

11217 -
31 rej.



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

CURSO DE ESPECIALIZACION EN GINECOOBSTETRICIA

C.H. "20 DE NOVIEMBRE"

I.S.S.S.T.E.

ADENOMIOSIS-ENDOMETRIOSIS

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA

P R E S E N T A :

Dr. Miguel Angel Navarro Quintero

30637

Director de Tesis: DR. ARMANDO GRAVIOTO CORTES

Aesor de Tesis: I. Q. MARGARITA COHEN

ESTS-064
FALLA DE ORIGEN

X1146/N 38 a 1980





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Pag.
INTRODUCCION	
Definición	1
Historia	3
Histogénesis	7
Origen de la endometriosis	8
Endocrinología	11
Anatomía Patológica	13
Endometriosis y Esterilidad	15
Factores Etiológicos	17
Transformación Adenomiosis en Adenocarcinoma	20
Hiperplasia Atípica y Cáncer	26
Características Clínicas de la Adenomiosis	28
Características Clínicas de la Endometriosis	31
Clasificación de Endometriosis en Bases Clínicas	34
Diagnóstico	34
Diagnóstico Diferencial	39
Tratamiento	40
OBJETIVOS	49
MATERIAL Y METODOS	50
RESULTADOS	51
COMENTARIOS	86
CONCLUSIONES	102
BIBLIOGRAFIA	105

DEFINICION :

La endometriosis es una heterotopía determinada por el crecimiento de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, siendo dicho proceso evolutivo y hormono-dependiente, formando parte del cortejo patológico tributario del estrogenismo. (1)

La adenomiosis es la invasión de la musculatura uterina por el endometrio. (2)

Ambas entidades tienen origen y localización diferente consideran-
doles muchos autores un mismo padecimiento y otros diferente. (3)

Terminos utilizados más frecuentemente: (4)

- Quiste endometrial: forma frecuente de endometriosis especialmente cuando está localizada en el ovario de manera adherente y contiene sustancia parecida al alquitran.
- "Quiste de Chocolate" : sinónimo de Quiste endometrial.
- Endometriosis Externa: cuando el proceso endometriósico se encuentra en el ovario, cavidad abdominal u otro lugar fuera del útero pudiendo ser pélvica o extrapélvica.
- Endometriosis interna: sinónimo de Adenomiosis.

- Adenomioma: presencia de tejido endometrial ectópico,
en el músculo uterino en forma tumoral.

HISTORIA :

Por el año de 1860 en los boletines de la Sociedad Médica de Viena el patólogo Carl Rokitansky señaló que entre los tumores del útero existían dos tipos caracterizados por la ausencia de cápsula y presencia de glándulas alargadas ortotópicas en vueltas en estroma hiperplásico sugiriendo que tenía un crecimiento sarcomatoide por lo que le dió el nombre de "Cistosarcoma Adenoides del útero". Rokitansky señaló que Muller de Wusburg había descrito una entidad semejante en 1852 refiriéndose únicamente a una formación poliposa. Aunque Rokitansky menciona un proceso no acorde con el concepto actual, a él se debe la primera descripción detallada de Adenomiosis. (5)

En el año de 1882 Von Recling Hausen sugiere designar a la descripción de Rokitansky el nombre de Adenomioma uterino, diez años más tarde (1892) Cullen le nombra Adenomiosis, indicando con ésto un miometrio invadido por dicha enfermedad diferenciándole además de la endometriosis de tipo externo.(6)

Previamente a Cullen, en 1883, Schatz interpretó los hallazgos de Rokitansky como "Fibroadenoma Quístico y Poliposo". En el mismo año Babesiu, de Rumania, proporcionó la primera des-

cripción de una carcinoma desarrollada dentro de un adeno_
mioma.

En 1887, Chiari, de Praga, describe una variedad de endo-
metriosis con el nombre de Salpingitis ístmica Nodosa.

Russel en 1888 emite formas de endometriosis con localiza_
ción ovárica. En 1896 Von Recling Hausen publicó bajo el
título de Adenomioma y Cistoadenoma 30 casos reunidos. (23)

Hacia fines del siglo pasado se iniciaron la formulación de -
teorías considerando en forma casi general que el endometrio
ectópico era debido a un factor embriogénico por distribución
de las células Mullerianas, invadiéndose el miometrio por en-
dometrio hiperplásico basal, falla de la naturaleza al no inter_
poner una barrera efectiva bajo la submucosa, apoyando dicha
teoría Diestweg en 1883, Carl Ruge 1889, Carl Schorcoeder 1892
y Hauser 1893, además de sostener el mismo concepto Cullen y
Robert Meyer a inicios de este siglo. (23)

Sin embargo en 1896 Recling Hausen sugirió una teoría completa_
mente diferente, basando el padecimiento en el desplazamiento de

elementos Wolffianos, señalando la pared posterior del útero y sus cuernos más típicos para la presencia de elementos glandulares ectópicos y por ende de vestigios wolffianos, atribuyendo dicha afección al desplazamiento de elementos mesonéfricos, siendo apoyado por Von Lokstod, Hartz y Robert Meyer, retornando este último posteriormente a la teoría de Hiperplasia basal invasora (1898-1901) designándole el nombre de Adenomiomatitis, convenciendo a Von Recling Hausen de tener un razonamiento defectuoso. (23)

El primer reporte efectuado como "Adenoma Uteri Diffusum Benignum" fue hecho por Thomas S. Cullen en 1897. (23)

Cullen apoyó la teoría de la invasión endometrial basal para el adenoma difuso (Adenomiosis) y permitió para la variedad encapsulada la posibilidad de un origen Mulleriano. (23)

En 1918 Sampson emitió un concepto basado en la transmisión vascular de fragmentos endometriales como factor motivante - inicial proporcionando Halban (1924-1927) evidencia de ello.(23)

Tausig, once años más tarde, mencionó y apoyó el hecho de que componentes endometriales entran a vasos linfáticos para alcanzar lugares distantes sugiriendo Halban el nombre de Histeroadenomatosis Metastásica, que incluye tanto transmisión vascular como linfática, admitiendo Meyer ésto para una endometriosis externa, dudando asimismo pudiera aplicarse a la Adenomatosis. (23)

El concepto de Meyer de la Hiperplasia Basal Invasora prevaleció y solo después de su muerte Candrevictis, de Atenas, la atacó (1953) para dar relevancia a la hipótesis de transmisión vascular.

Finalmente la teoría de reflujó tubario propuesta por Sampson en 1913, misma que despertó el interés en 1921 y 1922 por las formas de endometriosis intestinal. (1)

HISTOGENESIS :

El origen de dicha patología ha dado lugar a numerosas concepciones técnicas, encontrando en principio dos concepciones contrapuestas:

- 1) El endometrio se origina en un lugar extraño a partir de elementos histicos extraños. (3)
- 2) El endometrio emigra del cuerpo uterino implantándose en un lugar extraño. (3)

I. Concepción de Meyer:

El epitelio seroso no solo tiene capacidad de producir una proliferacion epitelial heterótopa en el útero, sino en general y especialmente hace uso en proliferaciones rectocervicales y rectovaginales. En la actualidad es muy relevante la confiabilidad que se otorga a la teoría inflamatoria de la proliferación del epitelio seroso. (3)

Novak creía en una metaplasia con origen en la estimulación hormonal no inflamatoria (3):

Levander, Normann y Merrel: piensan en una neoformación de endometrio ectópico inducida por sustancias específicas procedentes del endometrio del cuerpo uterino y propagadas por vía canalicular,

linfógena o hematógena. (3)

II. Concepción de Sampson:

Basado sobre estudios anatomopatológicos y observaciones clínicas, afirmaba que la Endometriosis puede originarse cuando emigra endometrio desde el cuerpo uterino y se implanta en un lugar extraño.

ORIGEN DE LA ENDOMETRIOSIS :

Concepto Unitario de la Histogénesis de la Endometriosis:

" El único lugar de origen del Endometrio ectópico es la mucosa del cuerpo uterino", por tanto "No hay Endometriosis sin Endometrio".

El origen aún desconocido de la Endometriosis da como resultado que las teorías en boga sean especulativas:

Propagación continúa:

Tendencia del Endometrio uterino a rebasar los límites de tejidos circundantes demostrada desde 1908 por Cullen en 55 de 56 casos de Adeniosis, encontrando comunicación directa entre

endometrio y focos de endometriosis, siendo dicha propagación por diseminación linfática o crecimiento destructivo. (3)

Diseminación Canalicular :

En favor de esta vía de propagación del endometrio hablan los implantes en el peritoneo y órganos de la pelvis. Según Sampson, dicha implantación se efectúa durante la menstruación, situación que se ha comprobado mediante Laparatomía y punciones del Douglas durante la menstruación. Otro posible hecho, sería el que el endometrio del cuerpo uterino que ha proliferado en la trompa menstrue en la cavidad peritoneal (Phillipp y Huber). (3)

Diseminación Linfógena :

Como hallazgo secundario en enfermas cancerosas linfaadenectomizadas se observa ocasionalmente en los ganglios linfáticos pélvicos. La importancia clínica de la vía de transporte linfógena es menor que la vía canalicular. (3)

Según investigaciones de Scott, esta vía es indudable en la Endometriosis umbilical. Cuestión discutida es si éste origen tiene también alguna importancia para las heterotopías del miometrio,

la vagina o el tejido conjuntivo parauterino de la pelvis. (3)

Diseminación Hematógena :

Se ha demostrado morfológicamente el remanso de partículas de endometrio, vitales en el sistema vascular venoso llegando de esta manera el endometrio al pulmón. (3)

Diseminación Mecánica Directa:

Esto se lleva a cabo en heridas quirúrgicas, posterior a cirugías tales como cesáreas, histerotomías y operaciones de ante fijación. etc.

Con respecto a la génesis de la endometriosis del cuello uterino se han tomado en consideración junto a los traumas obstétricos, los operatorios (Abrasión, Conización y Cauterización). (3)

ENDOCRINOLOGIA :

La Endometriosis sigue al ciclo ovárico, no se desarrolla antes de la pubertad, observándose una regresión con la menopausia. El Hiperestrinismo facilita su aparición, se ha podido observar lo frecuente que es la asociación que existe de los miomas con hiperplasia de endometrio además del hallazgo de estrógenos - aumentados en orina y frotis vaginales de caracter estrogénico. En realidad el endometrio heterotópico no es sino un endometrio hiperproliferativo, pudiendo calificarse como una verdadera hiperplasia deportada. Solo bajo la acción de una concentración estrogénica superior a la normal se comprende que el endometrio tenga capacidad suficiente para crecer en lugares fuera de su asiento habitual. (22)

Mediante un estudio con esteroides radiactivos se trató de determinar, al ser captados por los receptores encontrados tanto en el endometrio normal como en el aberrante, el status endócrino en los diferentes lugares donde se encontraba dicho endometrio, así como la responsabilidad que guardaban los esteroides, concluyéndose:

'Que el endometrio normal reacciona, como es obvio a esteroides endógenos.

Más sin embargo el endometrio aberrante es menos reactivo que el endometrio uterino, observándose en el estudio que éste último era el único que avanzó durante la fase proliferativa.

En la Adeniosis el endometrio aberrante ocasionalmente - presentó función cíclica, pero la mayoría de las veces es inmaduro debido a los estrógenos. Además se observó que en algunos casos de Adeniosis existe menos reacción a los - progestágenos por el bajo contenido del receptor progestacional, llegando inclusive a no detectarse dicho receptor, mismo que es siempre detectable durante el ciclo menstrual en el endometrio y miometrio normal.

La función del Andrógeno en el aparato reproductor femenino no se ha esclarecido bien.

En este estudio el receptor androgénico se detectó en la Endometriosis y Adeniosis, observándose de tal manera que el andrógeno actúa directamente en esos tejidos y un tratamiento androgénico para la endometriosis puede resultar razonable por la presencia de dichos receptores. (7)

ANATOMIA PATOLOGICA :

Un nódulo endometriósico está formado microscópicamente por: tejido glandular semejante al del útero, estando rodeadas dichas glándulas de tejido conjuntivo igual al del estroma endometrial, dependiendo su aspecto del momento del ciclo, llegando a existir verdaderas menstruaciones. Las endometriosis jóvenes se aprecian como tejido igual al del endometrio, las antiguas se observan en forma quística semejándose al endometrio por la disposición de la mucosa y del estroma, pero de manera macroscópica se aprecian dilataciones quísticas rellenas de sangre que dan lugar a los Quistes de Chocolate.

Es posible observar focos endometriósicos que invaden tejidos cercanos y los destruyen, adquiriendo carácter maligno desde el punto de vista clínico, no anatomopatológico. La endometriosis siendo histológicamente un tejido benigno, tiene características que lo semejan a los biológicamente malignos ya que de hecho metastatiza e invade. (22)

ADENOMIOSIS Y ADENOMIOMAS :

Constituida por proliferación de islotes de endometrio en el espesor del miometrio. Con frecuencia los islotes se rodean de miometrio dispuesto de un modo nodular reuniendo la endometriosis los tres elementos uterinos por excelencia: epitelio glandular, estroma y músculo, mereciendo estas formas en realidad el nombre de Adenomiosis, llamándose cuando constituyen tumores nodulares con todos sus elementos Adenomiomas.

La Adenomiosis es frecuente en malformaciones uterinas - (úteros septos o dobles), asimismo se considera que la multiparidad también es predisponente para dicha alteración, sin embargo un punto que contrapone es el hecho de considerar que la gestación es la mejor profilaxis de estas ectopias.

Sin embargo se ha llegado a la conclusión que en la gestación existe un crecimiento en profundidad y en superficie del endometrio, transformado en decidua modificaciones que explican la tendencia a disgregar fibras miometriales, insinuándose puntas de crecimiento de decidua entre ellas que fácilmente perderían la solución de continuidad, dando lugar a una Adenomiosis.(22)

ENDOMETRIOSIS Y ESTERILIDAD :

En elevado porcentaje de casos se observa esterilidad prima
ría como secundaria en el transcurso de la endometriosis por
su característica especial de que a pesar de ser un padecimient
o benigno engloba y destruye tejidos nobles del aparato genital
y los órganos vecinos o al menos los altera y limita en su fun
cionamiento, ejemplo de ello al invadir el ovario los engloba y
comprime dentro de adherencias sólidas cargadas de tejido fi-
broso afectando por consiguiente su función, pudiendo llegar -
inclusive a destruirlo.

Deben considerarse además de las alteraciones ya mencionadas,
las hormonales que pueden ir desde las neurohormonas cerebral
es, hipotalámicas o hipofisarias causando por consecuencia al-
teraciones bioquímicas importantes y desequilibrio del sistema
nervioso de relación.

Cuando entre los factores etiológicos participa el hipotiroidismo,
ocasiona la falta de tiroxina un desequilibrio a nivel hipotalámico
de los factores liberadores de la hormona estimulante del folícul
o y de la luteotrófica con disminución por consiguiente de la ta
sa de gonadotropina lúteo-estimulante, menor producción de pro-
gesterona y alteraciones del endometrio en su fase secretoria.

Fishman y Helleman demostraron que la tiroxina influye sobre el porcentaje de conversión de estradiol a 2 alfa hidroxiestrona; al parecer la baja de T4 hace que el estradiol al obrar en forma más intensa y por tiempo más prolongado provoque hiperplasia de la mucosa endometrial; a su vez limita la utilización por el ovario de la lúteo estimulante y altera por un proceso enzimático defectuoso el aprovechamiento de la progesterona por el endometrio, lo que produce una concentración relativa de estrógenos que se manifiesta por aumento en el tamaño del útero, con cavidad mayor de 7.5 cm., engrosamiento de las paredes, hiperplasia de la mucosa y casi siempre esterilidad. (8)

La Endometriosis existe en muchas pacientes desde poco tiempo después de la menarquia, y sucede que permanezca silenciosa por varios años, haciéndose evidente cuando hay esterilidad o dismenorrea intensa y rebelde a todo tratamiento, por eso resulta importante pensar en ella e investigarla antes de que la nutrida sintomatología se haga manifiesta dado que las posibilidades de curación sean cada vez menores y consecuentemente disminuyen la posibilidad de gestación. (8)

FACTORES ETIOLOGICOS :

Propagación Iatrógena :

La génesis de este padecimiento por diseminación e implanta
ción estan evidente con el aumento de esta enfermedad en los
últimos años, habiéndose observado dicho aumento en países
donde las mujeres acuden más frecuentemente al ginecólogo.
Las intervenciones diagnósticas pequeñas o grandes en el útero
grávido y no grávido, tiene cada día nuevas indicaciones en -
obstetricia y ginecología, sobre todo en mujeres jóvenes, de-
bido a las múltiples manipulaciones a que está sujeto el útero,
la casuística ha demostrado la posibilidad fundamental de la di
seminación del endometrio con la subsiguiente Endometriosis.(3)

Factores socio-económicos:

Se estima actualmente proporción igual del padecimiento entre
negras y blancas. (3)

Ridley considera factores importantes una alimentación deficiente
y procesos inflamatorios de órganos pelvianos, además que otras
investigaciones piensan en una predisposición familia. (3)

Estimulación Hormonal :

Su crecimiento y extensión depende también de los focos ectópicos, de los estrógenos y gestágenos. Sin embargo la capacidad de respuesta a las hormonas ováricas es variable, dependiendo de la calidad de la distinta irrigación sanguínea en el sitio de implantación .

Procesos Secundarios :

La frecuencia de Endometriosis clínica manifiesta es inferior en número a su difusión efectiva, esto se demuestra en los hallazgos secundarios de mujeres que han sido operadas de los órganos pelvianos por otras indicaciones. Son a menudo los procesos secundarios con sus consecuencias los que determinan una enfermedad en focos de endometriosis hasta entonces clínicamente mudos. (3)

FRECUENCIA :

Se reporta en algunos países (España) frecuencia de 5.6 - por 100 de laparatomías ginecológicas y en piezas de histerectomía. Molitor encuentra 8.8 por ciento de todos los casos. Mientras que como diagnóstico de entrada en la consulta, -

figura en un 0.05 por 100. Aumenta la incidencia cuando se incluyen también en el estudio los anexos hasta en un 11.3 por 100. (3)

De todas las localizaciones, la más frecuente es la uterina con 60 por 100, seguida de la ovárica con 21 por 100, tubárica 22 por 100 y peritoneal 18 por 100. La mayoría de las veces se combinan entre sí, reportando la literatura con frecuencia la aparición simultánea de Endometriosis uterina y Miomatosis. Los datos de la literatura varían entre el 30% y más del 50%, encontrándose en un estudio de 120 casos de endometriosis 64 portadoras de miomas (53%), de ellas 38 casos de miomas con endometriosis uterina interna simultánea (52% de los casos de Adeniosis). Más rara vez puede encontrarse una hiperplasia glandular quística del endometrio.

Enjuiciado desde el punto de vista clínico debe ser calificada la Adeniosis comparativamente como la forma más inocua de la endometriosis, permaneciendo la gran mayoría de los casos asintomáticos o por lo menos clínicamente mudos, pudiendo desarrollarse, sin embargo, un cuadro patológico genuino con menometrorragias, molestias dismenoréicas, premenstruales y secundarias.

TRANSFORMACION DE UNA ADENOMIOSIS UTERINA
EN ADENOCARCINOMA :

La Adenomiosis uterina con lesión cancerígena es rara, solo unos 12 casos pueden ser encontrados en la literatura, - el primero publicado por Rolly en 1897. En 1966 Win, -- Kelman y Robinson reportaron otro encontrado. (9)

"Caso reportado en Literatura Francesa de un Adenocarcinoma desarrollado a partir de una Adenomiosis" .

Femenino de 48 años de edad, nulipara, acude por primera vez a consulta por molestia abdominal y polaquiuria, además de hipertensión moderada de 180/100.

Exploración Física.- Se encontró aumento de volumen del útero, como de 20 cm., diagnosticándosele Fibroma simple, habiéndose propuesto a la paciente intervención quirúrgica, - misma que rechazó.

Cuatro años después regresó la paciente encontrándose útero como de 25 cm. con resto de la exploración ginecológica normal, efectuándose histerectomía subtotal y ooforectomía, egresándose con progestágeno de acción lenta y cita para control.

EXAMEN ANATOMOPATOLOGICO :

Macroscópicamente :

La pieza era voluminosa con peso de 1050 gramos, con polifibromiomas asociándose miomas submucosos e intersticial.

La tumoración más grande se encontró en pared posterior, - intramural midiendo 11 cm., la sección tumoral mostró un tejido fasciculado de consistencia blanda de color grisáceo.

Los otros tumores en pared anterior de aspecto un poco diferentes, de consistencia firme eran fibromiomas típicos.

El endometrio parecía blando sin ninguna proliferación, las trompas y ovarios eran normales y se encontró un cuerpo amarillo hemorrágico

Histopatología :

Los Nódulos de pared anterior fueron efectivamente Fibromiomas simples con un tramo de fibras de colágena de fuerte densidad, idénticos.

El tumor principal de cara posterior se presentó como un tejido fibromatoso infiltrado por un adenocarcinoma endome

trial con caracteres no frecuentes. Desde el punto de vista topográfico, Histológico y celular, el adenocarcinoma estaba diseminado irregularmente en muchos focos separados - por miometrio fibromiomaso.

El aspecto de los focos neoplásicos es singular: dos glándulas tumorales forman numerosos políadenoides, mostrando una multiestratificación que es la regla. Las células altas y estrechas tienen un núcleo central o paracentral, regular o redondo, sin anisocariosis ni discariosis mayores, o voluminoso y francamente discariótico. El citoplasma puede presentar en ocasiones una clasificación intranuclear precediendo a la zona lúcida de la fase intermedia.

Este grupo de hallazgos solamente encuentra su significado en una transformación maligna multifocal de una adenomiosis uterina.

Este diagnóstico es corroborado observando algunos focos de adenomiosis conservados y estables en la pared uterina.

El endometrio quedó intacto, la fuerte incidencia submucosa de la fibromiomatosis determina una hipotrofia acentuada de la mucosa; las glándulas son poco numerosas y pequeñas.

Ovarios y trompas normales desde el punto de vista histológico, uno de los ovarios contiene un cuerpo amarillo funcional.

DISCUSION :

Entre las publicaciones relacionadas con Endometriosis y - Cáncer, la publicada por Sampson en 1925 es la más sobresaliente, ya que tiene dicho autor criterios precisos que son necesarios manifestar para poder decir que el desarrollo carcinomatoso tiene su origen en la Endometriosis.

Tres puntos fundamentales :

- Encontraron en el ovario la coexistencia de tejidos malignos y no malignos de tipo endometrial.
- Encontraron en dicho ovario una localización de Endometriosis con estructuras corticotogénicas y rastros de sangre.
- Se aseguraron que el tumor ovárico no había dado metástasis.

Cierto es que los criterios de Sampson y Scott no son aplicables en todos los puntos a la Endometriosis uterina, pues se trata en efecto de una mucosa heterotópica con una muscular uterina hipertrofiada, mientras que en la Endometriosis ovárica los focos de Adeniosis son rara vez monoquisticos y tienen contenido de estroma citogenético. No hay conexión histológica entre el epitelio adenomiótico y la mucosa uterina.

BASES PARA HACER EL DIAGNOSTICO :

- Se observan focos adenocarcinomatosos de tipo endometrial dispuestos en forma irregular sobre la pared uterina.
- Persistencia de focos endometriósicos murales benignos.
- Unión de estructuras heterotópicas benignas y tejidos malignos por la presencia del corion citogenético.
- Integridad de la mucosa endometrial.
- Ausencia de tumor tubo-ovárico.

En el presente caso, la proliferación tumoral encontrada en el miometrio no presentó el caracter habitual de infiltraciones

carcinomatosas. Los focos neoplásicos tienen estroma de tipo citogenético, los islotes de Adeniosis son hasta ahora no - identificables, estando igualmente intactos el endometrio y los anexos tubo-ováricos.(9)

HIPERPLASIA ATIPICA Y CANCER :

Durante el estudio de los elementos propios a este adenocarcinoma, se hizo pensar en la hipótesis de que las lesiones neoplásicas fueron precedidas de un estadio de hiperplasia atípica, descrita por Novak y Rutledge en 1948, siendo muchas veces difícil de distinguir de ciertas formas de carcinoma ortotópico del endometrio.

La dificultad es todavía más grande cuando se habla de carcinoma insitu, concepto introducido por Hertig y Sommers en 1949.

Consideramos que la Adenomiosis en el presente caso fue el asientto de una hiperplasia atípica y que la transformación maligna tuvo lugar progresivamente. (9)

RESPUESTA HORMONAL Y CANCER :

Tal parece que en este estudio de transformación maligna de la Adenomiosis que los focos neoplásicos hubieran conservado algún poder de maduración lúteo dependiente. Las glándulas tumorables tuvieron una fase de maduración intermedia. Existió un cuerpo amarillo funcional y la mucosa uterina a pesar de su

respuesta estaba en estado de maduración de tipo intermedio, la coincidencia no puede ser fortuita, pudiéndose deducir :

- Que aunque la característica principal de una neoplasia es la autonomía, algunos adenocarcinomas de endometrio muy diferenciados son lúteo dependientes, concepto aplicado al presente caso.
- El útero multifibromiomaso con anomalías en la receptividad hormonal, con endometrio atrófico, se le encontró poca huella de Hormona luteinizante. Siendo posible que el desequilibrio en la receptividad hormonal entre los diferentes compartimentos epiteliales de éste útero, endometrio y endometriosis, haya existido desde un principio y haya tenido su participación en el desarrollo del cáncer. (9)

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ADENOMIOSIS :
(Revisión de 246 casos)

Basado en los conceptos ya expuestos con anterioridad :

- A. El Exámen anatomopatológico es el único medio para llegar a un diagnóstico certero de Adenomiosis.
- B. En múltiples ocasiones existe ausencia de sintomatología alguna, no reflejándose por tal motivo la importancia real del padecimiento.
- C. Por tanto es indispensable solicitar estudio minucioso de la pieza quirúrgica (útero). (10)

En un estudio realizado sobre 926 hysterectomías indicadas por diversos motivos en 6 años se encontró una frecuencia de Adenomiosis en 246 casos, que corresponde al 37.6%, lo cual indica la elevada incidencia de dicho padecimiento. Se encontró así mismo una mayor frecuencia en periodos premenopáusicos, 78% entre 40 y 55 años, antes de los 40 años 36 casos de los 246, y 19 casos después de los 55 años (10)

La Adenomiosis se encontró más frecuentemente en mujeres mul

tiparas teniendo un 48.7 % de ellas más de 4 hijos, el 13.8% se presentó en nulíparas. Asimismo se encontró en un número importante de pacientes el antecedente de legrado post aborto.(10)

Las lesiones ginecológicas asociadas con Adeniosis más frecuentemente son :

El fibroma encontrado en el 46.4% de las 246 pacientes estudiadas, el Quiste ovárico en el 20.45%, hiperplasia endometrial en el 15.7% , la endometriosis externa en el 11%, estos mismos resultados fueron encontrados por Rochet y Galtier. (10)

En el grupo de pacientes estudiado parece no tener importancia la patología ovárica en la aparición de Adeniosis.

CUADRO CLINICO :

El dolor es el síntoma más frecuente encontrado, habiéndose - presentado hasta en un 86.4 % del estudio de las 246 pacientes con Adeniosis, siguiendo en orden de importancia el incremento de sangrado menstrual que se tuvo en el 75.5%, la asociación de Hemorragia y dolor se encontró en el 80% de los casos.

La dismenorrea se presentó en 29.2% y dispareunia en 15.3% de las pacientes. (10)

EXPLORACION FISICA :

En primer lugar se encuentra el aumento notable del útero, - mismo que se encontró presente en el 38.4% del total de - casos estudiados, siendo otra alteración encontrada a la ex ploración ocasionalmente la retroversión uterina. (10)

Cabe mencionar que las indicaciones quirúrgicas fueron la mayoría de las veces a causa de procesos fibromatosos y de metrorragias rebeldes a tratamiento.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ENDOMETRIOSIS :

La mayor incidencia de casos se presenta entre los 25 - 45 años de edad. (2)

A pesar de no existir síntomas característicos muy a menudo se presentan trastornos menstruales. La dismenorrea constituye un síntoma frecuente, observado en la 3a. parte aproximadamente de las series estudiadas. (2) (11).

Cuando la región uterosacra se encuentra afectada como sucede a menudo el dolor es referido al recto o parte inferior de región sacra o cóccigea, debiéndose esto a la tumefacción premenstrual que experimenta el endometrio de los islotes uterosacros. (2) (11)

Los casos más graves pueden presentar molestias recordando los síntomas de la inflamación pélvica crónica.

Ocasionalmente la paciente manifiesta dispareunia, especialmente cuando la afección ha interesado los ligamentos uterosacros o si hay tensión vaginal, notándose en este mismo grupo estreñimiento y dolor al defecar, más sin embargo no se observa correlación entre el grado de endometriosis y los síntomas.

A veces la enfermedad en grado menor origina dolor intenso y otras masas considerables de endometriosis son compatibles con ausencia de síntomas. (2) (11)

Un quiste endometriósico puede perder sangre causando dolor intenso, semejando un cuadro de embarazo ectópico roto o un apéndice.

Golditch indica que casi el 10% de las enfermas se presenta con síntomas agudos que necesitan explicación para diagnóstico y tratamiento. (2)

La mayor parte de las veces se presenta esterilidad que Sutton admite en 75 por 100 de los casos y solo 20 por 100 de las pacientes han tenido más de un hijo, sin embargo muchos autores consideran más frecuente la esterilidad. (2)

EXPLORACION :

En muchos casos los datos obtenidos por el examen bimanual, pueden ser los mismos, que los obtenidos de la anexitis crónica, pudiéndose palpar en uno o en ambos lados de la pelvis una masa sensible, Irregular, formada por la trompa y el ovario adheridos. (2)

En cierto número de casos el dedo explorador revela un engrosamiento nodular de los ligamentos uterosacros, que corresponde a los islotes endometriales localizados en este punto. (2)

Algunas veces los nodulos son pequeños y en forma de perdigones, pero pueden alcanzar el tamaño de una nuez pudiendo ser únicos o múltiples. (2)

Este dato cuando se descubre en una enferma que presenta signos y síntomas de inflamación crónica nos sugiere la posibilidad de Endometriosis. (2)

En casos como el descrito hay retroflexión fija del útero, pero esta regla tiene sus excepciones.

Es muy arriesgado hacer un diagnóstico de endometriosis basándose únicamente en los síntomas, en ausencia completa de datos palpatorios. (2)

CLASIFICACION DE LA ENDOMETRIOSIS EN BASES CLINICAS, YA SEA POR HALLAZGOS A LA PALPACION O POR LAPAROSCOPIA :

Stadio I :

Lesiones endometriósicas, pequeñas, minúsculas, puntiformes, que son hallazgos incidentales de laparoscopia o celiotomía, en forma excepcional dan sintomatología.

Stadio 2 - 3 - 4 :

Pueden ser causantes de dispareunia, dismenorrea, malestar pélvico sin relación con la menstruación, y tenesmo rectal. Estos síntomas pueden estar presentes solos o combinados o ser a pesar de la severidad del padecimiento, asintomático.(12)

DIAGNOSTICO :

La sintomatología aunque muchas veces es incompleta permite al clínico experto establecer un diagnóstico de presunción de endometriosis, más sin embargo solo es valorable estadísticamente los casos verificados histológicamente. (3) (11)

El diagnóstico es fácil en los focos directamente accesibles, - mientras que en otras localizaciones son necesarios métodos auxiliares de endoscopia y sobre todo en un momento dado la laparotomía(11)

En la Adeniosis y Endometriosis de las trompas se puede demostrar mediante Histerosolpingografía, encontrándose ramificaciones en forma de zarzal en tanto comuniquen las glándulas heterotópicas con las luces del útero y de las trompas. (3)

La endometriosis de la pared intestinal (sigmoide) no se puede distinguir con seguridad de un carcinoma ni siquiera con el abdomen abierto, habiendo que recurrir necesariamente al examen histológico.

Numerosas Endometriosis o Adeniosis no se manifiestan clínicamente y sólo se descubren en Laparotomías practicadas por otra indicación sobre todo miomatosis o al examen histológico de la pieza operatoria. (3) (10)

ULTRASONOGRAFIA :

En un estudio efectuado a 25 pacientes con el fin de detectar la presencia de Adenomiosis o Endometriosis, se observó la presencia de imágenes quísticas, poliquísticas, mixtas y sólidas.

Observándose en la Adenomiosis zonas que representan lagos sanguíneos asociados a masas extrauterinas.

Más sin embargo en la Endometriosis, el Ultrasonido no pudo diferenciar la endometriosis de enfermedades tales - como abscesos tuboováricos, embarazo ectópico roto, quiste ovárico, o tumor de otra etiología, por lo que la Historia Clínica contribuyó en forma muy importante y definitiva para el diagnóstico adecuado de estas pacientes. (13)

HISTEROSOLPINGOGRAFIA :

Signos radiológicos de Adenomiosis :

La Histerosalpingografía es particularmente indicada para hacer el diagnóstico de Adenomiosis. Según Akerlund, Rochet y Musset pueden encontrarse imágenes de certeza o presunción.
(14-17-18-19)

Las imágenes directas de certeza son :

De perfil: Opacidad en las cavidades endometriales desde -
la luz uterina.

De frente: Manchas redondas separadas de la cavidad uteri-
na que al unirse dan un aspecto coraliforme.

Estas imágenes observadas en un tercio de los casos y con-
sideradas como patognomónicas de la adenomiosis deben hacer
discutir igualmente la atrofia menopáusica, la hiperplasia glán-
duloquistica, la diverticulosis uterina congénita. (16 - 17)

Las imágenes indirectas de presunción son la consecuencia de
un mal llenado uterino:

Aspectos pseudo polípedes, imágenes de éstasis localizadas en
los cuernos uterinos, tanto uní o bilateral, e imagen de rigi-
dez de segmento. (18)

Son descritos aspectos particulares :

Hernia del Istmo debido a Endometriosis sobre cicatriz de ce-
sárea, se puede asociar signos de endometriosis externa - -
(Endometriosis tubaria, del fondo de saco de Douglas o peri-fts-
mica). (17)

Según Rochet y Bremond, los resultados histerográficos y una buena Historia Clínica permiten hacer el diagnóstico de Adenomiosis en un 34.4% de los casos.

LAPAROSCOPIA :

Asimismo éste procedimiento es de gran utilidad para lograr un diagnóstico de Endometriosis pélvica, correlacionándolo - con la muy importante Historia Clínica de la paciente. (11)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

A continuación presentaré una lista de padecimientos que pueden confundirse con Endometriosis o Adeniosis, siendo de enorme ayuda una Historia Clínica y una exploración efectuada en forma correcta.

Sin embargo habrá múltiples ocasiones como ya se ha mencionado a lo largo de este trabajo en que el anatomopatólogo diga la última palabra. (10) (11)

1. MIOMATOSIS
2. ANEXITIS
3. APENDICITIS
4. EMBARAZO ECTOPICO
5. QUISTE DE OVARIO (con compromiso vascular)
6. ABSCESO TUBARIO
7. CARCINOMA DE OVARIO Y OTROS TUMORES
8. METASTASIS AL FONDO DE SACO POSTERIOR
9. CARCINOMA DE RECTOSIGMOIDES
10. ADENOCARCINOMA UTERINO
11. RETROVERSIONES FIJAS

TRATAMIENTO :

Factores a considerar (20)

1. Deseo de Embarazo.
2. Edad de la paciente.
3. Duración de la Infertilidad.
4. Localización y Extensión del padecimiento.
5. Severidad de la Sintomatología.
6. Patología pélvica asociada.

Dependiendo de lo ya mencionado el ginecólogo tomará una de las siguientes tres conductas. (20)

- A. No dar Tratamiento.
- B. Dar tratamiento paliativo hormonal
- C. Actuar quirúrgicamente en forma moderada o radical.

Se optará por no dar tratamiento cuando presenta la paciente sintomatología leve, no desea embarazarse o que lo logra con facilidad, debiendo revisarse cada 6 a 12 meses ginecológicamente.

El Tratamiento Paliativo Hormonal producirá proliferación endometrial mínima.

Inicialmente se usaran estrógenos a dosis altas produciendo efectos secundarios desastrosos.

Posteriormente se utilizará Testosterona a pequeñas dosis - para pacientes con Endometriosis Sintomática.

Los efectos paliativos del embarazo descritos por Meigs son iguales a los encontrados en pacientes con dosis grandes de Progestágenos con inhibiciones de la menstruación. En cerca del 30% de las pacientes se ocasiona pseudoembarazo con - presencia de sintomatología tal como náusea y vómitos además de edema, aumento de peso y leucorrea. (7)

No son recomentables dichos Progestágenos en pacientes que - desean embarazarse en un futuro cercano. (20)

Este método es utilizado para Endometriosis moderada con fin de retardar la cirugía. (20)

Cabe aclarar asimismo que el embarazo no siempre es una medida de tratamiento de la Endometriosis. (20)

Recientemente se a utilizado la Antigonadotrofina Danazol la cual inhibe la estimulación hipófisis-ovario. (20)

TRATAMIENTO QUIRURGICO CONSERVADOR CON PRESER
VACION DE LA FUNCION REPRODUCTORA.

En las mujeres jóvenes con Endometriosis pélvica se encuentran generalmente :

Infertilidad, Dolor pélvico Dismenorrea y Dispareunia profunda, sin embargo los síntomas no se correlacionan con la severidad de la enfermedad.

Además a la exploración suelen encontrarse nodulaciones pélvicas en fondo de saco y ovarios firmes y quísticos, mismos hallazgos que son característicos de la endometriosis pélvica, mismos que pueden variar durante el ciclo menstrual, mes a mes, presentando desde luego un cuadro más florido en el período menstrual y cediendo en época intermenstrual. En forma ocasional únicamente se necesita de métodos laparoscópicos previos a la cirugía, existiendo entre mujeres de 17 a 30 años historia de infertilidad prolongada, además de corroboración tanto por la sintomatología como por la exploración de la endometriosis.

Para efectuar dicha cirugía el ginecólogo deberá:

1. Conocer la fisiología reproductiva, ya que una segunda operación difícilmente puede cambiar los daños causados por una cirugía mal realizada.
2. Se deberá plantear a la pareja el propósito y extensión probable de la cirugía, más sin embargo la decisión final se basará según hallazgos en el abdomen abierto.

Las regiones más críticas de evaluar quirúrgicamente son:

1. El ovario.
2. Los ureteros.
3. Recto sigmoides.

Con el fin de evitar la reactivación de un foco endometriósico debido a las fluctuaciones hormonales es importante reseca la endometriosis de los ovarios afectados.

Además se deberá preservar tejido ovárico ya que un 60% de mujeres se embaraza posteriormente a la cirugía en un lapso de un mes a 2 años.

aproximadamente el 15% de pacientes operadas requieren de operación pélvica subsecuente, la cual es en ocasiones más difícil que la cirugía radical de cáncer, aconsejándose que la cirugía abarque bordes de tejidos sanos.

Dentro de las recomendaciones previas a la cirugía es conveniente mencionar la no utilización de progestágenos, mis mos que son utilizados por múltiples autores, las razones fundamentales son:

1. Por aumentar la friabilidad de los tejidos pélvicos e interfieren con su disección.
2. Por causar aumento del sangrado.
3. Por reblandecer los endometriomas, ocasionando dificultad para delimitar bordes.

Otra recomendación pertinente es el de la suspensión del útero cuando se remueven focos endometriticos de pared posterior, pudiendo ocasionar fijación uterina y existencia de múltiples adherencias que ocasionen esterilidad.

La neurectomía pre-sacra es recomendable en dismenorreas recurrentes ocasionando como efectos colaterales: hipotonía temporal de la vejiga y constipación crónica.

TRATAMIENTO QUIRURGICO CONSERVADOR CON PRESERVACION DE LA FUNCION OVARICA :

Al 96% de pacientes con Endometriosis se le efectúa generalmente Histerectomía por compromiso endometriósico, respetándose únicamente el tejido ovárico sano que conserva en forma aceptable su irrigación sanguínea.

Técnicamente la castración sería más fácil y no reseca la endometriosis, con lo que se evitaría la fluctuación hormonal, lo cual genera y estimula la endometriosis. (20)

La conducta a seguir en la endometriosis residual será el esperar la resolución gradualmente con el fin de que las glándulas se vuelvan afuncionales y cicatricen. (20)

Sin embargo la Ooforectomía bilateral también puede producir sintomatología menopáusica en muchas pacientes, siendo adecuado aclarar que el intento de tratar los síntomas con hormonas

tendería a reestimar los focos endometriósicos produciendo más tumor y dolor, por eso es conveniente el respetar la función ovárica hasta donde sea posible ya que de esta manera la paciente mantiene sus propios niveles hormonales hasta la declinación fisiológica. (20)

PACIENTES TRATADAS CON HISTERECTOMIAS Y RESECCION DE ENDOMETRIOSIS APLICADA A PACIENTES ENTRE 30 Y 50 AÑOS USUALMENTE :

Puntos a considerar para el ejemplo de dicho criterio: (20)

1. Parejas que no desean tener más hijos.
2. Esposo o esposa infertil en forma definitiva.
3. No es casada la mujer y tiene por arriba de 35 años.
4. La Endometriosis puede ser reseca y conservarse tejido ovárico con buen riego sanguíneo con el fin de asegurar función ovárica de 5 a 25 años.

TECNICA; HISTERECTOMIA CON SALPINGOOFORRECTOMIA
BILATERAL Y RESECCION DE LA ENDOMETRIOSIS :

En general el útero y sus anexos además de los focos endometriósicos deben de removerse cuando:

1. Existe una endometriosis severa.
2. Otras condiciones de patología pélvica que requieren de la operación completa.
3. Evidencia de ser imposible la fecundación.
4. Paciente que se encuentra cerca o que ha pasado el -
período menopausico.
5. Si una cirugía menor puede producir en un momento -
dado incremento de la sintomatología dolorosa o sangra-
do que afecte otros aparatos.

La mayoría de las pacientes estan en una edad oscilante entre
35 y 60 años o mayores.

RECOMENDACIONES SOBRE OPERACIONES MENORES : (20)

- A. No efectuar insuflaciones úterotubaria antes de 3 semanas,
posterior a un legrado o cualquier operación disrruptiva del
endometrio.

- B. La exploración pélvica bajo anestesia debe de hacerse antes y no después de un legrado, por favorecer el paso de tejido endometrial a las trompas.
- C. La cauterización o congelación de ectropión no deberán hacerse dentro del canal cervical por producir estenosis y aumento de presión en cavidad con paso del endometrio a las trompas.
- D. En casos poco frecuentes como retroflexión o ante flexión exageradas en que se obstruye en forma parcial el canal cervical produciendo menstruaciones retrógradas, podrá usarse progestágenos orales y suspender cuando se desee embarazo.
- E. Evitarse cirugía abdominal o uterina que aumente la presión cuando se encuentre la paciente en fase estrogénica del ciclo menstrual o bajo administración de estrógenos exógenos por el riesgo de implantación en herida quirúrgica o peritonealmente.

OBJETIVOS :

Dado el mayor número de casos de Adenomiosis y Endometriosis que hemos observado en nuestro hospital en los últimos años, así como el frecuente hallazgo de Adenomiosis sin previa sospecha quirúrgica, hemos tenido como objetivo de esta tesis el realizar un estudio retrospectivo de todos aquellos casos cuyo estudio histopatológico fue de Adenomiosis y Endometriosis, realizando la frecuencia de este padecimiento en relación con el número de intervenciones quirúrgicas practicadas en ese mismo período de tiempo que comprendió el año de 1978.- así como el análisis retrospectivo de los datos clínicos que dichas pacientes presentaron, con el fin de poder tener criterios clínicos con los cuales fundamentar un diagnóstico correcto de estos padecimientos.

MATERIAL Y METODOS :

Se revisaron como parte inicial del trabajo 10000 reportes - -
anatomopatológicos del C.H. "20 DE NOVIEMBRE", comprendidos
de enero a diciembre de 1978 con el fin de captar los casos de -
Adeniosis y Endometriosis, habiéndose encontrado un total de
124 casos.

Se localizaron únicamente 92 expedientes clínicos de los 124 casos
reportados. Se hizo un estudio de todos estos expedientes, vaciando
los datos clínicos de laboratorio, gabinete y quirúrgicos, así como
anatomopatológicos, en una hoja diseñada exclusivamente para estos
casos, en la que se encontraban la edad, antecedentes heredo-fam_
iliares, personales patológicos de importancia, los antecedentes -
ginecoobstétricos, antecedentes quirúrgicos del aparato genital o
manipulaciones previas, los datos clínicos del padecimiento actual,
el diagnóstico pre-operatorio, los datos de laboratorio y gabinete-
de importancia, los hallazgos quirúrgicos y los reportes histopato-
lógicos.

RESULTADOS :

TABLA No. 1

CIRUGIAS EFECTUADAS EN EL AÑO DE 1978 EN EL C.H.
"20 DE NOVIEMBRE "

TOTAL : 14,026 CIRUGIAS

CORRESPONDIENTES AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA:
2,060 CIRUGIAS EQUIVALENTES AL 14.68 % DEL TOTAL DE
CIRUGIAS.

TABLA No. 2

GINECO-OBSTETRICIA .

DISTRIBUCION DE CIRUGIAS :

PROGRAMADAS : 1 433

EMERGENCIA : 627

TABLA No. 3

No. DE CIRUGIAS EFECTUADAS AL UTERO Y ELEMENTOS
DE SOSTEN EN 1978:

441 CIRUGIAS QUE CORRESPONDEN AL 21,40% DE LAS -
2060 CIRUGIAS EFECTUADAS EN EL SERVICIO DE - -
GINECO-OBSTETRICIA DEL C.H. "20 DE NOVIEMBRE "

TABLA No.4

NUMERO DE HISTERECTOMIAS EFECTUADAS EN EL -
C.H. "20 DE NOVIEMBRE " EN EL AÑO DE 1978

380 HISTERECTOMIAS

TABLA No. 5

SE REVISARON 10,000 REPORTES ANATOMOPATOLOGICOS
CORRESPONDIENTES AL PERIODO ENERO-DICIEMBRE DE
1978.

ENCONTRANDOSE 124 CASOS REPORTADOS COMO:
ENDOMETRIOSIS Y ADENOMIOSIS.

CORRESPONDIENDO AL 1.24% DEL TOTAL DE LOS REPOR_
TES ANATOMOPATOLOGICOS.

TABLA No. 6

DE LOS 124 CASOS DETECTADOS POR ESTUDIO ANATOMOPA_
TOLOGICOS :

106 CORRESPONDIERON A ADENOMIOSIS	85.48 %
<u>18</u> CORRESPONDIERON A ENDOMETRIOSIS	14.52 %
124	

TABLA No. 7

DE LOS 124 CASOS ESTUDIADOS CON DIAGNOSTICO .- - -
ANATOMOPATOLOGICOS DE ADENOMIOSIS Y ENDOMETRIOSIS,
FUERON LOCALIZADOS UNICAMENTE :

92 EXPEDIENTES CLINICOS, DE LOS CUALES :

80 CORRESPONDIERON A ADENOMIOSIS .

12 CORRESPONDIERON A ENDOMETRIOSIS .

TABLA No. 8

DISTRIBUCION SEGUN EDAD DE LAS PACIENTES QUE PRESENTARON
ADENOMIOSIS :

EDAD	No.DE PACIENTES	PORCENTAJE
20 - 30 AÑOS	4	5. %
31 - 40 AÑOS	18	22.5 %
41 - 50 AÑOS	34	42.5 %
51 - 60 AÑOS	14	17.5 %
61 - 70 AÑOS	9	11.25 %
71 - 80 AÑOS	1	1.25 %
TOTAL :	80	100.00 %

TABLA No. 9

EL PADECIMIENTO MAS FRECUENTE PRESENTADO POR -
 LAS PACIENTES O SUS FAMILIARES FUE LA DIABETES EN
 LA ADENOMIOSIS ;

No. DE PACIENTES	7
PADRES DE LOS PACIENTES	13
TIOS	2
ABUELOS	<u>1</u>
	23

TABLA No. 10

ANTECEDENTE DE CIRUGIA PREVIA EN LAS PACIENTES CON
 ADENOMIOSIS ;

CIRUGIA EFECTUADA	No.DE PACIENTES	%
LAPAROTOMIA POR EMBARAZO ECTOPICO	3	3.75
LAPAROTOMIA POR ANEXITIS	1	1.25
LAPAROTOMIA POR PERFORACION UTERINA,	1	1.25
LIGAMENTOPEXIA	1	1.25
OOFORRECTOMIA	1	1.25
RESECCION QUISTE DE OVARIO	<u>1</u>	<u>1.25</u>
TOTAL:	8	10.00%

TABLA No. 11

PRESENCIA DE MENARCA SEGUN EDAD EN LA ADENOMIOSIS :

EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
10 - 12 AÑOS	22	27.5 %
13 - 15 AÑOS	55	68.75 %
16 - 6 MAS AÑOS	<u>3</u>	<u>3.75 %</u>
TOTAL :	80	100.00 %

TABLA No. 12

INICIO DE VIDA SEXUAL EN LA ADENOMIOSIS :

EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
MENOR DE 15 AÑOS	2	2.5 %
15 - 20 AÑOS	56	70.0 %
21 - 30 AÑOS	20	25. %
31 - 35 AÑOS	1	1.25%
SIN VIDA SEXUAL	<u>1</u>	<u>1.25%</u>
TOTAL :	80	100.00%

TABLA No. 13

RITMO Y DURACION DE LOS CICLOS MENSTRUALES EN LA
ADENOMIOSIS :

RITMO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
MENOR DE 25 DIAS	3	3.75 %
26 - 30 DIAS	68	85.0 %
31 - 60 DIAS	8	10.0 %
MAYOR DE 60 DIAS	1	1.25 %
	<u>80</u>	<u>100.00 %</u>
DURACION:		
MENOR DE 5 DIAS	71	88.75 %
MAYOR DE 5 DIAS	9	11.25 %
TOTAL :	<u>80</u>	<u>100.00 %</u>

TABLA No. 14

METODOS DE ANTICONCEPCION UTILIZADOS POR PACIENTES
CON ADENOMIOSIS :

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
HORMONALES ORALES	16	20. %
HORMONALES DE DEPOSITO	5	6.25 %
SALPINGOCLASIA	14	17.5 %
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	9	3.75 %
TOTAL :	<u>38</u>	<u>47.50 %</u>

TABLA No. 15

PADECIMIENTOS ASOCIADOS A PACIENTES CON DIAGNOSTICO
ANATOMOPATOLOGICO DE ADENOMIOSIS :

PADECIMIENTO	No.DE PACIENTES	PORCENTAJE
ESTERILIDAD SECUNDARIA	4	5. %
ESTERILIDAD PRIMARIA	1	1.25 %
INFERTILIDAD	1	1.25 %
TOTAL :	<u>6</u>	<u>7.50 %</u>

TABLA No. 16

NUMERO DE GESTACIONES EN PACIENTES CON ADENOMIOSIS :

No. DE GESTACIONES	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
MENOS DE 3	6	7.5 %
3 - 10	60	75.0 %
MAS DE 10	12	15.0 %
ESTERILIDAD PRIMARIA	<u>2</u>	<u>2.5 %</u>
TOTAL	80	100.00 %

TABLA No. 17

ANTECEDENTES DE ABORTOS EN PACIENTES CON ADENOMIOSIS:

No. DE ABORTOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
1 - 3	44	55. %
4 - 5	5	6.25 %
6 - 10	3	3.75 %
MAS DE 10	<u>2</u>	<u>2.5 %</u>
TOTAL :	54	67.50 %

TABLA No. 18

NUMERO DE LEGRADOS POR ABORTO EN PACIENTES CON ADENOMIOSIS :

No. DE LEGRADOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
DE 1 - 3	30	37.5 %
DE 4 - 5	2	2.5 %
DE 6 - 10	<u>3</u>	<u>3.75 %</u>
TOTAL :	35	43.75 %

TABLA No. 19

ANTECEDENTES DE CESAREAS EN PACIENTES CON ADENOMIOSIS :

No. DE CESAREAS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
1	8	10. %
2	1	1.25 %
3	5	6.25 %
5	1	1.25 %
TOTAL :	15	18.75 %

TOMANDO EN CUENTA LOS 80 CASOS ESTUDIADOS.

TABLA No. 20

SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTEMENTE PRESENTADA EN LOS 80 CASOS DE ADENOMIOSIS :

SINTOMAS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
DISMENORREA	38	47.5 %
DOLOR ABDOMINAL DIFUSO	7	8.75 %
CALAMBRES ABDOMINALES	4	5. %
DISPAREUNIA	4	5. %
TENESMO VESICAL	4	5. %
SINTOMAS VASOMOTORES	4	5. %
SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO	4	5. %
SIGNO DE REBOTE POSITIVO	3	3.75 %
SINDROME DE CONGESTION PELVICA	1	1.25 %

TABLA No. 21

OTRAS ALTERACIONES PRESENTES EN PACIENTES CON
ADENOMIOSIS :

ALTERACIONES	No. DE PACIENTES
ANEMIA	1
SANGRADO POSCOITO	1

TABLA No. 22

ALTERACION DEL CICLO MENSTRUAL MANIFESTADO POR
PACIENTES CON ADENOMIOSIS :

CICLOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
ACORTADOS Y ABUNDANTES	25	31.25 %
ABUNDANTES	14	17.25 %
ALARGADOS Y ABUNDANTES	12	15. %
ALARGADOS Y ESCASOS	1	1.25 %
REGULARES	<u>28</u>	<u>35.30 %</u>
TOTAL :	80	100.00 %

TABLA No. 23

VALORES ESTROGENICOS DETERMINADOS POR CITOLOGIAS
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DE
ADENOMIOSIS :

VALORES ESTROGENICOS	No.DE PACIENTES	PORCENTAJE
MENORES DE 50	2	2.5 %
50 - 60	24	30. %
61 - 70	23	28.75 %
71 - 80	10	12.5 %
MAYOR DE 80	3	3.75 %
NO POSIBLE DETERMINAR	4	5. %
NO TENIAN REPORTE CITOL- GICO	14	17.50 %
TOTAL :	80	100.00 %

TABLA No. 24

RESULTADOS DE CITOLOGIAS EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DE ADENOMIOSIS :

RESULTADO	No. DE PACIENTE	PORCENTAJE
NEGATIVO I	16	20. %
NEGATIVO II	44	56.25 %
NEGATIVO III	4	5. %
DISPLASIA I	1	1.25 %
POSITIVO V	1	1.25 %
SIN REPORTE CITOLOGICO	14	17.5 %
TOTAL :	80	100.00 %

TABLA No. 25

ALTERACIONES DEL VOLUMEN UTERINO REPORTADAS A LA EXPLORACION DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DE ADENOMIOSIS :

VOLUMEN DEL UTERO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
AUMENTO DE VOLUMEN	57	71.25 %
NORMALES	2	2.5 %
NO REPORTADOS	21	26.25 %
TOTAL :	80	100.00 %

TABLA No. 26

POSICION UTERINA REPORTADA A LA EXPLORACION DE
 PACIENTES CON DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DE
 ADENOMIOSIS :

POSICION	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
RETROVERSION	16	20. %
INDIFERENTE	6	7.5 %
ANTEVERSION	39	41.25 %
RESTO NO REPORTADO	<u>25</u>	<u>31.25 %</u>
TOTAL :	80	100.00 %

TABLA No. 27

OTRAS ALTERACIONES EXPLORATORIAS EN PACIENTES CON
 DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO CON ADENOMIOSIS :

ALTERACIONES	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
PRESENCIA DE DOLOR AL EXPLORACION GINECOLOGICA.	4	5. %
PRESENCIA DE NODULACIONES PELVICAS	<u>2</u>	<u>2.5 %</u>
TOTAL :	6	7.5 %

TABLA No. 28

MEDIDAS PREVIAS DE TRATAMIENTO O DIAGNOSTICO EN
 PACIENTES CON DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO -
 DE ADENOMIOSIS :

PROCEDIMIENTO	No.DE PACIENTES	PORCENTAJE
LEGRADO CERVICO UTERINO TERAPEUTICO O DIAGNOSTICO	35	43.75 %
TRATAMIENTO HORMONAL	11	13.75 %
CONIZACION CERVICAL	5	6.25 %
RADIOTERAPIA	1	1.25 %
HEMOTRANSFUSION	<u>1</u>	<u>1.25 %</u>
TOTAL :	53	66.25 %

TABLA No. 29

DISTRIBUCION DE CIRUGIAS SEGUN INDICACION EN PACIENTES
 CON DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DE ADENOMIOSIS :

	No.DE PACIENTES	PORCENTAJE
CIRUGIAS PROGRAMADAS	76	95 %
CIRUGIAS DE URGENCIA	<u>4</u>	<u>5 %</u>
TOTAL :	80	100 %

TABLA No. 30

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO EN PACIENTES CON .-
 DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DE ADENOMIOSIS:

DIAGNOSTICO	No.,DE PACIENTES	PORCENTAJE
MIOMATOSIS UTERINA	44	55. %
HIPERPLASIA ADENOMATOSA QUISTICA	9	11.25 %
PROLAPSO GENITAL	8	10. %
CA DE ENDOMETRIO	4	5. %
CA CU 1A	3	3.75 %
CA CU RECURRENTE A CONIZACION	2	2.5 %
CA CU INSITU	2	2.5 %
PIOSALPINX BILATERAL	2	2.5 %
CA CU II b	1	1.25 %
ADENOMIOSIS	1	1.25 %
METRORRAGIA DISFUNCIONAL	1	1.25 %
UTERO BICORNE (ABOSTO HABITUAL)	1	1.25 %
HEMATOMA DEL LIGAMENTO ANCHO	1	1.25 %
FISTULA VESICO UTERINA	1	1.25 %

TABLA No. 31

CIRUGIAS EFECTUADAS A PACIENTES CON DIAGNOSTICO
ANATOMOPATOLOGICO CON ADENOMICOSIS :

CIRUGIA EFECTUADA	No.DE PACIENTES	PORCENTAJE
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	54	67.5 %
HISTERECTOMIA VAGINAL	8	10. %
HISTERECTOMIA EXTRAFACIAL	7	8.75 %
HISTERECTOMIA CON CONSERVACION DE OVARIOS	4	5. %
HISTERECTOMIA EXTRAFACIAL CON TERCIO SUPERIOR DE VAGINA	4	5. %
HISTERECTOMIA RADICAL	1	1.25 %
OPERACION DE STRASSMAN	1	1.25 %
OPERADA FUERA DEL HOSPITAL (HISTERECTOMIZADA)	1	1.25 %
TOTAL :	80	100.00 %

TABLA No. 32

PESO UTERINO REPORTADO EN EL ESTUDIO ANATOMO-
-
PATOLOGICO EFECTUADO A PACIENTES CON ADENOMIOSIS:

PESO	No.DE PACIENTES	PORCENTAJE
50 - 100 GRS .	11	13.75 %
100 - 200 GRS .	41	51.25 %
200 - 300 GRS .	14	17.5 %
300 - 400 GRS .	4	5. %
400 - 500 GRS .	0	0 %
500 - 600 GRS .	1	1.25 %
NO REPORTADOS	8	10. %
RESECCION TABIQUE UTERINO	1	1.25 %
TOTAL :	80	100.00 %

TABLA No. 33

PRESENCIA DE ENDOMETRIOSIS Y ADENOMIOSIS

ENDOMETRIOSIS OVARICA	1
ENDOMETRIOSIS DE SACO DE DOUGLAS .	1

TABLA No. 34

PATOLOGIA MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADA POR
ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO ASOCIADA A ADENOMIOSIS
(106 EXP.)

PATOLOGIA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
LEIOMIOMAS	39	36.79 %

TABLA No. 35

HIPERPLASIA ASOCIADAS A ADENOMIOSIS :

HIPERPLASIA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
HIPERPLASIA ADENOMATOSA QUISTICA	15	14.15 %
HIPERPLASIA ADENOMATOSA ATIPICA	5	4.71 %
HIPERPLASIA SIMPLE	1	0.94 %
TOTAL :	<u>21</u>	<u>19.80 %</u>

TABLA No. 36

NEOPLASIA CERVICAL Y ENDOMETRIAL ASOCIADAS A
ADENOMIOSIS .

	No.DE PACIENTES	PORCENTAJE
CA CU INSITU	3	2.83 %
CA EPIDERMÓIDE MODERADAMENTE DIFERENCIADO DEL CERVIX CON INV. A ENDOMETRIO.	1	0.94 %
CA EPIDERMÓIDE MODERADAMENTE DIFERENCIADO E INVASOR DE OVARIO Y CERVIX	1	0.94 %
CA EPIDERMÓIDE BIEN DIFERENCIADO INVASOR CERVICAL	1	0.94 %
CA INDIFERENCIADO DE CELULAS DE RESERVA DE CUELLO UTERINO	1	0.94 %
ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL	1	0.94 %
ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO DE ENDOMETRIO	1	0.94 %
ADENOCANTOMA CON EXTENSION A MIOMETRIO	1	0.94 %
TOTAL	10	9.41 %

TABLA No. 37
 PATOLOGIA TUBARIA Y ENDOMETRIAL INFLAMATORIA
 ASOCIADA A ADENOMIOSIS (106 casos)

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
PICOSALPINX	2	1.88 %
HIDROSALPINX	1	0.94 %
SALPINGITIS	4	3.77 %
ENDOMETRITIS, MICOMETRITIS, OOFORITIS Y SALPINGITIS CRONICA		
GRANULOMATOSA CALCIFICADA COMPATIBLE CON T.B.	1	0.94 %
TOTAL :	3	2.83 %
	11	10.36 %

TABLA No. 38
 PRESENCIA DE OVARIOS CON CUERPO AMARILLO EN PACIENTES
 CON ADENOMIOSIS :

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
OVARIOS CON CUERPO AMARILLO Y QUISTES FOLICULARES	56	52.8 %
CUERPO AMARILLO ADULTO	9	8.4 %
TOTAL :	65	61.2 %

TABLA No. 37

PATOLOGIA TUBARIA Y ENDOMETRIAL INFLAMATORIA
ASOCIADA A ADENOMIOSIS (106 casos)

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
PIOSALPINX	2	1.88 %
HIDROSALPINX	1	0.94 %
SALPINGITIS	4	3.77 %
ENDOMETRITIS, MIOMETRITIS, OOFORITIS Y SALPINGITIS CRONICA GRANULOMATOSA CALCIFICADA COMPATIBLE CON T.B.	1	0.94 %
ENDOMETRITIS	3	2.83 %
TOTAL :	11	10.36 %

TABLA No. 38

PRESENCIA DE OVARIOS CON CUERPO AMARILLO EN PACIENTES
CON ADENOMIOSIS :

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
OVARIOS CON CUERPO AMARILLO Y QUISTES FOLICULARES	56	52.8 %
CUERPO AMARILLO ADULTO	9	8.4 %
TOTAL :	65	61.2 %

TABLA No. 39

FRECUENCIA DE QUISTES OVARICOS Y PARA OVARICOS
ASOCIADOS A ADENOMIOSIS.

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
CISTOADENOMAS	3	2.83 %
QUISTES SEROSOS PARATUBARIOS	4	3.77 %
QUISTES SEROSOS OVARICOS	3	2.83 %
TOTAL :	<hr/> 10	<hr/> 9.43 %

TABLA No. 40

DISTRIBUCION SEGUN EDAD DE LAS PACIENTES QUE PRESEN-
TARON ENDOMETRIOSIS.

EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
20 - 30 AÑOS	2	16.66 %
31 - 40 AÑOS	2	16.66 %
41 - 50 AÑOS	5	41.66 %
51 - 60 AÑOS	1	8.34 %
61 - 70 AÑOS	1	8.34 %
71 - 80 AÑOS	1	8.34 %
TOTAL:	<hr/> 12	<hr/> 100.00 %

TABLA No. 41

LOCALIZACIONES Y FORMAS DE ENDOMETRIOSIS PRESENTES
EN LOS ESTUDIOS ANATOMOPATOLOGICOS.

	No.DE PACIENTES	PORCENTAJE
QUISTE ENDOMETRIOSICO DE OVARIO.	11	61.11 %
ENDOMETRIOSIS NO QUISTICA DE OVARIO.	5	27.77 %
ENDOMETRIOSIS TUBARIA	1	5.56 %
ADENOCARCINOMA ENDOMETRIOIDE DE OVARIO Y ENDOMETRIOSIS EN OVARIO NO TUMORAL	1	5.96 %
TOTAL :	<u>18</u>	<u>100.00 %</u>

TABLA No. 42

PRESENCIA DE MENARCA SEGUN EDAD EN LA ENDOMETRIOSIS :

EDAD	No.DE PACIENTES	PORCENTAJE
10 - 12 AÑOS	6	50. %
13 - 15 AÑOS	6	50. %
TOTAL :	<u>12</u>	<u>100. %</u>

TABLA No. 43

RITMO Y DURACION DE LOS CICLOS MENSTRUALES EN LA
ENDOMETRIOSIS :

RITMO:	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
MENOR DE 25 DIAS	1	8.3 %
26 - 30 DIAS	10	83.4 %
MAYOR DE 30 DIAS	+1	8.3 %
TOTAL :	<hr/> 12	<hr/> 100.00 %
DURACION :		
MENOR DE 5 DIAS	11	91.7 %
MAYOR DE 5 DIAS	1	8.3 %
TOTAL :	<hr/> 12	<hr/> 100.00 %

TABLA No. 44

ANTECEDENTE DE PADECIMIENTO DIABETICO EN PACIENTES
CON DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DE ENDOMETRIOSIS .

PACIENTE	1
ABUELOS	2
HERMANOS	2

TABLA No. 45

INICIO DE VIDA SEXUAL EN LA ENDOMETRIOSIS.

EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
15 - 20 AÑOS	6	50 %
21 - 30 AÑOS	6	50 %
TOTAL :	12	100. %

TABLA No. 46

PADECIMIENTO ASOCIADO A PACIENTES CON DIAGNOSTICO
ANATOMOPATOLOGICO DE ENDOMETRIOSIS.

PADECIMIENTO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
ESTERILIDAD SECUNDARIA	2	16.66 %
ESTERILIDAD PRIMARIA	1	8.33 %
TOTAL :	3	24.99 %

TABLA No. 47

MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN UTILIZADOS POR PACIENTES
CON ENDOMETRIOSIS :

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
HORMONALES ORALES	1	8.3 %
HORMONALES DE DEPÓSITO	0	0.0 %
SALPINGOCLASIA	0	0.0 %
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	2	16.6 %
TOTAL :	<u>3</u>	<u>24.9 %</u>

TABLA No. 48

VALORES ESTROGENICOS REPORTADOS POR CITOLOGÍA EN
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO DE
ENDOMETRIOSIS :

VALOR ESTROGENICO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
50 - 60	2	16.66 %
61 - 70	4	33.33 %
71 - 80	3	25.00 %
ESTROGENOS ELEVADOS PARA SU EDAD	1	8.33 %
RESTO DE PACIENTES SIN REPORTE CITOLÓGICO		

TABLA No. 49

RESULTADOS DE CITOLOGIA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO
ANATOMOPATOLOGICO DE ENDOMETRIOSIS;

RESULTADO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
NEGATIVO I	4	32.33 %
NEGATIVO II	7	58.33 %
TOTAL :	11	90.66 %

TABLA No. 50

No. DE GESTACIONES	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
MENOS DE 3	4	33.33 %
3 a 10	4	33.33 %
MAS DE 10	1	8.33 %
ESTIRILIDAD PRIMARIA	1	8.33 %
TOTAL :	10	83.32

TABLA No. 51

POSICION UTERINA REPORTADA A LA EXPLORACION DE
 PACIENTES CON DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DE
 ENDOMETRIOSIS :

POSICION :	No.DE PACIENTES	PORCENTAJE
RETROVERSION	4	33.33 %
ANTEVERSION	3	25.00 %
RESTO NO REPORTADO	5	41.66 %
TOTAL :	12	100.00 %

TABLA No. 52

ALTERACIONES DEL VOLUMEN UTERINO REPORTADAS EN LA
 EXPLORACION DE LA PACIENTE CON DIAGNOSTICO ANATOMOPA
 TOLOGICO DE ENDOMETRIOSIS .

VOLUMEN DEL UTERO	No.DE PACIENTES	PORCENTAJE
AUMENTO DE VOLUMEN	9	75. %
NORMALES	1	8.33 %
NO REPORTADOS	2	16.67 %
TOTAL :	12	100.00 %

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

TABLA No. 53

CIRUGIAS EFECTUADAS A PACIENTES CON DIAGNOSTICO
ANATOMOPATOLOGICO DE ENDOMETRIOSIS :

CIRUGIA EFECTUADA	No. DE PACIENTES
PLASTIA TUBARIA	1
LIGAMENTOPEXIA	1

TABLA No. 54

ANTECEDENTES DE ABORTOS EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS

No. DE ABORTOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
1 - 3	2	16.66 %
4 - 5	0	0
6 - 10	2	16.66 %
MAS DE 10	0	0
TOTAL :	4	33.32 %

TABLA No. 55

NUMERO DE LEGRADOS POR ABORTOS EN PACIENTES CON
ENDOMETRIOSIS;

No. DE LEGRADOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
1 - 3	2	16.66 %
4 - 5	0	0
6 - 10	1	8.33 %
MAS DE 10	0	0
TOTAL :		<u>24.99 %</u>

TABLA No. 56

ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL QUE MANIFESTARON
LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DE
ENDOMETRIOSIS .

CICLOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
ACORTADOS Y ABUNDANTES	3	25.00 %
ABUNDANTES	2	16.66 %
ALARGADOS Y ABUNDANTES	2	16.66 %
TOTAL :	<u>7</u>	<u>58.32 %</u>

TABLA No. 57

SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTEMENTE PRESENTADA EN
12 CASOS DE ENDOMETRIOSIS :

SINTOMA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
DISMENORREA	8	66.66 %
TENESMO VESICAL	2	16.66 %
TENESMO RECTAL	1	8.33 %
DISPAREUNIA	1	8.33 %
DOLOR ABDOMINAL INTERMENS TRUAL	1	8.33 %
PESANTEZ ABDOMINAL	1	8.33 %

NOTA: LOS SINTOMAS SE PRESENTABAN EN FORMA AISLADA O
COMBINADOS .

TABLA No. 58

POSICION UTERINA REPORTADA A LA EXPLORACION DE PACIENTES
CON DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DE ENDOMETRIOSIS :

POSICION	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
RETROVERSION	4	33.33 %
ANTEVERSION	3	25.00 %
RESTO NO REPORTADO	5	41.66 %

TABLA No. 59

ALTERACIONES DEL VOLUMEN UTERINO REPORTADOS EN LA EXPLORACION DE LA PACIENTE CON DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DE ENDOMETRIOSIS .

VOLUMEN DEL UTERO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
AUMENTO DE VOLUMEN	9	75.00 %
NORMAL	11	8.33 %
NO REPORTADOS	2	16.67 %

TABLA No. 60

OTRAS ALTERACIONES ENCONTRADAS A LA EXPLORACION EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DE ENDOMETRIOSIS :

ALTERACIONES	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
ANEXOS ENGROSADOS	4	33.33 %
DOLOR A LA EXPLORACION	2	16.66 %
MASA TUMORAL ANEXIAL	2	16.66 %
NODULACION PELVICA	1	8.33 %

TABLA No. 61

MEDIDAS PREVIAS DE TRATAMIENTO O DIAGNOSTICO EN
 PACIENTES CON DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DE
 ENDOMETRIOSIS :

TRATAMIENTO PREVIO:	No.DE PACIENTES	PORCENTAJE
LEGRADO CERVICO-UTERINO TERAPEUTICO O DIAGNOSTICO	3	25.00 %
TRATAMIENTO HORMONAL	1	8.33 %
TOTAL :	4	33.33 %

TABLA No. 62

PROGRAMACION QUIRURGICA SEGUN INDICACION EN PACIENTES
 CON DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DE ENDOMETRIOSIS:

INDICACION :	No.DE PACIENTES	PORCENTAJE
PROGRAMADAS	10	83.34 %
URGENCIA	2	16.66 %
TOTAL :	12	100.00 %

TABLA No. 63

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ENDOMETRIOSIS POR ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO :

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. PACIENTE	PORCENTAJE
MICOMATOSIS	6	50.00 %
QUISTE OVARICO	2	16.66 %
PIOSALPINX	1	8.34 %
HIPERPLASIA QUISTICA ENDOMETRIAL	1	8.34 %
PROBABLE CA. DE OVARIO	2	16.66 %
TOTAL :	12	100.00 %

TABLA No. 64

CIRUGIA EFECTUADA A PACIENTES CON DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DE ENDOMETRIOSIS :

CIRUGIA EFECTUADA	No. DE PACIENTE	PORCENTAJE
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	10	83.34 %
EXTIRPACION OVARIO QUISTICO	1	8.33 %
OOFORECTOMIA DERECHA CON RESECCION EN CUÑA DE OVARIO CONTRALATERAL	1	8.33 %
TOTAL :	12	100.00 %

TABLA No. 65

PESO UTERINO REPORTADO EN EL ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO
EFECTUADO A PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS:

PESO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
100 - 200 GR.	3	25.00 %
200 - 300 GR.	1	8.33 %
300 - 400 GR.	2	16.66 %

TABLA No. 66

ASOCIACION DE LA ENDOMETRIOSIS A OTRAS PATOLOGIAS :

PATOLOGIA	No.DE PACIENTES	PORCENTAJE
LEIOMIOMATOSIS	5	27.77 %
HIPERPLASIA ADEROMATOSA ATIPICA Y QUISTICA	1	5.55 %
ADENOCARCINOMA ENDOMETRIOIDE DE OVARIO	1	5.55 %
TOTAL :	7	38.87 %

COMENTARIOS .

Frecuencia .

La frecuencia encontrada de endometriosis en 360 histerectomías, fue de 32.5% cifra que corresponde a las de la literatura (10) y en ocasiones mas elevada que la de otros reportas (3). De las 124 pacientes con endometriosis encontramos que el 85.48% presentaba adenomiosis y solamente un 14.52 % endometriosis externa esta cifra última es más baja que la reportada en la literatura (3) pero no tiene valor si tomamos en cuenta que en este estudio, unicamente se analizaron a las pacientes sometidas a intervención quirúrgica y desconocemos el número de casos de endometriosis que están bajo tratamiento médico.

Edad .

Analizando exclusivamente a las pacientes que presentaron adenomiosis encontramos que la mayor incidencia se encuentra por arriba de los 41 años (72.5 %) de los casos, siendo la edad mas frecuente entre los 41-50 años, datos que concuerdan con los reportados en la literatura (10). Solamente un 27.5% tenía edad por abajo de los 40 años pero mas de 20.

En relación con los casos de endometriosis la mayor frecuencia se encontraba igualmente entre 41-50 años, estando en (66.68%) de los casos por arriba de los 41 años y entre los 20-40 años el (33.32%) datos que también concuerdan con los de la literatura (2,3,10).

Antecedentes Personales Patológicos.

En relación con los antecedentes personales patológicos no se encontró correlación con la endometriosis y adenomiosis. El padecimiento más frecuente encontrado fue la diabetes mellitus en (8.7%) de los casos, que para la edad de la mayoría de nuestros pacientes, corresponde a la frecuencia de la población general.(24).

Menarca.

La aparición de la Menarca a edad temprana, considerada por muchos autores dada la elevación prematura de estrógenos, - factor desencadenante de patología ginecológica como la endometriosis y adenomiosis (2,3,10). En nuestros casos no fue posible correlacionar la edad en que apareció la menarca con la presencia de adenomiosis y de endometriosis en contradicción con lo reportado en la literatura, aunque si observamos que la aparición tardía de esta, se relaciona con una baja frecuencia de adenomiosis tan solo un 3.75 % de los casos de adenomiosis en mujeres con menarca a los 16 años o más. En los casos de endometriosis en 50 % de las pacientes había presentado la menarca entre los 10-12 años y el otro 50 % entre los 13-18 años, pero no encontramos en ningún caso la presencia de menarca después de los 16 años.

Inicio de la Vida Sexual Activa.

El dato del inicio de la vida sexual activa no podemos tomarlo como argumento de que a más temprana edad del inicio de esta, sea un - factor de adenomiosis o endometriosis, aunque en los casos de adenomiosis encontramos que el 70% había iniciado vida sexual entre los 15 y 20 años, ya que en nuestro medio es la edad en que se inicia la vida genital. En los casos de endometriosis una mitad de las pacientes la había iniciado entre los 15 y 20 años y la otra entre los 21 y 30 años.

Ciclo Menstrual.

Previo al inicio de la sintomatología los ciclos menstruales en 85% de las pacientes eran normales en los casos de adenomiosis y el 88.4% en los casos de endometriosis, solamente 3.75 % en los casos de adenomiosis y 8.3% en los de endometriosis tenían acortamientos de los ciclos y 11.25 % de los casos de adenomiosis y 8.3% de los de endometriosis, períodos menstruales alargados sin reportarse en los expedientes la cuantía. Lo anterior no amerita comentarios.

Control de la Fertilidad.

Encontramos una alta incidencia de pacientes que tenían antecedentes de control de la fertilidad (47.5%) de las pacientes con adenomiosis y 24.9% de las que tenían endometriosis.

De las pacientes con adenomiosis 25.2% se controlaron con hormonales y 8.3% de las que presentaron endometriosis, otros métodos utilizados fue el dispositivo intrauterino y la salpingoclasia. Aunque esto puede ser un factor predisponente para la endometriosis y adenomiosis, no es difícil correlacionarlo directamente ya que para esto tendríamos que realizar un estudio comparativo y prospectivo entre pacientes con control de la fertilidad por diversos métodos y mujeres sin control de la fertilidad.

Antecedentes de Esterilidad e Infertilidad.

El 5 % de las pacientes con adenomiosis presentaba esterilidad secundaria, 1,25% de esterilidad primaria y un 1,25% infertilidad.

De las pacientes con endometriosis solamente el 8,33% presentaba esterilidad primaria. Estos datos corresponden a los de la población general y contrarios a la alta frecuencia de esterilidad reportada en la literatura (2,3,21).

Gestaciones

El número de gestaciones es factor de comentarios en numerosos artículos, ya que se ha encontrado una mayor incidencia de adenomiosis en pacientes multigestas, probablemente como consecuencia de una disgregación de las fibras miométriales que permite el crecimiento decidual entre ellas y la transformación a una adenomiosis, en el trabajo presente de acuerdo con dicho concepto ya que hasta en un 75% de las pacientes se encontraron de 3-10 gestaciones y en un 12% por arriba de las 10 gestaciones. En los casos de endometriosis encontramos que 41,66% de las pacientes habían tenido 3 o más gestaciones (3,10).

Abortos.

Igualmente encontramos una mayor frecuencia de abortos 67.5% en los casos de adenomiosis y 33.32% en los casos de endometriosis, con legrados post-abortos en el 48.7% de los casos de adenomiosis, y de 25% de los casos de endometriosis, concordando con lo reportado en la literatura (2-3) y considerados como factores predisponentes para estos padecimientos. La teoría de diseminación mecánica directa que se lleva supuestamente posterior a cirugía sobre útero se ve apoyada en el presente trabajo por el muy importante número de pacientes 18.7% que presentaron el antecedente de cesárea en adenomiosis.

Cuadro Clínico.

Es indudable la correlación existente entre la sintomatología que presentaban las pacientes y que fue motivo de la consulta, la dismenorrea era uno de los síntomas principales la cual se presentaba en el 47.5% de los casos de adenomiosis y en el 65.66% de los casos de endometriosis, el tenesmo vesical en el 16.66% de los casos de endometriosis, el dolor abdominal difuso se presentó en el 8.75% de los casos de adenomiosis, en los casos de endometriosis encontramos 8.33% con tenesmo rectal, dispareunia y dolor abdominal

intermenstrual, aunque los datos de dismenorrea y tenesmo vesical concuerdan mas o menos con los de la literatura (2,3,4,8) los últimos síntomas enumerados se encontraron con frecuencia menor que la reportada en la literatura, tal vez por falta de acuosidad en el interrogatorio.

Transtornos del ciclo menstrual.

En cuanto a los trastornos del ciclo menstrual en los casos de adenomiosis se encontró que el 31.25% de los casos tenían ciclos acortados y abundantes, el 17.25 % solamente menstruaciones abundantes, el 15 % ciclos alargados pero abundantes, en los casos de endometriosis estaban acortados en el 25 % de ellos, eran abundantes el 16.65% y estaban alargados y eran abundantes en el 16.65% de los casos.

Es de hacer notar que en el caso de adenomiosis el 63.5% de las pacientes y en el caso de endometriosis el 58.32% presentaban períodos menstruales abundantes independientemente de la duración del ciclo, datos que concuerdan con los reportes de la literatura.

Exploración.

En exploración clínica ginecológica el dato más importante encontrado fue el aumento de volumen uterino, en el 71.25% de los casos de -

adenomiosis y en el 75 % de los casos de endometriosis, concordando con lo reportado en la literatura (2,3,10). Desgraciadamente no se encuentra reportado en los expedientes 23 casos en los que se desconoce el volumen uterino, así como otros datos de interés que son la consistencia, la superficie etc. que deben de tomarse en cuenta en toda exploración ginecológica y que son útiles en el caso de la adenomiosis y la endometriosis.

La retroversión uterina se encontró reportada en el 33.33 % de los casos de endometriosis y en el 20 % de los casos de adenomiosis. Estos datos sobre todo en el caso de endometriosis concuerdan con los resultados de la literatura (2,3). Cabe señalar que entre otros datos de la exploración reportados en los casos de endometriosis solamente en un 16.66 % se encontró masa tumoral anexial y únicamente en 8.33% nodulaciones pélvicas, valores bajos en comparación con los reportados en la literatura y atribuibles a una deficiente exploración ginecológica.

Exámenes de laboratorio de gabinete.

De los exámenes de laboratorio y gabinete es pobre lo que se tiene que comentar pues solo hay un caso en el que se diagnosticó anemia severa en la B.H. En relación con el estudio citológico

vale la pena únicamente señalar valor estrogénico reportado, que en los casos de adenomiosis el cual era mayor de 60 en el 44,9 % de los casos y 58,3 % por arriba de 60 en los casos de endometriosis, valores ligeramente altos si consideramos el promedio de edad de las pacientes estudiadas, datos estos que concuerdan con los de la literatura (9) y que como se describió anteriormente, uno de los factores causales de este tipo de padecimientos es atribuible al hiperestrinismo.

Tratamientos previos.

En las pacientes estudiadas, un alto porcentaje fueron sometidas a tratamiento previo de las que presentaban adenomiosis, el 43,75 % a legrado uterino y el 13,75 % a terapia hormonal; en los casos de endometriosis un 25 % con legrado uterino y el 8,33 % a terapia hormonal. En ninguno de estos casos se tenía el diagnóstico clínico de sospecha de adenomiosis o endometriosis, desde luego la terapéutica de estos casos fue un fracaso. Si bien toda paciente con metrorragia debe someterse a un legrado biopsia uterino con fines diagnósticos, sobre todo a la edad de que con mayor frecuencia se presentaron los casos estudiados, no es lógico considerar en estos casos a un legrado como terapéutico

menos aún si encontramos datos clínicos que nos permitan sospechar el diagnóstico de adenomiosis o endometriosis. El uso de hormonales en estas pacientes también carecía de sentido, pues se administraron con el diagnóstico erróneo de metrorragias disfuncionales diagnóstico que se hace por exclusión y no sospecharon a pesar de los datos clínicos positivos en la adenomiosis o endometriosis.

Diagnóstico Preoperatorio.

El diagnóstico preoperatorio fue erróneo en un gran porcentaje de los casos, de las pacientes con adenomiosis el 55 % de ellas tenían un diagnóstico preoperatorio de miomatosis uterina, lo cual fue corroborado en el estudio histopatológico solo en el 35.79 %, es decir en 18.21 % de los casos la confundió el aumento de volumen uterino junto con otros datos como las metrorragias, haciendo un diagnóstico erróneo de miomatosis uterina; por otro lado en aquellas pacientes a quienes se hizo correctamente el diagnóstico de miomatosis uterina en ellas no se llegó a sospechar la adenomiosis como un padecimiento asociado.

Vale la pena resaltar la alta frecuencia de asociación entre miomatosis y adenomiosis, lo que concuerda con los resultados de la literatura (10).

En los casos de endometriosis se diagnosticó miometosis uterina en el 50% de los casos, corroborándose únicamente en el 41,44 % de los casos. Al igual que lo anteriormente señalado, la falta de suspicacia no permitió la sospecha de la asociación de endometriosis y miomatosis uterina, que de acuerdo con los datos reportados en la literatura es frecuente (2, 9, 10).

En los casos de adenomiosis el diagnóstico preoperatorio en un 11,2 % fue de hiperplasia adenomatosa, diagnóstico realizado mediante legrado uterino biopsia, en estos casos tampoco se sospecho el diagnóstico de adenomiosis aunque esto aquí no es criticable. El estudio histopatológico de las piezas quirúrgicas de las pacientes con adenomiosis hizo ascender la frecuencia de la hiperplasia adenomatosa quística y adenomatosa atípica a un 18,8 %. Vale la pena hacer resaltar la frecuencia de la asociación entre estas dos entidades, adenomiosis e hiperplasia de endometrio y que además concuerda con los reportes en la literatura (10).

En los casos de endometriosis un 8,34 % tenía diagnóstico preoperatorio de hiperplasia quística endometrial, que se corroboró con el diagnóstico histopatológico. Otros diagnósticos preoperatorios anotados en las tablas correspondientes no ameritan mayor comen

tario dada su baja frecuencia con la que se encontraron y la falta de relación con los padecimientos estudiados.

Tipo de intervención quirúrgica.

En el tipo de intervención quirúrgica realizada dependió del diagnóstico preoperatorio así como de los hallazgos quirúrgicos y se encuentran ya desglosados en las tablas 31 y 32, no ameritando ningún comentario.

Hallazgos quirúrgicos.

En relación con la endometriosis los principales hallazgos quirúrgicos fueron quistes endometriósicos del ovario en el 61.11% de los casos; endometriosis no quística del ovario en el 27.77% de los casos, y un caso (5.56%) de adenocarcinoma endometrioide del ovario, con endometriosis en el ovario contralateral, lo que suma un total de 94.4% de los casos con localización ovárica lo que concuerda con los reportes de la literatura (2,3,10). El 5.56% restante lo representa un caso de endometriosis de localización tubaria, el hecho de no encontrar reportado en nuestros casos localizaciones en peritoneo sigmoideas, recto y pelvis, que en la literatura se reportan con mayor frecuencia que la

localización tubaria pero no que la ovarica, es posible que se deba al escaso número de pacientes que nosotros estudiamos.

Resultados Anatomopatológicos.

El reporte histopatológico es de llamar la atención el peso de la pieza quirúrgica en el 75 % de los casos de adenomiosis, el peso era mayor de 100 gr., eso sin tomar en cuenta un 10 % de los casos en que el peso no se reportó. Si descontamos que 36.79% de las pacientes presentaba miomatosis uterina encontramos que un 38.21 % que solo tenía adenomiosis presentaba un aumento de peso por arriba de los 100 gr. y por lo tanto un aumento de volumen correspondiente a lo reportado en la literatura, en los casos de endometriosis encontramos un 49.99 % de los casos con aumento de peso uterino por arriba de los 100 grs., pero hay que aclarar que en todos estos casos las pacientes tenían miomatosis uterina.

En el reporte histopatológico solamente se encontraron dos casos (1.88 % de las pacientes con adenomiosis) de pacientes en las que se encontraba asociada la adenomiosis y endometriosis cifra que se encuentra muy por abajo de la reportada en la literatura y que llega a ser hasta en un 17 % (8) hecho para el cual no tenemos explicación.

Ya se hizo mención anteriormente de la asociación entre miomato sis uterina y adenomiosis así como hiperplasia endometrial y adenomiosis.

Fue igualmente un hallazgo quirúrgico y anatomopatológico la presencia de quistes de ovario la que se presentó en el 9.43 % de los casos de adenomiosis, cifras discretamente mas bajas que las reportadas en la literatura (10) y a lo cual no se le da importancia, ningún caso en la endometriosis, aunque erróneamente se había diagnosticado en el 16.66 % de los casos quistes de ovario que en realidad eran quistes endometriósicos y el otro gran número de quistes endometriósicos que correspondían al 94.4 % de los casos de endometriosis y en los que se encontraron quistes endometriósicos pasaron desapercibidos por el clínico.

Las neoplasias malignas genitales se encontraron asociadas en el 9.43 % de los casos de adenomiosis lo cual no tiene significado.

En los casos de endometriosis solamente se reportó un caso de tumoración maligna que representó el 5.56 % de las endometriosis y que es de gran interés puesto que se trata de un adenocarcinoma endometriode del ovario y en el que existía endometriosis en el ovario contralateral, reviste interés dada la rara

frecuencia con la que en la literatura se presenta la malignización en los casos de endometriosis (2, 3, 10).

Finalmente debemos de comentar y recapitular que como hemos consignado anteriormente la adenomiosis y la endometriosis son padecimientos frecuentes en nuestro medio. La adenomiosis ha sido sospechada clínicamente en solo un caso de los 124 que hemos estudiado, consideramos que en los 123 casos restantes no se han sospechado estas entidades patológicas porque otras patológicas aparentemente las enmascaraba, pero consideramos que el mayor porcentaje no fue diagnosticado por falta de esmero, tanto en el interrogatorio, como en la exploración clínica y sobre todo por no pensar en la existencia de estos padecimientos. No obstante la deficiencia en los datos clínicos signados en los expedientes creemos que un gran porcentaje de los casos existían datos clínicos que hubieran podido llevar a el diagnóstico, tales como los antecedentes gestacionales de abortos y legrados, la edad y datos clínicos como la dismenorrea, las alteraciones del ciclo menstrual, el aumento de volumen uterino, la presencia de retroversión y así como el hecho de encontrarse con miomatosis uterina. Con estos datos, conociendo y sospechando la existencia de la entidad nosológica debemos llegar a realizar un mayor porcentaje de diagnósticos

presunciales de adenomiosis o endometriosis que con frecuencia
nos serán corroborados por el estudio anatomopatológico.

CONCLUSIONES :

- I) En la presente tesis se concluye que en nuestro medio la frecuencia de endometriosis tanto interna como externa , encontradas en las intervenciones quirúrgicas y estudios anatomopatológicos es similar o discretamente superior a la reportada en la literatura
- II) La frecuencia de la adenomiosis fue mayor a la reportada en la literatura dadas las razones expuestas en el comentario.
- III) Encontramos una mayor frecuencia de estos padecimientos en las edades perimenopáusicas concordando con la literatura.
- IV) Encontramos una relación altamente significativa con el número de gestaciones, abortos y legrados.
- V) Los síntomas que con mayor frecuencia se encontraron en estos pacientes fueron la dismenorrea y los períodos menstruales abundantes. Los datos de exploración mas frecuentemente encontrados fueron; el aumento de volumen uterino y en los casos de endometriosis la retroversión.

- VI) En un alto porcentaje de estas pacientes se encontraron - elevaciones del valor estrogénico que no corresponden a la edad de las pacientes.
- VII) Sólomente en un caso el diagnóstico preoperatorio era de adenomiosis, en ninguno de los casos se llegó a hacer el diagnóstico preoperatorio de endometriosis.
- VIII) La patología mas frecuentemente asociada tanto con endome_ triosis como con adenomiosis fue la miomatosis uterina y - en segundo lugar la hiperplasia adenomatosa del endometrio, teniendo estos tres padecimientos como factor etiológico - común el hiperestrinismo.
- IX) La localización en los casos de endometriosis fue en casi- todos ovarica y solamente uno tubaria.
- X) El aumento de peso y volumen uterino se encontró en la ma- yoría de los casos de adenomiosis.
- XI) La asociación de endometriosis adenomiosis fue rara en - nuestros casos.

XII) Se encontró como caso único y raro un adecarcinoma endo_ metrioide el ovario y en el que existía endometriosis en el ovario contralateral.

XIII) Finalmente debemos concluir que solamente con un interro_ gatorio completo y una exploración ginecológica adecuada además de en determinados casos el uso de métodos auxi_ liares tales como la histerosalpingografía y la ultrasono_ grafía podremos hacer un diagnóstico presuncional de endo_ metriosis o adenomiosis, siempre y cuando pensemos en la existencia de estos padecimientos, que como hemos demos_ trado son sumamente frecuentes y han pasado hasta el mo_ mento desapercibidos para nuestros clínicos.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Lavallo J.A.; Gombau M.A.; Redell J.; Granado A.
Endometriosis Apendicular
Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. XLIV 817 - 824 / 1974.
2. Novak E.R.; Jones Jeegar G.; Jones W.H. Jr.
Adenomiosis del Utero
Tratado de Ginecología 9a. edición 527 - 550 y 367 - 374 / 1977.
3. Kase O.; Friedberg V.; Ober K.G.; Thomsen K.; Zander J.
Endometriosis
Ginecología Especial Tomo III, 673-695 / 1975.
4. Torres G.M.
Concepto Actual de la Endometriosis
Tesis pga. 3 / 1963.
5. Ridley J.H.
The validity of Sampson's theory of Endometriosis
Am. J. obst. y Gynec., 82; 777 - 780, oct. 1961.
6. Contreras J.; Velázquez T.
Endometriosis
Gineco y Obst. de México 12; 139 - 155. Mzo. Abril / 1957
7. Tamayat; Motoyamat; Ohono Y; I de N; Tsurusakit; Okada H.
Steroid Receptor Levels ant Histology of Endometriosis y Adenomiosis:
Fertil Steril 31 (4); 396 - 400. apr. 79
8. González Gutiérrez J.T.; Ruiz V.A.G.
Hechos importantes en el Estudio de la Endometriosis
Incipiente y Esterilidad.
Gaceta Médica de México Vol. 110 No. 3 199-203. Sep./1975.

9. Baril A.; Boucheron S.; La Selve A.
Transformation Adeno-Carcinomeuse Isolee D'Une
Adenomyose Uterine.
Sem.Hop.Paris, 1979, 55, No. 5-6, 301 - 304.
10. Gautier C.; Solmo F.; Maillet R.; Martin A.; Opperman A.;
Gillet J.Y.
L'Adenomyose Uterine
La Nouvelle Presse Medicale 3621 - 3623, 10-Nov.-1977.
11. Ingersoll M.F. :
Selection of Medical or Surgical Treatment of Endometriosis,
Clinical Obstetrics and Gynecology
Vol. 20 No.4. 849-864, Dec. 1977.
12. Beechm. C.T.
When is Surgical Treatment Indicated Endometriosis .
Postgraduate Medicine Vol.53 No.3, 221-224, March / 1978.
13. Walsh J.W.; Taylor K J; Rosenfield At :
Gray Scale Ultrasonography in the Diagnosis of Endometriosis
and Adenomyosis .
14. A. Kerlund A.; Ein Never und Charakteristischer
Roentgenbefund Bel Endometriosis Uteri
Acta Obst. Gynecol. Scand. 1948. 23, 721 - 739.
15. Granjon A. Parent B.;
La Hernie de l'isthme Uterin
Presse Med. 1966, 74, 2145 - 2148.
16. Marshak R.; H.Ellasoph J.
The Roentgen Findings in Adenomyosis Radiology,
1955. 64, 846 - 851.

17. Musset R.: Les Représentations Visibles de l'Endométriose Génitale. Actualités Gynécologiques, 4a. série 149 - 169. Masson Et Cie Edit Paris 1974.
18. Rochet Y., Mikaelian S; Conti C. Michalas S. Les Images Radiologiques Indirectes de l'Endométriose. Uterine C.R. Soc. Fr. Gynecol. 1966, 36, 555-567.
19. Rochet Y., Bremond A., L'Adénomyose Uterine, Etude Etiologique Clinique, Anatomique Et Chirurgicale. A Propos de 157 Observations Rev. Fr.Gynecol, 1974. 69,713 - 720.
20. Brooks R. The Prevention, Inhibition, Palliation and Treatment of Endometriosis. Clinical Opinion Gynecol. 15 778 - 785, 1975.
21. Ansbacher R. Treatment of Endometriosis with Danazol, Amer. J. Obstet. Gynec. 283 - 284 - 1975.
22. Botella Llusa., Clavero Nuñez J.A. Transtornos Generales del Aparato Genital Femenino. Tratado de Ginecología Tomo III, 11a. Edición. 403 - 420 / 1976.
23. Ríos Montiel F.A. Revisión de 100 casos de Endometriosis y su Tratamiento Actual Tesis / 1965.
24. Farreras Rozman. Diabetes Mellitus Medicina Interna 553 - 580. 1973.