

11244

1986 MAR 1986
CONVOCATORIA



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores
Armada de México
Centro Médico Naval



“Estudio Clínico Patológico de la Adenomiosis en el Centro Médico Naval”

Estudio que presenta el Dr.

José Enrique Castro Oropeza

Para obtener el Diploma de la Especialidad en:
MEDICINA INTEGRAL NAVAL

Director de Tesis

Tte. de Fragata S.N.M.C.

PORFIRIO SANCHEZ MARLAZCA

Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia

Tte. de Fragata S.N.M.C.

ADALBERTO SALAS VILLAGOMEZ

Jefe de Enseñanza e Investigación

Marzo de 1986.



FALLA DE ORIGEN



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.

I N D I C E .

	PAGINA
JUSTIFICACION	1
ANTECEDENTES	2
MATERIAL Y METODOS	15
OBJETIVOS	17
RESULTADOS	18
COMENTARIO	27
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFIA	32

JUSTIFICACION.

La adenomiosis es una enfermedad pobremente entendida, - no es maligna, no ocasiona la muerte de las pacientes y su morbilidad no ha sido adecuadamente valorada; motivos por los cuales ha recibido poca atención en la literatura médica. Su diagnóstico generalmente es retrospectivo y su hallazgo es considerado por los ginecólogos como -- incidental, en úteros extirpados por otras patologías de diagnóstico más obvio.

Llama la atención que en muchas pacientes en las que se efectúa histerectomía con el diagnóstico de "miomatosis" o simplemente "hemorragia uterina anormal" de causa inexplicable, el estudio anatomopatológico demostró como -- único hallazgo la adenomiosis. En algunos casos se comprobaba la miomatosis asociada a adenomiosis. Pero ¿podrían miomas pequeños, subserosos o intramurales, ser la causa de todas las molestias de las pacientes ? y más -- aún, que miomas grandes pueden ser asintomáticos.

De aquí la inquietud de investigar la importancia de esta afección como causa de morbilidad. Pero los estudios efectuados en nuestro medio datan desde hace más de diez años. En aquel entonces no se efectuaban con mucha frecuencia procedimientos definitivos de control de la fertilidad, las pacientes eran en su mayoría grandes multif-

paras y no se conocían aún los ahora frecuentes casos de "hemorragia uterina anormal secundaria a salpingoclasia" de causa todavía inexplicable. ¿ Tendrían estas hemorragias alguna relación con la adenomiosis ?

Tampoco tenemos datos actualizados sobre la frecuencia de esta afección, en qué grupo de edades se presenta, en qué tipo de pacientes, si las manifestaciones clínicas son semejantes a las descritas por autores extranjeros o en qué medida se asocia a otras afecciones que podrían obviar su diagnóstico.

Los métodos diagnósticos usados con más frecuencia en -- ginecología no se emplean con la finalidad de diagnosticar esta afección. Cuando se solicita una histerografía a fin de detectar miomatosis y es reportada como "adenomiosis" el hallazgo es considerado como incidental o superfluo y se prefiere operar a la paciente con otro diagnóstico, puesto que se considera la adenomiosis como -- una justificación muy pobre para una histerectomía.

ANTECEDENTES.

La adenomiosis fue descrita por primera vez por Rokitansky en 1860. Von Reklighausen, en 1896, la establece como una entidad patológica definida. En 1908, Cullen, publica su monografía, clásica sobre este proceso.

DEFINICION.- La adenomiosis es una afección que se caracteriza por una invasión del endometrio en el espesor de la musculatura uterina, de caracter benigno, que se acompaña de un crecimiento difuso del endometrio.

Anteriormente a la adenomiosis se le llamaba "endometriosis interna" para diferenciarla de la endometriosis externa. Aunque tienen en común el crecimiento ectópico -- del endometrio, sus características, el tipo de paciente afectada y también sus probables etiologías, son diferentes.

FRECUENCIA.- Las cifras mencionadas por diferentes autores son muy variables: desde un 10% del total de histerectomías, hasta un 62% mencionado por quienes recomiendan efectuar cortes adicionales en el estudio histopatológico.

TIPO DE PACIENTES AFECTADAS.- La edad promedio de las mujeres afectadas es de 45 años, sin embargo, es también la edad en que los úteros miomatosos son removidos encon

trándose adenomiosis asociada. Más del 70% de los casos se encuentran en mujeres de 35 a 50 años.

La adenomiosis es enfermedad de pacientes con antecedentes obstétricos, especialmente multiparas. El 10% de los casos corresponde a nuligestas. La incidencia de los diferentes grupos étnicos son semejantes. Antecedentes de cirugía uterina como cesárea o miomectomía es encontrada en el 5 al 10% de los casos de adenomiosis.

ETIOLOGIA.- Es una enfermedad de causa desconocida. Sólo se sabe, desde los trabajos de Cullen, en 1908, que se origina en el endometrio que tapiza la cavidad uterina, el cual, por algún estímulo desconocido se introduce entre los haces musculares.

Actualmente se piensa que la causa directa del crecimiento endometrial y muscular podría ser el estímulo estrogénico; respaldando la creencia de que la adenomiosis es el resultado de una disfunción endócrina del ovario, pero no existen aún pruebas concretas al respecto.

FISIOPATOLOGIA.- El endometrio carece de submucosa, barrera eficaz para impedir el crecimiento del epitelio hacia el interior del órgano. Aún así, el endometrio prolifera siempre en dirección a la cavidad uterina. La polaridad de crecimiento se puede alterar por procesos hiperplásicos de origen hormonal, por traumatismos como el --

legrado, o por el embarazo. La invasión comienza con proliferación de las células basales, las cuales histolizan el tejido conectivo elástico subyacente y las miofibrillas adyacentes, penetrando en el estroma en forma de tirabuzón sin perder contacto con su origen en la basal. - Este es el mecanismo más común de invasión. El menos común sería el indirecto o invasión metastásica por vía linfática o venosa. Estos dos mecanismos explicarían las variaciones de respuesta de los islotes endometriales ectópicos a la estimulación cíclica ovárica. En la invasión directa del endometrio basal no hay respuesta a los estímulos secretores. Aquellos islotes que muestran evidencia de secreción y menstruación parecen ser de origen metastásico, y probablemente derivado de un nivel más maduro de endometrio.

CUADRO CLINICO.- Se han descrito tres manifestaciones clínicas características de la adenomiosis: La hemorragia uterina anormal, la dismenorrea y el aumento del tamaño del útero. Puede encontrarse dolor pélvico no menstrual, sensación de peso o presión pélvica y la dispareunia.

La hemorragia uterina anormal se encuentra en el 50 a 75% de los casos. Es la manifestación clínica más frecuente. La hemorragia anormal que acompaña a la adenomiosis

sis tiene ciertas características que la diferencian de la de otros tipos de metropatías. Es un trastorno crónico, resistente a la terapia hormonal y al legrado. Generalmente hace su aparición al final de la cuarta década de la vida y comienzo de la quinta, raramente antes, y se extiende con grados variables de severidad a los años del climaterio cuando la menopausia automáticamente la detiene.

Se inicia con polimenorrea, gradualmente se convierte en hemorragias cíclicas que con el tiempo pueden llevar a anemias importantes. El patrón más común de hemorragia es la hiperpolimenorrea, lo que la diferencia de otras afecciones como la miomatosis, en donde suele haber una metrorragia.

El mecanismo de la hemorragia anormal ha sido explicado en base a un aumento de la superficie endometrial, a la incapacidad del útero para controlar la ingurgitación venosa debido a la pérdida de contractilidad miometrial -- por hipertrofia del músculo y por un estado de hiperestrogenismo persistente.

Se considera que ésta última sería la principal causa -- del sangrado. Apoyando a esto, se observa frecuentemente por operaciones en adenomiosis, la ausencia de formación de cuerpo lúteo, lo cual es indicativo de la falta de --

control en la producción de estrógenos. También en úteros removidos durante la fase secretoria del ciclo muestran con frecuencia endometrio del tipo anovulatorio, -- prueba indirecta de hiperestrogenismo incontrolado. La terapia con estrógenos agrava el cuadro de hemorragia, -- mientras que la terapia con progestágenos la detiene temporalmente, aunque no previene la recurrencia de la misma.

Cuando la hemorragia es posmenopáusica, muy difícilmente puede ser atribuida la causa a una adenomiosis no complicada, la mayor parte de estas coexiste con hiperplasia o adenocarcinoma de endometrio.

La dismenorrea se encuentra en el 25 al 40% de las pacientes con adenomiosis, es la segunda manifestación clínica por su frecuencia. Es de tipo cólico y no se presenta desde la juventud, sino que las pacientes con dolores menstruales causados por adenomiosis confiesan casi siempre que antes no habían presentado dolores durante sus menstruaciones, presentándose la dismenorrea en la década de los treinta o aún más tarde.

La explicación de la dismenorrea sería la respuesta del endometrio ectópico a la estimulación hormonal. Si bien los cambios menstruales en el endometrio ectópico no se presentan con mucha frecuencia, siempre hay un grado variable del edema del estroma. Como el miometrio se vuelve

más rígido y no permite expansión, se produce el dolor. El aumento en la vascularidad del útero puede contribuir al dolor, por ingurgitación venosa en el espesor de la pared uterina.

La principal diferencia entre los miomas y la adenomiosis es el dolor. El mioma la mayor parte de las veces es un tumor indoloro. La dismenorrea, en la adenomiosis se hace más severa a medida que la paciente se acerca al climaterio. Los dolores comienzan casi siempre dos a cuatro días antes de la menstruación y persisten durante la misma. Durante el resto del ciclo la adenomiosis es relativamente pelviana, que generalmente produce disconfort pélvico durante todo el mes.

El dolor pélvico no menstrual se encuentra en un 10% de los casos de la adenomiosis, no es característico de la misma.

La sensación de presión pélvica, o de peso, experimentada en la región de la vejiga o sobre el recto es bien explicada en base a la rigidez y aumento de tamaño del útero con adenomiosis.

El aumento de volumen uterino es la tercera manifestación clínica en orden de frecuencia. Se presenta en el 33% de los casos. Comienza con ensanchamiento y aumento de la firmeza del cuerpo uterino, el cual gradualmente -

asume una actitud rígida y erecta, haciendo presión sobre la vejiga. El útero con adenomiosis raramente sobrepasa el tamaño de un útero gestante de tres meses. Cuando es extirpado, pesa de 150 a 300 gr, raramente más, a no ser que esté complicado con otros tumores.

La hipertrofia muscular es una respuesta defensiva del músculo uterino tratando de aislar el endometrio invasor. Esta respuesta varía mucho, fluctuando en tamaño con el estímulo del ciclo ovárico. Halban describió este fenómeno en 1924. Notó fluctuaciones cíclicas en tamaño, consistencia y sensibilidad del útero, que pueden manifestarse como una protuberancia de aparición temporaria en la superficie uterina, pudiendo fácilmente ser confundidos con fibromiomas cuando son tocados cerca o durante la menstruación. Reexplorando el útero en otro momento del ciclo, estas nodulaciones desaparecen, puesto que representan islotes glandulares ectópicos que fluctúan en el ciclo menstrual. Este fenómeno es conocido como "signo de Halban" y obliga a explorar a las pacientes en diferentes momentos del ciclo.

La adenomiosis asintomática se encuentra entre un 5 y 10%, se observa en úteros con poco aumento de volumen y en pacientes postmenopáusicas. No hay relación con la extensión de la adenomiosis, puesto que se observaron --

adenomiosis extensa en pacientes asintomáticos.

DIAGNOSTICO.- El diagnóstico de la adenomiosis es difícil. La mayoría de los autores tiene un porcentaje diagnóstico del 10% al 15% preoperatorio. El examen macroscópico de la pieza operatoria la reconoce en un 65%.

Los métodos diagnósticos más usados son: la clínica, la histerografía y la ultrasonografía.

Las manifestaciones clínicas de la adenomiosis que fueron citadas, en realidad, ninguna de ellas por sí sola es patognomónica de la adenomiosis. Pero asociando la clásica triada de hemorragia uterina anormal, dismenorrea y agrandamiento uterino en pacientes con antecedentes obstétricos, entre los 30 y 50 años debe sospecharse siempre una adenomiosis

La histerografía hace el diagnóstico en el 8.8%. Los signos de mayor confianza son las imágenes positivas o directas que adoptan diversas formas, como espículas, divertículos, ramificaciones o digitaciones de algunos milímetros perpendiculares a la cavidad uterina.

Los signos indirectos consisten, en ocasiones, en un claro aumento, que si bien nunca es considerable, del tamaño del útero, con conservación de sus proporciones y su simetría. En otras ocasiones se trata de una rigidez par

cial o total de un borde o de una cara y una dificultad de impregnación durante el llenado. Estos signos indirectos no constituyen más que elementos de presunción.

La adenomiosis con cuadro radiológico carente de imágenes positivas y de defectos de llenado, podría semejar a miomatosis intramural por engrosamiento de las paredes del útero que semejen miomas.

Si se desea observar el cuadro característico de penetración de la sustancia de contraste en las glándulas dilatadas de la pared uterina, la histerografía deberá efectuarse en el octavo al décimo día del ciclo endometrial o al octavo o décimo días después del raspado hemostático.

La ultraecsonografía puede dar información valiosa, más aún, teniendo en cuenta que la histerografía está contraindicada en pacientes con hemorragia; en cambio éste método no es invasivo ni necesita contraste, puede ser usado aun con sangrado.

Con el equipo standar de ultraecsonografía pueden obtenerse datos exactos del útero, como su tamaño, espesor y densidad del miometro, así como descartar la presencia de otros tumores. Si nos informa que el útero se encuentra agrandado, con el espesor del miometro aumentado, en mayor grado en una de las paredes, en una paciente con -

datos clínicos de adenomiosis; tendremos otro dato más - sospechar dicha afección.

Con el equipo de escala gris, el cual tiene mayor precisión, se pueden obtener, además de las características - uterinas ya mencionadas, imágenes positivas de adenomiosis. Dichas imágenes consisten en la apariencia focal de "panal de abejas" del miometrio, la cual es debida a dilataciones quísticas de las glándulas que pueden medir de 5 a 7 milímetros.

Muy ocasionalmente el diagnóstico puede ser efectuado -- con un legrado y cuando esto ocurre significa que el legrado fue excesivamente vigoroso y hasta peligroso. Debe descartarse como método diagnóstico. Sin embargo, es importante para descartar carcinoma endometrial y para evaluar el estado funcional del endometrio.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- Muchas de las afecciones pélvicas o uterinas que pueden confundirse con la adenomiosis coexisten con la misma en gran número de casos.

Con la hiperplasia endometrial coexisten entre el 17 y 30%. Se piensa que el estrogenismo persistente es causa común de ambas afecciones. El diagnóstico lo hace la biopsia.

La fibromiomas uterina se asocia a adenomiosis en 33 a 50% de los casos. Presenta tumor circunscrito y no difuso, no causan dolor a no ser que estén complicados, diferencia fundamental con la adenomiosis. Suelen causar hemorragia crónica sin relación con el ciclo menstrual.

La endometriosis pélvica coexiste con adenomiosis en el 13 al 40%. La endometriosis produce dismenorrea desde la pubertad, se acompaña frecuentemente de esterilidad y gran variedad de síntomas dependiendo de su localización. Responde en alto grado a la terapia hormonal.

Se encuentra adenomiosis en casi el 20% de los carcinomas de endometrio. Sólo en forma excepcional se vió que el carcinoma se desarrolló a partir de focos de adenomiosis. El diagnóstico diferencial con la adenomiosis lo hace la biopsia del endometrio.

En la hipertrofia idiopático miometral no se observa en-

metrio ectópico. El útero se encuentra aumentado y el diagnóstico diferencial con la adenomiosis es muy difícil.

Los sarcomas uterinos son tumores muy raros, pero por el agrandamiento del fondo uterino son difíciles de diferenciar de la adenomiosis.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron los informes anatomopatológicos de todos -- los casos de histerectomías efectuadas por alguna indicación ginecológica en el Centro Médico Naval, en un período de quince meses, comprendidos desde Enero de 1984 a -- Marzo de 1985.

Fueron seleccionados todos los casos reportados como adenomiosis, desde los casos leves hasta los de adenomiosis extensa, estuvieran o no asociados a otras afecciones.

Los expedientes de dichas pacientes se estudiaron consignándose como datos de importancia: la edad, las gestaciones, partos, abortos, cesáreas u otras operaciones efectuadas en el útero. Se prestó especial interés a los síntomas de las pacientes que pudieran tener relación con -- la adenomiosis, como la hemorragia uterina anormal y la forma en que se presentó. En cuanto a la dismenorrea solo se consignó si estuvo presente o no.

Las características uterinas como agrandamiento, superficie, consistencia, fueron registradas como se describió en la exploración clínica.

No se descartaron otras causas que pudieran causar anemia en las pacientes, como mala nutrición, parasitosis, etc; finalmente en el informe patológico se detectaron

las enfermedades asociadas, especialmente las que afectan al cuerpo uterino. El tipo de endometrio encontrado también fue de interés.

Fueron excluidas del estudio las piezas quirúrgicas de -
histerectomías foráneas por no haberse efectuado dicha -
intervención en este Centro Médico Naval.

OBJETIVOS.

Como objetivo de este estudio se intenta aclarar las incógnitas que hemos mencionado. ¿Es o no, la adenomiosis justificación para una histerectomía? Si la adenomiosis pudiera justificarse por otros medios, que no sea el histopatológico, tal vez pudiera evitarse que las pacientes durante mucho tiempo presentaran hemorragias anormales, que se les efectuara legrados uterinos hemostáticos, a veces en forma repetida, o que llegaran a una anemia importante, efectuándose una histerectomía a tiempo, sin necesidad de culpar de las molestias de las pacientes a otras patologías, cuyo diagnóstico también resultan a veces difícil de fundamentar.

La valoración precisa de las manifestaciones clínicas y la elaboración de un diagnóstico preoperatorio con fundamentos reales, dando a cada patología la importancia que merece, sin aumentarla ni disminuirla, es la base de una buena calidad en la atención médica.

El criterio del ginecólogo con respecto a la adenomiosis como se ha descrito, no es propio solo de nuestro medio, sino que ha sido comentado por quienes han estudiado la enfermedad en diferentes lugares del mundo. Así, una frase que lo expresa todo: "Adenomiosis, el diagnóstico negado".

RESULTADOS.

En un período de quince meses se efectuaron 116 histerec-
tomías ginecológicas. El estudio anatomopatológico de --
las piezas quirúrgicas, revelaron el hallazgo de treinta
casos de adenomiosis que representan una frecuencia del
25.5% de las mismas.

NUMERO Y PORCENTAJE DE ADENOMIOSIS EN EL TOTAL

DE HISTERECTOMIAS

HISTERECTOMIAS	116
ADENOMIOSIS	30
POCNETAJE	25.5

Más de la mitad de las pacientes se encontraban en la quinta década de la vida, siguiéndoles en frecuencia las de la cuarta década. La paciente de menor edad contaba con 25 años y la de mayor edad 64 años. La media de la edad fue de 44 años.

EDAD DE LAS PACIENTES EN 30 CASOS DE ADENOMIOSIS

EDAD	No.	PORCENTAJE
25 - 29	2	6.6
30 - 39	8	26.6
40 - 49	16	53.3
50 - 59	3	10
60 - 69	1	3.3

En cuanto al número de embarazos la mayor frecuencia -- correspondió a las multigestas. Hubo una paciente que no tuvo embarazos y la de mayor número de gestaciones: trece embarazos, una sola paciente. En las treinta pacientes se contaron un total de 179 embarazos.

NUMERO DE EMBARAZOS EN 30 PACIENTES CON ADENOKIOSIS

<u>EMBARAZOS</u>	<u>PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
0	1	3.3
1	1	3.3
2	2	6.6
3	3	10
4	3	10
5	3	10
6	4	13.3
7	4	13.3
8	3	10
9	2	6.6
10	2	6.6
11	1	3.3
13	1	3.3

En el número de partos, una de las pacientes del estudio no tuvo partos y la de mayor número: 12 partos, una paciente. La media de la paridad fue de 5 partos. En las treinta pacientes se contaron 158 partos.

NUMERO DE PARTOS EN 30 PACIENTES CON ADENOMIOSIS

PARIDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
0	1	3.3
1	2	6.6
2	3	10
3	4	13.3
4	3	10
5	4	13.3
6	3	10
7	3	10
8	2	6.6
9	2	6.6
10	1	3.3
11	1	3.3
12	1	3.3

En el número de abortos de las pacientes en estudio, llama la atención la alta frecuencia de abortos: 20 pacientes, lo que representa el 66.6%. En estas pacientes se encontró un total de 33 abortos. La media de abortos entre las pacientes que los presentaron fue de dos.

El legrado uterino fue invocado como causa de la adenomiosis porque representa un traumatismo que puede alterar la polaridad de crecimiento del endometrio. Por otro lado puede ser que no fueran abortos, sino hemorragias uterinas que ameritaron legrado uterino, siendo interpretadas por las pacientes como aborto. Finalmente entre pacientes multigestas también debe esperarse que haya un mayor número de abortos.

ABORTOS EN 30 PACIENTES CON ADENOMIOSIS

ABORTOS	PACIENTES	PORCENTAJE
0	10	33.3
1	7	23.3
2	6	20
3	4	13.3
4	2	6.6
5	1	3.3

En los treinta casos estudiados, hubo un total de 9 cesáreas. Del total siete tuvieron cesáreas, es decir el 23.3%. La media entre estas pacientes fue de una.

CESAREAS EN 30 PACIENTES CON ADENOMIOSIS

CESAREAS	PACIENTES	PORCENTAJE
0	23	76.6
1	5	16.6
2	2	6.6

De los síntomas que presentaron las pacientes: hemorragia uterina anormal, dismenorrea y dispareunia, la primera fue la más frecuente: 25 pacientes, esto es el 83.3%. La dismenorrea se encontró en 12 pacientes, el 40 %. Ambos son síntomas clásicos de adenomiosis y su frecuencia fue importante. La dispareunia, la cual no es característica de la adenomiosis, se presentó en una paciente, el 3 %. El 6 %, dos pacientes fueron asintomáticas.

SINTOMAS EN 30 PACIENTES CON ADENOMIOSIS

		%
HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL	25	83.3
DISMENORREA	12	40
DISPAREUNIA	1	3
ASINTOMATICAS	2	6.6

En 10 pacientes, el 33.3%, presentaron hemorragias uterinas lo suficientemente abundantes como para ameritar un legrado que las detuviera. El 16.6% de las treinta pacientes ameritaron un legrado y el 13.3% dos legrados.

ANTECEDENTES DE LEGRADO UTERINO EN 30 PACIENTES CON
ADENOMIOSIS

<u>LEGRADOS</u>	<u>PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
0	20	66.6
1	5	16.6
2	4	13.3
3	1	3.3

El reporte histopatológico del tipo de endometrio más frecuente fue el proliferativo en un 40%. El secretor, que también es signo de que dichas pacientes estuvieran ovulando y que no estaban expuestas a estrogenismo persistente, se encontró en el 26%. La hiperplasia endometrial se asoció a adenomiosis en el 23%. Se encontró 10 con endometrio inactivo.

CARACTERISTICAS ENDOMETRIALES EN 30 CASOS DE ADENOMIOSIS

ENDOMETRIO	No.	%
PROLIFERATIVO	12	40
SECRETOR	8	26.6
HIPERPLASIA	7	23.3
ENDOMETRIO INACTIVO	3	10

COMENTARIO.

La adenomiosis es una enfermedad de causa desconocida y su morbilidad no ha sido valorada adecuadamente, por lo que ha recibido poca atención en la literatura médica.

Su diagnóstico es casi siempre retrospectivo y su hallazgo es considerado como incidental cuando el útero es estudiado por otras patologías. En piezas quirúrgicas obtenidas por histerectomías efectuadas con diagnósticos como miomatosis o simplemente hemorragia uterina anormal - de causa no explicada, el estudio anatomopatológico únicamente demostró adenomiosis.

La frecuencia de la adenomiosis señalada por diferentes autores es muy variable: del 10 al 62% del total de histerectomías.

En la actualidad no contamos con datos sobre la frecuencia de esta afección, en qué grupo de edades se presenta, en qué tipo de pacientes, si las manifestaciones clínicas son semejantes a las descritas por autores extranjeros o en qué medida se asocia a otras afecciones que podrían obviar su diagnóstico. Si esta patología pudiera diagnosticarse por otros medios que no fuera el histopatológico, tal vez pudiera evitarse que las pacientes durante mucho tiempo presentaran hemorragias uterinas anor

males.

El diagnóstico de la adenomiosis es difícil. De sus manifestaciones clínicas ninguna de ellas por sí solas son -- patognomónicas.

El tratamiento hormonal o el logrado uterino detiene la hemorragia temporalmente, de ahí que el tratamiento de -- elección sea la histerectomía; sin embargo el simple -- diagnóstico de adenomiosis raramente es indicación de -- histerectomía, siendo en la mayoría de las veces, la hemorragia uterina anormal.

Por su condición de "adenomiosis, patología oculta" merece especial interés en su estudio.

CONCLUSIONES.

La adenomiosis es una afección frecuente, que se encuentra en el 25.5% de las piezas quirúrgicas de histerectomías. Es más frecuente en la quinta década de la vida, donde se le detecta en un 53.3% y en la cuarta década de la vida donde se le encuentra en un 26.6%. La edad media es de 44 años. Se le puede encontrar, con menor frecuencia, en la mujer joven de la tercera década de la vida y también después de los 60 años.

Afecta generalmente a mujeres multigestas con un promedio de embarazos de 5.9 y una media de 6 embarazos. Sin embargo, puede también afectar a mujeres que nunca se han embarazado, en forma poco frecuente. La media de la paridad fue de 5 partos.

El antecedente de abortos es muy frecuente en las mujeres con adenomiosis: el 66.5% de las pacientes tiene dicho antecedente. Probablemente el aborto represente un factor etiológico, como traumatismo que altera la polaridad de crecimiento del endometrio o, tal vez, se traten de hemorragias uterinas provocadas por la adenomiosis e interpretadas por las pacientes como abortos.

El antecedente de cesárea fué de 23.2%. Junto con otras cirugías uterinas, no representan un factor causal de --

adenomiosis.

La clásica triada de manifestaciones clínicas de la adenomiosis, compuesta por hemorragia uterina anormal, dismenorrea y agrandamiento uterino es muy frecuente en nuestro medio. El síntoma y signo más frecuente es la hemorragia uterina anormal, la cual se encontró en el 83.3% de los casos. La dismenorrea se encuentra en el 40% de las pacientes.

La hemorragia uterina anormal se presenta en forma de alteraciones del ciclo menstrual, con aumento en la cantidad del sangrado, aumento en el número de días y acortamiento de los ciclos. Así la hiperpolimenorrea se encontró con antecedente en el 50% de las pacientes y la hiperpoliproiomenorrea en el 34%. La metrorragia, característica de la miomatosis, se encontró solo en el 3.3%.

Las pacientes con adenomiosis frecuentemente presentaron hemorragias uterinas abundantes, como para ameritar un legrado uterino hemostático. El 33.3%, la tercera parte de las pacientes, presentaron este tipo de hemorragia y se les tuvo que efectuar legrado.

Los trastornos del ciclo menstrual, las hemorragias uterinas abundantes, la dismenorrea y la anemia son los principales factores de riesgo que hacen que la morbili-

dad esté presente en esta patología.

El diagnóstico preoperatorio de adenomiosis se hizo en el 24% de los casos. La clínica hizo el diagnóstico en el 13%. Este porcentaje diagnóstico debe considerarse bajo, ya que las pacientes en estudio presentaron con gran frecuencia los antecedentes y manifestaciones clínicas de la adenomiosis.

La miomatosis uterina fué la indicación más frecuente para efectuar histerectomía en las pacientes del estudio.

El 40% de los casos presentaron endometrio proliferativo Hiperplásico en el 23.3%. El endometrio secretor estuvo presente en el 26.6%.

BIBLIOGRAFIA.

1. Colman, H.L. and Rosenthal, A.H.: "Carcinoma developing in areas of adenomyosis". Obstet.Gynecol. - 48:68,1976.
2. Greenwood, S.M.: "Adenomyosis". Am.J.Obstet.Gynecol. 48:68,1976.
3. Molitar, J.J.: "Adenomyosis: a clinical and pathological appraisal" Am.J.Obstet.Gynecol. llo:275,- - 1971.
4. Rebollo Clement, M. y Gracia, P.: " Adenomiosis. Aspectos clínicos patológicos en 83 casos". Ginec. Obstet. Mex. 21:19 Enero-Febrero 1966.
5. Rebollo Clement, M y Gracia, P.: "Adenomiosis como causa de sangrado normal". Ginec. Obstet.Mex. - 21:215, Marzo-Abril 1966.
6. Rodríguez de Santiago, J.D. y cols.: "Adenomiosis: Estudio clínico patológico de 103 casos". Memoria IV Jornadas Médicas Bienales. HGO No. 1, IMSS. México 1970.
7. Walsh, J.W. and Taylor, K.J.: "Gray scale ultrasonography in the diagnosis of endometriosis and adenomyosis". Am.J. Roentgenology. 132-87:90:1979.

8. Weed, J.C.: "Adenomyosis of the uterus". Clin. Obstet. Gynecol. 9:412, 1966.
9. Winkelman, J. and Robinson, R.: "Adenocarcinoma of endometrium involving adenomyosis" Cancer 19:901, - 1966.