

producen, son fibrinosas de 7 a 10 días, vasculares de 10 a 35 para convertirse inmediatamente en fibrosas y avasculares; y la ligadura de la arteria coronaria en perros durante la fase vascular de las adherencias va seguida de un típico infarto de miocardio. No hay por tanto ninguna razón que apoye el tratamiento de la isquemia miocárdica mediante la producción de adherencias miocárdicas. Contra este criterio se alza la estadística que presenta GORELIK de enfermos tratados con la operación de THOMPSON, tan llena de optimismo que invita a la meditación.

Quizás con el tiempo el buen camino sea el que han emprendido BECK y sus colaboradores; su técnica sugestiona, aunque su complicación frene muchos impulsos, pero no es posible a la vista de un solo resultado inmediato predecir en este momento el papel que en el futuro se le reservará.

### Bibliografía

BECK, STANTON, BUTUCHOK y LEITER: «Revascularization of the heart». J. A. M. A. 137 : 436, 1948. — GORELIK: «La cardio-péricardiopexie (opération de Samuel Alcott Thompson) dan le traitement de la coronarite.» Mémoires de l'Académie de Chirurgie. 74 : 460, 1948. — MERCIER FAUTLUX: «Résultats obtenus par la dénervation des artères coronaires associée ou non a la ligature de la grande veine coronaire dans le traitement de la maladie coronarienne.» Mémoires de l'Académie de Chirurgie. 74 : 528, 1948. — BOONE y HUBBELL: «Observations on production on pericardial adhesions and ligation of coronary arteries.» Surgery, Gynecology and Obstetrics. 87 : 9, 1948. — EDITORIAL: «Surgical treatment of severe angina pectoris.» J. A. M. A. 137 : 952, 1948. — WHITE y BLAND: «The surgical relief of severe angina pectoris: methods employed and results in lighty-three patients.» Medicine. 27 : 1, 1948.

## ENDOMETRIOSIS EXTRAGENTAL

Dr. VICTOR SALLERAS

**L**a palabra endometriosis, introducida en la literatura médica por SAMPSON en 1922, sirve para describir una lesión especial asentada en los órganos pélvicos y del abdomen inferior. Aparte su localización tienen estas lesiones como denominador común la presencia de tejido endometrial que no es posible diferenciar del que se encuentra normalmente en la cavidad uterina. Se asocian con frecuencia a una esterilidad primaria o secundaria y en una gran proporción de casos con distintas alteraciones del útero y anexos; hay que señalar, además, que muchas de las enfermas afectas habían sufrido anteriormente una intervención quirúrgica abdominal o pélvica.

Es lo bastante corriente para permitir a JENKINSON y BROWN la afirmación de que la padecen, el 15 por 100 de todas las mujeres en su vida menstrual activa. Sin embargo, FALLON, en 1946, comunica nueve casos de endometriosis como causa de dismenorrea en las niñas, y HULL CLARK aporta otro caso en una pequeña de once años en la que se extirpó una tumoración endometriósica adherida a un útero bicorne y al epiplón, extirpación que fué seguida de las molestias que aquejaba.

El tejido endometrial abenante puede aparecer no sólo en el interior del útero, sino en los demás tejidos u órganos pélvicos y aun en diversas localizaciones distantes del útero, como las trompas, ovarios, el tabique recto-vaginal, los ligamentos uterinos y ováricos y los ganglios pelvianos; más raramente se

afectan el intestino grueso y delgado, apéndice, región inguinal, los labios mayores y menores, el ombligo, cicatrices abdominales y los pulmones y extremidades superiores e inferiores.

Sea cual sea su localización los hallazgos anatomopatológicos son siempre los mismos: glándulas tubulares idénticas a las del epitelio diverticular de la mucosa uterina, alrededor de las cuales se dispone un tejido correctivo que contiene núcleos parecidos a los del tejido subendometrial del útero; se encuentran, además, fibras de músculo liso entre los islotes epiteliales, recordando el conjunto a un útero en miniatura.

Existen multitud de hipótesis que intentan explicar la patogenia de esta enfermedad que para MEIGS no es tal, sino que casi siempre representa un fisiologismo anormal. Así HALBAN opina que el endometrio metastatiza por vía linfática exactamente igual que lo haría una neoplasia, mientras que IVANOW y MEYER creen que la lesión es resultado del estímulo de crecimiento de células embrionarias del epitelio del celoma, consecutivo a procesos inflamatorios, irritativos o simplemente traumáticos producidos en el período menstrual.

No vamos a ocuparnos de las localizaciones en los órganos genitales, con mucho las más frecuentes, sino puramente de las extragenitales que cobran cada día más interés, como lo demuestra el hecho de que la publicación de observaciones con tales características aumenta día a día.

En 1909 MEYER comunicó un caso de lesión intestinal que hoy quedaría clasificada como endometriosis, y en 1920 CULLEN aportó otro que dió lugar a una oclusión de sigmoidea. JUDDS y FOULDS, en 1923, publican cinco casos de endometrioma sigmoideo en tres de los cuales había una evidente obstrucción intestinal. En los casos de GRAVES estaba comprometida la luz rectal. Presentaban también un endometrioma sigmoideo las enfermas de BRAINE y de BARTLETT, mientras que la de MARMOL mostraba signos de obstrucción rectal consecutivos al crecimiento de un endometrioma del tabique rectovaginal.

CATELL, en 1937, aporta diez y siete casos de endometriosis de la porción baja del intestino, y en 1940, GLEN y THORNTON publican sus observaciones en dos pacientes que sufrían una endometriosis obstructiva del ileon.

Pero, además, NAVRATIL y KRAMER (Klin. Wochenschr. 15 : 1.765, 1936) comunican un caso de localización insólita en el antebrazo, y MANKIN (Arch. f. Gynäk. 159 : 671, 1935) y SCHLICKE (J. A. M. A. 132 : 445, 1946), otros no menos raros aparecidos en el muslo.

Entre los trabajos aparecidos sobre este tema durante el año 1948 destaca el de MC GUFF, DOCKERTY, WAUGH y RANDALL, de la «Mayo Clinic», basado en cuarenta y seis casos diagnosticados de endometriosis intestinal durante el período transcurrido entre 1920 y 1946. Por tratarse quizás de la aportación conjunta más voluminosa creemos de interés resumir sus observaciones.

En primer lugar, admiten la posibilidad de hacer un diagnóstico de oclusión intestinal por endometriosis, cuando se piensa en ella en mujeres de treinta a cincuenta años observadas en fase de obstrucción confirmándolo la presencia de dismenorrea, periodicidad de los síntomas en relación con el ciclo menstrual, esterilidad, dolor rectal o pelviano, ausencia de pérdidas de peso, coexistencia de fibromas uterinos o quistes de ovario y sobre todo una larga historia de sintomatología intestinal exacerbada en el momento de la menstruación.

Un estreñimiento pertinaz, dolor abdominal bajo y distensión existen casi siempre; si la obstrucción es ileal hay vómitos, mientras que si es cólica domina la constipación. Puede presentarse diarrea y las melenas, en ausencia de otra lesión anorrectal, son muy raras.

Completarán el diagnóstico el examen radiográfico, el tacto rectal y la recto y sigmoidoscopia, que podrá confirmar definitivamente la biopsia cuando sea posible su realización.

El tratamiento de la obstrucción intestinal por endometriosis es siempre

quirúrgico. Si ha sido posible un diagnóstico preoperatorio exacto podrá diferirse la necesidad de una resección y el tratamiento consistirá en la ovariectomía bilateral o histerectomía con o sin una colostomía temporal según se juzgue de su conveniencia. El procedimiento de elección en la oclusión ileal es la resección con o sin enterostomía preliminar y con o sin una panhisterectomía indicada por la presencia y grado de otras lesiones pélvicas asociadas.

Si la paciente es una mujer joven con un discreto endometrioma del ileon o de la sigmoidea, si los órganos pelvianos son normales hasta el punto que pueda parecer razonable esperar un posible embarazo y si la ausencia de menorragias o de endometritis quística indican una buena función ovárica, debe practicarse una operación conservadora en relación al ovario y una intervención radical frente al intestino ocluido.

El pronóstico de las enfermas con una obstrucción intestinal por endometriosis, cuando por el examen anatómopatológico se ha podido descartar la existencia de un carcinoma, es francamente bueno, siendo la mortalidad operatoria prácticamente nula en la inmensa mayoría de casos publicados.

ZANDER, D'INGIANNI y DREWES comunican también tres casos de oclusión ileal por endometriosis y destacan el hecho de que casi siempre la lesión se localiza junto a la válvula ileo-cecal. Según su punto de vista hay que añadir a las posibles causas generadoras de la enfermedad, las frecuentes cauterizaciones de cuello uterino, la insuflación de las trompas, la inyección de sustancias lipoides e intervenciones obstétricas poco afortunadas.

CUNINGHAM y VINER SMITH presentan un caso de invaginación ileo-ileal por endometrioma que se resolvió mediante la resección del segmento afecto seguida de una anastomosis ileo-cólica, ascendente, y creen que es el primer caso publicado en que puede achacarse a la endometriosis la aparición de tal complicación.

Finalmente, PONS TORTELLA aporta un caso de endometrioma inguinal simulando una hernia irreductible, desarrollado en la porción inguinal del ligamento redondo a semejanza de los publicados por KAULICH, BECK y CONILL.

Para explicar la etiopatogenia de su caso destaca la teoría de la heterotopia por injerto directo de SAMPSON, así como la teoría linfática vascular de HALBAN y le parece más aplicable la de MEYER según la cual el epitelio peritoneal adoptaría una jerarquía morfológica más elevada al reproducir el tipo de epitelio cilíndrico de la mucosa uterina. Ahora bien, aunque la aparición de endometriomas extragenitales sea un hallazgo ocasional, ocurre con la frecuencia suficiente para que quede justificado el interés que despierta en la actualidad, especialmente al considerarlos como una de las lesiones benignas más importantes del intestino que es con mucho la localización extragenital más frecuente.

### Bibliografía

- COUNSELLER: «Surgical aspects of endometriosis.» The Journal of the International College of Surgeons. 11 : 29, 1948. — HULL CLARK: «Endometriosis in a young girl.» J. A. M. A. 136 : 690, 1948. — MEIGS: «Endometriosis.» Annals of Surgery. 127 : 795, 1948. — MC GUFF, DOCKERTY, WAUGH y RANDALL: «Endometriosis as a cause of intestinal obstruction.» Surgery, Gynecology and Obstetrics. 86 : 273, 1948. — ZANDER, D'INGIANNI y DREWES: «Endometriosis as cause of small bowel obstruction.» The Journal of the International College of Surgeons. 11 : 149, 1948. — CUNINGHAM y VINER SMITH: «A case of intussusception caused by endometriosis of ileum.» The British Journal of Surgery. 36 : 50, 1948. — PONS TORTELLA: «Endometrioma inguinal simulando una hernia irreductible.» Anales de Medicina. 35 : 144, 1948.