillos uno del tamaño de una arveja, en el polo medial, otro del tamaño de una avellana joven, en el polo distal.

H. F. de S.

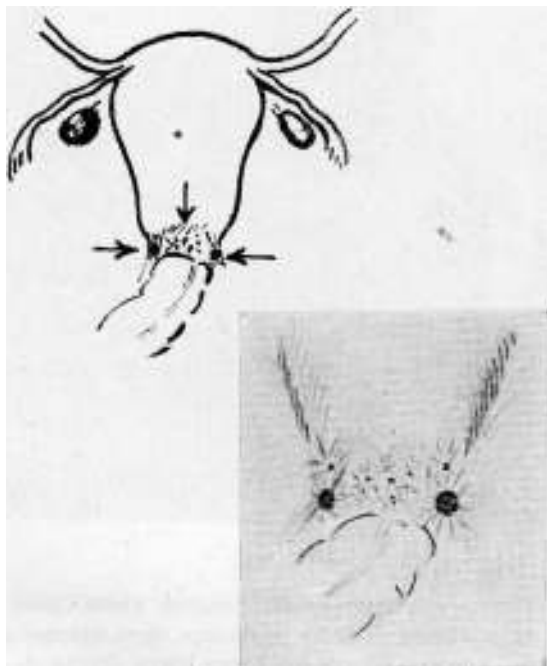


FIG. 11.

En el Douglas se observa:

1º a la derecha, sobre el ligamento útero - sacro una mancha negra, del tamaño de un garbanzo, por encima de la cual existe una imagen blancuecina estrellada; al tacto existe un nódulo duro.

2º a la izquierda existe una imagen semejante, más pequeña como una lenteja. En el espesor del ligamento útero - sacro existe un nódulo duro, como una arveja.

3º en el fondo de saco posterior se comprueban varias pequeñas

manchitas negras del tamaño de granos de alpiste: al tacto toda esta zona se encuentra indurada. (Fig. 11).

Con una pinza saca-bocado se toman dos fragmentos de cada ligamento; puntos en cruz de hemostasia.

Cierre de la pared por planos. Agrafes en la piel.

El estudio histológico de los fragmentos muestra, en medio de un estroma conjuntivo - muscular liso, formaciones glandulares, en forma de tubos o de pequeñas dilataciones quísticas ro-

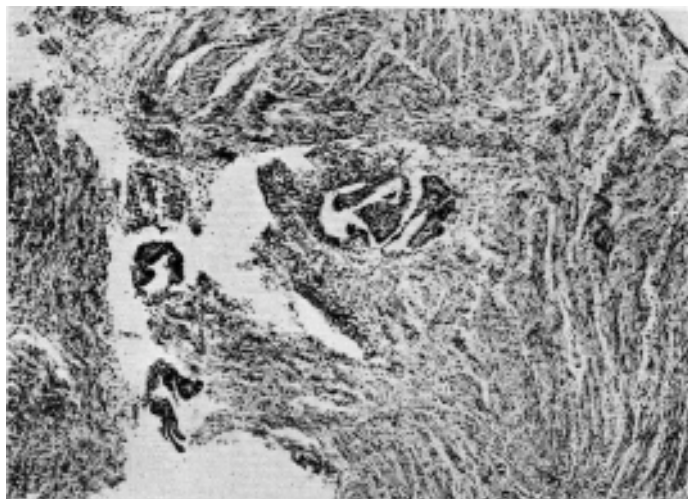


FIG. 12.

deadas de un tejido citógeno con los caracteres de la endometriosis (Figs. 12, 13 y 14).

Dada la edad de la enferma y de la localización de la endometriosis en el tabique recto - vaginal, el Prof. Pou Orfila indicó que el mejor camino a seguir era lo ya realizado en el acto operatorio, seguido de la castración actínica.

Para esto se destruyeron 28.8 M. C. D. en la siguiente forma:

2 tubos de 13.33 Ra. E. intrauterino durante tres días .....	14.44 M.C.D.
2 tubos de 6.66 con filtro de Pt. 1 mm. en tubo de goma ametálica en bolsitas de gasa, colocados en el fondo de saco posterior durante seis días .....	14.44 M.C.D.
En total	<u>28.88 M.C.D.</u>

Se da de alta en buenas condiciones.

Hemos vuelto a ver esta enferma en noviembre de 1942 y en marzo de 1943, estando en perfectas condiciones de salud.

No ha tenido más menstruaciones, ni trastornos dolorosos.



FIG. 13.

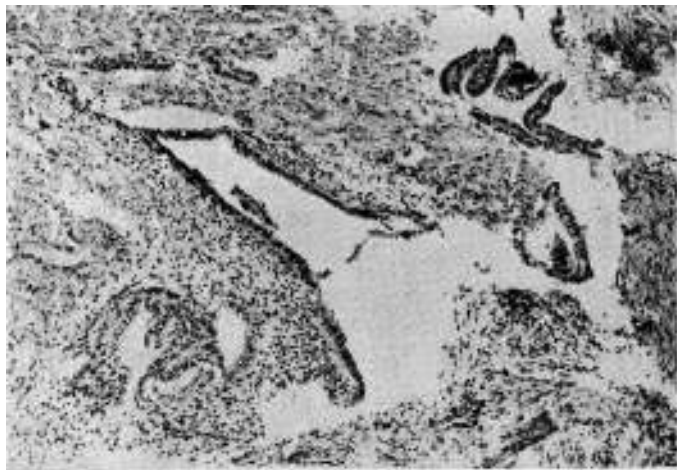


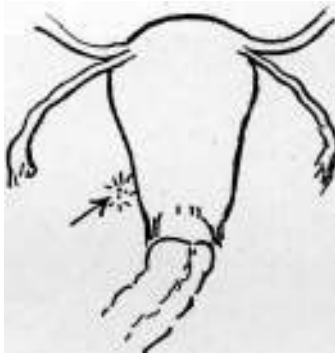
FIG. 14.

El examen de la lesión del fondo de saco posterior permanece dura, pero impresiona como si el tamaño se hubiese disminuído.

Presenta algunos trastornos de insuficiencia ovárica que tratamos con éxito con Clinestrol de 0.5 mg. 5 comprimidos cada quince días.

En resumen: *endometriosis de los ligamentos útero - sacros, del Douglas y de la parte alta del tabique recto - vaginal.*

CASO N° 7. — Historia: 29316. V. L. de M., uruguaya, 33 años, casada, raza blanca. Ingres a la Clínica Ginecológica el 13-VII-1943, por dolores en la fosa ilíaca derecha, irradiados al muslo. Estos dolores se presentan desde hace seis meses en forma irregular. El último empuje comenzó hace 15 días.



V.L. de M.

FIG. 15.

**Antecedentes familiares:** sin importancia.

**Antecedentes personales:** asma bronquial desde hace tres años. Dispepsia hepática.

**Antecedentes gineco - tocológicos:** Menarca a los 13 años. Tipo menstrual 2 - 3/25. Dismenorrea discreta. 5 embarazos. Un hijo sano. Cuatro abortos provocados.

**Examen:** enferma delgada. Boca en buenas condiciones. Mamas pequeñas, péndulas. Abdomen móvil, depresible, indoloro en la mitad izquierda. Zona vesicular sensible, no palpándose ni el borde del hígado ni la vesícula. Zona apendicular muy dolorosa a la presión, dolor irradiado al muslo. Fosa lumbar derecha; nefroptosis de 1er. grado.

**Examen ginecológico:** Vulva de múltipara sin signos de infección. Cuello cilíndrico, pequeño. Cuerpo uterino en retro-verso - flexión poco móvil. Fondos de saco libres, indoloros. Al espéculo: cuello sano. Histe-

rometría de 7 cm. cuya dirección confirma la posición uterina en retro-verso-flexión. Se decide intervenir con el diagnóstico de apendicectomía y retro-verso-flexión uterina.

Operación: anestesia intravenosa con Pentotal sódico. Pfannenstiel. Abierto el peritoneo se comprueba: útero pequeño en retroversión, ovario derecho microquístico. Ovario derecho pequeño.

En la cara posterior del ligamento ancho izquierdo junto al cuello se comprueba la presencia de un pequeño nódulo (grano de alpiste) negro, rodeado de una cicatriz esclerosa estelar. En el fondo uterino hacia la derecha existe una zona hiperpigmentada. (Fig. 15).

El apéndice se presenta engrosado, congestivo recubierto de velo de Jackson. Se practica apendicectomía con encapuchonamiento del muñón.

Se realiza la extirpación de los dos nódulos mencionados. Puntos en cruz hemostáticos. Operación de Doleris. Cierre de la pared por planos. Post-operatorio bueno, alta en buenas condiciones.

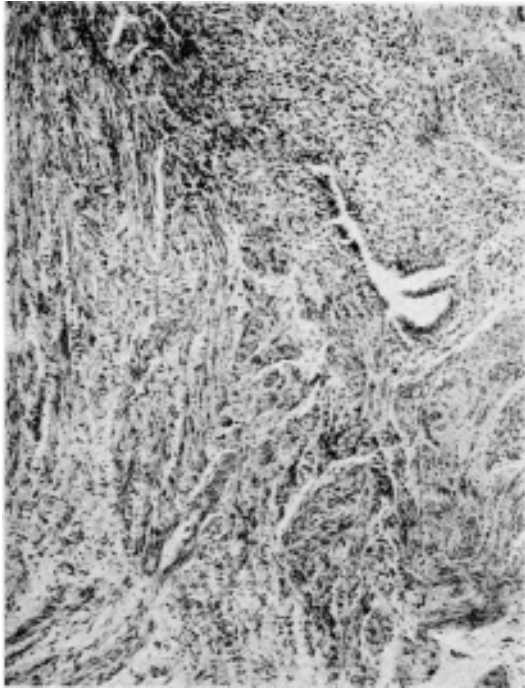


FIG. 16.

Los cortes practicados en los dos pequeños fragmentos extirpados muestran en el uterino una zona de congestión y hemorragias subserosa. En el fragmento de la cara posterior del ligamento ancho se observa en medio de un tejido conjuntivo vas-



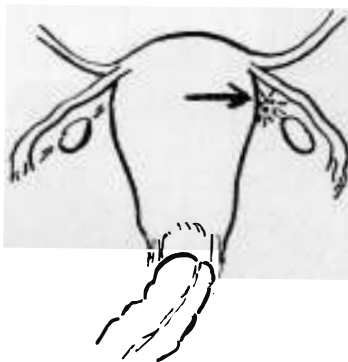
cular, un estroma citógeno con un tubo endometrial (fig. 16); es decir *endometriosis de la cara posterior del ligamento izquierdo en su porción inferior*.

CASO N° 8. — Ficha 13477. (Consultorio). D. G., 36 años, uruguaya, soltera. Enferma que consulta por menstruaciones sumamente dolorosas.

**Antecedentes familiares y personales:** sin importancia.

**Antecedentes ginecológicos:** Menarca a los 14 años, menstruaciones 7 - 8/22. Dismenorrea intensa del 1er. día. Desde hace un año el dolor aparece durante toda la menstruación exacerbándose hacia el final. Se le practicó un tratamiento de diatermia que empeoró considerablemente los dolores.

**Examen:** Enferma con buen estado general, delgada, vientre móvil, depresible indoloro.



D.G.

FIG. 17.

**Examen genital:** vulva de nulípara. Himen conservado; permite el tacto unidigital. Cuello cónico peq. Cuerpo en retroversión, doloroso, reductible; el dolor se irradia hacia el sacro y el coxis.

Ante este cuadro se plantea el diagnóstico de *retro-verso-flexión uterina* mal tolerada con probable *endometriosis*.

**Operación:** 17 - VI - 1943. Raquipercaína. 0.0075 grms. Pfannenstiel. Abierto el peritoneo se comprueba el útero en *retro-verso-flexión* de tamaño normal. En el ovario derecho una formación quística del tamaño de un garbanzo. En el ovario del lado opuesto existe una formación semejante del tamaño de una arveja. En la cara posterior del ligamento ancho derecho entre el borde uterino y el ovario se observan tres pequeños nódulos negros del tamaño de una cabeza de alfiler rodeados por un tejido escleroso estelar. (Fig. 17).

Se practica una resección cuneiforme del ovario derecho, punción

del microquiste del ovario izquierdo y extirpación del nódulo del ligamento ancho. Apendicectomía profiláctica. Operación de Doleris. Cierre de la pared por planos. Agrafes en la piel.

Se estudia histológicamente el fragmento de ovario extirpado observando algunos micro-quistes foliculares simples. El nódulo del ligamento ancho muestra la presencia de cavidades quísticas y de tubos glandulares con los caracteres del endometrio (Fig. 18). En resumen: *endometriosis del ligamento ancho derecho en su porción superior.*



FIG. 18.

Hemos vuelto a ver la enferma, quien ha pasado sus menstruaciones sin dolor.

CASO N° 9. — Historia 29072. M. R. C. de D. L., uruguaya, 32 años, casada, raza blanca. Enferma que consulta a un médico por dispepsia hepática, mareos, cefalalgias y dolor en el hipocondrio derecho. Al hacer el examen general, el colega encuentra una erosión sangrante del cuello uterino. Ante la sospecha de un neoplasma incipiente la envía a la Clínica.

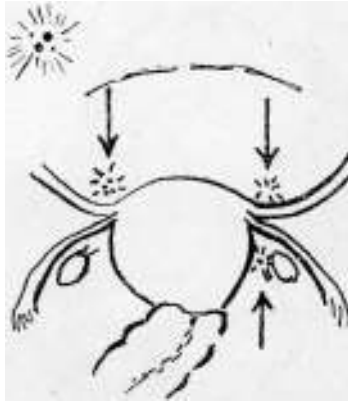
**Antecedentes familiares:** sin importancia.

**Antecedentes personales:** dispepsia hepática desde los 18 años.

**Antecedentes gineco - tocológicos:** Menarca a los 13 años. Menstruación tipo 3/28, regulares hasta los 20 años. Desde entonces irregulares en su ritmo pero de tres días de duración, hasta hace un año en que sólo dura dos días. Dismenorrea discreta. Tres embarazos terminados por tres partos normales.

**Examen:** enferma delgada, con buen estado general. Boca en buenas condiciones. Mamas pequeñas, péndulas.

Vientre móvil, depresible. Sensible en el hipocondrio derecho. Vulva de multipara, con un proceso flogístico sub - agudo. Vagina amplia. Cuello cilíndrico, de tamaño normal, metrítrico. Cuerpo uterino en retroversión



M.R.C. de D.L.

FIG. 19.

de tamaño y forma normales. Movilidad dolorosa. Fondos de sacos laterales dolorosos, sin llegar a tactarse los anexos.

Al espéculo: exocervicitis, que sangra al menor contacto.

En vista de este cuadro, se decide practicar un tratamiento antiflogístico con sulfamida, irrigaciones y tapones de sulfamida.

Se trata en esta forma durante un mes, consiguiendo que las inflamaciones regresen de su fase sub - aguda.

Se decide entonces intervenir para tratar el cuello y la retroversión uterina.

**Operación:** 17 - VII - 1943. Anestesia con éter CO<sub>2</sub>.

1er. tiempo. Vaciamiento conoideo según la técnica de Pouey. Se coloca tubo de Championnière.

2º tiempo. Pfannenstiel. Abierto el peritoneo se comprueba el útero de tamaño normal en retroversión. Los anexos se encuentran prolapsados en el Douglas; los ovarios aumentados de volumen en un tercio presentan microquistes. Se puncionan.

En el fondo de saco anterior se observa hacia la izquierda, en el ángulo que forma el ligamento redondo con el útero una formación constituida por dos pequeños nódulos como chumbos, negros, rodeados de un tejido cicatricial, estelar. Del otro lado en situación simétrica se encuentra una formación estelar, blanquecina sin nódulo oscuro.

Una imagen semejante a la primera descrita se observa en la parte baja del ligamento ancho derecho (Fig. 19).

Se hace la extirpación de las formaciones mencionadas.

Apendicectomía profiláctica con encapuchonamiento. Operación de Doleris. Cierre de la pared por planos. Agrafes en la piel.

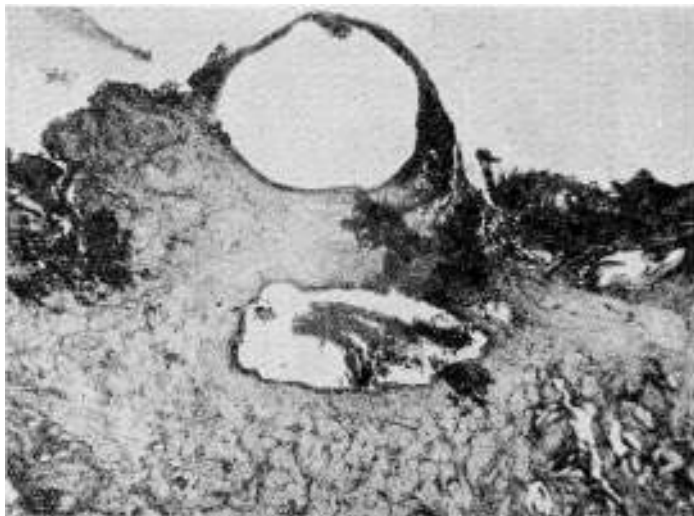


FIG. 20.

El estudio histológico del fragmento extirpado muestra dos formaciones quísticas, con una pared constituida por una capa de células epiteliales cúbicas que faltan en algunos lugares (Figura 20). En medio del tejido conjuntivo vecino se observan dos formaciones glandulares, en medio de un estroma citógeno, con los caracteres de tubos endometriales (Fig. 21).

*En síntesis: endometriosis del fondo de saco vésico - uterino y de la cara posterior del ligamento ancho derecho.*

Post - operatorio bueno.

Hemos vuelto a ver a la enferma al mes, luego de una menstruación normal.

**Consideraciones.**

No consideraremos en estas paginas los problemas de la etiopatogenia y los detalles histológicos generales, ni haremos un estudio detallado de la sintomatología y diagnóstico.

Solamente llamaremos la atención de algunos hechos que se desprenden de los casos mencionados.

De las enfermas presentadas seis corresponden a la forma de localización llamada endometriosis externa intraperitoneal, a

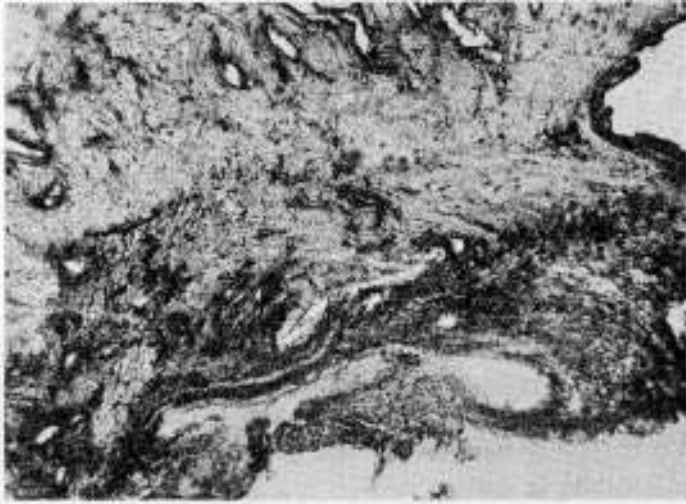


FIG. 21.

saber: en los ovarios (casos N° 4 y N° 5), en la cara posterior del ligamento ancho (casos N° 7, N° 8 y N° 9), en los ligamentos útero-sacos (caso N° 6), en el fondo de saco de Douglas (casos N° 5 y N° 6), en el fondo de saco anterior (caso N° 9) y en el tabique recto - vaginal (casos N° 5 y 6).

Los tres casos restantes pertenecen a la endometriosis interna, localizada en un ángulo uterino (caso N° 1), en un mioma uterino pediculado submucoso (caso N° 2) y en la porción intersticial de la trompa (caso N° 3).

Todas nuestras enfermas se hallaban en plena actividad sexual, sus edades oscilaban entre los 28 y 49 años.

Dos enfermas son solteras; siete son casadas; de éstas 5 han tenido 1, 1, 2 y 3 hijos. Dos de éstas se habían interrumpido

6 y 4 gestaciones. Una de las pacientes era una estéril secundaria, el algia pelviana comenzó después del último parto. Las otras dos enfermas son estériles primitivas, en una de ellas la endometriosis de localización ovárica coexistía con una miomatosis uterina.

Todas las enfermas, menos una, presentaban disalgomenorrea de mayor o menor intensidad. Las tres enfermas que fueron intervenidas con el diagnóstico de probable o posible endometriosis presentaban este síntoma en forma clara y evidente, las tres habían sido tratadas anteriormente encarándolas como proceso de anexitis crónica. Como terapéutica se empleó la diatermia, que en lugar de mejorarlas, aumentaba los dolores menstruales.

Seis enfermas presentaban una retroversión uterina; cinco tenían lesiones de endometriosis externa.

En las endometriosis peritoneales nos llamó la atención la morfología típica con que se presentaban las lesiones constituidas por puntos negros o marrones, del tamaño de una cabeza de alfiler o aún más pequeños, redondeados, por trazos blanquecinos, radiados, como si se tratase de una cicatriz retráctil.

La conducta terapéutica seguida ha sido, en general, aquella que nos permitía extirpar simplemente los focos de endometriosis comprobados, tratando al mismo tiempo las demás lesiones concomitantes. Cuando aquéllo no fué posible, realizamos la castración actínica de la paciente.

De estas consideraciones podemos sacar algunas conclusiones que corroboran los conocimientos ya clásicos de la sintomatología de esta enfermedad.

1º La endometriosis aparece generalmente en las mujeres en plena actividad sexual; en un 7.5 % de los casos, cifra que creemos que con la observación continuada llegará al 10 %, generalmente admitida.

2º La disalgomenorrea es uno de los síntomas capitales observados.

3º Si se emplea el tratamiento diatérmico, con polo vaginal generalmente se empeora la disalgomenorrea. Este acrecentamiento de los dolores puede utilizarse como elemento diagnóstico auxiliar.

4º Como lesión anatómica, es frecuente la distopía uterina en el sentido de la retro - versión o retro - verso - flexión.

5° La comprobación relativamente frecuente de la esterilidad femenina ya sea primitiva o secundaria.

6° En las endometriosis peritoneales, junto a los elementos primordiales, constituídos por los pequeños quistes negros, existen lesiones vecinas con el aspecto de retracciones esclerosas cicatriciales.

7° El tratamiento será efectuado de acuerdo con la extensión, tamaño y localización de las lesiones halladas, tratando en lo posible de aplicar una conducta conservadora.

### BIBLIOGRAFÍA

- AHUMADA (J. - C.), SALABER (J. - A.) y NOGUES (A. - E.). — Arch. Gin. y Obst. 1. 1986 - 1942.  
SCHENKEN (J. - R.), BURNS (E. - L.). — Am. Journ. Obst. Gyn. 45.624. 1943.

### BIBLIOGRAFÍA NACIONAL

- ACHARD (A.). — Arch. Urug. de Med., Cir., Esp. 20, 438. 1942.  
ALVAREZ (H.). — Arch. Urug. de Med., Cir. y Esp., 22, 50. 1943.  
POU DE SANTIAGO (A.). — Arch. Urug. de Med., Cir. y Esp., 19, 175. 1941.  
POU ORFILA (J.). — Informe al V° Congreso Argentino de Ginecología y Obstetricia. 1943.  
PRAVIA. — Bol Soc. de Cir. 13, 547. 1942.  
RODRIGUEZ XIMENO (M.). — Arch. de Gin. y Obst. 1, 310. 1942.  
STABILE (A.). — Arch. Urug. de Med., Cir. y Esp. 11, 261. 1937.

### DISCUSIÓN

**Dr. Stajano.** — Felicito al Dr. Pou de Santiago por haber traído a esta Sociedad esta comunicación. A pesar de la evidente frecuencia de la endometriosis que para algunos autores llega al 25 % de toda operada ginecológica, se pretendió afirmar en nuestro país, sobre su rareza. Hace 6 ó 7 años que diversos ginecólogos nuestros, han presentado casos aislados, y su frecuencia es mayor de lo que las publicaciones lo indican. Es evidente que la endometriosis ostenta las más variadas máscaras clínicas y para diagnosticarla sólo es menester sospechar o pensar que cualquier proceso anatómico de útero, trompa u ovario así como todo trastorno funcional del aparato genital, puede responder a una endometriosis, la mayor parte de las veces reconocida operatoriamente o por el anátomo-patólogo otras veces. El útero pseudo-métrico, el fibromioma nodular, la salpingitis

angular nodular, los quistes achocolatados o de alquitrán, las cicatrices retráctiles en el ambiente paragenital, Douglas, f. iliaca, intestino, fondos de saco, etc. y cuantas algias y síndromes paramenstruales no son sino la expresión de endometriosis ocultas? No me refiero a las teorías para explicar esta distrofia. Son explicaciones simplistas que explican unas formas pero no las otras. Es evidentemente un problema oscuro aún de la patología, pero no por eso menos interesante bajo el punto de vista práctico.

**Dr. Prat.** — Estoy de acuerdo con el autor de la comunicación, en que los casos de endometriosis, se encuentran menos frecuentemente en la práctica de lo que realmente existen porque todavía en los servicios clínicos, no está normalizada la práctica del examen histológico sistemático. Y esto es más interesante cuando se trata de médicos especializados que pueden desconocer esta lesión. Hace poco tiempo he tenido ocasión de ver una enferma, que había sido tratada por especialistas y esta enferma que estaba precisamente en el periodo de actividad sexual, puesto que se trata de una señora joven, de 30 años, casada, que no había tenido familia y que había sido operada por una anexitis y le había quedado una secuela importante de su operación. Quedó con una pequeña fístula que no cerraba, pasaron los meses con espectoración y tratamiento médico, y los colegas no sabiendo más que hacer, le indicaron a la enferma que no debía reoperarse. Esta enferma me consultó y en el examen encontré un nódulo anejal posiblemente cicatrizante; un nódulo y me encontré con otras cosas y le propuse la exploración. Se le hizo el examen radiológico de la fístula con yodinol y se vió que aquella llegaba a foco operatorio. Pensé que podría tratarse de un cuerpo extraño, una gasa o un elemento no reabsorbible olvidado en la operación. Sin embargo, habiendo comprobado que en los periodos menstruales despedía sangre por su fistuleta y que la tumefacción aumentaba de volumen, pues ahora tiene casi el tamaño de una mandarina, eso me hizo pensar en un endometrioma. La exploración con el yodinol y tratamiento con mercurio cromo lograron cicatrizar su trayecto fistuloso y la enferma mejoró también de su estado moral que se regularizó bastante y aumentó mucho de peso. No decidida a la intervención que le he planteado, convencido de ésta, aunque se trata de una endometriosis.

**Dr. Pou de Santiago.** — Agradezco a los Profs. Prat y Stajano el interés demostrado por esta comunicación, fruto de una observación continuada. Al Prof. Stajano quiero recordarle que en nuestro ambiente, quienes hablan de una patología regional, sostenían que en nuestro país no existía la endometriosis. La presentación de estos casos demuestra que tal afirmación categórica no es exacta.