



11217
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO** 49

Hospital General Dr. Dario Fernández F. 2ej
I.S.S.S.T.E.

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

"CORRELACION CLINICOPATOLOGICA DE
ADENOMIOSIS PURA"

- TESIS DE POST-GRADO -

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
Especialista en Ginecología y
Obstetricia

P R E S E N T A :

Dr. Salomón García Andraca



México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Noviembre 1991



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 está 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.

C O N T E N I D O

1.- RESUMEN	(1 - 2)
2.- INTRODUCCION	(3)
3.- CARACTERISTICAS GENERALES	(4 -11)
4.- MATERIAL Y METODOS	(12-19)
5.- RESULTADOS	(20-23)
6.- CONCLUSIONES	(24-25)
7.- BIBLIOGRAFIA	(26-28)

S U M M A R Y

The adenomyosis may affect uterus gravid and not gravid, that don't produce any pain, up to a 50% of the cases. The pains of the adenomyosis special the menorrhagia and the dysmenorrhea are compared with the depth of the endometrial affected area and this gives a consequence with the age of the patient it is a sickness the most frequently patients who have had many babies regularly in patients with the fifth decade of the life. There is a high percentage of sickness related in leiomyomas, endometriosis, hiperplasia endometrial and carcinoma. what it will be suggested an alteration subjacent comun, as the hiperestrogenemia.

The adenomyosis is a process frequently during a pregnancy and the obstetrics complications are rares, almost 30% to 50% of the adenomyosis sites answer to progesterona, however this means to the concentrations sericas to the pregnancy. -- The diagnostic preoperative of the adenomyosis keeps being very bad; the radiologics procedures and the concentrations sericas CA-125 has limited value to the respect. This only will help with a patologic which the hysterectomy keeps being the principal recourse to the treatment and diagnostic.

RESUMEN

La adenomiosis suele afectar úteros grávidos y no grávidos, sin producir síntomas, hasta en un 50% de los casos. Los síntomas de la adenomiosis, en particular menorragia y dismenorrea, se correlacionan con la profundidad de la afección en endometrial y en consecuencia con la edad de la paciente y es de las enfermedades más frecuentes en multiparas a la mitad o al término de la quinta década de la vida.

Hay una alta frecuencia de enfermedades relacionadas, incluyendo leiomiomas, endometriosis, hiperplasia endometrial y carcinoma, lo que pudiera sugerir una alteración subyacente común, como la hiperestrogenemia.

La adenomiosis es un suceso frecuente durante el embarazo y son raras las complicaciones obstétricas o quirúrgicas. Casi 30 a 50% de los focos adenomiosícos corresponden a progesterona, sobre todo a las concentraciones séricas del embarazo. El diagnóstico preoperatorio de adenomiosis sigue siendo muy malo; los procedimientos radiológicos y las concentraciones séricas de CA-125 tienen un valor limitado al respecto. Solo un grado alto de intuición clínica ayudará a la detección de esta entidad histopatológica de la que la histerectomía sigue siendo el recurso principal de tratamiento y diagnóstico.

I N T R O D U C C I O N

La adenomiosis es una entidad clínica conocida también como endometriosis interna, es un padecimiento que se caracteriza por invasión benigna de la musculatura uterina por el endometrio, única capa que recubre normalmente la cavidad uterina (1-18).

Se le conoce como entidad clínica desde el año 1960 y su frecuencia oscila entre 8 al 60%. según diferentes autores (1-17 18).

Su diagnóstico en la mayoría de los casos, se realiza por estudio histopatológico ya que la sintomatología es poco florida y la aportación que ofrecen los métodos de laboratorio y de gabinete es mínima, lo que hace que su diagnóstico clínico sea difícil.

Aun sigue siendo un reto para el clínico, en el diagnóstico de adenomiosis, por tal motivo, al igual que la mayoría de los autores, que han realizado múltiples estudios de esta patología, consideramos de interés realizar retrospectivamente una correlación clinicopatológica de esta entidad.

CARACTERISTICAS GENERALES

La adenomiosis fué descrita por primera vez hace poco - más de un siglo por Rokitansky, en 1860. Después Von Recklinghausen publicó una colección de 30 casos en su monografía de 1896 titulada "Adenomioma y Cistadenoma". Cullen publicó en 1908 una excelente y muy detallada revisión de 54 casos atendidos en el Johns Hopkins Hospital y propuso el termino de "Adenomioma uterino difuso benigno" para lo que hoy se conoce como adenomiosis. Los estudios respectivos de esta entidad patológica han sido muy esporádicos. La necesidad de una muestra histológica, es decir una porción de miometrio, así como la deficiente precisión diagnóstica preoperatoria han frustrado caso todos los intentos de estudio sistemático (1-18-20).

Histopatológicamente la adenomiosis es la presencia de glándulas y estroma endometriales profundamente localizados en el miometrio. Casi todos los patólogos consideran que las glándulas y el estroma ectópico de la adenomiosis deben de localizarse de 2 a 3 mm por debajo de la superficie endometrial.

Otros investigadores prefieren definir la adenomiosis como la presencia de glándulas endometriales y estroma que invaden al miometrio hasta una profundidad de un 33% del grosor de la pared uterina (1-5-20).

El útero se encuentra crecido en un 60 a 80% de los casos y raras veces es mayor que una gestación de 12 semanas.

A la palpación, se siente reblandecido de manera difusa o pudiera tener una consistencia nodular compatible con múltiples fibromas intramurales pequeños. El color varía un poco - según el ciclo menstrual, pero suele sugerir hiperemia o congestión irregular.

La cara posterior suele estar afectada con mayor frecuencia por el proceso adenomiósico y en consecuencia es más gruesa. Las fibras miometriales que rodean a los focos de hipertrofia endometrial ectópica muestran rizos visibles macroscópicamente menos organizados que los de leiomiomas.

Los focos adenomiósicos suelen estar distribuidos de manera difusa en todo el endometrio, o bien localizados, lo que origina la formación de adenomiomas (1-5-11-20).

Microscópicamente las glándulas de la adenomiosis están revestidas por células similares a las de la capa basal del endometrio normal.

El adenomioma es un término reservado para el nódulo de miometrio hipertrófico y endometrio ectópico. Los adenomiomas pueden confundirse con leiomiomas intramurales (11).

En ocasiones, estos nódulos se hacen quísticos, revestidos por tejido endometrial, con implantación subsiguiente de un embarazo ectópico o rotura espontánea (5).

En cuanto a la respuesta de la adenomiosis al medio hormonal muestran una decidualización de los focos adenomiósicos en un 57% con un patrón de tipo mixto, proliferativo y secre-

tor. El estado de los receptores esteroideos en tejido adenomiósico no está muy bien definido. Tamaya y colaboradores estudiaron las concentraciones de receptores de estrógenos, progesterona y andrógenos, en fragmentos de tejido adenomiósico. Las cifras obtenidas para los tres esteroides fueron menores en la adenomiosis que en el tejido miometrial o endometrial normal (13-16).

La causa de la adenomiosis se ha mantenido en constante investigación como su diagnostico, proponiendo muchas teorías con poca ayuda en evidencia experimental.

Se ha postulado que el traumatismo uterino del parto provoca rotura del borde normal del miometrio y endometrio. La hiperplasia reactiva subsiguiente del endometrio basal origina invasión del miometrio y adenomiosis consecutiva. Puede -- producirse adenomiosis en conejas preñadas, mediante el legrado de un cuerno y una trompa, en tanto se permite que el embarazo continúe en el cuerno opuesto.

Las altas concentraciones de estrógenos y progesterona - y prolactina presentes en el embarazo parecen ser necesarias para el desarrollo de la adenomiosis, también se puede desa-rrollar adenomiosis despues de una endometritis posparto. Tam bien se ha postulado la hiperestrogenemia como factor iniciante de la adenomiosis.

Tambien puede producirse con la administración de estrógenos o progesterona sola, estudio afectuado en ratones. (5-9 19).

La frecuencia de la adenomiosis oscila en un 5 a 60%.

Birk y colaboradores observaron que el 31% de las histerectomías mostraban adenomiosis entre fragmentos de pared uterina si se tomaban sistemáticamente. Cuando se tomaban 6 fragmentos más de adenomiosis y se revisaban, la frecuencia aumentaba hasta en un 61.5%. Lewinsky comunicó una frecuencia de 53.7% de adenomiosis.

Se informa de 70 a 80% de adenomiosis en mujeres en su cuarto y quinto decenios de la vida, de 5 a 25% de los casos se identifican en pacientes menores de 37 años y solo el 5 a 10% en mujeres mayores de 60 años.

De 80 a 90% de los uteros adenomiósicos ocurren en mujeres que han tenido hijos, solo hay 5 a 10% de úteros en pacientes nulíparas (1-9-13-16).

El 5% de las mujeres con adenomiosis presentan infertilidad involuntaria, no siendo mayor que la de la población en general. Nikanen y Punnonen señalan que solo el 4% de las pacientes con adenomiosis tienen su primer hijo después de los 30 años y sugieren que la enfermedad se relaciona con un período de infertilidad secundaria.

Los síntomas más frecuentes de la adenomiosis son: Menorragia en un 40 a 50%, dismenorrea en un 15 a 30%, metrorragia en un 10 a 12%, dispaureunia en un 7% (1-20).

Bird y colaboradores observaron un 18.7% de pacientes que solo presentaron menorragia y dismenorrea, dato confirma

do por otros autores.

No se conoce el mecanismo exacto del desarrollo de la menorragia y dismenorrea. Se ha postulado que el útero no se - contrae adecuadamente durante la menstruación, lo que permite un grado mayor de pérdida sanguínea.

La dismenorrea que se presenta en la adenomiosis puede - ocurrir como resultado de la irritabilidad uterina dependien- te de mayores cantidades de pérdida sanguínea menstrual.

La dispareunia en algunas pacientes es más difícil de ex plicar en ausencia de datos de endometriosis (3-17).

La relación de la adenomiosis con otras enfermedades -- pélvicas, la más frecuente es el leiomioma uterino con 35 a - 55%, endometriosis peritoneal con un 6 a 20%. Benson y Snee - den encontraron 19.8% y Molitor una frecuencia de 1.4%, Póli- pos endometriales en un 2.3%, hiperplasia endometrial con un- 7 a 100%. (20).

La adenomiosis durante el embarazo es considerado como - una rareza relacionada con la alta frecuencia de complicacio- nes obstétricas y quirúrgicas.

Haydon en 1942 señaló que un útero grávido aumentaba el- riesgo de rotura uterina, atonía uterina, hemorragia posparto y complicaciones durante el trabajo de parto.

Sandberg y Cohn estudiaron 151 uteros obtenidos durante- cesárea histerectomía y encontraron 17 piezas con adenomiosis

para una frecuencia de 17.2%, pocos de estos úteros se extirparon como resultado de complicaciones.

La complicación más frecuente que se ha observado fué rotura uterina o perforación uterina, que en dos casos estuvo relacionado con placenta increta. De los úteros extirpados durante el embarazo mostraron decidualización del endometrio ectópico (5-11-17).

El principal factor para el diagnóstico es la sospecha clínica; signos como la hemorragia, dismenorrea en una paciente de la quinta década de la vida y multípara puede indicar adenomiosis.

Los datos pélvicos son de útero algo crecido, simétrico y un poco hipersensible.

Lee y Cols, revisaron todos los diagnósticos potencialmente preoperatorios confirmables de histerectomía y encontraron la adenomiosis y endometriosis eran los menos confirmados en 48%. La pelvis era normal en 12% de las pacientes y 40% de las restantes tenían otras entidades patológicas (1-18-20).

Para mejorar la precisión diagnóstica de adenomiosis se han estudiado diversos parámetros, radiográficos y séricos.

En ocasiones la histerosalpingografía puede mostrar espesulaciones múltiples o defectos en penacho, que van de la cavidad uterina a la pared miometrial (8).

Los medios hidrosolubles dan una mejor resolución de estos pequeños defectos, desafortunadamente es muy difícil dis-

tinguir entre un defecto adenomiósico y la extravasación vascular o linfática.

La ultrasonografía es un método bastante bueno para el diagnóstico de esta entidad patológica, ya que nos muestra espacios quísticos irregulares de 5 a 7 mm que alteran el patrón normal moteado fino de la pared miometrial (5-11-20).

Mark y Cols. estudiaron 8 pacientes con adenomiosis confirmadas por el estudio de resonancia magnética, detectando adenomiosis con precisión en todas. (6-20).

Se ha propuesto al Ca-125, antígeno común de muchos carcinomas ovaricos epiteliales no mucinosos, como auxiliar en el diagnóstico de adenomiosis.

Takahashi y Cols, informaron que seis de siete pacientes con adenomiosis tenían cifras de CA-125 mayores de 35 unidades por mililitro, que es el límite superior de lo normal. Después de la histerectomía, la concentración disminuyó gradualmente encontrándose dentro de lo normal al siguiente mes en todas las pacientes. (20).

En cuanto al tratamiento, la principal técnica diagnóstica y terapéutica de la adenomiosis, sigue siendo la histerectomía, tomando en cuenta que ni los anticonceptivos orales, ni la progesterona, ni la testosterona han resultado útiles y dado que algunos focos o todos los focos adenomiósicos expresan receptores de andrógenos y progesterona.

Hay algunos medicamentos como el denazol que inhiben el-

crecimiento y la función del endometrio ectópico, esto tiene valor para el alivio temporal de síntomas sobre todo en una mujer preocupada por su fertilidad futura. (13-16-20).

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se analizó en forma retrospectiva en un lapso de un año, en el periodo comprendido del 1 de Julio de 1990 al 31 de Julio de 1991, encontrando 30 casos de adenomiosis pura, en pacientes a quienes se les practicó histerectomía total abdominal y vaginal, cuyo diagnóstico fué hecho histopatológicamente en piezas quirúrgicas.

En la revisión de los expedientes clínicos, se tomaron los siguientes parámetros, edad, número de gestaciones, paridad, antecedentes de abortos, legrados, intervenciones quirúrgicas sobre útero, marca, inicio de vida sexual activa, -- trastornos menstruales, dismenorrea, dispareunia estudios de laboratorio y gabinete practicados, diagnóstico preoperatorio diagnóstico histopatológico y el tratamiento definitivo.

E D A D

E D A D	No CASOS	%
20 a 30	1	3.4
31 a 40	15	50.0
41 a 50	11	36.6
51 o MAS	3	10.0
TOTAL	30	100.0

CUADRO No. 1

M E N A R C A

E D A D	No CASOS	%
10 a 15	28	93.4
16 o MAS	2	6.6
TOTAL	30	100.0

CUADRO No. 2

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

EDAD	No CASOS	%
10 a 15	2	6.7
16 a 20	11	36.6
21 a 24	11	36.6
25 a 28	5	16.7
29 a 32	1	3.4
TOTAL	30	100.0

CUADRO No 3

G E S T A C I O N E S

EMBARAZOS	No CASOS	%
- - - 0	1	3.4
1 a 3	10	33.4
4 a 6	8	26.6
7 a 9	8	26.6
10 a 12	2	6.6
13 a 15	1	3.4
TOTAL	30	100.0

CUADRO No 4

P A R I D A D

PARA	No CASOS	%
- - - 0	3	10.0
1 a 3	16	53.4
4 a 6	5	16.6
7 a 9	5	16.6
10 a 12	1	3.4
TOTAL	30	100.0

CUADRO No 5

A N T E C E D E N T E S D E A B O R T O S

ABORTOS	No CASOS	%
- - - 0	12	40.0
1 a 3	16	53.4
4 a 5	2	6.6
TOTAL	30	100.0

CUADRO No 6

C E S A R E A P R E V I A

CESAREAS	No CASOS	%
0	25	83.3
1	3	10.0
2	2	6.7
TOTAL	30	100.0

CUADRO No 7

M E T O D O D E P . P . F .

TIPO	No CASOS	%
HORMONALES	7	23.3
ORALES		
HORMONALES DE DEPOSITO	1	3.4
O.T.B.	16	53.3
NULO	6	20.0
TOTAL	30	100.0

CUADRO No 8

FRECUENCIA DE LEGRADOS UTERINOS

LEGRADOS	No CASOS	%
0	12	40.0
1	7	23.4
2	4	13.4
3	5	16.6
4	0	0.0
5	2	6.6
TOTAL	30	100.0

CUADRO No 9

TRASTORNOS MENSTRUALES

TIPO	No CASOS	%
POLIMENORREA	3	10.0
HIPERPOLIMENORREA	17	56.6
PROIOMENORREA	5	16.7
SIN TRASTORNOS	5	16.7
TOTAL	30	100.0

CUADRO No 10

D I S M E N O R R E A

TIPO	No CASOS	%
DISMENORREA LEVE	2	6.6
DISMENORREA SEVERA	20	66.7
SIN DISMENORREA	8	26.7
TOTAL	30	100.0

CUADRO No 11

D I S P A U R E U N I A

SINTOMA	No CASOS	%
DISPAUREUNIA	14	46.6
SIN DISPAUREUNIA	16	53.4
TOTAL	30	100.0

CUADRO No 12

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

19

DIAGNOSTICO ULTRASOGRAFICO

REPORTE U.S.G.	No CASOS	%
MIOMATOSIS	10	33.4
NORMAL	1	3.3
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	1	3.3
NO EFECTUADO	18	60.0
TOTAL	30	100.00

CUADRO No. 13

BIOPSIA DE ENDOMETRIO

TIPO DE ENDOMETRIO	No. CASOS	%
ADENOMIOSIS	2	6.6
HIPERPLASIA ADENOMATOSA	2	6.6
FRAGMENTOS DE MUSCULO LISO CON CELULAS ATROFICAS	1	3.4
GLANDULAS ENDOCERVICALES SIN ALTERACION	1	3.4
NO EFECTUADO	24	80.0
TOTAL	30	100.0

CUADRO No 14

R E S U L T A D O S

En el Servicio de Ginecología del Hospital General DR. - Dario Fernández Fierro del ISSSTE., en el período comprendido del 1 de Julio de 1990 al 31 de Julio de 1991.

Se encontraron 30 casos de adenomiosis pura en piezas -- quirúrgicas (úteros) de pacientes en las cuales se les efectuó histerectomía total abdominal e histerectomía vaginal por otra patología.

En nuestra casuística la adenomiosis, se observó con mayor frecuencia entre los 30 y 40 años (50%), lo que coincide con las estadísticas de otros autores.

Esto debido a la mayor actividad estrogénica y a los obstetricos que se presentan con más frecuencia durante esta etapa. Cuadro No. 1

La menarca no tiene importancia como factor predisponente, ya que de 30 pacientes 28 de las mismas presentaron su menstruación en la edad de 11 y 15 años, edad en la que normalmente se presenta ésta. Cuadro No. 2

La adenomiosis se presenta con más frecuencia en pacientes que iniciaron vida sexual activa a los 19 años como promedio por lo tanto no puede considerarlo como, factor predisponente, al menos en esta entidad. Cuadro No. 3

En cuanto a la paridad y número de gestaciones en pacientes que presentaron adenomiosis, como se observa en los cuadros 4 y 5, predominó en pacientes grandes gestantes y multi-

paras en un 86.6% cifras, que coinciden con los diferentes -- autores. (2-5-13-15).

El análisis de los antecedentes de aborto, adquiere importancia ya que se observó en 16 casos de 30 y en la mayoría se les practicó legrado uterino, considerado como factor predisponente para la adenomiosis. Cuadro No. 6-9.

Cuadro No. 7.

Del total de pacientes un 16.7% tenían como antecedente cesárea previa, lo que no coincide con los reportes de la literatura.

Cuadro No. 8. En relación con los métodos de P.P.F., observamos que de 30 casos 16 tuvieron control definitivo con OTB. (53.3%), 7 se controlaron con hormonales orales (23.3%), en la literatura no se menciona como factor predisponente la OTB. Lo que difiere con nuestros hallazgos de un 53.3%.

La frecuencia en la ingesta de hormonales, si se encontró descrita como factor predisponente, lo que coincide con nuestra revisión, esto se explica por la relación de niveles altos de estrógenos y la presencia de adenomiosis.

El trastorno menstrual que predominó fué la hiperpolimenorrea con un 56.6%, proiomenorrea con un 16.7%, polimenorrea en un 10%, cabe mencionar que también se observó un 16.7% de pacientes en las cuales no se presentó ningún síntoma, cifras que coinciden con diferentes autores. Cuadro No. 10.

La dismenorrea y dispaureunia como síntomas, son de gran

Importancia para la sospecha de esta entidad, ya que se presentaron en grandes porcentajes, la dismenorrea severa con un 66.7% y la dispaureunia con un 46.6%.

Estos síntomas normalmente se presentan en pacientes con adenomiosis, las cuales cursan la quinta década de la vida, - según diferentes autores (1-3-9-10-17). Cuadro No. 11-12.

La ultrasonografía como método diagnóstico, solo se tomó en 12 pacientes como observamos en el cuadro número 13, con - reporte de miomatosis uterina en 10 casos, hiperplasia endometrial en un caso, utero normal en un caso, dichos reportes no coinciden con la literatura actual, esto tal vez debido a la in experiencia para la interpretación o manejo del aparato de ultrasonografía.

Bohman y cols, mostraron una imagen sonográfica anómala del útero en seis de siete casos de adenomiosis, no obstante - fué difícil diferenciar estos casos de los leiomiomas (4-20).

Otros autores Scoutt y Vasilew refieren que el estudio - ecosonográfico es de gran valor, ya que se encuentra datos -- característicos que orientan al diagnóstico de adenomiosis - hasta en un 56-60%.

En el estudio es posible observar la presencia de zonas - sonolúcidas dentro del útero, estos espacios quísticos son -- causados por glándulas intramiometriales dilatadas y ocupadas por productos menstruales. (4-6).

La biopsia de endometrio, solo se practicó en 6 casos, 2 de los cuales, reportaron adenomiosis 6.6% Cuadro No. 14

La histerosalpingografía solo se efectuó en una paciente con diagnóstico de adenomiosis.

C O N C L U S I O N E S

- 1.- La incidencia de adenomiosis en nuestro servicio, es semejante a la de otros reportes en la literatura.
- 2.- La edad promedio de los pacientes que cursan con adenomiosis es de 48 años, siendo muy rara antes de los 30 años.
- 3.- El padecimiento es más frecuente en grandes gestantes y - multíparas.
- 4.- El aborto secundariamente resulta ser un factor predisponente de la adenomiosis.
- 5.- Las intervenciones quirúrgicas sobre cuerpo uterino, no son en nuestra revisión antecedentes de importancia para la adenomiosis.
- 6.- La dismenorrea, dispareunia y hiperpolimenorrea, son los síntomas más frecuentes que nos orientan a un diagnóstico preoperatorio de adenomiosis.
- 7.- La biopsia de endometrio y la histerosalpingografía son recursos de laboratorio y gabinete que deben efectuarse en toda paciente con sospecha de adenomiosis.
- 8.- Existe relación directa entre el hiperestrogenismo y la adenomiosis.
- 9.- El diagnóstico de adenomiosis, generalmente se hace por estudio histopatológico de las piezas quirúrgicas, que fueron extirpadas por otra patología.
- 10.- El diagnóstico de adenomiosis sigue siendo un reto para el clínico, ya que el 50% de pacientes cursan asintomáticas.

11.- La principal técnica diagnóstica y terapéutica de la adenomiosis sigue siendo la histerectomía.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Baju-GC; Naraynsingh v. Woo J; Jankey N.
Adenomyosis uterin a study of 416 cases
Awst-N-Z-J. obstet-Gynaecol; 1988 FEB; 28(1);P 72-3.
- 2.- Katsumata Y. Nada M. Tanaka M;Shirowzul.Okazaki; Kato S.
Appearance of uterine adenomyosis.
Rinsho-Hoshasen; 1989 Feb; 34 (2); p. 227-32
- 3.- Department of Family Medicine, Mayo Clinic, Rochester,
Minesota.
Dymenorrea.Prim-Care; 1988 Sep; 15(3); P. 549-59.
- 4.- Cherveniaszki S; Vasilev D. Rachev E.
Problems in the X-ray imaging of Adenomyosis
Akush - Ginekol-(sofiia); 1989; 28(3); P-55-9.
- 5.- Ginsburg Ka; Quereshi F; Thomas M; Snowman B.
Intramural ectopic pregnancy implanting in adenomyosis.
Fertil-Steril; 1989 Feb; 51(2); P-354-6.
- 6.- Scoutt LM-Mc Carthy SM.
Applications of Magnetic resonance imaging to Gynecology-
Top Magn - Reson - Imaging; Jun; 2(3); P-37-49.
- 7.- Jacques SM; Lawrence WD.
Endometrial adenocarcinoma with variable-level
Myometrial involvement-Limited to adenomyosis.
A clinicopathologic Study of 23 cases.
- 8.- Walf DM;Spataro RF.
The current State of Hysterosalpingography
Radiographics; 1988 Nov; 8(6); P-1041-58
- 9.- Delavue T. Masson C. Maheo A. A Foissey
What lesions of the myometrium are responsible for hemor-
rhage?
Rev. FI Gynecol Obstet; 1988 Nov; 83(11); P-679-86.

- 10.- Yamaguchi M; Mori N.
Prostaglandin and leukotriene concentration of the peritoneal fluid of endometriosis and, other Gynecologic disorders in the secretory.
Prostaglandins leukot essent-Fatty - Avids; 1990 Jan;39 (1); P-43-5.
- 11.- TOGASHI K; Ozasa H; Konishi I. Itoh H. Nishimura M. Fujisawa I; Noma S; Sagoh T.
Enlarged uterus; differentiation between adenomyosis - and leiomyoma with Mr. imaging.
Radiology; 1989 May; 171 (2); p. 531-4
- 12.- Azziz -R.
Adenomyosis: Current Perspectives.
Obstet-Gynecol Clin-Nort-Am; 1989 Mar; 16 (1) P-221-25
- 13.- Urabe M. Yamamoto T. Kitawaki J. Honjo H.Okadalt
Estrogen Biosynthesis in human uterine adenomyosis
Acta Endocrinol (copenh); 1989 Aug; 121(2); P. 259-64
- 14.- Thomas Js. Jr. Clark JF.
Adenomyosis; retrospective View
J.Natl-Med. Assoc; 1989 Sep; 81 (9): P. 969-72
- 15.- Kobayashi H. Kanayama N. Hayaia T.et al: Usefulness of endometriosis. Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi 39;- 1054, 1987.
- 16.- Falk RJ; Mullin BR.
Exacerbation of adenomyosis Syntomatology by estrogen-progestin Therapy; a case report and Hystopathological observations.
Int - J - Fertil; 1989 Nov-Dic; 34(0; P. 386-9)
- 17.- J Olu Owolabi and Cols. Adenomyosis; A Neglected Diagnosis Obstetrics and Gynecology VOL. 50 No 9:424-27 Oct. 1989.

- 18.- NOVAK R.E. Tratado de Ginecologia; 11a. Edición
Nueva Editorial Interamericana. Mex. D.F.
Pag. 396-400 1991.
- 19.- Kale S. MD. Shuster, Shangald MD.
Endometriomain a cesarea scar; Case report and review -
of the leterature
AM. J. Obstet Gynecol.. Vol. 8 No 9: 596 Oct. 1988.
- 20.- John A. Rock, MD. Clinicas de Ginecologia y Obstetricia
Endometriosis
Editorial interamericana. Mex. D.F. Vol. 16(1). Mar. 1989
P. 211-222.