

---

# Endometriosis

## Una valoración crítica de algunos de sus supuestos

CARLOS ESCOBAR

### PALABRA CLAVE

*ENDOMETRIOSIS*

### INTRODUCCIÓN

La condición científica de la medicina moderna se sustenta no sólo en observar, clasificar y explicar sino fundamentalmente en predecir. El gran logro de la mentalidad etiológica, que surge con el descubrimiento del microbio como agente causal de la enfermedad, sitúa a Pasteur y a Koch como los verdaderos padres modernos de una medicina en términos de ciencia, puesto que es con ellos precisamente con quienes surge la predicción de los sucesos en el arte médico.

Predecir los eventos ha sido una de las grandes ilusiones del hombre; la magia, la astrología, la adivinación y la ciencia sólo son diferentes formas con las cuales el hombre ha orientado sus anhelos hacia la gran utopía de conocer desde el presente lo que acontecerá en el futuro; sin embargo, lo que diferencia la ciencia de las otras mencionadas es que dicha predicción es verificable y tiene carácter de universalidad.

Pero ¿Cuál es el verdadero sentido de la predicción? ¿Por qué su encanto? La respuesta es simple: a partir de la posibilidad de predecir surge en igual medida la posibilidad del evitar; allí aparece una fundamental diferencia de la ciencia con otras posibilidades, ya que en ésta existe una **intención** concreta de transformar el presente para evitar en el futuro lo que se considera inadecuado. El modelo de historia natural de Leavel y Clark, que postula la enfermedad con un inicio, un estadio preclínico, otro clínico y una resolución, que como su nombre lo indica es válido para cualquier enfermedad natural, es un **acto deliberado** para intentar modificar la enfermedad, puesto que la intervención, tanto como prevención, como terapéutica o como rehabilitación, surge precisamente del acto que propende a convertir lo inevitable en evitable.

En cualquier historia natural de la enfermedad los diferentes hallazgos científicos, siempre crecientes, van buscando su lugar en la medida en que adquieren coherencia interna con los sucesos ya encontrados e igualmente de acuerdo con su for-

---

DOCTOR CARLOS ESCOBAR GÓNIMA, Profesor, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

taleza relativa. Ahí aparece la presencia del sudor humano, puesto que es el hombre quien desvela a la naturaleza esos nuevos sucesos y encuentra el puesto adecuado de ellos en la historia natural. Cada historia natural de la enfermedad, como *constructo* humano permite apreciar los logros y retrocesos de la aventura humana médica; allí surgen los éxitos y los fracasos; se muestra en todo su esplendor la provisionalidad del conocimiento de los hombres y queda clara nuestra imposibilidad de ser dioses, puesto que al fin y al cabo, el hecho claro y contundente es, en el decir de Hipócrates, que a pesar de nuestros esfuerzos todos los hombres mueren.

## HISTORIA NATURAL DE LA ENDOMETRIOSIS

Cuando analizamos los elementos que integran la historia natural de la endometriosis y evaluamos sus condiciones internas, es decir, cuando realizamos una valoración del nivel epistemológico y teórico de esta enfermedad, de inmediato se presentan grandes dificultades. Esto se traduce en la práctica clínica en dificultades para el diagnóstico, el seguimiento, el pronóstico y el tratamiento.

Analicemos algunos supuestos de la teoría general de la endometriosis y veamos algunas de las dificultades.

### PRIMER SUPUESTO

La endometriosis es una enfermedad única

En la concepción clásica de la endometriosis la presencia de tejido endometrial en el ovario, el peritoneo o los ligamentos del soporte uterino, es la expresión de un mismo fenómeno sólo diferenciado por su ubicación topográfica. Sin embargo, existe una serie de hechos que permiten, a modo de hipótesis, señalar la posibilidad de que estemos

en presencia de diferentes enfermedades. Y en el caso del endometrioma existen evidencias que pudieran indicar que éste es un fenómeno diferente.

Una primera es la conformación histológica. En las variedades de tipo adenomioma, que se presentan en las estructuras de soporte uterino, se encuentra una matriz de músculo liso y tejido fibroso, con algunas glándulas rodeadas de estroma. En los endometriomas ováricos, a diferencia, se recuerda la exacta histología de la mucosa uterina que presenta mes a mes la típica respuesta de necrosis y sangrado (1).

Funcionalmente los endometriomas expresan una variedad de manifestación que no es vista en los otros tipos de endometriosis; la presencia de contenido líquido achocolatado no parece ser una resultante del escurrimiento de sangre menstrual ectópica sino una consecuencia de otro fenómeno aún no bien establecido: el hecho de que endometriomas drenados y con posterior tratamiento con GnRHa por períodos de tres meses, presenten durante este tiempo de amenorrea reformación del líquido sugiere otras posibles explicaciones. Donnez y otros plantean que en estos casos la pared del quiste, sea por congestión o exudación, independiente de la patogenia de la endometriosis, es la responsable del hecho mencionado (2). Aparte de la causa de este tipo de fenómeno, el asunto es que se aprecia en esta variedad un hecho funcional no encontrado en otras formas, lo cual, además de las diferencias histológicas mencionadas, abre la posibilidad de estar en presencia de otro fenómeno mórbido diferente al de las formas peritoneales o adenomiósicas.

En el mismo sentido se encuentra la pobre respuesta de los endometriomas a las terapias médicas. Si éste es precisamente el sitio donde se expresa con mayor detalle la arquitectura de la mucosa uterina y en el que se esperaría, por lo tanto, una buena respuesta al tratamiento médico, los re-

sultados terapéuticos se presentan a nuestra comprensión como una paradoja: el hecho rotundo es que luego de terapias con GnRHa en más del 40% de los casos de endometriomas hay persistencia de epitelio glandular y estroma.

Otro hecho que diferencia los endometriomas de las otras variedades es la respuesta del organismo. Mientras en la endometriosis peritoneal y en la adenomiósica la respuesta orgánica se expresa fundamentalmente por fibrosis, en el caso del endometrioma ésta es mínima o está ausente y aparece más frecuentemente la adherencia (3). Por último, si la endometriosis es una misma enfermedad, sólo diferenciable por la ubicación topográfica, sería de esperar la coexistencia frecuente de las diferentes formas de presentación y no deja de ser extraña la rara frecuencia con que coexisten los endometriomas y la endometriosis peritoneal profunda (4).

## SEGUNDO SUPUESTO

La endometriosis como enfermedad surge cuando aparecen implantes en la cavidad abdominal con el hallazgo histológico típico

En cualquier historia natural de la enfermedad aparece un momento fundamental en el cual la normalidad es reemplazada por lo patológico, que se expresa en el modelo de Leavel y Clark en términos de una fase preclínica y una clínica; en el caso de la endometriosis, existe muy poca claridad acerca de este elemento.

Desde el modelo teórico postulado por Sampson a principios del siglo, los hechos se han modificado sustancialmente. Primero fue reconocido que la menstruación retrógrada con sus detritos endometriales potencialmente viables era un fenómeno mucho más común que lo que inicialmente se sospechaba; luego este fenómeno pasó a con-

vertirse en un evento prácticamente universal y por lo tanto normal; más adelante la superficie peritoneal develó el hecho de que las "típicas" lesiones pardas de la endometriosis sólo eran una parte del problema puesto que lesiones rojas, blancas, vesículas, pápulas y otras, igualmente, hacen parte del espectro de la endometriosis; pero para complicar un poco más el asunto, el grupo de Balasch y colaboradores (5), al tomar muestras del peritoneo en el área de los ligamentos uterosacros valorados por laparoscopia como normales en pacientes con infertilidad o dolor pélvico, encuentran un porcentaje similar, cercano al 45%, de hallazgos histológicamente descritos como endometriosis. Lo sorprendente del caso no es el descubrimiento de esta endometriosis "invisible", sino el hecho de que en el grupo control, de mujeres completamente asintomáticas y fértiles seleccionadas en ese mismo trabajo, de un grupo que requirió laparoscopia para esterilización quirúrgica, se encuentre un porcentaje similar de hallazgos histológicos de endometriosis. La pregunta para resolver es si la presencia histológica de tejido endometrial por fuera del útero puede continuar siendo considerada como el único y fundamental criterio para establecer el diagnóstico de la enfermedad; ya Brosens se atreve a plantear que esto pudiera ser un hallazgo fisiológico (6). Pero si se quiere complicar aún más la cosa ¿cuál es el significado de que lesiones plenamente reconocidas como enfermedad activa, como es el caso de las lesiones rojas, puedan **aparecer y desaparecer del peritoneo al margen de cualquier intervención?** ¿Cuál es la barrera que separa lo normal de lo patológico?

## TERCER SUPUESTO

La endometriosis es una enfermedad progresiva

La elaboración teórica de la endometriosis la supone como una enfermedad progresiva (7); de hecho, algunas clasificaciones se han elaborado

reconociendo un supuesto conocimiento de la historia natural de la enfermedad (8,9), consistente en que primero se presenta un implante peritoneal, que luego se extiende hacia otras estructuras pélvicas como ovarios y trompas y finalmente a otras regiones extrapélvicas. Sin embargo, aparecen evidencias que muestran que dichos supuestos pueden estar equivocados; Prentice e Ingamells citan varios trabajos (10), donde se muestra que si bien es cierto que existe una progresión entre 23 y 47%, la no progresión o incluso la resolución ocurre en el 27 a 53%. El hecho de que en el Tercer Congreso Mundial de Endometriosis en Bruselas, en 1992, al debatir el tratamiento de la endometriosis mínima el 50,1% de los participantes se mostraran en contra de dar tratamiento y un 49,9% a favor del mismo, evidencia que al menos para la mitad de los asistentes la endometriosis como enfermedad progresiva planteaba grandes dudas (1).

## CONCLUSIÓN

Se mencionan algunos argumentos que permiten afirmar que el conocimiento de la historia natural de la endometriosis es aún muy insatisfactorio y que se requiere profundizar en él para poder establecer como consecuencia una mejor aproximación a su diagnóstico, al seguimiento y a los tratamientos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. BROSENS IA. New principles in the management of endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand (Suppl)* 1994; 159: 18-21.
  2. DONNEZ J, NISOLLE M, GILLET N, SMETS M, BASSIL S, CASANAS-ROUX F. Large ovarian endometriomas. *Hum Reprod* 1996; 11: 641-646.
  3. BERGOVIST A. The relationship between endometriotic lesions and the disease endometriosis. *Hum Reprod* 1995; 10: 11-12.
  4. KONINCKX RP, RIITTNEM L, SEPPALA M, CORNILLIE F. Deeply infiltrating endometriosis is a disease whereas mild endometriosis could be considered a non-disease. *Fertil Steril* 1992; 57: 523-530.
  5. BALASCH J, CREUS M, FÁBREGUES F, CARMONA F, ORDI J, MARTÍNEZ-ROMAN S, et al. Visible and non-visible endometriosis at laparoscopy in fertile and infertile women and in patients with chronic pelvic pain: a prospective study. *Hum Reprod* 1996; 11: 387-391.
  6. BROSENS IA. Endometriosis. A disease because it is characterized by bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 263-267.
  7. SPEROFF L, GLASS RH, KASE NG. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994, p. 853
  8. KISTNER R, SIEGLER A, BEHRMAN SJ. Suggested classification for endometriosis: relationship to infertility. *Fertil Steril* 1977; 28: 1.008-1.010.
  9. BUTTRAM CV. An expanded classification of endometriosis. *Fertil Steril* 1978; 30: 240-242.
  10. PRENTICE A, INGAMELLS S. Endometriosis and infertility. *J Brit Fertil Soc* 1: 51-55.
-