

11217
110
20j



**Universidad Nacional Autónoma
de México**

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez"
I. S. S. S. T. E.

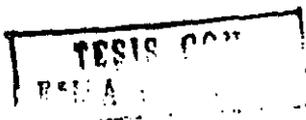
A D E N O M I O S I S

TESIS DE POSTGRADO
Que para obtener el título de especialista en:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a

DR. ROBERTO MARTINEZ GUZMAN



ISSSTE México, D. F.



1988



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.

INTRODUCCION:

Es la Adenomiosis un problema ginecológico tan frecuente en nuestra población y que sin embargo se le dedica tan poca atención clínica, que la mayoría de los casos pasa desapercibido, enfocando el estudio de la paciente a otros problemas con los cuales la Adenomiosis parece coincidir y que en no pocas ocasiones termina en un procedimiento quirúrgico amputante.

En el presente estudio se revisan todas las histerectomias realizadas en el H. G. " DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ " DEL I.S.S.S.T.E. durante los años 1985 1986 y 1987, incluyéndose las realizadas por el servicio de Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Oncología, sin tomar en cuenta el diagnóstico preoperatorio, que cabe hacer notar que en ningún caso fué el de Adenomiosis, resultando tal diagnóstico - del estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

JUSTIFICACION:

Es la adenomiosis un problema ginecológico tan frecuente en nuestro medio y al cual se le dedica tan poca importancia clínica, que no es habitual encontrarnos con un diagnóstico de adenomiosis basados - en métodos exploratorios o de gabinete, menos aún - es el hecho de encontrarnos pacientes bajo tratamianto médico; es propósito pues el de el presente estudio el de encontrar pautas clínicas o parasclínicas que nos auxilién a efectuar diagnóstico oportuno - y establecer tratamiento médico a este padecimiento que hasta hoy en nuestro medio, sólo se realiza después de un procedimiento quirúrgico amputante.

Es preciso mencionar que la adenomiosis frecuentemente se acompaña o es acompañante de otra gama de padecimientos eminentemente quirúrgicos como lo es la miomatosis uterina, la displasia cervical persistente o la hiperplasia endometrial premaligna. Pero en otras ocasiones la gama sintomatológica de la adenomiosis se encuentra asociada con problemas en los

que se pueden ensayar esquemas terapéuticos no intervencionistas como en el caso de la cervicitis crónica, displasias cervicales que obedecen a tratamiento medicamentoso, o bien problemas quirúrgicos pero que no es urgente su intervención como la miomatosis de pequeños elementos asintomática.

En la presente obra expondré inicialmente un panorama amplio de lo que es la adenomiosis, y posteriormente expondré los resultados de mi investigación.

ADENOMIOSIS:

Es la invasión benigna de la musculatura uterina por el endometrio.

Se ha tratado de diferenciar entre la invasión endometrial limitada a la musculatura uterina denominandole - Adenomiosis - y cuando existe invasión extrauterina se le ha denominado - Endometriosis - .

Ocasionalmente no se encuentra sólo tejido endometrial, sino que se encuentra acompañado de tejido muscular tumoral, denominandose - Adenomioma -.

También ha recibido el nombre de endometriosis interna a la confinada al útero y endometriosis externa a la que se extiende hasta los organos pélvicos.

FRECUENCIA:

Se encuentran cifras tan diferentes de la frecuencia de adenomiosis en histerectomias consecutivas como:

BIRD----- 61.5 %

MELITOR----- 8.8 %

MEIGS----- 32.0 %

BRZENINSKI----- 1.4 %

Analizando diferentes fuentes estadísticas , se ha llegado a la conclusión de que aproximadamente el 10 % de todas las mujeres tiene algún grado de adenomiosis, y en úteros extirpados consecutivamente se encuentra una incidencia del 38.5 %.

ANATOMIA PATOLOGICA:

- Aspecto macroscópico - Se aprecia el útero aumentado de tamaño, su superficie es regular, el crecimiento es difuso. La pared uterina sufre un engrosamiento que la mayoría de las veces es asimétrica.

Las dimensiones uterinas nunca son de tal magnitud como las alcanzadas en la miomatosis.

Algunas veces el endometrio pertenece a la variedad activa y se aprecian cúmulos hemorrágicos que le dan aspecto quístico de color café oscuro "achocolatado", en otras ocasiones es de tipo inmaduro, - inactivo, y con frecuencia presenta hiperplasia con el aspecto típico de "Queso Gruyere", cuando la - invasión endometrial se prolonga hasta el espacio - peritoneal produce la endometriosis pélvica, encontrándose el útero fuertemente adherido al recto, ovarios, vejiga u otras estructuras.

- Patología microscópica - Se caracteriza por la presencia de los dos componentes endometriales: glandulas y estroma.

Ocasionalmente presenta cambios cíclicos bifásicos - semejantes al endometrio normal.

En ocasiones en que se acompaña de embarazo, puede encontrarse reacción decidual en los focos ectópicos.

- Patología asociada - Se comenta la asociación de adenomiosis con:

Hiperplasia glandular de endometrio.

Miomatosis uterina.

Malformaciones uterinas.

Tuberculosis genital.

HISTOGENESIS:

Se ha establecido que se origina en el endometrio superficial, los estudios histológicos demuestran a menudo continuidad directa de los islotes adenomiosicos profundos con la mucosa de la superficie. Deben observarse islotes endometriales en un campo de gran aumento por debajo de la capa basal para -- justificar el diagnóstico de adenomiosis.

CLINICA:

Factores raciales y socioeconómicos; en la raza negra es infrecuente, lo mismo que en mujeres de nivel socio-económico elevado.

- edad - oscila entre los 30 y 45 años, sin embargo podemos encontrarla en ambos extremos de la vida.

- Paridad - es frecuente la adenomiosis en pacientes que cursan esterilidad o bien con baja paridad.

- relación adenomiosis con endometriosis - 13 %.

- síntomas - los síntomas cardinales son :

menorrágia.

dismenorrea.

dispaurenia.

sin embargo cabe acotar que pueden existir otros datos como rectalgia y tenesmo rectal; disuria, tenesmo vecical o hematuria; signos de abdomen agudo por ruptura de adenomiosis o endometriosis quística; diarrea, estreñimiento, rectorrágia catamenial, cuadros obstactivos o pseudo-obstructivos intestinales.

como podemos apreciar, basicamente los sintomas dependen en gran medida de la localización de la invasión , llegandose a comentar el caso de hemoptisis - catamenial, aunque ocasionalmente la adenomiosis puede cursar asintomática.

EXPLORACION:

La adenomiosis puede diagnosticarse a la simple inspección cuando la localización es externa como por ejemplo en vulva, periné, cicatrices de laparotomía o en ombligo.

Con espéculo vaginal la podemos descubrir si se localiza en cervix o vagina.

Al tacto recto-vaginal, recto-abdominal ó vagino-abdominal pueden palparse nodulaciones o más frecuentemente procesos adherenciales o masas quísticas.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico preciso se establece basicamente después del estudio anatomopatológico.

Sin embargo en algunos casos es posible establecer el diagnóstico clínico de presunción bastante seguro.

Un útero discretamente aumentado de tamaño en forma difusa, fijado firmemente a la pelvis, con uno o dos nódulos pequeños fijados a la union con los ligamentos uterosacos, acompañados de menorragia y dismenorrea referida a la región sacra o coccigea, en una mujer de 30 a 45 años y que ha tenido hijos es casi seguro el diagnóstico de adenomiosis pelvica, sin embargo si sólo está confinada a útero es un poco más difícil el diagnóstico.

TRATAMIENTO:

Puede realizarse con hormonales, cirugía o radiaciones, utilizandose en forma única o combinada.

Hormonoterapia.- se basa en la supresión de la ovulación, se fundamenta en el hecho de que los gestágenos mejoran sustancialmente la sintomatología y ésta aún está presente después de la gestación.

Estrógenos.- Tienen efecto favorable a dosis altas con el fin de inhibir la hipófisis y evitar la ovulación, sin embargo los efectos secundarios por lo general son catastróficos, por lo que en la actualidad no es usual su manejo.

Andrógenos.- Tienen efecto favorable a dosis bajas de tal manera que no inhiben la menstruación ni la ovulación, su principal inconveniente radica en su efecto virilizante.

- Metiltestosterona - se utiliza a dosis de 5 a 10mg diarios, sin embargo al suspender el tratamiento -- pueden reaparecer los síntomas.

Gestágenos.-- El tratamiento médico más difundido en la actualidad consiste en el uso de gestágenos y pequeñas dosis de estrógenos.

Gestágenos más utilizados:

Noretindorel.

Acetato de medroxiprogesterona.

Caproato de hidroxiprogesterona.

Acetato de etinodiol.

Acetato de clormadinona.

Los estrógenos más utilizados son :

Mestranol.

Etinilestradiol.

El tratamiento debe continuarse durante 6 a 12 meses.

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

El tratamiento quirúrgico de la adenomiosis obedece a:

edad de la mujer.

deseo de procrear.

extencidad y localización de las lesiones.

El tratamiento quirúrgico puede ser conservador procurando extirpar unicamente los focos ectópicos o -- destruirlos con cauterización.

Puede ser amputante extirpando el útero y los anexos juntamente con focos ectópicos endometriósicos.

RADIACION:

Este procedimiento puede ser utilizado en pacientes premenopáusicas o en recidivas postoperatorias.

Podemos concluir que el tratamiento dependerá de un diagnóstico certero, siendo éste realmente difícil haciendo el diagnóstico básicamente postoperatorio, quedando el uso de hormonales o radiaciones para el manejo de lesiones amplias o recidivas postoperatorias.

MATERIAL Y METODOS:

El presente es un estudio retrospectivo en el cual se revisaron todas las histerectomias realizadas en el Hospital General " DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ " durante tres años, incluyendose indistintamente al diagnóstico preoperatorio y al servicio que las realizó.

Se contó con el apoyo del servicio de Patología, extrayendo de sus libros de registro los datos de las pacientes sometidas a histerectomía en éste Hospital, como nombre, edad, numero de expediente, pieza quirúrgica remitida y resultado de estudio anatomopatológico. Posteriormente se acudió al departamento de archivo clínico y se revisaron los expedientes extrayendo datos como: resultado de citología exfoliativa cervico-vaginal, sintomatología, hallazgos quirúrgicos y manejo postoperatorio. Posteriormente se hace correlación de los datos obtenidos y se comparan con los encontrados en la bibliografía.

DESCRIPCION DEL ESTUDIO:

Se revisaron 489 casos de histerectomía realizados en forma consecutiva durante los años 1985, 1986 y 1987 .

Se seleccionaron para el presente estudio todas aquéllas en que en el resultado de histopatología se reportó alguna forma de adenomiosis, las cuales resultaron en número de 170, incluyendo todas en el estudio sin tomar en cuenta estrato social, edad, paridad, sintomatología o patología concomitante.

De los 170 casos de adenomiosis se extrajeron datos como sintomatología predominante, relación porcentual al total de histerectomías, paridad de las pacientes, grupos de edad predominantes, hallazgos - histopatológicos más constantes concomitantes con - adenomiosis. Todos los datos anteriores se grafican y se exponen más adelante.

RESULTADOS:

Después de haber revisado 489 casos de histerectomía consecutivos, se encontraron 170 casos con adenomiosis diagnosticada histopatológicamente. (cuad. 0)

Por grupos de edad se encontró que de 10 a 19 años no existió ningún caso, de 20 a 29 años fueron 7 casos, de 30 a 39 años fueron 61 casos, de 40 a 49 años fueron 77 casos, de 50 a 59 años fueron 18 casos, y de más de 60 años fueron 7 casos. (cuad. 1)

En cuanto a la paridad, se encontró predominio en pacientes con escasa o nula paridad, encontrando que, de 0 a 3 paros resultaron 78 casos, de 4 a 6 resultaron 69 casos, de 7 a 9 fueron 16 casos y de 10 ó más paros sólo fueron 7 casos. (cuad. 2)

La sintomatología predominante fué como sigue:

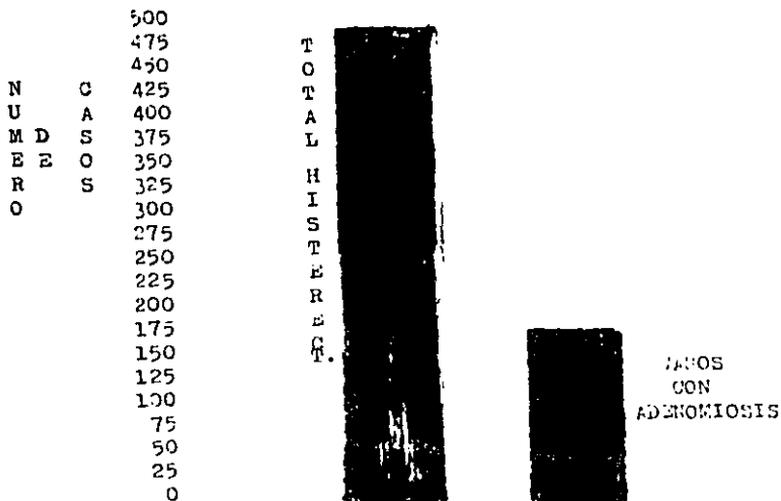
Alteraciones menstruales 123 casos, dismenorrea 67 - casos, dispareunia 13 casos, síntomas intestinales 4 casos, síntomas urinarios 18 casos y asintomáticas - 9 casos. (cuad. 3) .

En cuanto a los hallazgos histopatológicos más constantes, concomitantes con adenomiosis fueron:

- cervicitis crónica.- 135 casos.
- quistes de Naboth.- 28 casos.
- poliquistosis ovárica.- 35 casos.
- endometriosis.- 7 casos.
- quistes foliculares.- 106 casos.
- cuerpos blancos.- 91 casos.
- cuerpos amarillos.- 72 casos.
- leiomiomas.- 98 casos.
- endometritis.- 29 casos.
- hiperplasia endometrial.- 13 casos.
- endometrio secretor.- 71 casos.
- endometrio proliferativo.- 64 casos.
- endometrio atrófico.- 23 casos.
- quistes parasalpingeanos.- 28 casos.
- neoplasias.- 7 casos.

(cund. 4).

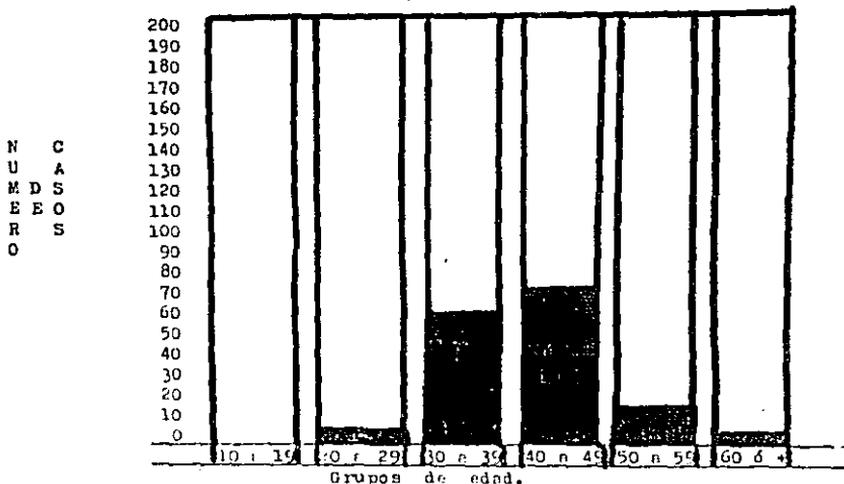
El porcentaje de adenomiosis resulto de 34.76%



Cuadro O.- Relación de casos de adenomiosis diagnosticadas anatómopatológicamente y total de histerectomías realizadas en tres años en el H.G. "DR. FERNANDO QUIROZ G." I.S.S.S.T.E. México.

TOTAL DE HISTERECTOMIAS.....489

CASOS CON ADENOMIOSIS.....170



Cuadro 1.- Casos de adenocarcinoma en 436 histerectomías reevidadas durante los años 1985, 1986 y 1987 en forma consecutiva en el Hospital General " DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ " ISSSTE. Méx.

10 a 19 años.- 0 casos.
 20 a 29 años.- 7 casos.
 30 a 39 años.-61 casos.
 40 a 49 años.-77 casos.
 50 a 59 años.-18 casos.
 60 a + años.- 7 casos.

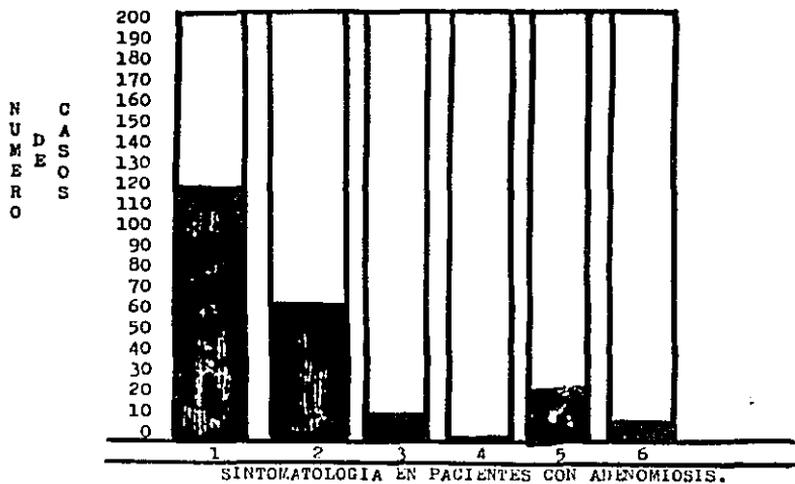
N
U
M
E
R
O

C
A
S
O
S



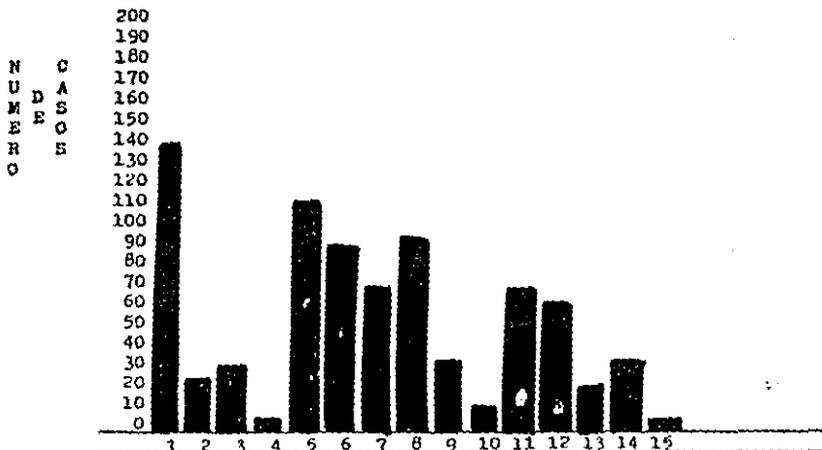
Cuadro 2.- Se describe la paridad de los pacientes con adenomiosis. (170 casos)

0 a 3.- 78 casos.
4 a 6.- 69 casos.
7 a 9.- 16 casos.
10 ó +.- 7 casos.



Cuadro 3.- Se describe la sintomatología predominante en 170 pacientes con adenomiosis.

- 1.- alteraciones menstruales.
- 2.- dismenorrea.
- 3.- dispaurenia.
- 4.- síntomas intestinales.
- 5.- síntomas urinarios.
- 6.- asintomática.



Cuadro 4.-Descripción de hallazgos histopatológicos más constantes en 170 casos de adenomiosis.

- 1.- cervicitis crónica.- 135 casos.
- 2.- quistes de Naboth.- 28 casos.
- 3.- poliquistosis ovarica.- 35 casos.
- 4.- endometriosis.- 7 casos.
- 5.- quistes foliculares.- 106 casos.
- 6.- cuerpos blancos.- 91 casos.
- 7.- cuerpos amarillos.- 72 casos.
- 8.- leiomiomas.- 98 casos.
- 9.- endometritis.- 29 casos.
- 10.- hiperplasia endometrial.- 13 casos.
- 11.- endometrio secretor.- 71 casos.
- 12.- endometrio proliferativo.- 64 casos.
- 13.- endometrio atrofico.- 23 casos.
- 14.- quistes parasimpingeanos.- 28 casos.
- 15.- neoplasia.- 7 casos.

CONCLUSIONES:

Podemos concluir del presente estudio que el diagnóstico clínico de la adenomiosis no es fácil o bien -- que el médico clínico no le da la importancia debida ya que en los 170 casos de adenomiosis, resultantes de 489 histerectomias, en ningún caso se registró -- éste como diagnóstico preoperatorio.

La gama sintomatológica es amplia y al parecer no -- patognomónica, ya que facilmente se enloba con la -- misma sintomatología otras entidades patológicas más demostrables por estudios de gabinete o laboratorio, excepción hecha cuando la adenomiosis tiene una localización extrauterina y se deposita en zonas externas como vulva, vagina o pared abdominal en donde el diagnóstico salta a la vista con una exploración simple.

Por otro lado, el diagnóstico y tratamiento médico -- adquiere mayor importancia en mujeres con deseo y capacidad de procrear, siendo en ellas imperante agotar recursos no amputantes para su tratamiento.

Haciendo un análisis comparativo con los resultados obtenidos en otros centros hospitalarios no encuentro diferencia significativa, ya que se acepta una incidencia del 38.5 % de miomatosis en histerectomías consecutivas y en el presente estudio nos da un resultado del 34.76 %, en cuanto a la edad confirmamos lo reportado en textos y artículos de que la mayor incidencia se encuentra en mujeres dentro de la cuarta y quinta década de la vida (30 a 50 años), además que la incidencia mayor se encuentra en mujeres con nula o escasa paridad. En relación al nivel socioeconómico no es fácil determinarlo por las características tan eterogéneas de nuestra población derechohabiente, sin embargo, es evidente que una gran mayoría se encuentra dentro de un nivel medio. Por último queda recalcar que es la adenomiosis un problema ginecológico tan frecuente y con consecuencias tan drásticas como la esterilidad o el dolor - que debemos estimular la conciencia del médico a to

dos los niveles para efectuar diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz, asimismo, ensayar alternativas de tratamiento no amputante y dejar esta sólo para cuando no exista otra alternativa.

BIBLIOGRAFIA:

WALSS R. RODOLFO: Adeniosis, incidencia, relación con otras alteraciones. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 54 Agosto 1986 pags. 217-220

GONZALEZ GLZ. FCO, GONZALEZ GUTIERREZ J., GOMEZ R: Adeniosis y esterilidad. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 52 No. 326 Junio 1984 , pags - 153-155

GONZALEZ GUTIERREZ J: Esterilidad producida por n endometriosis. Ginecología y Obstetricia de México Vol. 55 Enero 1987 pags. 1-7

GONZALEZ GLZ. FCO, GONZALEZ GUTIERREZ J., GOMEZ R: Endometriosis de la adolescencia. Ginecología y - obstetricia de México. Vol. 52 No. 332 Diciembre 1984 pags. 305-306

CZERNOBILSKY BERNARD, MORRIS WILLIAM. Estudio histológico de la endometriosis ovárica con énfasis - en los cambios hiperplásicos y atípicos. Ginecobs- tetricia de postgrado. Vol. 5 No. 1 Enero 1980 --- pags. 25-30

NOVAK, TRATADO DE GINECOLOGIA, Ed. 10a.1985, cap.- 17 pags.445-453 editorial Interamericana, México.

TE LINDE DE RICHARD, GINECOLOGIA OPERATORIA, Adeno- miosis. Ed. 5a, cap. 11 pags. 195-220 editorial - El Ateneo, México

GONZALEZ MERLO J: Ginecología Ed 2a. Adeniosis - cap. 14 pags 222-236, Editorial Salvat, México -- 1980

INDICE

- 1.- Introducción.
- 2.- Justificación.
- 4.- Adenomiosis.
- 5.- Frecuencia.
- 6.- Anatomía patológica.
- 8.- Histogénesis.
- 9.- Clínica.
- 11.- Exploración.
- 12.- Diagnóstico.
- 13.- Tratamiento.
 - estrógenos.
 - andrógenos .
- 14.- gestágenos.
- 15.- quirúrgico.
 - radiación.
- 16.- Material y Metodos.
- 17.- Descripción del estudio.
- 18.- Resultados.
- 20.- Cuadro 0.
- 21.- Cuadro 1.
- 22.- Cuadro 2.
- 23.- Cuadro 3.
- 24.- Cuadro 4.
- 25.- Conclusiones.
- 28.- Bibliografía.