

CONTRIBUCIONES ORIGINALES

**HECHOS IMPORTANTES EN EL ESTUDIO  
DE LA ENDOMETRIOSIS INCIPIENTE Y ESTERILIDAD \***

JOSÉ TRINIDAD GONZÁLEZ-GUTIÉRREZ ‡ § y  
ANTONIO GÓMEZ RUIZ-VELASCO §

*Por su importancia cada vez mayor en el mundo, la endometriosis constituye un proceso de naturaleza social que se hace indispensable evaluar y conocer a profundidad para tratar de darle soluciones efectivas. El concepto más aceptado en la actualidad es en el sentido de que se trata de un proceso evolutivo y hormonodependiente, que forma parte del cortejo patológico tributario del estrogenismo, dentro del cual tiene algún papel el hipotiroidismo.*

*Es obvio que para mejorar el pronóstico es indispensable el temprano de la existencia del proceso y para ello, los autores han venido empleando métodos especiales que hasta el momento parecen haber permitido el diagnóstico en etapas tempranas y oportunas.*

*En un elevado porcentaje de casos, se observa esterilidad tanto primaria como secundaria, en el transcurso de la endometriosis, ya que, no obstante ser un proceso de naturaleza benigna asemeja a la maligna al invadir y metastatizar, y termina por englobar o destruir tejidos nobles del aparato genital y los*

\* Leído en la Academia Nacional de Medicina en la sesión ordinaria del 31 de julio de 1974.

‡ Académico correspondiente.

§ Sanatorio Guadalajara.

*órganos vecinos, o al menos alterarlos y limitarlos en su funcionamiento.*

*Por tratarse de un proceso constitucional se hace necesario seguirlo controlando después del procedimiento quirúrgico, pues de otra manera, dado que continúan intactas las causas que lo produjeron, es casi seguro que haya recaídas.*

Los avances en el conocimiento de la endometriosis se habían estancado al parecer por las dificultades inherentes a su diagnóstico oportuno. Sin embargo, como veremos más adelante, existen ya algunos signos que han permitido la detección del padecimiento en estadios tempranos, cuando todavía la enfermedad transcurre en la fase asintomática.

El motivo de la presente comunicación es aclarar el concepto actual del proceso y hacer hincapié en la necesidad de su diagnóstico temprano, ya que se trata de una entidad nosológica incompletamente estudiada, cuya frecuencia es cada vez mayor en las naciones civilizadas, con etiología hasta el momento desconocida y que es evolutiva durante la época sexual; además, y esto es un hecho importante, es hormono-dependiente y se acompaña de esterilidad primaria o secundaria en un elevado porcentaje de casos.

En su evolución se asemeja parcialmente a la enfermedad maligna dado que se propaga excentricamente, penetra los vasos sanguíneos y linfáticos y, en ocasiones, metastatiza. Al invadir los órganos nobles, en particular el ovario, los comprime y engloba dentro de adherencias sólidas cargadas de tejido fibroso lo que afecta su función pero puede llegar en las grandes endometriosis a destruirlo.<sup>1, 2</sup>

Un concepto interesante es considerar a la endometriosis como una expresión de estrogenismo. Frecuentemente se asocia a miomatosis, hemorragia disfuncional, hi-

perplasia uterina y endometrial, ya sea simple, poliposa o adenomatosa;<sup>3-6</sup> esta última hiperplasia, en toda mujer de más de 35 años, tiende a ser considerada como pre-maligna y hay autores que inclusive la califican de carcinoma grado "0" del endometrio. En la mujer joven, sin embargo, la hiperplasia adenomatosa no tiene el mismo aspecto oncológico ni la gravedad, pero es conveniente vigilarla periódicamente. Como se sabe el tejido ectópico invade otros órganos fuera de los genitales y origina serias dificultades. En vista de que su etiología continúa desconocida, el clínico se encuentra frecuentemente inseguro y con escasos medios terapéuticos.

Su frecuencia en el mundo es cada vez mayor y ha llegado a constituir un problema de naturaleza social, el cual es indispensable evaluar más profundamente para tratar de darle soluciones efectivas, dado que se le debe considerar como la expresión de un proceso constitucional con alteraciones hormonales importantes, que pueden ir desde las neurohormonas cerebrales, o las hipotalámicas o hipofisarias, hasta las ováricas, suprarrenales y tiroideas y debe considerarse así mismo que esas alteraciones tienen consecuencias bioquímicas conocidas, pero además propician un desequilibrio del sistema nervioso de relación que, a su vez, causa un aumento o disminución de la irrigación sanguínea en determinadas porciones de la pelvis. Si no se toman en cuenta estas características, el tratamiento quirúrgico habitual que re-

suelve únicamente el problema local, está condenado al fracaso pues el padecimiento continuará evolucionando por haberse dejado intactas las causas que la ocasionaron. Es pues indispensable intentar conservar a la enferma en equilibrio u homeostasis hormonal, controlarla adecuadamente hasta que ocurra un embarazo o llegue la declinación natural de la función ovárica. En esta, como en todas las entidades patológicas, el diagnóstico oportuno facilitará el mejor manejo y evitará su tormentosa evolución.

Durante más de 30 años hemos tenido la oportunidad de observar la evolución del padecimiento en un buen número de casos; en algunas de las enfermas que rehusaron el tratamiento se desarrollaron graves procesos ginecológicos, en particular adenocarcinoma de endometrio, de mama o de ovario (acantoma) o invasión del proceso a vísceras huecas, con pérdidas sanguíneas por dichos órganos durante la época menstrual;<sup>7-9</sup> también se observaron algunos casos de estenosis ureterales con uremia y muerte. En muchos casos se vio que las molestias disminuían después de los 38 ó 40 años, al principiar la declinación de la función ovárica.

Para que exista endometriosis se hace necesaria la presencia de endometrio normal, pues no se ha reportado hasta ahora ningún caso de agenesia uterina acompañada de endometriosis.<sup>10</sup>

Se la describe como la "enfermedad del siglo" por su frecuencia y porque representa un desafío para el clínico por las múltiples facetas que suele presentar y por lo arbitrario de su evolución. Se le ha descrito también como "enfermedad fascinante y misteriosa" dado su desconocimiento, lo difícil de su manejo, sus recidivas y lo desesperante de los resultados

del tratamiento, particularmente cuando se quiere condescender con el anhelo de reproducción de las pacientes.

Un hecho cierto que debe ser subrayado es que se trata de un proceso hormono-dependiente, por aumento en cantidad o persistencia de estrógenos, más por esto último que por lo primero, dado que la mujer ovula; de ahí que el estrogenismo no debe ser lo suficientemente alto para frenar la hipófisis, aun cuando al parecer sí produce cierta alteración en la función del cuerpo amarillo.

Cuando entre los factores etiológicos participa el hipotiroidismo, la falta de tiroxina ocasiona un desequilibrio, a nivel hipotalámico, de los factores liberadores de la hormona estimulante del folículo y de la luteotrófica en detrimento del segundo, con la consiguiente disminución de la tasa de gonadotrofina lúteo-estimulante, menor producción de progesterona y alteraciones del endometrio en su fase secretoria. Fishman y Helleman demostraron que la tiroxina influye sobre el porcentaje de conversión de estradiol a 2-alfa hidroxí-estrón; al parecer la baja de T<sub>4</sub> hace que el estradiol, al obrar en forma más intensa y por tiempo más prolongado, provoque hiperplasia de la mucosa endometrial; a su vez limita la utilización por el ovario de la lúteo-estimulante y altera, por un proceso enzimático defectuoso, el aprovechamiento de la progesterona por el endometrio, lo que produce una concentración relativa de estrógenos, que se manifiesta por aumento en el tamaño del útero, con cavidad mayor de 7.5 cm. de engrosamiento de las paredes, hiperplasia de la mucosa y casi siempre esterilidad. Se ha dicho que esas condiciones empeoran con la aplicación de estrógenos y mejoran con los andrógenos y progestágenos.

También se ha mencionado que las mujeres multíparas, con embarazos tempranos y frecuentes, no son candidatas a la endometriosis. Sin embargo, no es excepcional la observación de casos con padecimiento activo durante los meses siguientes al parto. Esto por lo tanto permite afirmar que no en todos los casos el embarazo cura la endometriosis, y que ésta existía antes de la gestación.

Durante muchos años se consideró que la enfermedad era privativa de las mujeres que estaban entre los 30 y los 40 años de edad, pero hemos tenido también oportunidad de observar, y de señalar en otras ocasiones, que la endometriosis existe en muchas de las pacientes desde poco tiempo después de la menarquía.<sup>5, 6, 11</sup> Lo que sucede es que permanece silenciosa por varios años y sólo se hace evidente cuando hay esterilidad o dismenorrea intensa y rebelde a todo tratamiento. De ahí la necesidad de pensar en ella e investigarla antes de que la nutrida sintomatología se haga manifiesta, dado que las posibilidades de curación serán cada vez menores. Aunque se han reportado casos de embarazo con ruptura de grandes endometriomas, esto debe considerarse como curiosidades clínicas en las cuales se logran conjugar situaciones muy particulares.

Los autores clásicos<sup>10</sup> al hablar de la sintomatología proporcionan datos sumamente floridos que caracterizan al padecimiento, pero es importante recordar que estos datos no son propios del proceso en general, sino de sus etapas más avanzadas. Quizá el desconocimiento por el clínico de la fase silenciosa ha permitido al padecimiento alcanzar etapas más avanzadas y por ende peligrosas.

Los métodos de diagnóstico usuales<sup>12-13</sup> han mejorado en forma importante, al

grado de que se le puede detectar por la simple exploración abdomino-recto-vaginal, mediante la búsqueda del "grito de la endometriosis", hecho reportado por nosotros y hasta la fecha encontrado en todos los casos estudiados. La hiperplasia adenomatosa del endometrio de la mujer joven en la segunda fase del ciclo, contribuye igualmente al diagnóstico. Los datos importantes son, pues, los siguientes:

- a) Aumento de la cavidad uterina, más de 7.5 cm.
- b) La observación de la endometriosis cervical el primer día del ciclo.
- c) El aumento de signos en la fase pre-menstrual.

Se puede decir que estos datos, encontrados en las fases más incipientes, proporcionan mayor luz que la douglascopia, la peritoneoscopia y aún la misma laparatomía. Hemos tenido oportunidad de ver ocasionalmente enfermas con "grito de la endometriosis" positivo, en las que no se encontraban lesiones visibles en la pelvis durante las exploraciones antes señaladas y a quienes en el curso de una operación se les hizo una ovariectomía lineal, que practicamos rutinariamente, y que permitió encontrar pequeños endometriomas en el centro del ovario, no detectados a la simple inspección del órgano. En dos enfermas el endometrioma fue descubierto en los meses subsiguientes al parto, lo que demuestra que el tejido ectópico había estado en ese lugar durante todo el embarazo, dado que el estado hormonal de la gestación no puede afectar las colecciones enquistadas, pero sí los tejidos de estirpe glandular.

En los casos de larga evolución, la compresión y la esclerosis pueden impedir el diagnóstico histopatológico; lo mismo

puede ocurrir en los quistes con gran cúmulo de sangre. Es más fácil asegurar el diagnóstico histopatológico en las pequeñas lesiones que en los grandes endometriomas.

Como la etiología del proceso es desconocida, el tratamiento sólo podrá ser sintomático, tanto de carácter médico como quirúrgico, si se desea conservar la función endocrina y reproductiva,<sup>12, 14, 15</sup> en vista de las circunstancias anotadas en el curso del trabajo, nos hemos venido inclinando últimamente por la preferencia del tratamiento quirúrgico. Sólo recurrimos al tratamiento médico<sup>12, 16-18</sup> como preparatorio para el mejor éxito del tratamiento quirúrgico.

## REFERENCIAS

1. Pratt, J. H. y Shamblin, W. R.: *Spontaneous rupture of endometrial cysts of the ovary presenting as an acute abdominal emergency*. Abst. 549 Excerpta Med. Obst. and Gynec. 24:91, 1971.
2. Ranney, B.: *Endometriosis. II. Emergency operations due to hemoperitoneum*. Abst. 550 Excerpta Med. Obst. and Gynec. 24:91, 1971.
3. Chamlin, D. L. y Taylor, H. B.: *Endometrial hyperplasia in young women*. Obst. & Gynec. 36:669, 1970.
4. Dallenbach-Hellweg, G.; Weber, J.; Stoll, P. y Welten, C. H.: *Differential diagnosis of adenomatous endometrial hyperplasia in young women*. Arch. Gynec. 210:303, 1971.
5. González-Gutiérrez, J. T. y Gómez Ruiz, A.: *La hiperplasia endometrial como causa importante de esterilidad en la endometriosis incipiente*. Ginec. y Obst. de Méx. 35:217, 1974.
6. González-Gutiérrez, J. T.: *El problema emocional de la mujer con esterilidad y endometriosis incipiente*. Ginec. y Obst. de México 35:207, 1974.
7. Basis, J. S. y Bechman, C. T.: *Retroperitoneal endometriosis with ureteral obstruction*. Abst. 1991 Excerpta Med. Obst. and Gynec. 23:345, 1970.
8. Brooks, Jr., R. T.; Fraser, W. E. y Lucas, W.: *Endometriosis involving the urinary tract. A report of 2 cases with ureteral obstruction*. Abst. 1629, Excerpta Med. Obst. and Gynec. 23:285, 1970.
9. Miles, H. B. y Falconer, K. W.: *Renal endometriosis associated with hematuria*. Abst. 3608, Excerpta Med. Obst. and Gynec. 23:617, 1970.
10. Kinderman, G.: *Endometriosis, concepto y origen*. En: *Ginecología y obstetricia especial*. Kaser, O.; Friedberg, V.; Ober, K. G. Thomson K. y Zander (Eds.). Barcelona, Salvat, S. A. 1974, vol. 3 p. 673.
11. González-Gutiérrez, J. T.: *Manejo de la enferma con esterilidad y endometriosis pélvica*. Ginec. y Obst. de Méx. 103:597, 1972.
12. Contreras, J. O. y Velázquez-González, T.: *Endometriosis, diagnóstico y tratamiento en la mujer joven*. Ginec. y Obst. de Méx. 22:89, 1967.
13. Rodríguez-Otto, A.; Schwarz, P. y López, B.: *Métodos de exploración en 120 casos de endometriosis*. Obst. y Ginec. (Venezuela) 32:99, 1972.
14. Chalmers, J. A.: *Conservative management of endometriosis*. Abst. 173, Excerpta Med. Obst. and Gynec. 22:34, 1969.
15. Ramsey, B.: *Endometriosis conservative operations*. Am. J. Obst. & Gynec. 107:753, 1970.
16. Parsons, L.: *Tratamiento conservador de la endometriosis externa*. Obst. y Ginec. 32:576, 1968.
17. Rogers y Jacals, W. M.: *Infertility and endometriosis, conservative surgical treatment*. Fertil 19:529, 1968.
18. Snaith, L.: *The treatment of endometriosis by oral progestogens*. Abst. 174, Excerpta Med. Obs. y Ginec. 22:34, 1969.

## COMENTARIO OFICIAL

ALFONSO ALVAREZ-BRAVO \*

La endometriosis pélvica es una enfermedad cada vez más frecuente, que tiene manifestaciones proteiformes, inespecíficas, que hacen

\* Académico numerario. Hospital Español de México.

difícil su diagnóstico y a la que se asocia a menudo esterilidad, por lo que adquiere una mayor importancia. Los autores del trabajo hacen hincapié precisamente en los aspectos cruciales de este problema.

En efecto, recuerdan que la endometriosis no es un padecimiento local, como se le ha considerado hasta ahora, sino la expresión a nivel pélvico de un proceso general, probablemente constitucional, que tiene como base alteraciones hormonales del eje hipotálamo-hipófisis-ovario. En su patogenia hay incógnitas importantes: 1) El motivo de la aparición heterotrópica de implantes endometriales, para lo cual se han sugerido diversas teorías que lo explican satisfactoriamente, como las teorías del transporte mecánico, del transporte vascular, de la implantación *in situ*, de la metaplasia y de la disembrionia; y 2) el mecanismo de homeostasis que hace posible el desarrollo y actividad del endometrio en sitios heterotrópicos, es decir, fuera de la cavidad uterina. Estoy de acuerdo con los autores que, a este respecto, lo más probable es que este mecanismo de homeostasis tenga por base un hiperestrogenismo absoluto o relativo y que, por tanto, deba considerarse este padecimiento como hormono-dependiente. Esta hormono-dependencia, no solamente se refiere a la acción estrogénica persistente, sino que, y esto posee particular importancia, a la acción cíclica de las dos hormonas esteroides del ovario que hacen que los implantes endometriales tengan modificaciones periódicas similares a las del endometrio ortotópico, que explican gran parte de la sintomatología y manifestaciones clínicas objetivas. La demostración definitiva de esta hormono-dependencia se da en el hecho de que la ovariectomía cura radicalmente la endometriosis.

Los autores insisten, por otra parte, en la necesidad del diagnóstico temprano de esta enfermedad, pues consideran que la mayoría de las veces se hace tardíamente, cuando las manifestaciones clínicas son francas, no obstante de que en muchas pacientes el padecimiento se inicie poco después de la menarca. Efectivamente, el diagnóstico se hace en muchos casos con poca oportunidad, porque es difícil. Sabemos bien que la endometriosis se

expresa en el lenguaje del órgano que ataca y que, por lo tanto, los cuadros clínicos no tienen nada de específico. En los últimos años se ha logrado un gran avance en la clínica de esta enfermedad gracias a las endoscopias ginecológicas que son cada vez más sencillas y se realizan cada vez con más frecuencia, permitiendo diagnosticar endometriosis insospechadas, en estadios muy tempranos de su evolución. Me parece de particular interés el que los autores, señalen que el signo descrito por ellos, el "grito de la endometriosis", asociado a algunos otros datos de exploración física, proporcione, mayores datos y permita diagnósticos más tempranos que las endoscopias. Yo no tengo experiencia personal en el signo descrito por los autores y me gustaría que el doctor González Gutiérrez nos lo describiera con precisión y nos informara de los datos objetivos, de preferencia evaluados estadísticamente. El convencernos de la utilidad de este signo clínico y de su tan elevada eficiencia diagnóstica, nos sería de extraordinaria utilidad, tanto porque su aplicación es muy sencilla, puesto que basta la simple exploración abdomino-recto-vaginal, como porque seguramente estaríamos en condiciones de hacer un número mucho mayor de diagnósticos tempranos.

Mi último comentario se refiere a la opinión de los autores en el sentido de que es de dudarse del beneficio que puedan proporcionar a las pacientes afectas, los tratamientos de pseudociesis esteroide yatrogénica. A este respecto puedo informar a ustedes que nosotros hemos conducido una investigación clínica estricta que incluye estudios histopatológicos pre y post-tratamiento, la cual fue publicada en su oportunidad, de la que se desprende que la administración de estrógenos y progesterona para inducir un estado de pseudoembarazo por periodos de tiempo de 7 a 12 meses, determina una importante regresión de las lesiones en el 80 por ciento de los casos, con resultados permanentes en el 70 por ciento de ellos.