

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DE LA ENDOMETRIOSIS UTERINA

POR EL

Dr. Humberto Dionisi

En el año 1939 hemos comunicado a la "Sociedad de Cirugía de Buenos Aires" y a la "Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Córdoba" (3) un caso de diagnóstico radiológico de una endometriosis uterina. Insistimos hoy sobre la importancia de ese elemento diagnóstico, agregando dos observaciones, cuyas características reafirman las conclusiones a que llegáramos a propósito de la primera.

Como queremos concretarnos al estudio del signo radiológico que hemos descripto, nos abstendremos de hacer consideraciones sobre la patología y clínica de la endometriosis, pero conviene tener en cuenta la importancia del diagnóstico correcto de la enfermedad para una buena indicación terapéutica.

Muchas veces la endometriosis es un hallazgo operatorio y frecuentemente, aun cuando se la sospecha o diagnostica clínicamente, se ignora su verdadera localización.

Nosotros, como lo hemos expresado en la publicación anterior y de acuerdo con la mayoría de los autores modernos, no empleamos el término Adeniosis, hablamos siempre de Endometriosis con el agregado del órgano donde el proceso asienta.

Nos referimos en este trabajo solamente a la endometriosis uterina: endometriosis interna o primitiva. En ésta el diagnóstico previo puede permitirnos elegir entre el tratamiento fisioterápico

y el quirúrgico. Si además de hacer el diagnóstico, podemos precisar antes de intervenir, la topografía y extensión del proceso en el útero, ha de ser posible efectuar operaciones conservadoras.

Sin entrar a estudiar las distintas teorías que pretenden explicar la patogenia de la endometriosis, podemos dar por aceptada la importancia que tiene la acción del principio estrógeno como factor etiológico fundamental.

La endometriosis, enfermedad que se manifiesta sólo durante el período de actividad genital femenina, reconoce en su origen acciones de desequilibrio endocrino. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad son, en su gran mayoría, el resultado de la respuesta de los elementos histológicos endometriales que la constituyen, a las acciones hormonales ováricas.

Con la cesación del estímulo hormonal, sea esta fisiológica en la menopausia o accidental en la castración radioterápica o quirúrgica, no se puede afirmar que las lesiones de endometriosis desaparezcan, pero el endometrio en ectopía que las constituye no tiene más transformaciones cíclicas, deja de menstruar y con éllo la enfermedad se silencia, al tiempo que, por otra parte, los elementos endometriósicos sin estímulo estrogénico no proliferan.

Aún sin llegar a la castración radioterápica, se han de poder encontrar medios médicos que disminuyendo o anulando la acción hormonal hagan desaparecer los signos patológicos.

Leo Wilson (10) ha podido en un caso de endometriosis rectovaginal comprobada con biopsia, hacer desaparecer todos los síntomas manteniendo la enferma amenorreica mediante la administración de 300 a 600 miligramos de Propionato de Testosterona por mes. Al llegar a la dosis de 4800 miligramos tuvo que suspender el tratamiento por la aparición de signos alarmantes de virilización y un mes y medio después volvían las reglas y con ellas los dolores y el crecimiento del endometrioma.

En nuestra experiencia clínica tenemos algunos casos de endometriosis mejorados con la terapéutica hormonal andrógena, sin emplear dosis que provoquen la amenorrea y la virilización. Pero de todas maneras, aun disponiendo de un tratamiento médico de la endometriosis, para que pueda aplicarse es necesario tener el

diagnóstico exacto y en la mayoría de sus localizaciones no se puede hacer biopsia como en la observación de Leo Wilson.

Casi todos los autores aceptan que el tratamiento de las recidivas de la endometriosis, después del fracaso de una operación conservadora, debe ser la castración radioterápica. En la misma forma se puede tratar la endometriosis en las mujeres que se aproximan a la menopausia, mediante la radioterapia, pero para éllo es necesario tener la certidumbre diagnóstica. Este tipo de tratamiento estaría justificado ya que la degeneración cancerosa de la endometriosis parece ser rara como lo han sostenido Castaño (1), entre nosotros y Grayzel (4), en Norte América.

En las mujeres jóvenes el tratamiento ha de ser, dentro de lo posible, conservador y para éllo lo mejor es la cirugía orientada en el respeto de la correlación entre ovario y endometrio. Este principio sólo se puede llenar, en el caso de la endometriosis uterina, mediante la resección de la parte enferma del útero conservando ovario y algo de endometrio. Un medio de examen que permita precisar cual es la parte del útero invadida por la endometriosis ha de facilitar grandemente esa operación.

Además suelen encontrarse casos como el de nuestra observación número 3, en los que coexisten en el mismo útero nódulos miomatosos y zonas de endometriosis. Si en una de esas enfermas el cirujano se limita a efectuar una miomectomía dejando la endometriosis, la enfermedad no se cura, lo que demuestra una vez más la importancia del conocimiento correcto de la misma y de su topografía.

El diagnóstico de la endometriosis se funda en la mayoría de los casos en los signos clínicos pero, si bien la edad de la enferma, la esterilidad frecuente, las menorragias, los dolores pelvianos, la dispareunia y sobre todo la dismenorrea intensa y secundaria, son signos importantes, no en todos los casos se los encuentra y no siempre se puede, sólo con ellos, afirmar con certeza la existencia de la enfermedad.

Cuando el proceso es abordable como en su localización vaginal, la biopsia aclara las cosas pero ésa es una eventualidad poco

diagnóstico exacto y en la mayoría de sus localizaciones no se puede hacer biopsia como en la observación de Leo Wilson.

Casi todos los autores aceptan que el tratamiento de las recidivas de la endometriosis, después del fracaso de una operación conservadora, debe ser la castración radioterápica. En la misma forma se puede tratar la endometriosis en las mujeres que se aproximan a la menopausia, mediante la radioterapia, pero para éllo es necesario tener la certidumbre diagnóstica. Este tipo de tratamiento estaría justificado ya que la degeneración cancerosa de la endometriosis parece ser rara como lo han sostenido Castaño (1), entre nosotros y Grayzel (4), en Norte América.

En las mujeres jóvenes el tratamiento ha de ser, dentro de lo posible, conservador y para éllo lo mejor es la cirugía orientada en el respeto de la correlación entre ovario y endometrio. Este principio sólo se puede llenar, en el caso de la endometriosis uterina, mediante la resección de la parte enferma del útero conservando ovario y algo de endometrio. Un medio de examen que permita precisar cual es la parte del útero invadida por la endometriosis ha de facilitar grandemente esa operación.

Además suelen encontrarse casos como el de nuestra observación número 3, en los que coexisten en el mismo útero nódulos miomatosos y zonas de endometriosis. Si en una de esas enfermas el cirujano se limita a efectuar una miomectomía dejando la endometriosis, la enfermedad no se cura, lo que demuestra una vez más la importancia del conocimiento correcto de la misma y de su topografía.

El diagnóstico de la endometriosis se funda en la mayoría de los casos en los signos clínicos pero, si bien la edad de la enferma, la esterilidad frecuente, las menorragias, los dolores pelvianos, la dispareunia y sobre todo la dismenorrea intensa y secundaria, son signos importantes, no en todos los casos se los encuentra y no siempre se puede, sólo con ellos, afirmar con certeza la existencia de la enfermedad.

Cuando el proceso es abordable como en su localización vaginal, la biopsia aclara las cosas pero ésa es una eventualidad poco

frecuente y con la cual no se puede contar para la endometriosis uterina.

Philipp a conseguido en algunos casos afirmar el diagnóstico provocando la tumefacción dolorosa del endometrioma mediante inyecciones de foliculina y progesterona.

El signo radiológico que hemos descripto permite asegurar el diagnóstico en los casos de endometriosis uterina donde puede ponerse en evidencia y en ellos hace posible también definir la localización y extensión del proceso. Se funda en la visualización mediante la histerosalpingografía, de los canales glandulares de la endometriosis que se llenan con lipiodol.

En la endometriosis uterina los tubos glandulares dilatados, que penetran en el espesor del miometrio, conservan en gran parte la continuidad con el endometrio en forma de verdaderos divertículos. Ya Cullen, al sostener su teoría diverticular mucosa de la endometriosis, había demostrado que inyectando un líquido coloreado en el endometrioma uterino de una pieza operatoria, se lo veía salir por los orificios de la superficie mucosa de la cavidad de la matriz.

Hoehme (5) en el año 1905, inyectando por el pabellón de la trompa gelatina con azul de Berlín en una pieza de endosalpingiosis puso en evidencia en los cortes histológicos las cavidades diverticulares de la trompa llenas de colorante.

Sampson (8) ha repetido la misma experiencia inyectando por el orificio cervical uterino en 100 piezas la gelatina azul a la que agregó subcarbonato de bismuto, encontrando 13 casos de cavidades diverticulares en los ángulos uterinos. En 9 el revestimiento de los canales diverticulares era epitelio tubárico, endosalpingiosis y en 4 endometrio, endometriosis.

Una de las piezas inyectadas con la mezcla de gelatina y subcarbonato de bismuto fué radiografiada poniéndose en evidencia en las radiografías los tubos diverticulares en el ángulo uterino.

Estos trabajos demuestran que frecuentemente los tubos de la endometriosis del útero comunican con la cavidad del órgano, pero no hemos encontrado en la literatura ninguna mención de

que esta circunstancia haya sido empleada para hacer el diagnóstico radiológico de la enfermedad.

A continuación transcribimos el resumen de la historia clínica de nuestras tres observaciones.

CASO 1.

M. L. de S. 45 años. Argentina.

Primera menstruación a los 15 años. Cielo 7-8/25-35. Menstruaciones abundantes y acompañadas de dolor discreto.

Casada a los 33 años. No ha tenido ningún embarazo.

Hace 10 años fué operada por esterilidad y le practicaron, según la enferma, una salpinguectomía del lado izquierdo y una salpingostomía del lado derecho.

Desde la época de la operación las menstruaciones se han ido haciendo más abundantes y dolorosas. En los últimos meses el dolor es más intenso y la menstruación, muy abundante, dura 10 días apareciendo cada 15 a 20 días.

El examen genital demuestra que el útero forma cuerpo con una tumoración esférica del tamaño de una cabeza de feto, que presenta en el lado derecho una lobulación muy dura. La histerometría revela una cavidad uterina de 13 centímetros de longitud.

Análisis de orina normal. Glicemia 0.89. Urea en sangre 0.46.

Reacciones de Wassermann y Khan negativas. Glóbulos rojos 3.100.000.

Hemoglobina 41. Después de una transfusión de sangre, glóbulos rojos 3.445.000, hemoglobina 50. Índice de Katz 4.

La biopsia de endometrio da: "Hiperplasia glándular no funcionante, encontrándose algunas cavidades glandulares dilatadas en forma quística".

Se efectuó la histerosalpingografía con inyección intrauterina de Lipiodol y las radiografías dieron el siguiente resultado: En la *radiografía de frente* (ver fig. 1), se ve la cavidad uterina en forma de triángulo, aumentada de tamaño en el sentido longitudi-

nal, algo desviada hacia la izquierda. Los límites de la sombra de la cavidad corporal en la parte que corresponde al borde izquierdo, a la mitad inferior del borde derecho y a la mitad izquierda del fondo, presentan sólo una ligera ondulación. En la mitad superior del borde derecho y en la mitad derecha del fondo, en cambio, el límite es francamente irregular y la sombra se continúa en numerosas prolongaciones que demuestran que el lipiodol se ha introducido en una serie de pequeños canales entrelazados en parte, que

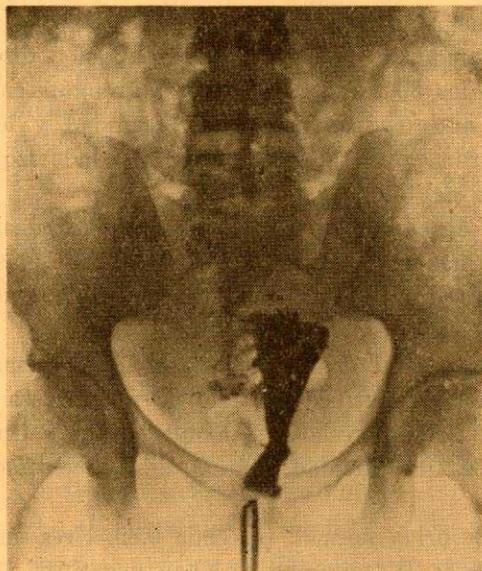


FIGURA 1. — Caso 1. Histerosalpingografía tomada de frente

se comunican con la cavidad uterina y que llegan a tener una longitud de varios centímetros. La zona en que se encuentra esta curiosa disposición del lipiodol corresponde a la lobulación dura que se aprecia en el examen clínico. Del lado izquierdo no se ve la trompa y del lado derecho, aunque tampoco hay una imagen tubárica característica, se ve, más hacia la derecha y arriba de los canalículos que antes hemos descrito, una sombra que podría corresponder a la trompa deformada.

En la *radiografía de perfil* se ve la cavidad uterina alargada con idénticas características y, vista en un plano distinto, la misma red de canalículos que se inician en la parte derecha y superior de la cavidad uterina.

En una *radiografía tomada 24 horas después*, ya no se ve la cavidad uterina que se ha evacuado completamente, pero todavía hay lipiodol en una parte de los canalículos y persiste la sombra que, según dijimos, podía corresponder a la trompa deformada.

Operamos la enferma con raquianestesia con Pereaína, haciendo una laparotomía mediana infraumbilical con resección de la cicatriz de la operación anterior.

El útero del tamaño de una cabeza de feto, tenía una lobulación que ocupaba el borde derecho y el fondo. Trompa derecha deformada adherida a la cara posterior del útero. Ambos ovarios escleroquísticos.

Histerectomía subtotal extirpado ambos ovarios y la trompa derecha. Peritoneización. Cierre de pared por planos.

Postoperatorio normal.

Dejamos por ahora el estudio de la pieza operatoria pero adelantamos que el diagnóstico histológico fué: Endometriosis uterina.

CASO 2.

S. R. de R. 40 años. Argentina.

Internada en el Hospital Domingo Funes por un proceso pulmonar que después se ha comprobado no es tuberculoso.

Primera regla a los 13 años, ciclo 26/3, sin dolor.

Casada a los 24 años con esposo luético. Después del matrimonio la enferma ha tenido reacción de Wassermann positiva. Tratada, ahora las reacciones de lúes son negativas.

Ha tenido un parto normal al año de casada. Desde entonces, hace 15 años, no ha vuelto a tener embarazos, sin práctica anticoncepcional.

Desde hace un año las menstruaciones se prolongan llegando a durar 6 a 7 días y se acompañan de intenso dolor hipogástrico que desaparece completamente en los períodos intermenstruales.

El examen general muestra la existencia de un útero algo aumentado de tamaño, en retroversión de primer grado, de forma normal con cuello cónico y orificio puntiforme, móvil. No se tocan anexos.

Histerometría 7 y $\frac{1}{2}$ centímetros.

Análisis de orina normal. Glicemia 0. 84. Urea en sangre 0.45. Glóbulos rojos 4.350.000. Hemoglobina 90. Índice de Katz 7.50.

Reacciones de Wassermann y Kahn negativas.

La biopsia de endometrio dió: Glándulas hiperplegadas y dilatadas, el epitelio no está en actividad secretoria.

La histerosalpingografía hecha con inyección intrauterina de lipiodol, muestra una cavidad de tamaño y forma normal pero llama la atención en ambos bordes y en el fondo la presencia de imágenes diverticulares en las que el lipiodol penetra profundamente. Se ve la silueta de ambas trompas (ver fig. 2).

En otra radiografía, hecha con mayor cantidad de lipiodol, las cavidades diverticulares son más numerosas y profundas. Las trompas se llenan completamente, hasta el pabellón (ver fig. 3).

En una radiografía de control hecha 24 horas después, se ve que el lipiodol ha pasado a peritoneo.

Operamos la enferma el 9 de agosto de 1941 con anestesia raquídea con Percaina, haciendo una laparotomía mediana infraumbilical.

Se comprueba la existencia de un útero algo aumentado de tamaño. Nada anormal en anexos ni en peritoneo pelviano.

Histerectomía subtotal conservando los anexos. Apendicectomía.

Postoperatorio normal.

Después, a propósito de la interpretación de las radiografías, hemos de estudiar los caracteres de la pieza anatómica y de las preparaciones histológicas que demostraron una endometriosis uterina.



FIGURA 2.— Caso 2. Histerosalpingografía tomada de frente

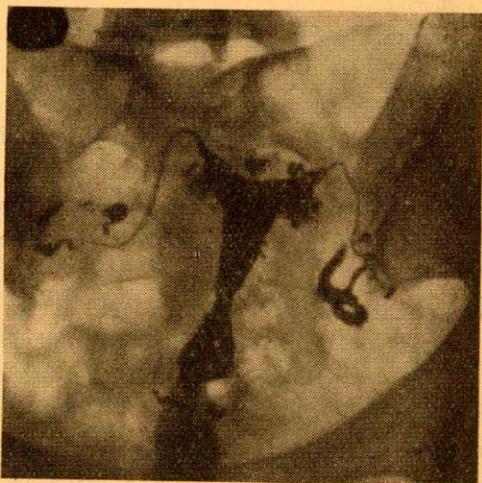


FIGURA 3. — Caso 2. Histerosalpingografía tomada de frente con inyección de mayor cantidad de lipiodol que en la representada en la Fig. 2.

CASO 3.

E. G. de H. 47 años. Polaca.

Empezó a menstruar a los 15 años. Ciclos tipo 28/5, menstruaciones de regular abundancia e indoloras.

Casada a los 18 años tuvo 3 hijos vivos sanos, no ha tenido abortos. Pasaron del último parto 18 años, sin práctica anticoncepcional. En los últimos 5 años sus menstruaciones son muy abundantes con coágulos y aumentan en duración, oscilando entre 8 y 15 días pero dentro del ciclo.

También desde hace 5 años nota que, junto con la menstruación, tiene intenso dolor en hipogastrio y en fosa ilíaca derecha. El dolor pasa al terminar la menstruación y entre una y otra cesa absolutamente.

Por sus hemorragias la enferma ha estado internada ocho meses antes, comprobándose entonces que junto con sus menstruaciones dolorosas tenía temperatura hasta de 38 grados y un aumento de la velocidad de sedimentación de los hematíes (Índice de Katz de 60).

También tenía una anemia intensa llegando el número de glóbulos rojos a 1.500.000.

Tratada con reposo y transfusiones de sangre, se interna nuevamente con 4.100.00 glóbulos rojos, 73 de Hemoglobina y un índice de Katz de 27.

Enferma obesa, palidez discreta de piel y mucosas, tensión arterial 170/80. Abdomen voluminoso con abundante panículo adiposo.

La palpación abdominal y el examen genital revelan la existencia de una tumoración dura con algunas lobulaciones, que llega a nivel del ombligo y forma cuerpo con el útero, cuya movilización despierta dolor.

El cuello uterino está desplazado hacia la derecha y el tumor que se toca por sobre todo a la izquierda y atrás, es poco móvil. No se palpan anexos. La histerometría de 18 cms. Reacciones de Wassermann y Khan negativas. Glicemia 0.90. Urea en sangre 0.37. Nada anormal en el análisis de orina.

Hemorragias, tumor duro con lobulaciones e histerometría de 18 centímetros eran signos que hacían pensar en el diagnóstico de mioma uterino. El dolor, la temperatura y la velocidad de sedimentación aumentada podían referirse a un proceso inflamatorio sobreagregado, pero llamaba la atención la intermitencia de esas manifestaciones que desaparecían entre una menstruación y otra.

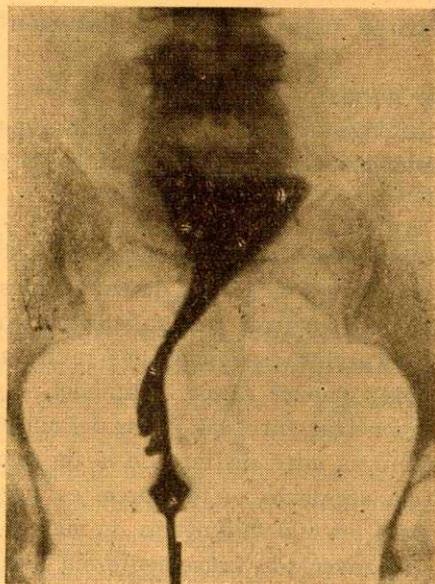


FIGURA 4. — Caso 3. Histerosalpingografía tomada de frente

En uno de esos períodos de calma se hizo el estudio radiológico.

La histerosalpingografía con inyección intrauterina de lipiodol, permite ver la silueta de una cavidad agrandada y alargada. El alargamiento es más marcado a nivel de la porción cervical que aparece algo desplazada hacia la derecha y describiendo una curva de concavidad izquierda. El borde derecho del cuerpo presenta algunas irregularidades que, a nivel del ángulo del mismo lado, toman el aspecto de divertículos donde el lipiodol penetra profundamente. (Ver Fig. N.º 4).

Operamos la enferma el 19 de agosto de 1941 con anestesia general con eter, practicando una laparotomía mediana infraumbilical.

Se encuentra un útero miomatoso cuyo nódulo mayor, del tamaño de un pomelo grande, desarrollado a la altura del istmo uterino, está incluido en el ligamento ancho izquierdo. Anexos de aspecto normal.

Histerectomía subtotal conservando el anexo derecho. El anexo izquierdo se extirpa para facilitar la liberación del nódulo incluido.

Postoperatorio normal.

El examen histológico reveló, en la parte superior y derecha del tumor, una endometriosis.

En los tres casos hemos encontrado en las histerosalpingografías imágenes diverticulares en forma de canalículos que partiendo de la cavidad uterina, penetran profundamente en el miometrio. ¿Cómo podemos interpretar esas imágenes radiológicas?

En algunas observaciones raras, el lipiodol, inyectado a gran presión, ha podido penetrar entre las fibras del músculo uterino, pero entonces la sombra es muy distinta de la de nuestras radiografías y para que ese accidente se produzca, es necesario llegar a una presión que pase los 500 milímetros de mercurio. En nuestros casos el lipiodol fué inyectado suavemente sin alcanzar nunca los 200 milímetros de mercurio.

Un accidente de observación menos rara y que se produce cuando se inyecta lipiodol a presión durante el período menstrual o en un útero hemorrágico, es el paso del aceite yodado a la circulación venosa, con lo que se puede tener una imagen radiológica que reproduzca la red venosa periuterina. La sombra de los canalículos que se ven en nuestra radiografía, no recuerda en nada una disposición vascular, y por otra parte, la imagen venosa es muy fugaz, porque el lipiodol es arrastrado rápidamente por la circulación sanguínea y nunca lo seguiríamos viendo en las radiografías sucesivas y menos 24 horas después como en el caso de la enferma número 1.

El estudio anatómo patológico, macroscópico y microscópico

de nuestros casos así como las radiografías de las piezas de los dos últimos, nos han de permitir afirmar que la red de canalículos de las radiografías puede interpretarse como la imagen radiológica de la endometriosis uterina.

En el caso 1, el cuerpo del útero está aumentado de tamaño y se presenta deformado con una lobulación dura hacia el lado derecho.

Una vez abierta la cavidad uterina mediante una incisión vertical practicada en la cara anterior se comprueba que el miometrio está muy engrosado con un espesor de tres centímetros. Efectuando otros cortes se ve que la tumoración del lado derecho no está formada por un nódulo independiente y sólo por un engrosamiento difuso de la pared uterina que alcanza a tener en ese lugar 6 o 7 centímetros de espesor. Esta parte de pared uterina engrosada, es muy dura y presenta al corte un aspecto de tejido músculo-fibroso fasciculado, sembrado de pequeñas cavidades quísticas llenas de líquido color herrumbre que recuerda el pigmento hemático.

También llama la atención en la mitad derecha de la cavidad uterina revestida por la mucosa, una serie de orificios de distintos diámetros. En algunos de ellos se puede introducir un estilete que penetra profundamente en el miometrio.

La pieza del caso 2 está formada por el cuerpo uterino de forma normal. Al corte se ven en el fondo y en los ángulos zonas en que el miometrio aparece más duro, de aspecto fibroso fasciculado y como acribillado por múltiples agujeros.

En las radiografías de la pieza, hechas previa inyección de lipiodol antes de abrirla, se ponen en evidencia los canalículos que penetran profundamente en el miometrio, semejantes a los evidenciados en la histerosalpingografía (Ver Fig. N^o. 5).

La pieza del caso 3 es un útero miomatoso con un gran nódulo en la parte inferior e izquierda, varios más pequeños intramurales y algunos subserosos. Al abrir la cavidad uterina se comprueba que el miometrio es duro y está muy engrosado llegando a tener a nivel del ángulo derecho unos 8 centímetros de espesor. En

este lugar se encuentran en pleno músculo múltiples orificios de haces conjuntivos de aspecto fibroso. En algunos de esos orificios penetra fácilmente un estilete.

Antes de abrir la pieza se practican radiografías de la misma, previa inyección intrauterina de Lipiodol y de bromuro de sodio en solución acuosa. En éstas se pone en evidencia la silueta uterina semejante a la observada en la histerosalpingografía y se ven a nivel del ángulo derecho múltiples canalículos que penetran pro-

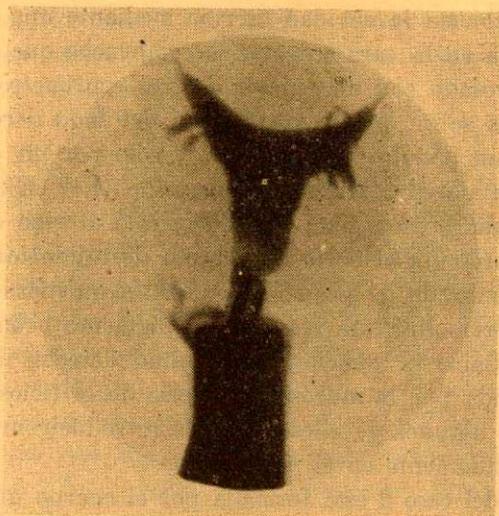


FIGURA 5. — Caso 2. Radiografía de la pieza operatoria previa inyección de lipiodol

fundamente en el miometrio. En la radiografía efectuada con inyección de bromuro de sodio los canalículos se llenan en mayor número y más profundamente que en la hecha con inyección de lipiodol. (Ver Fig. N° 6).

El estudio histológico demostró en los tres casos la existencia en pleno músculo uterino de islotes de endometriosis con tubos glandulares y estroma citógeno.

En algunos puntos como en una preparación perteneciente al caso 1 (Ver microfotografía, Fig. N° 7), se ve el corte transver-

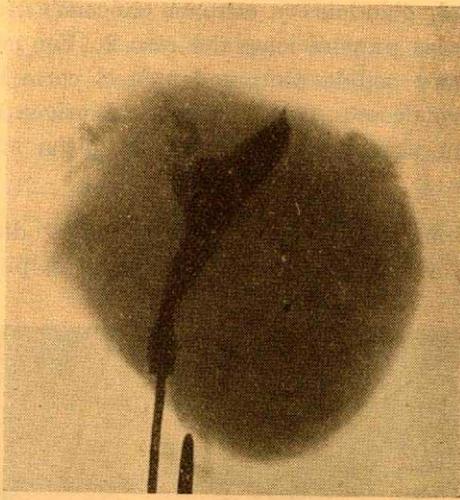


FIGURA 6. — Caso 3. Radiografía de la pieza operatoria previa inyección de solución acuosa de Bromuro de sodio

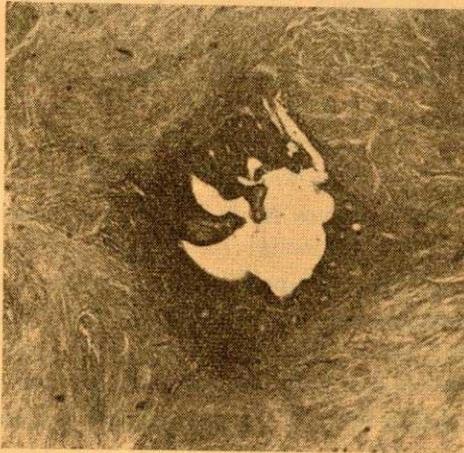


FIGURA 7. — Microfotografía del caso 1, mostrando un tubo de endometriosis cortado transversalmente

sal de un grueso tubo que parece un útero en miniatura con revestimiento epitelial, glándulas y estroma citógeno.

En una de las preparaciones del caso 2 (Ver microfotografía, Fig. N.º 8) hemos podido comprender en el corte la sección longitudinal de uno de esos canales, desde su origen en la cavidad uterina hasta su terminación profunda en pleno miometrio.

En esta forma queda comprobado por el estudio anatómico y radiológico que las imágenes de nuestras histerosalpingografías son

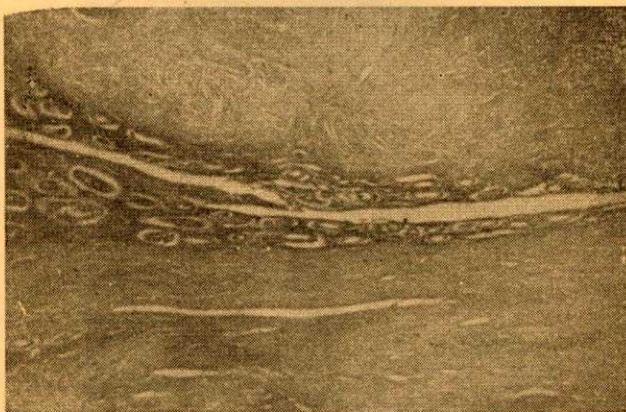


FIGURA 8. — Microfotografía del caso 2, mostrando un tubo de endometriosis cortado longitudinalmente

la visualización por los rayos X de los canales diverticulares de la endometriosis uterina.

El signo radiológico nos parece muy claro pero su observación no es constante ya que no se encuentra en todos los casos de endometriosis uterina.

Nosotros, dejando de lado los casos en que por diversas razones no hemos podido hacer histerosalpingografía, hemos tenido al mismo tiempo que las tres observaciones que ahora publicamos, otros nueve casos de endometriosis uterina en los que se efectuó estudio radiográfico pero sin encontrar imágenes diverticulares.

Al estudiar la primera observación pensamos que el hecho de encontrarse obstruídas las trompas podía haber permitido un aumento de la presión intrauterina y el llenado de los tubos de endometriosis. Pero el caso número 2 demuestra que los tubos pueden llenarse conservando las trompas su permeabilidad.

La explicación más verosímil de la diferencia en el resultado de las radiografías es que, en los casos en que no aparece la imagen radiológica, no hay una comunicación suficientemente amplia entre los tubos de endometriosis y la cavidad uterina.

Pero, aún sin ser de observación constante, este signo radiológico constituye cuando se lo encuentra, un importante elemento en el diagnóstico de la endometriosis uterina.

Ya dijimos en nuestra publicación del año 1939 que creemos ser los primeros que hemos estudiado este signo radiológico ya que no se encuentra mención del mismo en la extensa bibliografía consultada.

Tessuro (9) habla de una histerografía con imagen lacunar, interpretada como un cáncer de endometrio, que obedecía a un adenoma polipoide quístico, pero en la que no se ven canalículos ni nada que pueda ser característico de una endometriosis.

Sampson, en uno de sus trabajos (8), publica una radiografía de una pieza operatoria inyectada con gelatina y subcarbonato de bismuto donde se ven en el ángulo uterino los tubos de una endosalpingiosis, pero en ninguno de sus trabajos se encuentra mencionada la posibilidad de diagnóstico radiológico de la enfermedad.

Cotte (2) en su relato: "El radiodiagnóstico en ginecología" presentado al Congreso de Ginecología y Obstetricia de Burdeos en el año 1931, hace una referencia a la posibilidad de visualizar imágenes diverticulares en la localización ístmica de la enfermedad, sin citar caso concreto ni mostrar radiografías. Como en las otras publicaciones de ese autor no se encuentran observaciones clínicas al respecto, creemos que en su mención del relato citado puede haber tenido en cuenta la radiografía de una pieza operatoria efectuada por Sampson que acabamos de ver.

Dice Cotte, hablando de las obliteraciones de la trompa al nivel del cuerno uterino: "En algunos casos, desde luego bastante raros, es posible comprobar a ese nivel la existencia de pequeños divertículos que implican la existencia de un adenomioma cuyas luces glandulares pueden comunicar con la del cuerno, pero, lo más frecuentemente, no se encuentra en la radiografía ninguna diferencia entre las obliteraciones debida a un adenomioma o las que son sintomáticas de un núcleo de salpingitis nodular".

Philipp y Huber (7) en un trabajo estudiando la porción intersticial de la trompa, publicado en 1939 en la época de nuestra primera observación, dan las radiografías de una pieza operatoria de salpingitis nudosa inyectada con lipiodol y una radiografía hecha en vivo también de una salpingitis nudosa, en la que se ve una imagen diverticular poco clara y dicen que se trata de una visualización muy difícil porque para lograrla hay que emplear gran presión al inyectar el aceite iodado. Nuestra experiencia demuestra que ésto no es cierto para la endometriosis uterina.

Son estas las únicas publicaciones que hemos podido encontrar en las que se emplee la radiografía en relación a la endometriosis uterina, aunque en ninguna de ellas con fines de diagnóstico ni describiendo el signo radiológico con los caracteres observados en nuestros casos.

En conclusión, creemos que para poder indicar convenientemente el tratamiento de la endometriosis uterina, poder prescindir de la operación en unos casos, hacer cirugía conservadora en otros y también evitar algunas veces una miomectomía que deje sin tratar la endometriosis, es indispensable poder hacer el diagnóstico de la enfermedad y puntualizar su topografía. Esto se consigue fácilmente en los casos en que se encuentra el signo radiológico que hemos descripto.

RESUMEN

Describimos un signo radiológico que hemos podido observar en tres casos de Endometriosis Uterina y que permite hacer el diagnóstico y precisar la topografía de la enfermedad. Consiste en la

visualización mediante la histerosalpingografía, de los canales diverticulares de la endometriosis interna que, partiendo de la cavidad uterina, penetran profundamente en el miometrio.

BIBLIOGRAFIA

1. — CASTAÑO C. A. — Endometriosis y Cáncer. Boletines de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Tomo XIX, pág. 266, año 1940.
2. — COTTE G. — El radiodiagnóstico en ginecología. Relato presentado al VII Congreso de la Asoc. de Gin. y Obst. de lengua francesa, Burdeos 1931. Gynec. et Obstet. T. XXIV, p. 193, año 1931.
3. — DIONISI H. — Diagnóstico radiológico de una endometriosis uterina. Boletines de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires. Tomo XXIII, pág. 1101, año 1939. La Prensa Médica Argentina. Año XXVII, pág. 424, año 1940.
4. — GRAYZEL D. M. — Cáncer en un adonemioma del útero. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 35, pág. 690, año 1938.
5. — HOEHME O. — Arch. für Gynäk. vol. 74, año 1905. (Citado por Sampson).
6. — HOMMA HANS. — La denominación y definición de adonemiosis y endometriosis. Zentralblatt für Gynäkology. A. 63, pág. 1721, año 1939.
7. — PHILIPP E. y HUBER H. — Investigaciones histológicas y radiológicas comparadas sobre la parte intersticial de la trompa. Fortschritte auf dem gebiete der Roentgenstrahlen. Tomo 60, pág. 1, año 1939.
8. — SAMPSON J. A. — Endometriosis post salpinguectomía (Endosalpingiosis). American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. XX, pág. 443, año 1930.
9. — TESAURO G. — A propósito de los errores de diagnóstico con el liodol: un caso de adenomioma polipoide quístico tomado por un cáncer del útero. La Gynecologie. Vol. 27, pág. 598, año 1928.
10. — WILSON L. — Acción del propionato de testosterona en un caso de endometriosis. Endocrinology. Vol 27, pág. 29., año 1940.
