

City. The conservative method has always been of choice in this institution. A 15 year follow-up of patients treated in this manner is presented.

The final results are considered as good. 25% of the patients were cured; 50% showed marked improvement; 12% showed no improvement; 12.5% worsened, and 0.5% died following surgery of causes not determined by the surgical procedure.

The treatment of sterility caused by endometriosis is a direct indication for this procedure. The results were excellent. Almost 50% of the patients were cured, that is, 13 out of 23. Conservative surgery of this sort must be practiced by a surgeon with good knowledge of endocrine physiology, of anatomy of the pelvis and macroscopic pathology. The small lesions should be fulgurated when not in the immediate vicinity of organs or important blood vessels.

REFERENCIAS

1. Conseller, V. S.: *Surgical procedures involved in the treatment of endometriosis*. Surg. Gynec. & Obst. 89: 322, 1949.
2. Green, T. H.: *Tratamiento quirúrgico de la endometriosis*. Clin. Obstet. y Ginec. 293, 1966.
3. Fredrikson, H.: *Pregnancy after conservation surgery for ovarian endometriosis*. Acta Obst. Gynec. Scand. 36: 468, 1967.
4. Maccoby, J. B.: *Surgical treatment of endometriosis with conservation of reproductive potential*. Obst. & Gynec. 87: 394, 1963.
5. Sheets, J. L.: *Conservative surgical management of endometriosis*. Obst. and Gynec. 23: 625, 1964.
6. Cruz, H.: *El tratamiento quirúrgico conservador en la endometriosis*. Obst. y Ginec. Lat-Amer. 24: 81, 1966.
7. Alvarez Bravo, A.: *Cirugía ginecológica conservadora*. Rev. Med. Hosp. Esp. de Méx. 10: 206, 1960.
8. Dayley, H.: *Superior hypogastric sympathectomy for the relief of pain associated with endometriosis*. Am. J. Obste. Gynec. 64: 650, 1959.

COMENTARIO OFICIAL

DR. ALCÍBIADES MARVÁN¹

EXISTIENDO para la endometriosis, un tratamiento médico eficaz como quedó demostrado en otra época con el empleo de los andrógenos y en la actualidad con el de los progestágenos, surgen a nuestra consideración las siguientes cuestiones:

¿Por qué, en forma rutinaria no se emplean estos productos antes de indicar la intervención quirúrgica?

¿Por qué en la endometriosis pura, no se prefiere el tratamiento médico al quirúrgico?

Resumiendo: ¿por qué seguimos considerando este padecimiento como de tratamiento esencialmente quirúrgico?

A nuestro juicio, este último concepto es acertado y resultante de tres fenómenos fundamentales:

¹ Académico numerario, Hospital Francés de México.

¹ Las dificultades que existen para hacer el diagnóstico.

- 2º La frecuencia con que la endometriosis coincide con otros padecimientos.
- 3º El doble origen de las lesiones endometrióticas y las modificaciones que sufren en su evolución.

En efecto, en primer lugar, gran cantidad de endometriosis son asintomáticas y el resto, se manifiesta por signos y síntomas muy frecuentes en semiología ginecológica y de poca o incierta significación intrínseca, a saber: dolor difuso intrapélvico, modificación del mismo en las distintas etapas del ciclo menstrual, característica esta última, poco constante y difícil de precisar y lo que durante mucho tiempo se consideró como signo casi patognomónico, en la actualidad apenas se considera como síntoma de presunción. Si todo esto podemos decir de la sintomatología básica endometriótica, ¿qué podría aducirse en cuanto a la dispareunia, trastornos menstruales, etc. que están sujetos a tan variable etiología y patogenia? La misma endoscopia pélvica dista mucho de poder aclarar el origen de las lesiones por las imágenes observadas en la mayoría de los casos.

Todo esto explica, el que pueda decir que al menos por lo que a la experiencia personal se refiere, he sido poco afortunado en el diagnóstico pre-operatorio de la endometriosis. Mis indicaciones quirúrgicas han sido: tumor anexial o uterino, quiste de ovario, retroversión adherente y hasta laparotomía exploradora pero nunca la de endometriosis pura; de allí que sólo he utilizado el tratamiento médico con indicación precisa en el post-operatorio inmediato y tardío.

La complejidad de la lesión, en donde, a la actividad del tejido endometrial, se agrega la del tejido huésped y a ambas la formación de procesos adherenciales, que además de modificar la sintomatología, impiden o dificultan la actividad funcional de algunos órganos como en el clarísimo caso de los procesos peri-ováricos y peritubarios que impiden o dificultan la procreación, explican una vez más la necesidad de tratamiento

quirúrgico; quirúrgico conservador como lo señalan los ponentes, quedando la indicación de hacer histerectomía y castración subordinadas a edad y paridad, ubicación y gravedad de las lesiones.

Las casuísticas con frecuencia discrepan en cuanto a la incidencia de la endometriosis uterina o "adenomiosis" y la de la endometriosis ovárica, tubo-ovárica y peritoneal. El Departamento de Patología del Hospital Francés de México nos informa, en 234 úteros estudiados, 31 con adenomiosis (13.2%). En 117 pares de ovarios sujetos al mismo estudio, nueve tenían endometriosis (5.2%), cinco de ellos fueron hallazgos microscópicos y cuatro habían dado manifestaciones clínicas (2.3%). En 124 pares de trompas cuatro tenían endometriosis y se encontró un caso de hallazgo microscópico del padecimiento en un apéndice. Habrá de tener en cuenta que el diagnóstico de adenomiosis prácticamente no es clínico sino esencialmente anatomopatológico.

En cuanto al aspecto macroscópico de las lesiones ováricas sospechosas es fácil equivocarse, juzgando por ejemplo como de origen endometriótico la mayor parte de los quistes achocolatados; el patólogo ha destruido muchas veces esta suposición nuestra y algo semejante también nos ha pasado en algunos casos de embarazos extra-uterinos con hematosalpinx viejos y hemoperitoneo organizado y adherente.

Desde el punto de vista microscópico y en lo que se refiere a endometriosis ovárica, hemos escuchado de los patólogos que en algunos casos existen dificultades para diagnosticar con seguridad el epitelio de revestimiento de las cavidades ya que puede confundirse con quistes de inclusión y a veces hasta con quistes serosos.

Agradezco a los autores el habernos recordado el sabio concepto que el Maestro Don Rosendo Amor vertiera acerca de la cirugía conservadora, diciendo que para que ésta lo sea "*debe conservar siempre funciones y nunca enfermedades*".