

UN CASO EXTRAORDINARIO DE ENDOMETRIOSIS *

Por el Dr. ROSENDO AMOR E.,
académico de número.

El doctor Marcos Ayala, compañero mío en todos nuestros estudios profesionales, me distinguió con el encargo de atender a su cuñada, la señorita profesora M. A. L., de 66 años de edad, doncella, de buena constitución, obesa, de 1.55 de altura y con peso de 68 kilogramos. De su historia personal y familiar se ignoran los datos hasta los siete años: salida de dientes, si habló en tiempo normal, si sufrió algún retardo en su primer desarrollo, ni cuál fué su constitución, aunque cree que no hubo anomalía. Tuvo algunas enfermedades propias de la infancia como sarampión, escarlatina, viruela discreta; de joven, amigdalitis frecuentes y más grande colitis y algunas neuralgias. Fué juguetona y traviesa en la edad escolar, de buena salud, bien desarrollada y creció rápidamente; su alimentación fué variada sin predilecciones, siempre de buen apetito, aunque con frecuentes abusos en las comidas y algún desorden en sus horas de alimentación, a pesar de lo cual no sufrió dietas de importancia. Nunca usó del tabaco ni de las bebidas alcohólicas, pero es y ha sido afecta al abuso de las medicinas que con cualquier motivo le recetan, pero no ha sido enfermiza y sí algo constipada. Tomaba y toma toda clase de frutas y líquidos, incluidos café y té con moderación. Su orina siempre proporcional a la cantidad de líquido ingerido. Fué muy nerviosa y emotiva, pero al mismo tiempo se podía controlar. No tuvo problemas familiares en su casa, como disgustos conyugales, malos negocios, ni motivos para sufrir emociones, tristezas o miedo; sin embargo, por sus estudios sufrió algunos desgastes nerviosos y preocupaciones que no dejaron huellas que afectaran su moral o su salud. No fué casada y permaneció doncella.

* Trabajo de turno reglamentario leído en la sesión del día 31 de agosto de 1949.

En los antecedentes ginecológicos anotamos la menarca a los 14 años, en ritmo de 4/28, *siempre con dismenorrea*, que con frecuencia era muy intensa, acompañada de dolores espontáneos y provocados en el vientre bajo, con más exquisita sensibilidad en las fosas ilíacas y en particular la derecha; también cólicos intestinales, jaquecas, muchos trastornos generales y psíquicos especialmente antes de la menstruación, sangrado abundante, sin coágulos y así se presentaron sus reglas durante 34 años, es decir, hasta los 48. Doce y catorce meses antes de que terminara definitivamente esta función, tuvo irregularidades en tiempo de aparición, alternativas de amenorrea y menorragias abundantes, que mejoraban con el reposo e inyecciones de calcio; irritabilidad de carácter, bochornos, sudores, insomnios, pérdida de memoria y muchos otros trastornos nerviosos que consideraba propios de su edad; después, sobrevino un silencio menstrual que duró 18 años, interrumpido en la última quincena de julio del año pasado, por abundantes hemorragias, pero antes de éstas su estado general era satisfactorio. Anotamos entre sus antecedentes hereditarios, que sus padres fueron de buena constitución y no padecieron enfermedades generales; pero el señor fué epiléptico y murió de neumonía y la madre, en los últimos años, tuvo padecimiento nervioso que no fué clasificado y murió también de neumonía a los 45 años. De los hermanos, el mayor fué epiléptico y una hermana cardíaca.

El padecimiento propiamente dicho se inició en junio de 1948, le comenzó a preocupar la facilidad con que se cansaba, y algunos síntomas urinarios como disuria y polakiuria, comezones y ardores vulvares, timpanismo y cólicos intestinales y adolorimiento de todo el vientre bajo y la molestia de oír los latidos de su corazón cuando estaba acostada; pero lo más importante, dolores intensos articulares de los miembros inferiores, seguidos de hemorragia abundante, que calcula en 500 c. c., casi media borcelana de tamaño mediano, que la obligó a guardar cama. Al día siguiente volvieron los mismos dolores articulares y nueva hemorragia semejante a la anterior, pero más abundante, y así continuaron las pérdidas sanguíneas los días siguientes, aunque en menor cantidad. Quedó agotada, muy pálida, en estado de anemia aguda y con fuertes dolores que ella consideraba como cólicos intestinales, situación penosa que motivó su internamiento inmediato en un sanatorio, no sólo para completar su estudio, sino para prepararla convenientemente para alguna operación que se hiciera necesaria.

En relación con sus diversos aparatos, anotamos en el digestivo que su alimentación, siempre fué sin predilecciones, con alternativas de anorexia y de buen apetito y cometiendo en ciertas ocasiones verdaderos abusos alimenticios; además, algo desordenada en las horas en que debiera tomar sus alimentos. Del respiratorio y cardio-vascular, fuimos informados que durante varios años ha sentido opresión y dificultad para respirar, como si le faltara aire; algunas palpitaciones indoloras y que su tensión arterial era de 280 máxima, ignora la mínima. Del urinario ya han sido mencionados algunos síntomas especiales. Los sistemas endocrino y vegetativo no fué posible estudiarlos, por la premura del tiempo y la gravedad en que se encontraba; por esto mismo la exploración física adoleció de algunas omisiones que no tenían en ese momento importancia mayor para la formación de un diagnóstico detallado. Por otra parte, ya esperábamos que esta precipitada exploración no sería muy pródiga en elementos útiles al diagnóstico integral, pero suficientes para decidir la conducta a seguir.

Internada en el sanatorio, encontramos a nuestra enferma con su facies marcadamente pálida, incluídas las conjuntivas, de aparente buena constitución, estado mental normal, dentadura postiza; cuello corto; ligera aceleración respiratoria, 20 por minuto. Habían tomado en el sanatorio algunas medidas torácicas:

Circunferencia torácica axilar	109	cms.
Circunferencia torácica xifoidea	195	cms.
Diámetro antero-posterior axilar	27½	cms.
Diámetro antero-posterior transverso axilar	33	cms.
Diámetro antero-posterior posterior xifoideo ...	29½	cms.
Diámetro transverso xifoideo	28½	cms.

80 pulsaciones por minuto y la tensión arterial de 210-100.

Miembros inferiores, con edema maleolar y manchas rojizas en ambos tercios interiores de la pierna.

Abdomen voluminoso, timpanizado y doloroso a la palpación profunda en el vientre bajo, más acentuado en la fosa ilíaca derecha.

La exploración ginecológica fué necesariamente incompleta. No se intentó hacer biopsia, ni tacto vaginal ni exploración instrumental, por temor de provocar nueva hemorragia y ser doncella; sin embargo, fué posible apreciar la integridad del himen, su consistencia esclerosa, inextensible, de bordes duros, con orificio como de 7 mm., que hacía imposible la exploración digital o instrumental. Eran evidentes las alteraciones tróficas de la vulva y vestibulo propias de su edad. Por el tacto rectal pude

apreciar cuello pequeño, trófico, útero retropuesto, doloroso, fuertemente adherido al recto, inmóvil, aparentemente aumentado de volumen, de contornos irregulares por la probable coexistencia de adherencias pelvi-peritoneales y de infiltraciones pelvi-celulares. Se apreciaba un block central lateralizado a la derecha, duro, que invadía la zona anexial en la excavación pélvica y algo la fosa iliaca derecha, justamente el lugar en donde el dolor era más intenso. En el lado izquierdo, el anexo apenas se apreciaba y no existían ni infiltrados celulares ni lesiones plásticas. Por todo lo expuesto se podía pensar en la posibilidad de un proceso tumoral del cuerpo uterino o del anexo derecho o de ambos, no maligno, o en una fase inicial de transformación maligna, coexistiendo con lesiones plásticas antiguas del anexo mencionado. Si es importante la falta de antecedentes tumorales familiares y también personales en la época más importante de su vida, se observan hoy con cierta frecuencia, tumores y pólipos intra-cavitarios o poliposis endometrial en esta edad; pero no es menos importante que su salud y buena constitución era una realidad el día anterior a las hemorragias y estas circunstancias no indicaban a pensar en tumores uterinos o anexiales malignos ni en tumores funcionales, que son incompatibles con tantos años de menopausia definitiva, que implica necesariamente ovarios afuncionales. Por idénticas razones no podíamos pensar en reactivaciones de origen hipofisario, sobre un ovario completamente agotado, a pesar de que sabemos bien que estas son posibles en algunos casos, siempre que no haya transcurrido mucho tiempo, sino pocos meses o años de la última menstruación, considerada como final y definitiva manifestación de haber concluido dicha función; pero nunca que se sepa hasta ahora 18 o más años después de haber concluido no sólo la función del ovario, sino también la hipofisaria, que por lo mismo no puede subsistir la interrelación hormonal conocida entre ovario-hipófisis y mucosa endometrial. Lo más importante en nuestro caso era, pues, la naturaleza y gravedad de las hemorragias que nos hicieron pensar, a pesar de todo, en un diagnóstico tumoral y hasta en la posibilidad de un cáncer no obstante la aparente buena constitución de la señorita enferma y de no estar desnutrida; sin embargo supimos por ella y sus familiares que había perdido en poco tiempo cerca de 8 kilos. Por otra parte, no es raro encontrar casos de cáncer en personas con apariencia de buena salud en esa edad y por eso nos inclinamos finalmente hacia este pensamiento, o sea el de los procesos tumorales en posible camino hacia la malignidad; por lo tanto, se imponía un tratamiento quirúrgico de urgencia, previa una rápida preparación que

se hizo a base de plasma, suero y transfusiones, dado que el tratamiento médico no evitaría la repetición de las hemorragias. Fué internada en el sanatorio Gastón Melo en donde se le practicaron transfusiones de 300 c. c., la antevíspera, la víspera y el mismo día de la operación, en el momento de ser operada; además pequeñas cantidades de suero fisiológico. Se pudieron hacer con el carácter de urgentes, los siguientes exámenes de laboratorio:

Citología hemática

Eritrocitos	3.700,000
Hemoglobina	65%
Valor globular	9.87

Fórmula leucocitaria

Leucocitos	8,000
Linfocitos	23%
Monocitos	5%
Neutrófilos	66%
Eosinófilos	6%
Basófilos	0%

Hemograma de Schilling

Mielocitos	0%
Juveniles	0%
En banda	1%
Segmentados	65%

Pruebas funcionales pre-operatorias

Tiempo de coagulación	8'30"
Prueba de Duck. Duración de	1'30"

Funcional del riñón

Eliminación a los 30'	39%
Eliminación a los 60'	66%
Eliminación a las 2 hs.	84%

Examen de orina

Ninguna anormalidad: algunas bacterias, escasas células pavimentosas, algunos leucocitos y pirocitos.

No fué posible practicar reacciones serológicas, velocidad de sedimentación, metabolismo basal, química sanguínea, citología del frotis vaginal, ni biopsia endometrial por las razones señaladas. Tampoco fué posible hacer historia endocrina ni dosificaciones hormonales, ni otras pruebas especiales, por dar predilección a los cuidados pre-operatorios y pre-anestésico. El día 17 de julio fué operada suministrándole anestesia de ciclopropano-éter; al mismo tiempo se practicaba la tercera transfusión, encontrándose al abrir el vientre algunas adherencias epiploicas, poco resistentes, que fueron fácilmente liberadas; un pequeño derrame sanguíneo pélvico como de 40 ó 60 c. c., de olor sui-géneris, como de sangre menstrual; útero retropuesto, fuertemente adherido en el Douglas al recto, de menor volumen que al estado normal, y las infiltraciones parametriales y condensaciones conjuntivas del parametrio derecho señalados, y también en la dirección de los ligamentos útero-sacros. La trompa derecha de paredes muy gruesas, notablemente aumentada su porción ampular, con un quiste hemático roto en ese sitio, como de 2½ cm., ovario pequeño, notablemente escleroso y duro, pero con dos pequeños quistes, también hemáticos adheridos a la superficie rugosa blanco-amarillenta y como de 1½ a 2 cm. rotos también y sangrantes. La trompa y el ovario izquierdos sin lesiones quísticas, pero también fuertemente esclerosos como el derecho. Dentro de las lesiones pélvico-peritoneales y las infiltraciones pelvi-celulares se destacaban el derrame libre y los quistes hemáticos, por lo que con verdadera extrañeza me sentí impulsado a pensar en la posibilidad de una endometriosis anexial antigua, quizás reactivada por acciones hormonales de otras glándulas de secreción interna o por reacciones químicas en circunstancias desconocidas. Se practicó histerectomía total sin mayores dificultades, consignándose para su estudio al laboratorio, la pieza anatómica completa, con la indicación de estudiar cuidadosamente todos sus componentes. El resultado fué el siguiente:

Estudio histopatológico de un ovario y de un oviducto, resecaados a la señora XX. En el ovario se observan estructuras glandulares endometrioides y un hematoma difuso superficial, en proceso de reabsorción, que se extiende sobre el oviducto. No se advierte proceso neoplásico. Diagnóstico: endometriosis ovárica.

Consideraciones diagnósticas: Si se hubiera tratado de una mujer joven en plena actividad hormonal o sexual, con dismenorrea, sufrida por varios años, con esterilidad primaria o secundaria y con lesiones anexiales

simples o complicadas en mayor o menor grado y con procesos pelvi-peritoneales y pelvi-celulares, con exacerbaciones dolorosas en el vientre bajo y fosas ilíacas durante sus reglas, con un sangrado de cualquier tipo, incluso el menorragico, habríamos pensado en la posibilidad de una endometriosis. Si la paciente fuera además doncella, sin antecedentes de padecimientos genitales y a pesar de esto, la exploración revelara lesiones más o menos severas o desproporcionadas a sus antecedentes ginecológicos y además con períodos muy dolorosos, propagados al vientre bajo, se habría casi asegurado la presencia de una endometriosis; pero si el caso fuese igual o parecido al que he estado describiendo: en una soltera, doncella, sin vida sexual, dismenorreica durante 34 años, con 18 además de silencio menstrual, de buena constitución, con menorragias y alternativas de amenorreas en la pre-menopausia como es tan común, sin padecimientos anteriores en sus órganos genitales y hemorragias abundantes y repetidas en el término de pocos días hasta producir un estado de anemia aguda, pero sin manifestaciones de toxemia cancerosa, pero en la que se aprecie a la exploración tumoración pélvica con infiltraciones pelvi-celulares defensivas, que forman un solo block con la matriz y anexo derecho, de consistencia dura y contornos irregulares, despierta la idea de una tumoración útero-anexial, posiblemente en vías de transformación maligna o francamente en un cáncer del cuerpo uterino a pesar de su aparente buena constitución, como es posible observar casos. A pesar del cuadro sintomático tan apropiado para pensar en la endometriosis, fué desechada por no haber observado nunca caso alguno en las condiciones señaladas y más aún, cuando en los textos y obras especializadas, revistas y publicaciones extranjeras o del país, no se encuentran referencias a este respecto fuera del caso de Allan de Chicago al que solamente se ha mencionado sin dar detalle al respecto. Por otra parte, sabemos bien que el tratamiento radical de la endometriosis se funda en la destrucción funcional del ovario, que es justamente lo que caracteriza la menopausia, o se consigue con la histerectomía total o con las radiaciones profundas de ambos anexos,

La designación de endometriosis implica la idea de neo-formaciones ectópicas anormales por el sitio de implantación, porque sus estructuras se confunden con las de otros tejidos diferentes y aunque lo más común es encontrarlas fuera de la cavidad uterina, algunos autores señalan casos especiales dentro de ella misma, con la curiosa denominación de endometriosis endometrial, en forma generalmente de procesos tumorales; pero de todos modos, con la característica común de que todas estas formas depen-

den funcionalmente, como es bien sabido, de las acciones hormonales del ovario y que por lo mismo se comportan igual que la mucosa uterina dentro del ciclo, es decir, dentro de la interrelación hipófisis-ovario-endometrio, base de la fisiología del sangrado endometrial, aunque por otra parte estemos enterados de que la fisiología y más la fisio-patología de la menstruación y de las metropatías hemorrágicas, tienen aún como algunos otros problemas hormonales muchas incógnitas por resolver, y entre estas, ¿no podríamos considerar la posibilidad de que no fueran los ovarios los únicos productores de elementos hormonales o de sustancias de constitución estrógena, capaces de poner en actividad, si no todas, algunas de las funciones atribuidas exclusivamente a ellos? Por lo mismo, ¿no habría motivos científicos para revisar en parte siquiera algunos de los conceptos actuales de la Hormonología sexual femenina?

Dentro de estas consideraciones podría pensarse con más firmeza que se elaboran sustancias estrógenas o de actividad muy semejante y en cantidad suficiente y hasta exagerada en algunos otros lugares del organismo: hígado, riñón, intestino, etc. Por otra parte, se han hecho pruebas experimentales con las ratonas encontrando reacciones positivas vulbo-vaginales, utilizando el líquido de los quistes de Morgagni, el de algunos sub-serosos peritoneales o el que algunas veces se encuentra libre depositado en el fondo peritoneal de Douglas, e igualmente con el contenido de los quistes hemáticos simples y también con la sangre de los achocolatados endometriales. Es curioso hacer notar que la anormalidad de implantaciones endometriales en tejidos diferentes, parece tener cierta predilección por el ovario y peritoneo, como si estos tejidos favorecieran más que otros la nutrición y desarrollo de la celdilla endometrial, como si constituyeran un medio de cultivo favorable y con propiedades especiales de atracción durante la función menstrual o fuera de ella, que facilita y activa su transporte, implantación y proliferación. Son muy interesantes las observaciones hechas de este padecimiento en relación con la edad, se dice por ejemplo, que no es propia de la niñez, ni de la pubertad y que por excepción se la observa en la nubilidad, pero que es común en la época central de la vida, y aunque no sea un triste privilegio de las casadas, se observa más en ellas. Se considera una rareza en la pre-menopausia y se niega su existencia en la menopausia, pero ahora y con motivo del caso a que estoy refiriéndome, sería más propio decir que nunca se inicia en la menopausia de muchos años, pero que puede existir más o menos atenuada si se ha instalado de antemano muchos años antes de la época crítica, y que se vuel-

ve generalmente asintomática por la natural declinación de la función ovárica, salvo algunos casos, diremos ahora también, en que se presenten circunstancias no precisadas aún, como en el caso de la señorita paciente mía, en que las manifestaciones clínicas no solamente pueden ser evidentes y visibles, sino dramáticas y de graves consecuencias. Realmente no es fácil comprender la existencia de semejantes procesos en esta edad y menos con tan alarmante sintomatología, me refiero a las metrorragias y a hemorragia interna en la cavidad pélvica, que sería temerario imputar a la hormona sexual femenina, en estas condiciones, que por lo mismo no es posible concebir la endometriosis sin ovarios y esta es justamente la situación de una menopausia definitiva de tantos años, en cambio, sí es fácil entender la endometriosis asintomática en la menopausia si su origen data de fecha muy anterior, porque es natural la declinación de la función ovariana, en cuyo caso ya no es posible la reactivación. Como contraste puede afirmarse por ahora que la endometriosis como proceso activo en la menopausia es caso único.

En la obra de Fisiología Patológica y Terapéutica de Moricard, se encuentran comentarios de esta índole: tanto en el principio de la menopausia como en las enfermas radiadas medianamente, hay producción de la hormona sexual femenina, folículos que no han terminado su evolución, pero que contienen foliculina y que no podrían explicar la causa de las hemorragias en mi enferma, si su menopausia no tuviera tantos años de establecida definitivamente; sin embargo, en la misma obra, en el capítulo de equilibrios hormonales post-menopáusicos, encontramos unos cuantos renglones aplicables como los mejores comentarios a este caso, pero sin quitarle nada de lo extraordinario que tiene desde los puntos de vista hormonal y de la endometriosis, tan íntimamente ligados funcionalmente. Dicen los autores que excepcionalmente se puede ver reaparecer la menstruación periódica en la post-menopausia y algunas veces muy tardíamente. Se trata en general, dicen, de tumores de la granulosa o aún de un retorno misterioso de la actividad ovárica, con formación de quistes luteínicos y sobre los cuales Champy y Douay han insistido particularmente en las metritis deciduíformes.

Estas dos consideraciones pueden ser eliminadas en nuestro caso, porque el estudio histológico no afirma la existencia de un tumor de la granulosa ni descubrió la presencia de quistes luteínicos, sino tejido endometrial, seguramente pre-existente, sobre el pabellón de la trompa y sobre un ovario, completamente atrofiado hasta aparentar un simple núcleo fuertemente

escleroso, endometriosis reaccionada fuertemente al igual que la mucosa uterina en forma de hemorragias, por algunas acciones hormonales no definidas, por estrógenos o por sustancias químicas especiales elaboradas en algún otro lugar del organismo, como ya ha sido señalado. De aquí se deduce que las ideas expuestas hasta ahora como tratamiento de las endometriosis por medio de la castración, no son absolutas sino relativas y que habrán de ser rectificadas o ratificadas con el tiempo.

No pensamos en la posibilidad de padecimientos hepáticos con graves deficiencias y desequilibrios en trombina y vitamina K, en cuyas condiciones son posibles toda clase de hemorragias, púrpuras y hasta formación de hematomas de mayor o menor consideración en el tejido celular laxo; pero afortunadamente nuestra paciente no tiene en los estudios realizados ninguna prueba de insuficiencia hepática. No puede pensarse tampoco en los conceptos de hiper-secreción cuantitativa como causa determinante de algunos síndromes patológicos y que desde 1911, Pande y Gley en 1913, abandonaron; pero este último autor, sin embargo, planteaba esta cuestión de otra manera diciendo que no era posible dudar de la existencia de trastornos patológicos dependientes de alteraciones de las glándulas endócrinas y que le parecía lógico pensar que estos trastornos sean producidos por una secreción viciada de las glándulas y no por el aumento de la secreción simplemente, conceptos que no podríamos aplicar en este caso, por no estar comprobado que los ovarios afuncionales puedan tener alguna secreción de tipo viciado o pervertido.

De todo lo indicado anteriormente podemos decir que no resulta absoluta la verdad aceptada de que la Endometriosis no exista en la menopausia y que podría decirse con más exactitud que nunca se inicia en la menopausia verdadera, pero que puede coexistir en esta misma situación aun cuando hayan pasado muchos años de silencio menstrual y por otra parte, que existen probablemente otros mecanismos diferentes de los ya conocidos en la íntima relación hipófisis, ovario y endometrio, que producen reacciones iguales en los tejidos endometriales y que deben investigarse cuidadosamente con motivo del caso que ha servido de fondo a este trabajo.