

IMPLANTACION DE AMNIOS EN LA CAVIDAD UTERINA EN CASOS DE AMENORREAS UTERINAS*

Por los Dres.: A. CABALLERO y S. SAAVEDRA

I. INTRODUCCION

UNA variedad de **amenorrea** es la **uterina**. Con integridad anátomo-funcional del eje hipófiso-ovárico, la amenorrea se instaura por la **ausencia de endometrio**, bien traumática tras legrados violentos, especialmente puerperales, bien química por causticaciones diversas, bien infecciosa por endometritis inespecíficas o tuberculosas e incluso se cita de carácter congénito (Benjamín, 1961).

En estos casos se plantea, aparte de la amenorrea, siempre importante en la mujer, una esterilidad, motivos ambos que justifican una terapéutica eficaz. El tratamiento hormonal con estrógenos-progesterona en ocasiones da resultado, pero cuando fracasa reiteradamente se imponen procedimientos más eficaces de tipo quirúrgico, con implantación en la superficie endouterina de tejido tubárico o endometrial para conseguir la regeneración del endometrio destruido. En estos casos todo ha hecho pensar que los trasplantes homólogos no han sido auténticos injertos, sino inductores de la regeneración endometrial a expensas del mesénquima indiferenciado de la superficie uterina, corroborando esta idea los éxitos conseguidos en vaginas artificiales con los más diversos recursos.

Desde Speman (1919) sabemos el poder inductor que en este sentido tienen las membranas amnióticas para diferenciar tejidos embrionarios, y de ahí el éxito que con ellas se consiguen en dichas vaginas artificiales. Por ello, y dada la complejidad y dificultades de los procedimientos anteriores con tejido tubárico o endometrial, Ingelman-Sundberg (1958) propuso un método de implantación de amnios en estos casos de amenorreas uterinas, modificado

(*) II Cátedra de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de Madrid.

por Furuhjelm en 1959, y ambos con resultados positivos. Nosotros utilizando este mismo material, presentamos una técnica original que creemos más simple e igualmente eficaz, y ello es el motivo de esta comunicación.

II. TÉCNICA

Estudiando convenientemente cada caso, incluso con histerosalpingografía, se procede, previa administración los tres días precedentes de 5 mgs. de benzoato de estradiol por día, a realizar la implantación de amnios, lo que implica los siguientes tiempos:

1º Preparación del material

De un parto reciente se obtiene en el alumbramiento las membranas que circundan a la placenta de forma aséptica y se introducen en un recipiente con suero salino fisiológico al que se añaden 600,000 U.I. de penicilina y 1 gr. de estreptomicina. De acuerdo a las dimensiones de la cavidad uterina, se elige un anillo de Grafenberg conveniente.

Como material se precisan: valvas vaginales o espéculo, pinzas de garfio, pinzas de disección, histerómetro ranurado en su extremidad distal y microlegra (Fig. 1).

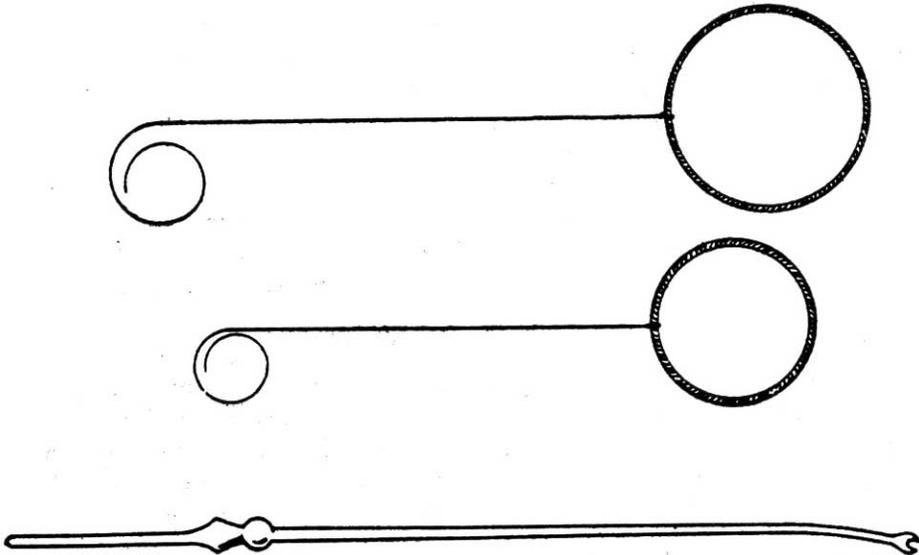


FIG. N° 1

2º Implantación intrauterina del amnios

Colocada la enferma en posición ginecológica, se despliega la vagina, se pinza el cuello, y tras de la histerometría, se practica con una microlegra un legrado superficial y cuidadoso de la superficie uterina, desbridando y rompiendo sinequias, si las hubiera, conforme a la imagen histerosalpingográfica presente.

Inmediatamente después se monta el anillo de Grafenberg sobre el histerómetro ranurado, traccionando de su extremidad distal para facilitar su introducción y todo él se cubre con membrana amniótica convenientemente preparada en sus dimensiones. Una vez introducido el anillo se extrae el histerómetro y se recortan a nivel del orificio cervical externo las membranas sobrantes y el hilo distal del anillo (Fig. 2). El anillo puede mantenerse unos meses, después de los cuales se retira con facilidad.

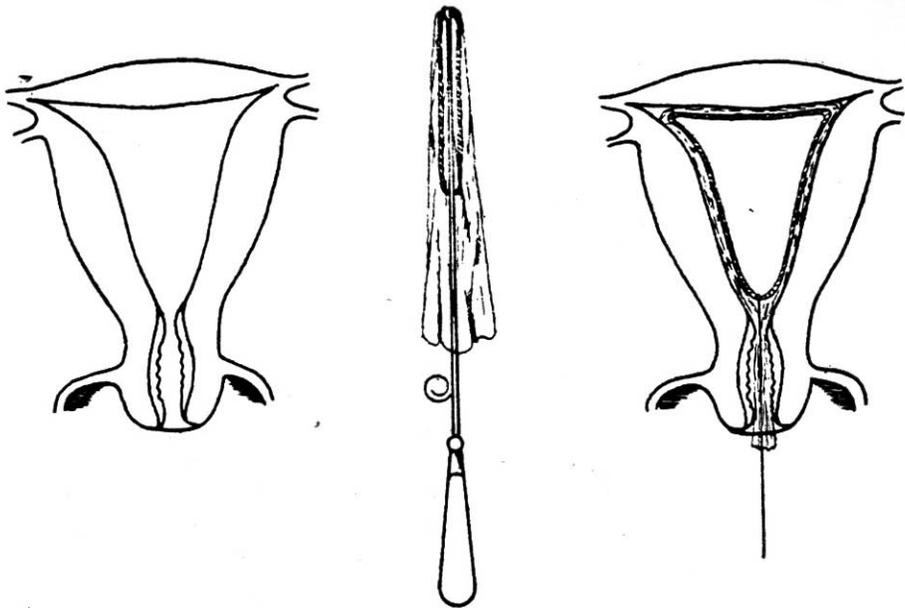


FIG. N° 2

CASO CLINICO

M.E.D., de veintiocho años de edad, casada, con amenorrea de dos años precedida de varios de hipomenorrea. Si al principio con hormonas pudo conseguirse alguna menstruación artificial, ulteriormente todo ha fracasado. Además dolores en bajo vientre, sobre todo en fosa ilíaca izquierda de ca-

rácter pungitivo, ha perdido más de 5 ó 6 kilos con décimas y gran astenia en estos últimos meses.

Antecedentes. Familiares sin interés. La enferma tuvo una infección de vientre a los dieciséis años, apendicectomía con molestias crónicas y temperatura con décimas. Menarquia a los dieciséis años, tipo menstrual 8/30 con ligera molestia.

Exploración. Genitales externos de múltipara normales. Vagina normal, pero corta. Utero en anteversoflexión más bien pequeño y desplazado hacia el lado izquierdo. Anejos del tacto parecen normales. Cuello con una erosión papilar sangrante y orificio cervical externo a cuyo través se expulsa un moco abundante, espeso, gríasceo y adherente.

Histerometría 7 cms. Al microgrado endometrio atrófico y mucosa endocervical blanda que se obtiene con la microlegra en abundancia. El informe histopatológico revela una "tuberculosis endocervical".

Hematías 4'680,000; leucocitos 11,500 (cay., 3; seg., 75; lin., 22). V. de S. de 8 mm. y 24 mm. a la primera y segunda hora con 10 de índice de Katz.

Tratada con estreptomycin, 1 gr. diario el primer mes y en días alternos los 3 meses ulteriores, hasta un total de 75 grs. Además Dipasic 5/c. día durante 6 meses consecutivos. Pese a ello la amenorrea persiste rebelde a todo tratamiento hormonal. La temperatura basal revela un posible ciclo bifásico, aunque la curva es altamente atípica.

Después de otro ciclo de seis meses de tratamiento con H.A.I. y sin respuesta en su amenorrea, el 1-2-64 se practica implantación de amnios según la técnica descrita. La biopsia de endometrio no revela material y la de endocervix presenta una mucosa con gran infiltración linfocitaria en la que no se encuentran ya folículos de Koster. Los cinco días previos a la intervención le fueron administrados a la enferma 5 mgs. diarios de Benzoato de estradiol. Desde el momento de la intervención se inicia otro ciclo de tratamiento con estreptomycin, 1 gr. en días alternos, H.A.I. a razón de 30 mgs. al día y PAS a razón de 12 grs. al día. Esta medicación se mantiene durante otros cuatro meses consecutivos.

La enferma siente como dolores menstruales del 4 al 7 del siguiente mes de marzo, pero sin ninguna pérdida hemática. El día 9 del mes de abril inicia su primera menstruación escasa y que dura seis días, y a partir de entonces las menstruaciones se suceden todos los meses en las fechas de 7 de mayo, 6 de junio, 4 de julio, 5 de agosto y 4 de setiembre. La temperatura basal en este tiempo es altamente atípica, pero algunos de los ciclos parecen bifásicos.

El día 30 de setiembre pasado se retira el anillo y se practica una biopsia endometrial, obteniéndose al microlegrado una mucosa regularmente desarrollada cuyo informe histopatológico revela un "endometrio en fase de secreción insuficiente".

III. COMENTARIO

Paul Strassmann, de Berlín, en 1929 ideó la primera operación plástica en casos de amenorrea por atresia uterina. Por vía vaginal, y una vez creada una cavidad uterina adecuada, implanta dentro de ella una trompa a través de una incisión transversal en el fondo uterino. La trompa que por su tercio distal conecta con el mesosalpinx, por su extremo proximal es suturada al conducto cervical. Posteriormente se hacen algunas modificaciones: la abertura para el trasplante de la trompa se hace en vez de en el centro del fondo a nivel del cuerno mismo, el extremo distal de la trompa con su pabellón no se introduce en el útero, sino que se deja fuera, conservando así la facultad de oviducción (en un caso hubo una gestación) y por último se incide longitudinalmente el cuerpo del útero hasta el segmento inferior, pero dejando intacto la porción cervical.

El proceder pese a sus resultados sólo se emplea muchos años después, en ocasiones con algunas modificaciones (Matthaei, 1957; Musset, 1957; Michalkiewicz, 1958; Gorys, 1950-60; Fragoso, 1961; Dubnoy y col., 1963).

Los injertos endouterinos de endometrio se inician con Serdjukoff, en Rusia, en 1935, y se continúan con más predicamento que los del tejido tubárico (Nurnberger, 1935; Solomns, 1936; Siebke, 1941; Kraatz, 1941; Patat, 1943; Woter, 1952; Heller, 1957; Grünberger, 1957; Westman, 1957; Tulzer, 1958; Kononova, 1963).

Estos métodos, aunque al parecer eficaces, son engorrosos y exigen sea cual sea la vía utilizada una amplia histerotomía. Su mecanismo de acción es discutible y sobre él se han emitido tres hipótesis: 1ª Podría pensarse en un auténtico injerto que prende en la superficie cruenta del útero, pero el único caso objetivado por Patat (1943) parece negar esta forma de pensar; en un útero miomatoso que había de ser extirpado injerta endometrio según la técnica de Kraatz, y a los 15 días no observan ni trazas de endometrio trasplantado y sólo un coágulo de sangre con detritus serosos. Se ha argumentado también en contra de esta forma de pensar que el único endometrio capaz de regenerar sería la parte basal y no la funcional, que es la que suele utilizarse en los injertos, si bien este argumento no tendría validez de acuerdo con las ideas recientemente expuestas por Nogales, según el cual la regeneración mensual del endometrio tendría lugar no en la basal, sino a expensas de la funcional. 2ª Asherman (1960), que ha criticado duramente "el mito de estos in-

jerτος", propugna la idea de que es el bloqueo ístmico la causa de la amenorrea en estos casos. Sin negar que esto puede suceder en algunos casos, en la mayoría, sin embargo, no sirve esta explicación, puesto que la cavidad tiene normal comunicación con el exterior, siendo la alteración evidente la ausencia del endometrio. 3ª Por último, y es la idea más general, que comparámos, los tejidos implantados actúan como estímulo inespecífico sobre la mucosa atrófica.

En este sentido, parecía lógico utilizar como material de implante las membranas amnióticas, cuya capacidad de inducir la diferenciación de los tejidos embrionarios fue señalada por Spemann (1919), y con las cuales se consiguen éxitos en la creación de vaginas artificiales (Brindeau, 1934; Weterdal, 1951; Ingelman-Sundberg, 1958; G. Merlo y col., 1959). Es así que Ingelman-Sundberg (1957) previa dilatación cervical con liberación de las adherencias intrauterinas, introduce dentro del útero un tubo de polietileno envuelto en membrana amniótica, suturando estas membranas en su porción distal junto con el tubo al cuello. El tubo se mantiene en posición nueve a diez días. En dos casos en que utilizó el procedimiento se consiguió restablecer la menstruación, y en uno de ellos se inició un embarazo. Furuholm, en 1959, practica una implantación amniótica con una técnica algo distinta. Previa administración durante dos días de estrógenos-progesterona, dilata el cuello hasta el número 10 de Hegar, practica un legrado desbridando posibles adherencias e introduce en cavidad pequeños fragmentos de membrana que mantiene intrauterinos con un taponamiento de gasas conveniente durante cuatro días. En sus cuatro casos obtiene menstruación antes de la octava semana, si bien en un caso se precisaron hasta cuatro implantaciones para regularizar la función menstrual. El fallo anterior del tratamiento hormonal reiterado excluye el carácter espontáneo de la curación.

Nuestra técnica nos parece que con perspectivas pronósticas similares a las dos anteriormente descritas se ofrece con la ventaja de ser más elegante, más sencilla y más inocua que aquéllas.

BIBLIOGRAFIA

1. AHUMADA (JL): *Sinopsis Obst. Ginec.*, 7,325 (1960).
2. ASHERMAN (JG): *J. Obst. Gynaec. Brit. Emp.*, 67,228 (1960).
3. BENJAMIN (F): *S. Afr. Med. J.*, 35,81 (1961).
4. BRINDEAU (A): *Gynec. et Obst.*, 29,385 (1934).
5. BROBNJAK (P), y RAJHVAJN (B): *Zbl. Gynak*, 82,1065 (1960).
6. DUVNOV (MV) y BRESKRODNAYA (NI): *Akush I Ginek*, 1,28 (1963).
7. FRAGOSO (D): *Ticitl.* 1,11 (1961).
8. FURUHJELM (M): *Acta Obst. et Gynec. Scand.*, 38,453 (1959).
9. GARCIA PASTOR (R): *Rev. Esp. de Obst. y Gin.*, 17,137 (1960).
10. GAUDEFROY (M): *Compt. Rend. Soc. Franc. de Gynec.*, 26,483 (1956).

11. GONZALEZ MERLO (J) y SILVAN (A): Acta Gin., 10,17 (1959).
12. GORYS (HP): Zbl. Gynak., 81,70 (1959).
13. GORYS (HP): Zbl. Gynak., 82,1698 (1960).
14. GRUNBERGER (V): Int.: J. Fertil., 2,39 (1957).
15. HELLER (L): Geburtsh u Frauenh., 17,55 (1957).
16. INGELMAN-SUNDBERG (A): Acta Obst. et Gynec. Scand., 37,371 (1958).
17. KONONOVA (ES): Akush I. Ginek., 1,24 (1963).
18. KRAATZ (H): Zbl. Gynak., 65,1888 (1941).
19. LEDERER (J): Annales d'Endocrin., 15,229 (1954).
20. MATTHAEI (H): Zbl. Gynak., 79,1957 (1957).
21. MICHAIKIEWICZ (W): Gynec. Obst., 57,191 (1958).
22. MIKULICZ-RADECKI (F): Z. Geburtsh. Kynak., 156,124 (1961).
23. MUSSET (R) y SALOMON (I): Rev. Franc. de Gyn. et d'Obst., 48,311 (1953).
24. MUSSET (R) y NETTER (A): Bull. Fed. Soc. Gynec. et d'Obst., 5,292 (1953).
25. MUSSET (R): Bull. Fed. Soc. Gynec. et d'Obst., 9,200 (1957).
26. NETTER (A), MUSSET (R), LAMBERT (A), SALOMON (L) y MONTBAZET (G): Gynec. et Obst., 54,19 (1955).
27. NETTER (A), MUSSET (R), LAMBERT (A) y SALOMON (V): Am. J. Obst. and Gynec., 71,368 (1956).
28. NOGALES (F): Comunicación personal.
29. NURNBERGER (L): Zbl. Gynak., 59,2948 (1935).
30. PATAT (P): Zbl. Gynak., 67,886 (1943).
31. SERDJUKOFF (MG): Ref. Ber. Gynak., 28,551 (1935).
32. SIEBKE (H): Zbl. Gynak., 65,1034 (1941).
33. SIEGLER (A): Am. J. Obst. and Gynec., 83,1595 (1962).
34. SOLOMONS (B): J. Obst. Gynaec. Brit. Emp., 43,487 (1937).
35. STRASSMANN (P): Zbl. Gynak., 59,2872 (1935).
36. STRASSMANN (EO): Int. J. Fertil., 1,267 (1956).
37. TOPKINS (P): Am. J. Obst. and Gynec., 83,1599 (1962).
38. TULZER (H): Zbl. Gynak., 80,1699 (1958).
39. WESTMAN (A): Monatsch Gebur u Gynak., 114,200 (1942).
40. WESTMAN (A): Am. J. Obst. Gyn., 61A,15 (1951).
41. WESTMAN (A): Int. J. Fertil., 2,155 (1957).
42. WETTERDAL (P): Nord. Med., 45,809 (1951).
43. WOLTER (F): Zbl. Gynak., 74,1122 (1952).

* * *