

Acta Ginecológica, Vol. XLIII, pág. 291 (1986)

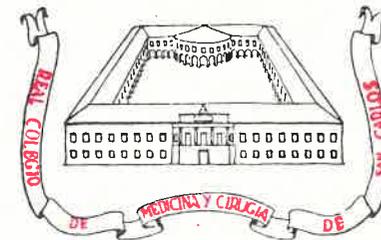
«ENDOMETRIOSIS: ESTUDIO CLINICO-EPIDEMIOLOGICO»

Por los doctores: N. L. González González, J. A. García Hernández, R. N. Rodríguez Díaz,
J. C. Alberto Bethencourt*

SEPARATA

DE

ACTA GINECOLOGICA



«ENDOMETRIOSIS: ESTUDIO CLINICO-EPIDEMIOLOGICO»

Por los doctores: N. L. González González, J. A. García Hernández, R. N. Rodríguez Díaz,
J. C. Alberto Bethencourt*

RESUMEN

Se estudian 132 casos de endometriosis a partir del diagnóstico anatomopatológico analizando: Una serie de factores epidemiológicos que incluyen la frecuencia de aparición, la edad, paridad, yatrogenia y patología asociada. La localización y grado de extensión del cuadro. Y la sintomatología clínica, intentando agruparla en síntomas dolorosos, alteraciones menstruales y síntomas específicos de la localización del foco endometriósico.

La frecuencia de endometriosis observada es del 10.47 por 100 de un total de 1.260 laparotomías. La mayor incidencia se ha registrado en las pacientes con edad comprendida entre los 40 y 49 años. La localización tubo-ovárica ha resultado más común en las mujeres jóvenes y en las nulíparas, mientras que la endometriosis uterina es propia de edades superiores a los 40 años, y de pacientes múltiparas. Se observa una preponderancia de lesiones con fondo hiperestrogénico en la patología asociada a

la endometriosis. Se han clasificado como endometriosis leves el 66,7 por 100 de los casos, moderadas el 1,5 por 100 y graves el 31,8 y 56,8 por 100 de las endometriosis leves presentaron metrorragias. Los cuadros de endometriosis graves se acompañaron de algias pelvianas en un 35,7 por 100 de los casos, siendo éste el síntoma principal. La localización ovárica es la de mayor riqueza sintomática, siendo el parámetro dominante el síndrome doloroso.

SUMMARY

We study 132 cases of endometriosis as confirmed by histological study. A serie of epidemiological factors including incidence, age, parity, yatrogeny and associated pathology, as well as localization and grade of extend of this condition are analysed. The clinical features were grouped into painful symptoms, menstrual disorders and specific symptoms of the anatomical place of the endometriosis focus.

The frequency of the observed endometriosis is 10.47 % among 1260 laparotomies. The highest incidence has been registered in patients between 40 and 49 years old. The tube-ovaric localization

* Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital General y Clínico de Tenerife. Facultad de Medicina de La Laguna.

has been more frequently found out in both young women and nulliparas, while the uterine endometriosis is characteristic of ages higher than 40 years old, and multiparas patients. A preponderance of lesions with hyperestrogenic background in the pathology associated to endometriosis is observed.

We have classified as slight endometriosis the 66.7 % of the cases; moderate the 1.5 % and severe the 31.8 %. The 56.8 % of the slight endometriosis presented metrorrhagias. The cases of severe endometriosis were accompanied by pelvic algias in a 35.7 % of the cases, being this one the main symptoms. The ovarian localization is the highest symptomatic wealth, being the dominant parameter of the painful syndrome.

INTRODUCCION

La endometriosis es una afección que ha despertado siempre interés en el ginecólogo en función de su etiopatogenia, no bien conocida, y de su asociación con otros procesos entre los que destaca la esterilidad (1).

Las teorías etiopatogénicas de la endometriosis han sido tema de apasionante discusión e investigación ginecológica, y aunque múltiples, ninguna justifica por sí sola todas sus variedades. Sea cual sea su origen, podemos afirmar que la endometriosis es una enfermedad difusa que afecta primariamente a los órganos genitales internos y con sintomatología clínica difícil de clasificar. El presente trabajo pretende revisar esta última, fijando los cuadros sintomatológicos más frecuentes en nuestro medio.

MATERIAL Y METODO

Hemos revisado, partiendo de los re-

gistros de diagnósticos anatomopatológicos, los casos de endometriosis habidos en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de La Laguna, en el período de tiempo comprendido entre los años 1976 y 1983, ambos inclusive. Se han obtenido 132 casos en los que se han analizado los siguientes factores:

A. PARAMETROS EPIDEMIOLOGICOS

Dentro de este grupo de parámetros hemos considerado los siguientes:

1) Frecuencia de aparición: Se ha estudiado en relación con el número de laparotomías practicadas en nuestro Departamento durante el mismo intervalo de tiempo.

2) Edad y años transcurridos desde la menopausia: Bajo este epígrafe hemos analizado la incidencia de la endometriosis en los grupos de edades considerados, igualmente, la relación existente entre estas y las diferentes localizaciones endometriósicas. Hemos recogido las variaciones en la incidencia en función de los años transcurridos desde la menopausia.

3) Paridad: Se ha analizado la relación de ésta con la frecuencia del cuadro endometriósico y con su localización.

4) Factores yatrogénicos: Hemos buscado en nuestro material todos aquellos factores asistenciales, previos al diagnóstico del cuadro endometriósico, que hayan podido influir en la génesis del mismo.

5) Patología asociada: La incidencia de ésta se ha analizado intentando relacionar la génesis de la misma con la de la endometriosis.

B. LOCALIZACION Y GRADOS DE EXTENSION

En este apartado hemos considerado los factores dependientes del diferente lugar de desarrollo del foco endometriósico, distinguiendo las siguientes localizaciones: Uterina, ovárica, tubárica y peritoneo pelviano.

Igualmente hemos estudiado el grado de extensión de la aparición endometriósica, siguiendo la clasificación comunicada por Acosta en 1973 (2), en la que se diferencian los grados leves, moderados y graves.

C. SINTOMAS Y SIGNOS

Por último, y era objeto principal de este trabajo, hemos analizado la sintomatología clínica presente en nuestro material, intentando agruparla en: Síntomas dolorosos, alteraciones menstruales y síntomas específicos de la localización del foco endometriósico. Hemos buscado la relación existente entre los grados de extensión de la endometriosis y la sintomatología clínica.

El análisis estadístico de las diferencias existentes, cuando éste ha sido necesario, se ha practicado utilizando el test de la Chi-Cuadrado para parámetros cualitativos, y el test de la «t» de Student cuando los parámetros eran cuantitativos. Hemos considerado como significativo un nivel de probabilidad inferior a 0,05.

RESULTADOS A. PARAMETROS EPIDEMIOLOGICOS

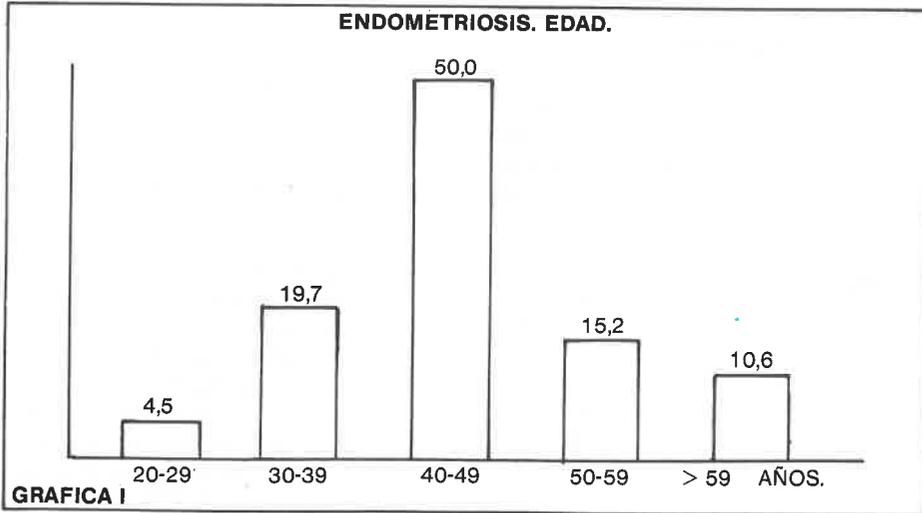
1. Frecuencia de aparición. En nues-

tro Departamento, en el intervalo de tiempo considerado se practicaron 1.260 laparotomías por muy diversas causas, de ellas, en 132 ocasiones se obtuvo el diagnóstico anatomopatológico de endometriosis, lo que supone el 10,47 por 100 de las laparotomías practicadas. Teníamos el diagnóstico de endometriosis previo a la laparotomía en el 18,2 por 100 de los casos, y de éstos al 2,3 por 100 se les había practicado una laparoscopia previa.

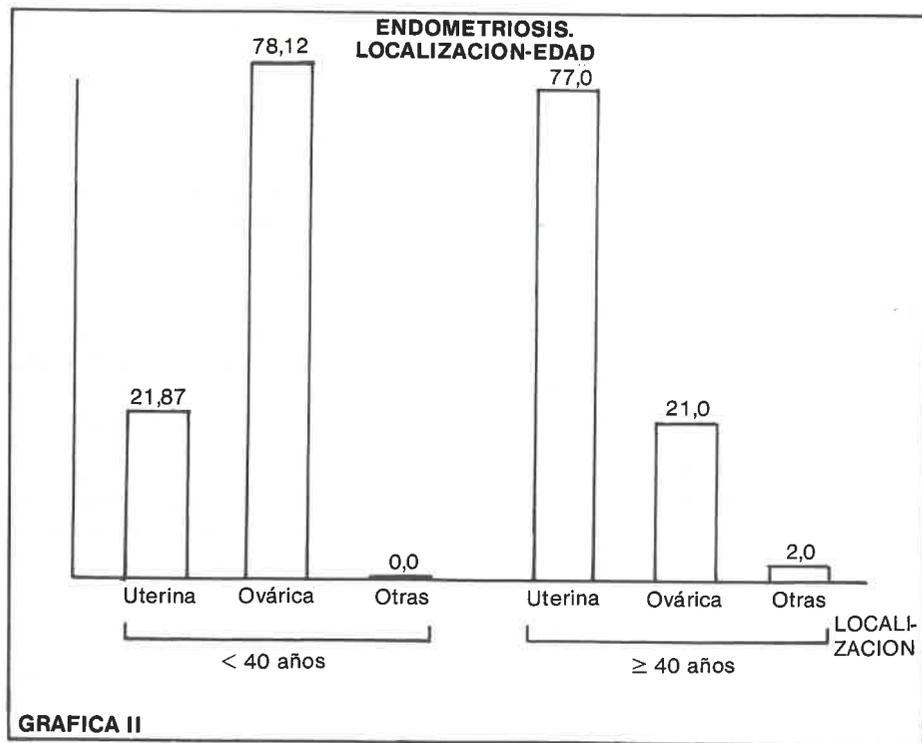
2) Edad y años desde la menopausia. En la Gráfica 1 se observa la incidencia de endometriosis en los diferentes grupos de edades considerados, siendo ésta mayor en el grupo de pacientes con edades comprendidas entre 40 y 49 años. Al analizar las diferentes localizaciones en función de la edad, (Gráfica 2), observamos un mayor frecuencia de localizaciones ováricas en el grupo de pacientes con edades inferiores a 40 años. Por el contrario, la incidencia de la localización uterina es mayor cuando la edad iguala o supera el intervalo referido. Estadísticamente este hecho queda confirmado por la obtención de una $P > 0,007$.

La incidencia de pacientes menopáusicas en nuestro material fue del 18,9 por 100, mostrándose en la (Gráfica 3), donde hemos distribuido nuestro material en función de los años transcurridos desde la menopausia, un incremento de cuadros endometriósicos en el grupo de pacientes con un intervalo superior a 10 años.

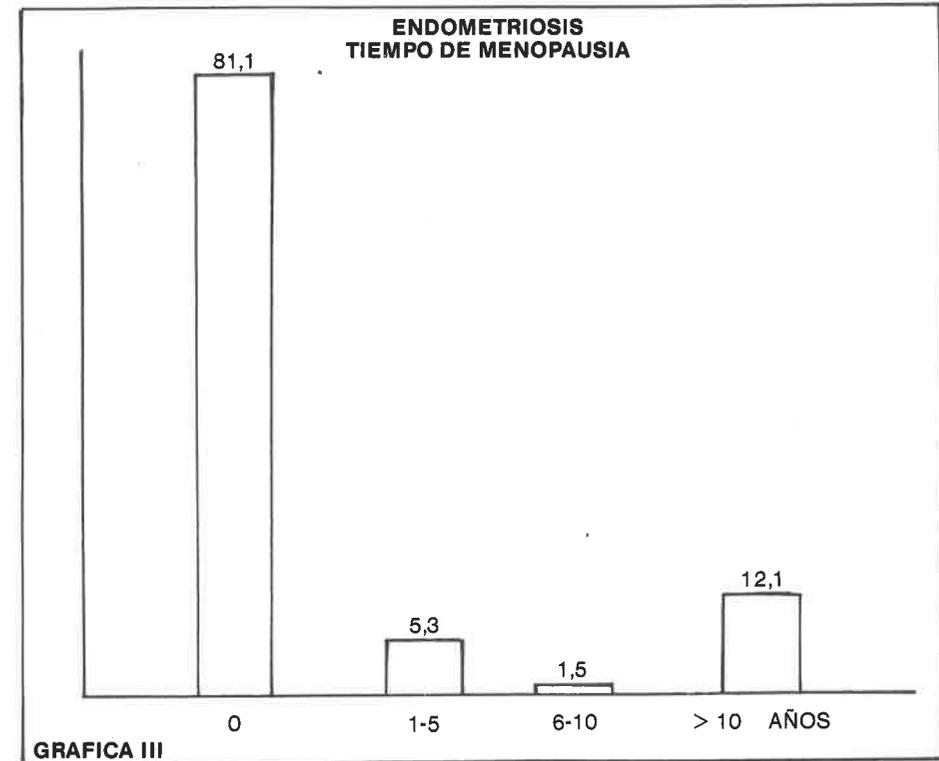
3. Paridad: La incidencia de endometriosis en los tres grupos de pacientes considerados, así como la localización de los mismos se expresan en la (tabla I). Obsérvese como es más frecuente la localización tubo-ovárica en nulíparas, siendo, por el contrario, mayor la incidencia de la localización uterina en multiparas. El valor de Chi-cuadrado obte-



GRAFICA I



GRAFICA II



GRAFICA III

TABLA I

ENDOMETRIOSIS. PARIDAD.

	Incidencia	Uterinas	Tuboováricas
Nulíparas	15,9	19	38,1
1 a 3	61,4	67,9	13,6
+ de 3	22,7	83,3	6,7
P < 0,0003			

nido se corresponde con un valor de $p < 0,0003$.

TABLA II

ENDOMETRIOSIS IATROGENIA

No exploraciones	77,0 %
No terapia hormonal	77,3 %
Legrados	16,7 %
Histerosalpingografía	3,1 %
Cirugía Uterina	2,3 %

4. Factores iatrogenos: En la (tabla II) se hace referencia a la incidencia de estos factores en nuestro material. Es de destacar la alta proporción de pacientes que no habían sufrido exploraciones ginecológicas especiales, ni recibido terapia

hormonal con anterioridad al diagnóstico del cuadro endometriósico.

5. Patología asociada: Se indica la incidencia de esta patología en la (tabla III). Obsérvese la mayor porporción

TABLA III
LESIONES ASOCIADAS

Leiomiomas	44,7 %
Pólipos endocervicales	0,8
CIN	4,5 %
Prolapso	6,1 %
Salpingitis	2,3 %
Quiiste de Ovario	0,8 %
Tumor maligno ovario	4,5 %
Incontinencia	2,3 %

de leiomiomas (44,7 por 100), así como la preponderancia de lesiones que llevan consigo un fondo hiperestrogénico (46,3 por 100) (leiomiomas, pólipos endocervicales, quistes de ovario).

B. LOCALIZACION Y GRADOS DE EXTENSION

En la (tabla IV) se relacionan, con su incidencia, las localizaciones de los focos

TABLA IV

ENDOMETRIOSIS. LOCALIZACION

Localización	%
Utero	63,60 %
Ovario	34,20 %
Trompas	3,10 %
Peritoneo	2,30 %
Cuello uterino	0,80 %
Hernia Crural	0,80 %

endometriósicos en nuestro material. La más importante es la localización uterina (63,60 por 100), seguida de la ovárica (34,2 por 100). Al exponer los resultados dependientes de la edad de apari-

ción del cuadro hicimos referencia a la diferente localización del cuadro endometriósico, fijando como factor discriminante de la población el tener una edad superior o inferior a cuarenta años (Gráfica 3).

El grado de extensión de los focos endometriósicos quedó fijado tras riguroso examen de los protocolos laparotómicos. Siguiendo a ACOSTO (2), nuestro materia mostró la siguiente distribución: Endometriosis leves (66,7 por 100), moderadas (1,5 por 100) graves (31,8 por 100). Obsérvese la escasa incidencia de las endometriosis moderadas.

C. SINTOMAS Y SIGNOS

La incidencia de los síntomas originados por la afección edometriósica queda reflejada en la (tabla V). La mayor

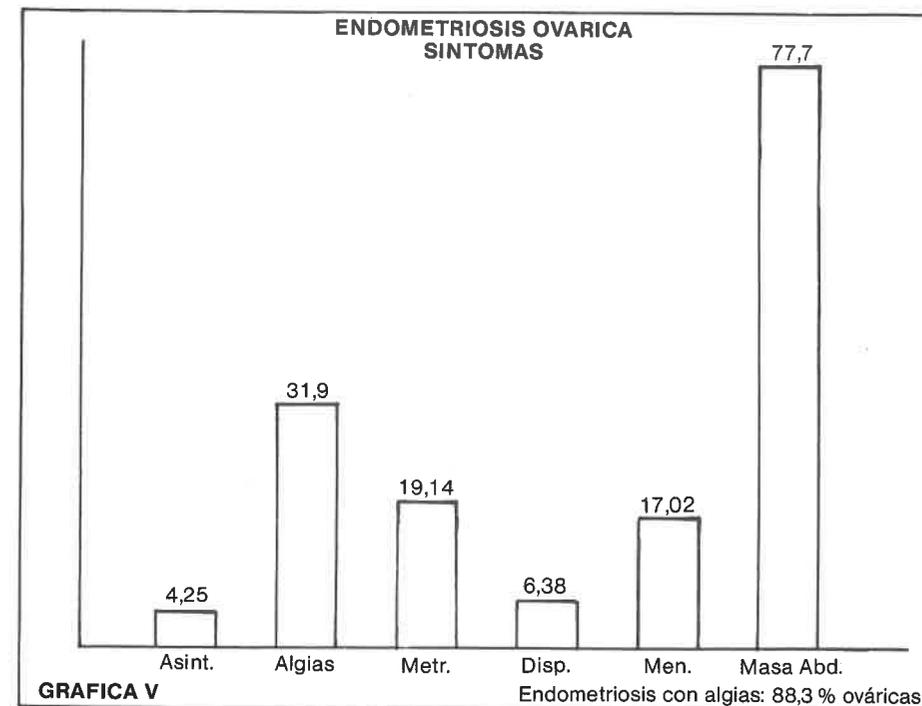
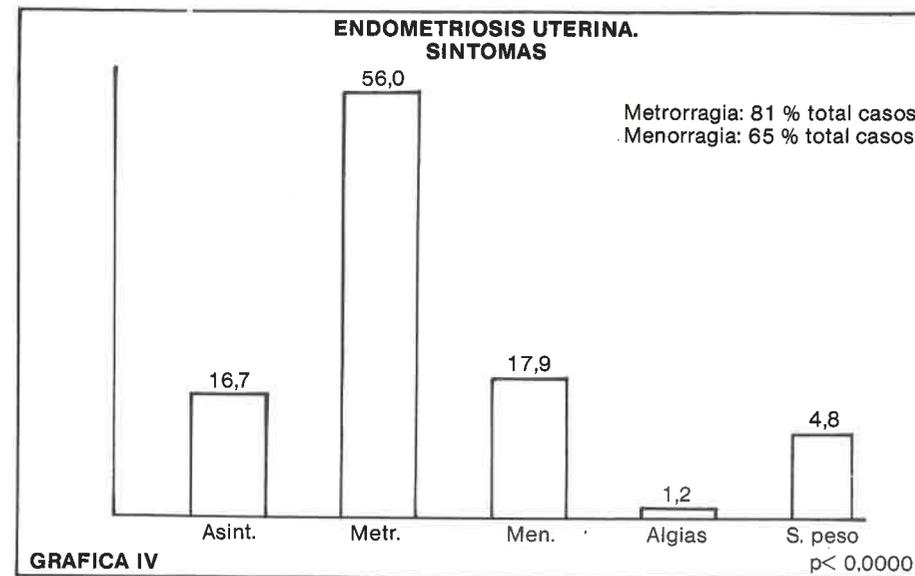
TABLA V

ENDOMETRIOSIS. SINTOMAS.

Asintomáticas	12,1 %
Metrorragias	43,9 %
Menorragias	17,4 %
Menometrorragias	1,5 %
Algias pelvianas	12,9 %
Sensación de peso	9,1 %
Dispareunia	2,3 %
S. Digestivos	0,8 %

frecuencia corresponde a las alteraciones menstruales, seguidas, aunque de lejos, por la sintomatología dolorosa.

Atendiendo a la localización, en la (Gráfica 4) se presenta mediante diagrama de barras la incidencia de los diferentes síntomas en la localización uterina de los focos endometriósicos, así como en la (Gráfica 5) se muestran, por el mismo método, los síntomas correspondientes a la localización ovárica. No se



expresa la sintomatología del resto de las localizaciones dada su escasa frecuencia en nuestro material.

La sintomatología varía en función del grado de extensión considerado, así vemos que los clasificados como leves presentan: Metrorragias 56,8 por 100, menorragias 18,2 por 100, algias pelvianas 1,1 por 100, síntomas digestivos 1,1 por 100, y se palparon masas abdominales en el 4,5 por 100 de estos casos. Fueron asintomáticos el 15,9 por 100 de los casos incluidos en este grupo.

En las endometriosis moderadas el síntoma más frecuente fue el de algias pelvianas, 50 por 100, siendo igualmente del 50 por 100 la incidencia de metrorragias. En este grupo no se registro ningún caso libre de síntomas.

En lo que se refiere a las endometriosis graves se ha constatado un 35,7 por 100 de pacientes que presentaron algias pelvianas, metrorragias 16,7 por 100, menorragias 16,7 por 100, y masas abdominales un 19 por 100 de los casos. Asintomáticas resultaron el 4,8 por 100 restante.

En cuanto a los signos exploratorios, en la (tabla VI) hacemos referencia a los

TABLA VI

ENDOMETRIOSIS. EXPLORACIONES.

	Clinica
Utero aumentado	40,2 %
Masas anexiales	27,3 %
Fondo saco Douglas	5,3 %
Utero normal	59,1 %
Anejos normales	64,4 %

mismos. Obsérvese la elevada incidencia de aumento del tamaño uterino, y la menor, aunque importante, de masas anexiales. Anatomopatológicamente la frecuencia de estos hallazgos fue del 44 por 100 y 38,6 por 100 respectivamente.

COMENTARIOS Y DISCUSION

El parámetro con el que más frecuentemente se relaciona la incidencia de endometriosis en una determinada población es el número total de laparotomías practicadas en dicha población. En nuestro material obtuvimos una frecuencia del 10,47 por 100, cifra semejante a la comunicada por Varangot y cols. (3), y equidistante entre el 5,6 por 100 de Bottella (4) y el 22,4 por 100 de Ranney (5).

La incidencia de la endometriosis está aumentando progresivamente (3, 5), siendo varias las razones que se dan para justificar este hecho: Incremento de las exploraciones endocavitarias ginecológicas, mayor utilización de la terapia hormonal y mejor diagnóstico. Si comparamos nuestra actual frecuencia con la obtenida en un estudio similar practicado por nosotros en 1975, en el que observamos una incidencia del 5,3 por 100 (6), debemos estar de acuerdo con la anterior aseveración. Creemos que el incremento observado en nuestro medio es función de una mejora en los medios diagnósticos.

Es poco frecuente encontrar endometriosis antes de los 20 años de edad, hecho explicado al aceptar como factor patogénico un elevado nivel de estrógenos, tanto a nivel sérico como tisular, que debe actuar durante un mínimo de tiempo. En nuestro material la menor edad registrada fue de 21 años, siendo el grupo con mayor frecuencia de pacientes, aquel con límites de edades fijadas entre los 40 y 49 años. (Gráfica 1) Molitor (7) obtiene una distribución similar a la nuestra. Comentario especial merece la alta incidencia de endometriosis en menopáusicas (18,9 por 100), observándose en la (Gráfica 3) un incremento tras 10 años de menopausia. Son, en realidad, endometriosis inactivas, asintomáticas, con

diagnóstico casual debido a patología sobreañadida, frecuente en estas edades, en las que además se suele recibir una mayor vigilancia médica.

Mayor significación obtuvimos al relacionar la edad con las distintas localizaciones: Uterina o extra-uterina. Se ha señalado una mayor incidencia de la endometriosis interna (uterina) en la época premenopáusica, mientras que la externa (extrauterina), y fundamentalmente la ovárica, es más frecuente en edades más precoces. Así para Legros (8) el 71 por 100 de sus casos de endometriosis interna ocurrieron en pacientes con más de 40 años. Kaser (9) obtiene una edad promedio, de las pacientes con localización externa, de 38 años, y de 48 cuando la localización es interna. Nuestros resultados son similares como se puede observar en la (Gráfica 2).

En 1953 Meigs (10) señaló por primera vez los efectos beneficiosos de la gestación sobre la endometriosis y posteriormente Kistner (11), basándose en este hecho utilizó la pseudogestación hormonal como tratamiento de ésta. Esta opinión, sin embargo, no es unánime, y así tenemos que McArthur y Ulfelder (12) tras analizar sus resultados concluyeron que el efecto beneficioso del embarazo sobre la endometriosis podría tener un fundamento equivocado. En la (tabla I) se expresan nuestros resultados, y bajo el hecho de que el efecto beneficioso del embarazo sobre la endometriosis se extiende a lo largo de él y en meses posteriores al mismo, podemos considerar que el grupo de pacientes con paridad comprendida entre uno y tres partos no gozarían de dicha protección, y por tanto, es explicable la alta incidencia en este grupo de paridad (61,4 por 100) que curiosamente es de localización uterina en una alta frecuencia (67,9 por 100). Sin embargo, las grandes múltiparas, con

embarazos muy seguidos se benefician de altos periodos de acción progesterónica, reflejándose este hecho en nuestro material en una menor frecuencia del cuadro endometriósico (22,7 por 100) que sigue siendo, al igual que en el grupo anterior, de localización preferentemente uterina.

La presencia de endometriosis en nulíparas, también ha sido discutida. Para Molitor (7) es del 6,4 por 100 siendo para Bird (13) del 10,5 por 100 Rochet (14) señala un 23 por 100 y nosotros un 15,9 por 100. Es de interés el estudio de la localización en este grupo, ya que el 38,1 por 100 de los cuadros son tubo-ováricos, hecho lógicamente relacionado con la esterilidad.

Si tenemos en cuenta que la nuliparidad es más frecuente entre las mujeres de menor edad, podremos distinguir dos grandes grupos: Uno, de nulíparas jóvenes, estériles, con localización preferentemente tubo-ovárica, y otro, de pacientes de mayor edad, múltiparas y con localización uterina en la mayoría de los casos.

Los resultados obtenidos al analizar los factores yatrógenos (tabla II) no están de acuerdo con la teoría transplantativa de Sampson (15) ni con el papel que la terapia hormonal desempeña, según Koninckx y cols. (16) en la génesis de la endometriosis. El 68,2 por 100 de legrados practicados en pacientes que posteriormente fueron diagnosticadas de localización uterina de su cuadro endometriósico, no es demostrativo de una relación causa-efecto, ya que la endometriosis uterina da frecuentes alteraciones menstruales en una edad que obliga a practicar legrados diagnósticos frecuentes.

En la (tabla III), donde se describe la frecuencia de la patología asociada a la endometriosis, destaca la incidencia de

leiomiomas, que junto con los pólipos endocervicales y quistes de ovario constituyen el 46,3 por 100 de todas las entidades patológicas coincidentes con el cuadro endometriósico. Nótese que todas ellas llevan consigo un fondo hiperestrogénico, hecho que confirma la clásica concepción de que la endometriosis descansa sobre un terreno hormonal hiperestrogénico, que si bien no es necesariamente la causa, favorece su desarrollo.

La sintomatología varía en función de la localización del cuadro endometriósico. Así tenemos, que en nuestro material, si bien el 16,7 por 100 de las endometriosis uterinas permanecieron asintomáticas, el 56 por 100 dio un cuadro clínico caracterizado por metrorragias y el 17,9 por 100 por menorragias, acompañándose de algias pelvianas perimenstruales el 1,2 por 100 de los casos y por senación de peso abdominal en el 4,8 por 100. Vemos que el síntoma fundamental, aunque no exclusivo, de las endometriosis uterinas es la alteración menstrual, de tal forma que el 81 por 100 de todos los casos de endometriosis que presentaron metrorragias eran uterinas y el 65,2 por 100 de los que presentaron menorragias también correspondían a esta localización.

La localización ovárica es la de mayor riqueza sintomática (gráfica 5), siendo el parámetro dominante el síndrome dolo-

roso. En nuestro material, el 88,3 por 100 de los casos que mostraron esta sintomatología se correspondieron con localización ovárica del cuadro endometriósico. Sin embargo, es importante, igualmente, la frecuencia de alteraciones menstruales en esta localización. En cuanto a los hallazgos exploratorios, el 77,7 por 100 de las endometriosis ováricas de nuestro material mostraron masas anexiales, porcentaje no bajo, si tenemos en cuenta el tamaño de la lesión ovárica, que con bastante frecuencia fue inferior a 4 cm. de diámetro.

De la sintomatología obtenida al dividir la extensión del cuadro según la clasificación de Acosta (2) podemos deducir que carece de fundamento la distinción en asintomáticas o leves, y sintomáticas o moderadas y graves, ya que si bien el porcentaje mayor de asintomáticas está entre las leves, sólo representan el 10,6 por 100 del total de esta extensión. Por otro lado, las graves, si bien tienen sintomatología variada, en el 1,5 por 100 de los casos han resultado asintomáticas.

Si creemos de interés el estudio de aquellos síntomas que tienen valor en cuanto a ser índices de gravedad. En tal sentido resultó altamente significativa la presencia de algias pelvianas y el tacto de masas abdominales.

BIBLIOGRAFIA

1. DMOWSKI, W. P., RADWANSKA E.: «Endometriosis and infertility». *Acta Obstet Gynecol Sacand Suppl.* 123. 1984; 73.
2. ACOSTA A.R., BUTTRAM V.C. Jr. BESCH P.K., MALINAK L. R., FRANKLIN R.R.: «Proposed classification of pelvic endometriosis». *Obstet Gynecol.* 1973; 42: 19.
3. VARANGOT J., GIRAUD J.R., BIGNON-SCHNERER A.: «Etiologie, clinique, biologie et pathogénie de l'endometriose genitale». *Bull. Fed. Soc. Gynec. Obstet Land. Granc.* 1965; 17: 239.
4. BOTELLA J., CLAVERO J. A.: «Patología

- ginecológica». 11.ª ed. Madrid. *Ed. Científico-Médica*, 1977.
5. RANNEY B.: «Endometriosis». *Obstet. Gynecol. Anun* 1978; 7: 219.
6. GONZALEZ-CAMPORA J.J., ALBERTO J.C.: «Contribución al conocimiento de la endometriosis». Estudio clínico-patológico de 50 casos y revisión de la literatura. *Acta Gin.* 1977; 5: 308.
7. MOLITOR J.J.: «Adenomyosis». A clinical and pathologic appraisal. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1971; 110: 275.
8. LEGROS B.: «The treatment of endometriosis with danazol». *J. Reprod.* 1973; 10: 94.
9. KASER D., FRIEDBERG V., OBER K.G., THOMSEN K., ZANDER J.: «Ginecología y Obstetricia III». Ginecología especial. *Salvat ed.* Barcelona 1974.
10. MEIG J.V.: «Endometriosis». Etiologie role of marriage age and parity: Conservative treatment. *Obstet Gynecol.* 1953; 2: 46.
11. KISTNER R.W.: «The treatment of endometriosis by inducing pseudopregnancy with ovarian hormones»: A report of 58 cases. *Fertil Steril*, 1959; 10: 539.
12. MCARTHUR J.W., ULFERDER H.: «The effect of pregnancy upon endometriosis». *Obstet Gynecol Survey.* 1965; 20: 709.
13. BIRD C.C.: «The elusive adenomyosis of the uterus». *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1972; 112: 583.
14. ROCHET Y., MIKAEELIAN S., CONTI C., MICHALAS S.: «Les images radiologiques indirectes de l'endometriose uterine». *CR Soc. Franc. Gyne.* 1966, 35: 1.
15. SAMPSON J.A.: «The development of the implantation theory for the origin of peritoneal endometriosis». *Am. J. Obstet. Gynec.* 1940; 40: 549.
16. KONINCKX P.R., IDE P., VANDENBROUCKE W., BROSENS I.A.: «New aspects of the pathophysiology of endometriosis and associate infertility». *J. Reprod. Med.* 1980; 24: 257.

CRITICA DE LIBROS

J. Zander y J. Baltzer: «Early breast cancer». («Carcinoma mamario precoz»). Un volumen en tela de XI y 321 páginas, 217 figuras y 154 tablas. Editorial Springer Verlag, 1985, Berlín, Heidelberg, Nueva York, Tokyo. ISBN: 3-540-15059-5.

El interés del diagnóstico precoz del carcinoma de mama es doble: Por un lado, es el interés de descubrir pronto esta enfermedad maligna, para hacer más fácil su tratamiento y su pronóstico, pero el interés del diagnóstico precoz viene también dado, por el hecho de que en los últimos años se está viendo que si se diagnostica pronto, este neoplasia es susceptible de ser operada sin operación radical, es decir, que se evita la mastectomía, que tanto traumatiza física y psíquicamente a la mujer.

La obra se subtitula «Histopatología, Diagnóstico y Tratamiento», y está bien hacer esta salvedad, porque en estas tres grandes divisiones se reparte la obra.

La primera parte, histopatología, abarca los siguientes puntos: Primero, ¿qué es el cáncer de mama?, por R. H. Fisher, donde se revisan los conceptos fundamentales, tanto orgánicos como funcionales del carcinoma de mama. Segundo, patogenia por H. St. Gallagher; tercero, carcinoma multicéntrico de mama, por H. Kalbfleisch y C. Thomas; cuarto, cáncer de mama bilateral; quinto, cáncer invasivo con síntesis de lípidos; sexto, carcinoma in situ de la mama; séptimo, hallazgos de autopsia; octavo, consideraciones inmunológicas y noveno, tasa de crecimiento.

En la segunda parte, el libro se ocupa del diagnóstico. En primer lugar Maas habla de la población de alto riesgo. En segundo lugar, Lissner y colaboradores se ocupan del desarrollo de los diversos métodos diagnósticos. A continuación, Lanyi analiza el examen de las microcalcificaciones. Luego, Kindermann habla de la galactografía y Stieve de la mamografía, sus ventajas y sus inconvenientes. Viene a continuación una aportación de Friereich sobre mamografía ultrasónica que se ve ahora el enorme interés y porvenir que tiene. Lauth y colabs. completan este estudio en el capítulo siguiente. Multz y colabs. estudian a continuación la mamografía con rayos X y la comparan con la otra analizando sus ventajas e inconvenientes. Más tarde, el TAC es analizado por Kessler y colabs. Finalmente se estudia la punción citológica de la mama y la biopsia, señalándose el interés de que sea una persona entrenada la que haga a la vez la histopatología y la clínica.

La tercera parte se ocupa del criterio terapéutico. Urban nos relata su experiencia con operación conservadoras que es paradójicamente muy bueno. En la actualidad, se marca un retroceso en la aplicación de técnicas radicales y en especial en los primeros estadios del desarrollo, se prefiere la excisión local del nódulo con conservación de la mama. Hermann expone con idéntico criterio la experiencia de la Clínica de Cleveland. En el Guy's Hospital de Londres por el contrario, son partidarios de las resecciones amplias como Hayward a continuación nos relata. La resección parcial con terapia conserva, es expuesta a seguido por cuatro grupos clínicos diferentes: Veronesi, Spitalier, Pierquin y Thomsen. Ober hace a continuación una síntesis de los resultados conservadores en lesiones muy pequeñas descubiertas por una campaña de diagnóstico precoz. Muy original es también el capítulo de Beller sobre mastectomía subcutánea.

La obra aunque breve, es sumamente completa y tiene el mayor interés para el patólogo, el cirujano, el oncólogo y el clínico.

José BOTELLA LLUSIA