



11217 24
21

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**

**Correlación Clínica, Ultrasonográfica e
Histopatológica en Adenomiosis Uterina**

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
QUÉ MEXICO, D.F. 06000



DIRECCION DE ENFERMERIA

T E S I S
Que para obtener el Título de
Especialista en Ginecología y Obstetricia
P r e s e n t a:
DR. JORGE HERNANDEZ MORLETT

México, D. F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE CUBREN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DR. ANTONIO GARRILLO GALINDO
JEFE DE SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

DR. ANTONIO GUERRERO HERNANDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO
EN GINECO-OBSTETRICIA

FACULTAD
DE MEDICINA
FEB. 6 1997
SECRETARIA DE SERVICIOS
ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
MMM

DR. ARMANDO VALLE GAY
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION CLINICA
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

DR. WALTER GLENDER DIAZ
ASESOR DE TESIS
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA

DR. ARMANDO VALLE GAY
TUTOR DE TESIS

Unidad de Epidemiología Clínica
FACULTAD DE MEDICINA, U. N. A. M.
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S. S.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO U. N. A. M.
★ JUL 12 1996 ★
DIRECCION DE INVESTIGACION

**LA PRESENTE TESIS FUE REGISTRADA Y APROBADA POR LA
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA CLINICA, DISEÑO Y EVALUACION
DE PROTOCOLOS DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO SSA.
CON CLAVE DE REGISTRO DIC/95/503/01/95.**

PARTICIPANTES

DR. WALTER GLENDER DIAZ

**UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA
HGM**

DR. JOSE LUIS VIRAMONTES

**UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA
HGM**

DR. MANUEL CALY MAYOR VILLALOBOS

**UNIDAD DE ULTRASONIDO
HGM**

DR. ARMANDO VALLE GAY

**U N I D A D D E
GINECOOBSTETRICIA HGM**

AGRADECIMIENTOS

A MI DIOS QUE ME DIO LA DICHA DE VIVIR

A MIS PADRES QUE BRINDARON SU AMOR Y APOYO PARA MI DESARROLLO PROFESIONAL

A MI QUERIDA ESPOSA Y A MIS HIJOS QUE MOTIVAN A DIARIO MI VIDA

A MIS SUEGROS QUE ME SUPIERON ALENTAR PARA LA CULMINACION DE MIS ESTUDIOS DE ESPECIALIZACION

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS CUYAS EXPERIENCIAS ENRIQUECEN MI SER

A LAS AUTORIDADES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA QUE PERMITIERON EL DESARROLLO DE ESTA TESIS

INDICE

I. RESUMEN	
II. INTRODUCCION.....	1
III JUSTIFICACION.....	3
IV. OBJETIVOS.....	4
V. MATERIAL Y METODOS.....	5
VI. RESULTADOS.....	7
VII. DISCUSION.....	9
VIII. CONCLUSIONES.....	10
IX. ANEXOS.....	11
X. BIBLIOGRAFIA.....	12

I RESUMEN

Esta investigación fue realizada en el Hospital General de México SSA, en los servicios de Ginecología, ultrasonido y patología. Se estudiaron 29 pacientes con una edad promedio de 41 años, las que acudieron por presentar dismenorrea, hiperpolimeniorrea además de presentar en algunos casos aumento de tamaño uterino y alteración en la consistencia. Se realizó un seguimiento clínico, ultrasonográfico, e histopatológico para confirmar el diagnóstico de adenomiosis uterina.

En todos los casos se llevo una evaluación clínica para ubicar pacientes portadoras de adenomiosis sola o acompañada de otra patología. Se realizó estudio ultrasonográfico con transductor transvaginal. Todas las pacientes fueron candidatas a cirugía y se les practicó Histerectomía total abdominal, la pieza quirúrgica fue analizada por histopatología siendo este diagnóstico considerado como el definitivo.

Los análisis fueron sometidos a análisis estadístico obteniéndose índices de certeza diagnóstica. Se calcularon índices de confiabilidad diagnóstica mediante tablas de contingencia de 2X2. Se obtuvo una sensibilidad de 92.3 por ciento, especificidad de 75 por ciento y exactitud diagnóstica de 82.7 por ciento en el grupo de pacientes estudiadas, los valores predictivos fueron de 75 por ciento para el positivo y de 92.3 por ciento para el negativo.

Se concluye que el ultrasonido transvaginal es un estudio útil en la detección de adenomiosis uterina. Es una prueba sencilla, de costo menor comparado con otros estudios diagnósticos y no es invasiva. La prevalencia de adenomiosis en nuestro medio fue de 44.4 por ciento. Clínicamente la sintomatología puede ser modificada por otras patologías, en este caso la asociación con miomatosis uterina, en nuestro medio se presentó en una 90 por ciento.

II:INTRODUCCION

El sangrado transvaginal anormal, el dolor pélvico y el escurrimiento genital anormal se consideran las causas principales de consulta en ginecología (1). Dentro de los padecimientos que presentan sangrado transvaginal y dolor pélvico se encuentra la Adenomiosis que es una enfermedad confinada al útero y definida histologicamente como la presencia de glándulas y estroma endometrial localizado dentro del miometrio. Su presentación es frecuente en especímenes de histerectomía siendo de un 10 hasta un 47 por ciento, estas cifras corresponden a pacientes operadas por endometriosis ovárica (8). Es una padecimiento cuya sintomatología principal es la dismenorrea así como hiperpolimenorrea. Clínicamente existe un crecimiento uterino parecido a un embarazo de 12 semanas y reblandecimiento, en ocasiones existe dolor a la movilización del cervix (1,4). Algunos autores consideran a la Adenomiosis como una variante de la endometriosis (endometrio ectópico), las causas de ambas patologías no se conocen aunque existen algunas teorías al respecto, las más aceptadas actualmente son : la teoría transcelómica (origen embriológico) la cual consiste en la migración de estroma endometrial al miometrio en el proceso de diferenciación embriológica. La otra teoría es de la regurgitación del flujo menstrual en el cual existe microimplantes de endometrio en cavidad peritoneal con el sangrado catamenial sin embargo no son universalmente aceptadas. (4) . Para otros autores la Adenomiosis es considerada como una entidad patológica diferente y no una variante de la Endometriosis .(5). Clínicamente el diagnóstico diferencial es con Miomatosis uterina y en segunda instancia con una gestación normal (1). Los métodos radiológicos utilizados en el diagnóstico de la Adenomiosis son: histerosalpingografía, ultrasonografía, resonancia magnética nuclear. Respecto a la histerosalpingografía puede demostrarse llenado de las cavidades endometriales sin embargo su índice diagnóstico es bajo (8). Actualmente la Resonancia Magnética y la ultrasonografía presentan índices diagnósticos más altos (9). Con el uso de estos métodos radiológicos se establece en diagnóstico por imagen (6,7).

En años anteriores la Miomatosis uterina, la Adenomiosis nodosa y la difusa eran de difícil diagnóstico para el radiólogo. Hoy en día con el uso de transductores transvaginales, la eficacia y efectividad en el diagnóstico es mayor (8). Existe una alta efectividad en el diagnóstico de este padecimiento con el uso de Resonancia Magnética cuyo principal limitante es su costo elevado no accesible a la población general. La ultrasonografía transvaginal en estudios realizados por algunos autores muestran una sensibilidad del 80 por ciento, especificidad de 74 por ciento, valor predictivo del 81 por ciento, especificidad de 74 por ciento y valor predictivo de 81 por ciento en el diagnóstico de Adenomiosis difusa y sensibilidad de 98 por ciento, valor predictivo positivo de 98.4 por ciento en la Adenomiosis difusa (6,7).

Otras opciones diagnósticas es el legrado uterino que presenta índice diagnóstico bajo (4) y recientemente se utiliza biopsia dirigida por laparoscopia o histeroscopia, no obstante falta más ensayos clínicos que avalen su efectividad (4).

El tratamiento de la Adenomiosis se divide en Médico y Quirúrgico. El tratamiento Médico incluye el uso de hormonales y derivados, así se utiliza la progesterona, Danazol, gestrinona y análogos de GnRh, sin embargo la involución del proceso no es definitiva teniendo elevadas reincidencias (4). En la Adenomiosis severa se ha utilizado análogos de GnRh en caso de esterilidad lográndose embarazos posteriores al tratamiento sin embargo, sin llegar a término (12,13). Debido a la recurrencia después del tratamiento farmacológico, se considera que la Histerectomía es el tratamiento definitivo (5,8). En el estudio histopatológico practicado a los úteros obtenidos por cirugía debe existir una extensión del endometrio en el seno del miometrio a una distancia de por lo menos dos campos de aumento 8 mm de la capa basal para considerar la presencia de Adenomiosis. El diagnóstico histopatológico se considera el definitivo (6).

III.JUSTIFICACION

La dismenorrea incapacitante se presenta hasta en un 15 por ciento en la población americana (1). Una de las múltiples causas de dismenorrea es por Adeniosis, la cual es causa de múltiples incapacidades que condicionan horas laborales perdidas, lo que repercute socialmente en disminución de la productividad, por lo que es necesario el establecer un diagnóstico oportuno.

El sangrado transvaginal y la esterilidad son factores secundarios a la aparición de la Adeniosis y, al igual que la dismenorrea causa alta morbilidad en la población femenina. En nuestro estudio utilizamos el ultrasonido transvaginal el cual es considerado un método diagnóstico con alta sensibilidad, especificidad y no invasivo, de bajo costo en el diagnóstico de la Adeniosis.

IV. OBJETIVOS

- 1. Demostrar la especificidad y sensibilidad del ultrasonido con transductor transvaginal como método diagnóstico en la Adeniosis, corroborado por estudio histopatológico .**
- 2. Comparar el diagnóstico clínico con el definitivo .**
- 3. Demostrar la prevalencia de Adeniosis en nuestro medio .**

V. MATERIAL Y METODOS .

De Junio de 1995 a Febrero de 1996,se seleccionaron 50 pacientes que acudieron a consulta externa del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México,los criterios de inclusión de la muestra comprendieron pacientes del sexo femenino, edad entre 30 y 50 años,con antecedentes de dismenorrea e hiperpolimenorrea, paridad satisfecha y que dieron su autorización para su inclusión en el estudio. Se excluyeron a las pacientes que no concluyeron la evaluación diagnóstica,aunque llenaban todos los criterios de inclusión, se eliminaron las pacientes que no aceptaron colaborar en el estudio.

A las 50 pacientes captadas en la consulta externa de Ginecología, se les realizó Historia Clínica completa,todas con hiperpolimenorrea y dismenorrea,algunas además con aumento de tamaño uterino y disminución de la consistencia,así como dolor a la movilización del cervix. Todas refirieron paridad satisfecha. Los datos clínicos obtenidos fueron impresos y las pacientes se clasificaron en tres grupos. Grupo A pacientes portadoras de Adenomiosis Grupo B pacientes portadoras de Adenomiosis con otra patología asociada y Grupo C pacientes sin Adenomiosis.

De las 50 pacientes seleccionadas,30 aceptaron se les practicara el Ultrasonido en el servicio de Ultrasonografía con Ultrasonido de 3.5 Mz y utilización de transductor transvaginal. De acuerdo a los resultados ultrasonográficos también se clasificaron en 3 grupos: Grupo A pacientes portadoras de Adenomiosis, Grupo B pacientes portadoras de Adenomiosis con otra patología asociada y Grupo C pacientes sin Adenomiosis.

Las 30 pacientes fueron clasificadas clínica y ultrasonográficamente, posteriormente se les realizaron estudios laboratoriales preoperatorios, valoración cardiológica y se les practicó Histerectomía total abdominal, más ooforectomía cuando existieron hallazgos en el operatorio.

Las piezas quirúrgicas obtenidas, fueron estudiadas por el servicio de patología del mismo Hospital y de similar forma se clasificaron en tres grupos. La información fue registrada en Bitácora de acuerdo a nombre del paciente, número de expediente, número de biopsia, diagnóstico presuntivo clínico radiológico e histopatológico final.

La información se condensó, gráfico y evaluó mediante tablas de contingencia de 2 X 2, obteniéndose índices de certeza diagnóstica:

I Sensibilidad = verdaderos positivos entre el total de pacientes con Adenomiosis.

II Especificidad = verdaderos negativos entre el total de pacientes con Adenomiosis.

III Valor predictivo positivo = pruebas verdaderas positivas entre el total de pruebas positivas.

IV Valor predictivo negativo = pruebas verdaderas negativas entre el total de pruebas negativas.

V Exactitud diagnóstica = verdaderos positivos más verdaderos negativos entre la muestra total.

VI. RESULTADOS .

La edad promedio de las 29 pacientes que concluyeron el estudio fue de 41.4 con un rango entre 30 y 50 años. Presentaron dismenorrea, hiperpolimenorrea en un 100 por ciento. Aumento de tamaño uterino en 76.6 por ciento. En un 30 por ciento disminución de la consistencia y en un 26.6 por ciento dolor a la movilización del cuello uterino . Con los dos síntomas cardinales asociado con algún otro se clasificaron obteniéndose los siguientes resultados:

A Pacientes portadoras de Adenomiosis en 6 pacientes (20 por ciento) .

B Pacientes portadoras de Adenomiosis con otra patología asociada en 23 pacientes (80 por ciento) .

C Pacientes sin Adenomiosis (0 por ciento) .

Se graficarón por porcentajes los datos clínicos obtenidos, se graficarón los diagnósticos clínicos por porcentajes (Gráfica 1 y 2). Se compararon los diagnósticos clínico y definitivo (Cuadro 1) .

Los resultados obtenidos por ultrasonido se presentaron en tres grupos :

A Pacientes portadoras de Adenomiosis en 7 pacientes (24.1 por ciento) .

B Pacientes portadoras de Adenomiosis con otra patología asociada en 9 pacientes (31 por ciento) .En el 100 por ciento se presentó la miomatosis uterina como patología asociada .

C Pacientes sin Adenomiosis en 13 pacientes (44.8 por ciento). En el 84.6 por ciento se presentó miomatosis uterina, en 7.6 por ciento quiste ovárico y 7.6 por ciento hiperplasia de endometrio .

Se graficarón los resultados (Gráfica 3) y se compararon con el diagnóstico definitivo.(Cuadro 2). En cuanto al diagnóstico por histopatología se obtuvieron los siguientes resultados :

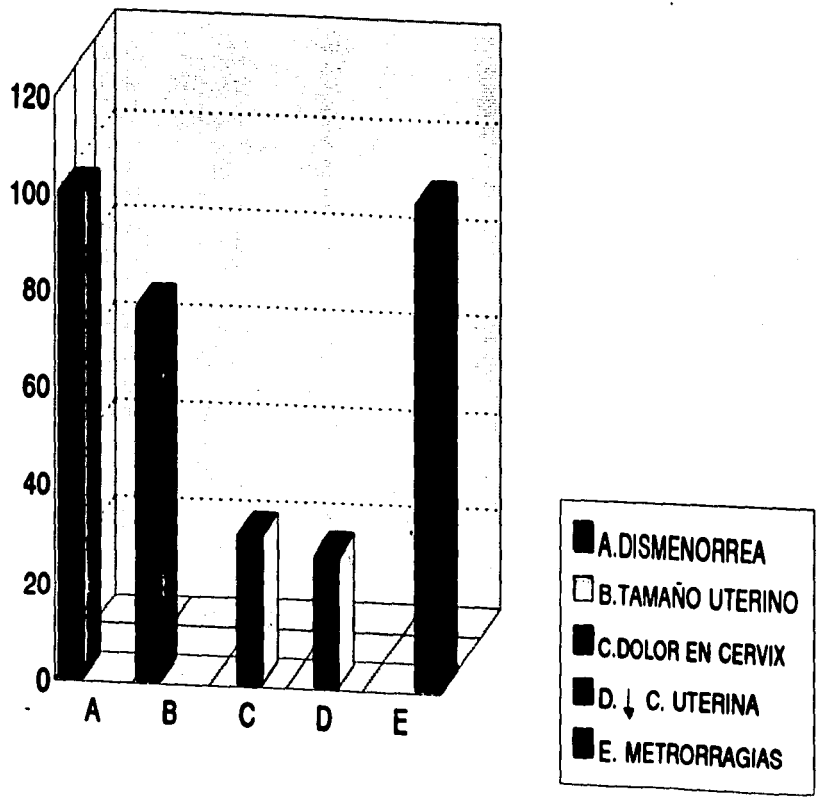
A Pacientes portadoras de Adenomiosis en 3 pacientes (10.3 por ciento) .

B Pacientes portadoras de Adenomiosis con otra patología asociada en 10 pacientes (34.4 por ciento) .

C Pacientes sin Adenomiosis en 16 pacientes (53.3 por ciento). En un 75 por ciento se diagnóstico miomatosis uterina ,en un 18.7 por ciento no existió patología neoplásica y en 6.25 por ciento quiste ovárico. Se graficarón resultados (Gráfica 4) .

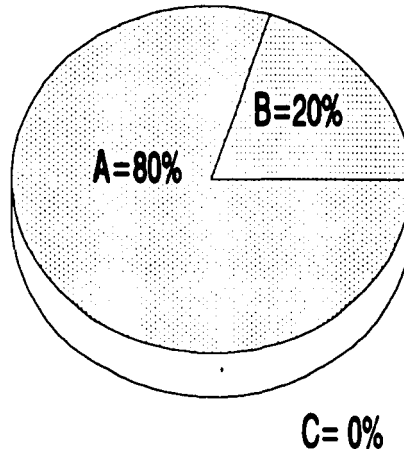
Con los diagnósticos de histopatología y ultrasonografía se determinó el porcentaje de aciertos del segundo. Se utilizaron tablas de contingencia de 2 X 2 y se obtuvieron resultados: sensibilidad de 92.3 por ciento, especificidad 75 por ciento, valor predictivo positivo 75 por ciento, valor predictivo negativo 92.5 por ciento, certeza diagnóstica 82.7 por ciento, existiendo una prevalencia de 44.8 por ciento en la población estudiada .Los datos anteriores son similares a los reportados por otros autores (6 y 7) .

GRAFICA 1
CUADRO RELACION DE SINTOMAS CLINICOS



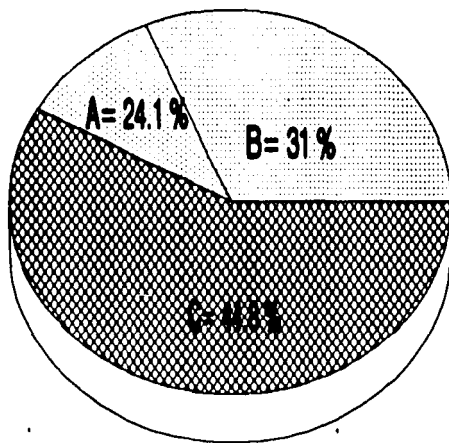
GRAFICA 2

PRESENTA PORCENTAJES DE DIAGNOSTICO CLINICO



- A. PACIENTES PORTADORAS DE ADENOMIOSIS**
- B. PACIENTES PORTADORAS DE ADENOMIOSIS MAS OTRA PATOLOGIA ASOCIADA**
- C. PACIENTES SIN ADENOMIOSIS.**

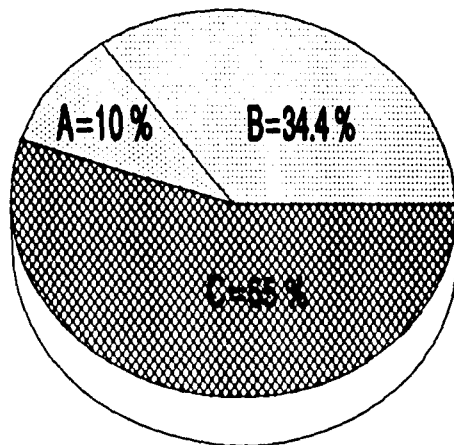
GRAFICA 3
PORCENTAJES DE DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO



- A. PACIENTES PORTADORAS DE ADENOMIOSIS**
- B. PACIENTES PORTADORAS DE ADENOMIOSIS MAS OTRA PATOLOGIA ASOCIADA**
- C. PACIENTES SIN ADENOMIOSIS.**

GRAFICA 4

PORCENTAJES DE DIAGNOSTICO POR HISTOPATOLOGIA (DEFINITIVO)



- A. PACIENTES PORTADORAS DE ADENOMIOSIS**
- B. PACIENTES PORTADORAS DE ADENOMIOSIS MAS OTRA PATOLOGIA ASOCIADA**
- C. PACIENTES SIN ADENOMIOSIS.**

CUADRO 1

RELACION DE DIAGNOSTICO CLINICO CON EL DEFINITIVO

DX CLINICO

DX DEFINITIVO

Adenomiosis 6(20%)

3 (10%) Adenomiosis

**Adenomiosis 24(80%)
con patologia
asociada**

**10(34.4%) Adenomiosis
con patologia
asociada**

Sin adenomiosis 0(0%)

16 (55%) Sin adenomiosis

RELACION DE DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO CON EL DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DX ULTRASONIDO**DX DEFINITIVO****Adenomiosis 7(24.1%)****Adenomiosis 3(10.3%)****Adenomiosis
con patologia
asociada****Adenomiosis con
patologia
asociada****9(31%)****10(34.4%)****Sin adenomiosis 13
(44.4%)****Sin adenomiosis 6
(55.1%)**

CUADRO 3
RELACION DEL GRADO DE CERTEZA DIAGNOSTICA
ENTRE EL DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO Y EL DEFINITIVO

- **Diagnóstico correcto** **24 (82.7%)**

- **Diagnóstico incorrecto** **5 (17.3%)**

- **Falsas positivas** **4 (13.7%)**

- **Falsas negativas** **1 (3.4%)**

CUADRO 4
CUADRO DE CONTINGENCIA 2X2 PARA LA OBTENCION
DE INDICES DE CERTEZA DE DIAGNOSTICO

		ESTANDAR DIAGNOSTICO IDEAL (PIEZA QUIRURGICA)	
		POSITIVO	NEGATIVO
DIAGNOSTICO	POSITIVO	VERDADERAS POSITIVAS 12	FALSAS POSITIVAS 4
	NEGATIVO	FALSAS NEGATIVAS 1	VERDADERAS NEGATIVOS 12
ULTRASONO- GRAFICO			

VII. DISCUSION.

El ultrasonido es considerado por diversos autores como un método diagnóstico rápido de realizar, de bajo costo, no invasivo y que presenta elevada certeza diagnóstica (6 y 7).

La capacidad de la prueba para identificar Adenomiosis conocida como sensibilidad fue de 92.3 por ciento, es decir que puede ser útil en 9 de cada 10 pacientes. Estos datos son similares a los reportados por otros autores, sensibilidad 87 a 98 por ciento en el diagnóstico de Adenomiosis nodosa y 80 por ciento en la Adenomiosis difusa (6 y 7). En relación a la especificidad es decir la capacidad de la prueba para identificar ausencia de patología se alcanzó 75 por ciento. Es decir que 7.5 de cada 10 pacientes se pueden diferenciar otras patologías, cabe mencionar que en nuestro estudio predominó la miomatosis uterina como diagnóstico diferencial, datos que es comentado por otros autores. (6). En solo un caso existía la patología, mas no fue detectada, lo que se considera valor negativo positivo.

Aunque la muestra es pequeña la sensibilidad de la prueba permanece estable, aunque se modifique el número de casos. Por consiguiente con las cifras de sensibilidad obtenidas en el presente estudio, puede suponerse que pueden ser empleados en otros centros hospitalarios similares al Hospital General de México con similares resultados.

A nivel internacional existen publicaciones sobre el uso del ultrasonido transvaginal en el diagnóstico de Adnomiosis. Nuestro estudio es pionero a nivel nacional y tiene valor el que nuestro estudio se desarrollara en un centro hospitalario de concentración como lo es el Hospital General de México.

VIII. CONCLUSIONES

- 1. La prevalencia de Adenomiosis en la población estudiada fue de 44.4 por ciento .**
- 2. El ultrasonido transvaginal es un estudio con alta exactitud diagnóstica en la Adenomiosis uterina, siendo fácil de realizar, de bajo costo y no es invasivo .**
- 3. La sintomatología puede estar modificada en un gran número de casos debido a la elevada asociación con miomatosis uterina .**

IX. ANEXOS

DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA .
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO .
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

*protocolo de investigacion adenomiosis *

Fecha:

Nombre:

Exp:

Edad:

Edo civil :

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS :

G: P: A: C: M: P: IVSA:
 No de parejas: Métodos de PF: si no
 hormonales orales inyectables DIU
 ODB

sintomatología : Dismenorrea: si no
 alteraciones menstruales hiperpolimnorea Metrorragia
 hipermenorrea sangrado intermenstrual
 Enfermedad pélvica inflamatoria si no
 tratamientos previos :

exploracion fisica :

Utero forma: tamaño :
 edo de superficie: consistencia :
 tensión de ligamentos ancho: movil:
 dolor a la movilización: fenómenos agregados :

Cervix: forma: tamaño :
 superficie: consistencia :
 fenómenos agregados :

Anexoad: Tamaño: Fondos de sacos libres
 hallazgos:

a. Dismenorrea SI NO
 b. Crecimiento uterino SI NO
 c. Disminución en consistencia SI NO
 d. Metrorragia SI NO
 e. Dolor a movilización SI NO
 de cervix .

Impresión diagnóstica :

Adenomiosis si no
 adenomiomatosis si no
 miomatosis si no
 otra patología

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO .
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

" Protocolo de adenomiosis "

Nombre : _____

Edad : _____ Exp : _____

Hallazgos de Ultrasonido :

Utero : _____ X _____ X _____

Nódulos : _____ X _____ X _____

Desplazamiento endometrial : si no

Hallazgos : _____

Diagnóstico : adenomiosis si no
Miomatosis si no
adenomiomatosis si no
Otras patologías _____

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S.S.A.
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA U 503.

CONTROL DEL SERVICIO DE PATOLOGIA :

NOMBRE: _____ EDAD: _____

EXP: _____ No BIOPSIA _____

HALLAZGOS DE HISTOPATOLOGIA:

A + _____

B _____

C _____

D _____

E _____

EVALUACION:

- A. PACIENTES PORTADORAS DE ADENOMIOSIS .
- B. PACIENTES CON OTRAS PATOLOGIAS ASOCIADAS.
- C. PACIENTES NO PORTADORAS DE ADENOMIOSIS .

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO D.F.
SERVICIO DE GINECOESTERILECIA Y SOB

" PROTOCOLO DE INVESTIGACION CORRELACION CLINICO-RADIOLOGICO-HISTOPATOLOGICO "
CARTA DE ACEPTACION DE LA PACIENTE

POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO AUTORIZO AL PERSONAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO PARA LA INTEGRACION DE LA INFORMACION RECAUDADA DURANTE EL AÑO EN CURSO (1995) Y DE MI INTERESANTE CLINICO, SABIENDO QUE EL TRATAMIENTO PARA EL CONTROL DE MI FERTILIDAD ES QUIMICO : PATICIDA - RE POR MEDIO DE DISPOSICION PARA LA REALIZACION DE EVALUACION ULTRASONOGRAFICA PREVIA A LA CIRUGIA, Y CONTESTANDO VERAZMENTE A LA APLICACION DE CUESTIONARIO ANEXO, SABIENDO QUE DICHA INFORMACION SERA EN BENEFICIO DE LA COMUNITAD QUE PADECE ESTA ENFERMEDAD .

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE .

TESTIGO

TESTIGO .

X. BIBLIOGRAFIA

- 1 **NOVACK Tratado de Ginecología . 10a Edición . Editorial Interamericana. México D.F. 1990.**
- 2 **BENSON Procedimientos en Ginecoobstetricia. 10a Edición. Editorial Manual Moderno . México D.F. 1990.**
- 3 **CALLEN Ultrasonografía en Obstetricia y Ginecología. 1a Edición. Editorial Panamericana . Buenos Aires, Argentina 1985 .**
- 4 **PAOLO V. Adeniosis. Obstetrics and Gynecological Survey. . Vol.48 1993 Pags 789-794 .**
- 5 **OLIVE Endometriosis. Medical Progress. Vol 32 No 24 . Jul. 1993 Page 1759-1766 .**
- 6 **TE LINDE Ginecología Quirúrgica. 7a Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires, Argentina 1992.**
- 7 **LUIGI Transvaginal Ultrasonography in the diagnosis of diffuse Adeniosis. Fertility and Sterility. Jul. 1992. Vol 58. Pags 94-97 .**

- 8 **BLINDER** Ultrasonografic Finding of Adenomyosis of Uterus. AJR 1987. April Pags 765-771 .
- 9 **JAN** Adenomyosis time for reapraisal. Lancet. Jan 1993 Vol.34 Pags 181.
- 10 **OUTWALTER** Characterizacion of hemorragic adnexal lesion with MR imaging blinded reader study . Radiology. 1993. Pags 489-494.
- 11 **D SILVA** Live birth after severe Adenomyosis with a Gonodotropin-releasing hormone agonist. Fertility and styrility . Vol 61 . pags 171 172.
- 12 **HIRATA** Pregnancy after medical terapy of Adenomyosis with gonadotropin-releasing hormone agonist. Fertility and Sterility. Feb 1993 Vol. 59 No 2 pags 444 - 445.
- 13 **JEFREY** Long-term of Adenomyosis with Gonadotropin-releasing-agonist: a case report. Fertility and Sterility. Febrero 1993 Vol. 59 Pags 441-442.