

86
2ej

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

FRECUENCIA DE ADENOMIOSIS EN PACIENTES
POST OPERADAS DE HISTERECTOMIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

E S P E C I A L I S T A E N :

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DRA. ADRIANA VILLAGRAN GUZMAN

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



DIRECCION DE ENSEÑANZA

HGM

Organismo Descentralizado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

0274/156

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1999.



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.

PAGINACION

DESCONTINUA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

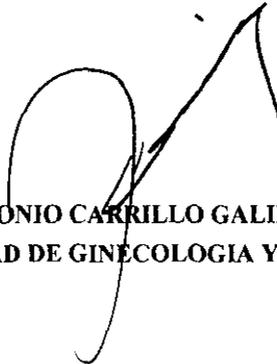
***FRECUENCIA DE ADENOMIOSIS EN PACIENTES POST OPERADAS DE
HISTERECTOMIA***

RESPONSABLE DEL PROYECTO: DRA ADRIANA VILLAGRAN GUZMAN

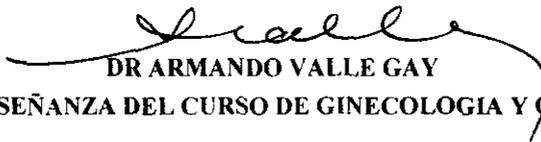
TUTOR DE TESIS: DR EDUARDO MOTTA MARTINEZ

JEFE DE UNIDAD. DR ANTONIO CARRILLO GALINDO

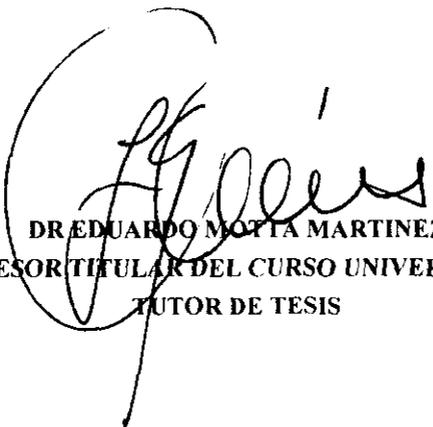
**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO
UNIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



**DR ANTONIO CARRILLO GALINDO
JEFE DE LA UNIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



**DR ARMANDO VALLE GAY
JEFE DE ENSEÑANZA DEL CURSO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



**DR EDUARDO MOTTA MARTINEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO
TUTOR DE TESIS**

DEDICATORIA

A mi Madre: Gracias por todas esas oraciones, angustias y desvelos, hoy empezamos a cosechar los frutos, Te Quiero Mucho.

A mi Padre: Yo sé que nunca me haz dejado sola, desde donde estas espero y que haya alcanzado a ser lo que tú esperabas, Te Extraño.

A Antioco: La espera ha sido muy larga y difícil, parecia interminable, ya se estan cumpliendo nuestros sueños, Mil Gracias por tu apoyo y paciencia, espero no defraudarte. TE AMO.

A mis Grandes Amigas: Paty y Lety, pues ustedes más que nadie saben que sin su ayuda y apoyo incondicional, esto hubiese sido más pesado. Gracias.

A mis Hermanas (os): Por que han intentado tolerar mis malos ratos, los admiro por eso.

AGRADECIMIENTOS

A la Srita. Concepción por gran su apoyo en la adquisición de la información.

A la Dra Espinoza Coauhtli de los Monteros por su apoyo en la realización de esta tesis.

A La Dra. Norma Flores y al Dr. Eduardo Cruz por su valiosa ayuda en la captura de datos.

A Toda aquella gente que con sus consejos han logrado marcar huellas en mi camino.

Al Dr. Eduardo Motta Martínez, por tener confianza en mi, de que lograría realizar este proyecto.

INDICE.

1.- RESUMEN.	1
2.- ANTECEDENTES.	2
3.- JUSTIFICACION.	6
4.- HIPOTESIS.	7
5.- OBJETIVOS.	8
6.- DISEÑO Y DURACION.	9
7.- CRITERIOS Y DEFINICION DE VARIABLES.	10
8.- RESULTADOS.	14
9.- DISCUSION.	17
10.- CONCLUSIONES.	22
11.- ANEXOS.	23
12.- BIBLIOGRAFIA.	24

RESUMEN ESTRUCTURADO

La adenomiosis es una patología en la que no se conoce con exactitud su frecuencia debido a que en pocas ocasiones se tiene sospecha de la misma, porque todos los síntomas o una gran parte de ellos se presentan con otros padecimientos más frecuentes o de más fácil diagnóstico, y el diagnóstico definitivo de la misma es histopatológico.

Los criterios para el diagnóstico de adenomiosis puede variar ampliamente en la práctica. La frecuencia de adenomiosis en especímenes de histerectomía varía desde 5-70% en series publicadas.

Con el desarrollo de técnicas diagnósticas no quirúrgicas, para la adenomiosis es posible tener adelantos y mejorar nuestros conocimientos en relación a la fisiopatología de esta enigmática enfermedad y desarrollar nuevas estrategias terapéuticas en su manejo.

La frecuencia de adenomiosis en el servicio de Ginecología del Hospital General de México es de 23.64% siendo un resultado similar al que se reporta en la literatura.

Debido a la diversidad de resultados proporcionados en los múltiples estudios en relación a la frecuencia de adenomiosis, es necesario establecer la misma en nuestra institución para poder dar lugar a nuevos estudios en los que se pueda determinar otros métodos diagnósticos que nos permitan realizar un manejo más conservador en este tipo de pacientes.

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de todas las pacientes post operadas de histerectomía en el servicio de Ginecología del Hospital General de México, en el periodo comprendido de junio de 1993 a mayo de 1998; que contaban con resultado de adenomiosis por estudio de histopatología encontrándose un total de 385 casos.

Se agruparon este total de pacientes en 2 grupos dependiendo de el diagnóstico preoperatorio, correspondiendo a 102 casos con diagnóstico de adenomiosis y 283 para otros diagnósticos. Las edades oscilaron de los 30 a los 74 años con un promedio de 44.43 para el grupo A y de 44.59 años para el grupo B.

En el análisis estadístico de los datos obtenidos se valoraron: la frecuencia de esta patología, características clínicas en las pacientes que motivaron la cirugía, tales como edad, antecedentes ginecológicos, dismenorrea, alteraciones menstruales, dispareunia, y características clínicas del útero; Así mismo se identificaron en los resultados de patología las entidades que con más frecuencia se asocian con adenomiosis.

Las alteraciones menstruales más frecuentes fueron para el grupo A la hipermenorrea y la hiperpolimenorrea, para el grupo B fue similar. En la exploración física el tamaño uterino estaba incrementado en 91.17% (grupo A) y en 92.93% para el grupo B.

En el grupo A las patologías que más se asociaron con adenomiosis fue: miomatosis uterina en 23.52%, en 14.70% con lesión intraepitelial de bajo grado asociado a IVPH e Hiperplasia de endometrio en 0.98% y en el grupo B fue de 54.06% para miomatosis uterina, 7.06% con lesión intraepitelial de bajo grado asociado a IVPH e Hiperplasia de endometrio en 4.59%.

ANTECEDENTES

Es relativamente frecuente el hallazgo de adenomiosis en series de histerectomía la cual es realizada por hipermenorrea y dismenorrea. (1)

El término adenomioma designa una masa tumoral localizada, de músculo liso hiperplásico, mezclado con focos de endometrio. (2)

La adenomiosis es una enfermedad benigna del útero que se caracteriza por la presencia ectópica de tejido endometrial y estroma dentro del miometrio. (2,3)

Por lo general no hay conexión directa entre estos focos heterotópicos y el endometrio que reviste la cavidad uterina. Ciertas lesiones no son tumores sino proliferaciones hiperplásicas y pueden ser localizadas o difusas. (2)

En la actualidad se considera que corresponde a una actividad anormal de crecimiento de endometrio. (4)

Evoluciona espontáneamente a partir de una prolongación en el endometrio superficial, pero se le ha relacionado con cicatrices de cesárea y con instrumentaciones intrauterinas previas. (5)

El cuadro clínico se caracteriza por hemorragia disfuncional recurrente, flujo menstrual cada vez mayor, dismenorrea cada vez más intensa y agrandamiento también gradual del útero con hipersensibilidad. (2)

Múltiples reportes mencionan incidencias variables que van desde un 5 a 70% y ocurre más frecuentemente en pacientes entre los 40 y 70 años (70-80%). Los síntomas clásicos: sangrado uterino anormal, y dismenorrea se ven correlacionados con la extensión de la enfermedad. (3,6)

Esta debe de considerarse en pacientes de 40-60 años, que se quejan de prolongación e intensificación del flujo menstrual con dismenorrea, además de tener el útero hipersensible de consistencia firme y globular cuyo tamaño se ha duplicado o triplicado. (2)

En ocasiones suele causar ligero aumento del tamaño del útero aunque muchas veces tiene el tamaño normal. Las pacientes a menudo experimentan menorragia, dismenorrea de tipo cólico dispareunia y dolor pélvico en el periodo premenstrual. (4)

No produce síntomas en la post menopausia. (2)

Todos los síntomas o una gran parte de ellos se presentan con otros padecimientos más frecuentes o de más fácil diagnóstico; además es frecuente la coexistencia de adenomiosis y leiomioma y algunos consideran con la hiperplasia de endometrio. (2)

Es usual que el patólogo diagnostique la adenomiosis de modo coincidental después de la histerectomía, causada por síntomas funcionales, hemorragia disfuncional recurrente o diagnóstico de presunción de leiomiomas. (2)

En los estudios histopatológicos el miometrio presenta engrosamiento considerable la superficie de corte es irregular y con aspecto hasta cierto punto nudoso. Se descubre en la necropsia de en 10 a 50% de los úteros según las bases utilizadas para el diagnóstico y la minuciosidad con la que se busque. Las glándulas y el estroma penetran entre los fascículos musculares y producen invasión difusa aparente del miometrio. En un plano de sección los nidos pueden parecer completamente secuestrados sin estar en contacto con el endometrio suprayacente. Algunos autores proponen que la aparición de endometrio dentro del miometrio resulta de metaplasia del estroma de tejido conectivo mesenquimatoso miometrial o de restos incluidos originados en el conducto de Wolff o de Müller; pero la noción mas aceptada es que corresponde a penetración de masas glandulares nacidas en la zona basal del endometrio. El examen al microscopio revela áreas de glándulas endometriales y estroma disperso en el miometrio. El diagnóstico histológico de adenomiosis depende de identificar el estroma, las glándulas endometriales o ambos entre los fascículos musculares del miometrio. Estas masas suelen consistir en glándulas características rodeadas por estroma de célula fusiforme. En ocasiones consisten exclusivamente en estroma, lo que se denominan nódulos de estroma. Para que se justifique el diagnostico de adenomiosis, los nidos endometriales deben de estar a un campo de poco aumento o más (2-3 mm) por debajo de la unión endometrial. En los raros casos en que las glándulas funcionan, se acumula sangre dentro de los focos ectópicos, lo cual produce hemosiderosis del estroma endometrial y del estroma adyacente de tejido conectivo del miometrio. Si hay prolongaciones hacia la serosa que sangran durante el periodo menstrual, es probable que ocurran adherencias periuterinas a vísceras adyacentes como trompas de Falopio, intestino delgado y recto.(4)

Ha sido tradición diagnosticar la adenomiosis cuando tales focos están separados de la capa basal del endometrio normal por más de un campo microscópico de bajo poder.(2)

En general se acepta que la adenomiosis surge por extensión de la porción basal del endometrio al miometrio subyacente. Aunque hay numerosas teorías al respecto ninguna se ha comprobado; el mecanismo causante de los síntomas también es de difícil explicación y suele relacionarse con padecimientos coexistentes del útero o ovarios.(2)

El tratamiento de las pacientes debe basarse en los síntomas y la edad, cuando es posible obtener alivio sintomático con antiinflamatorios no esteroideos, si la paciente es perimenopausica y puede anticiparse el cese de su funcionamiento ovárico, se aconseja seguir un tratamiento conservador. La paciente que presenta síntomas inaceptables durante un periodo prolongado es candidata a histerectomía.(5)

Todavía no se conoce bien la relación que hay entre adenomiosis y otras lesiones sensibles a los estrógenos. Existe acuerdo general de que los miomas coexisten con adenomiosis en 30-50% de los casos. Emge, (7) identificó la presencia de adenomiosis en la mayor parte de los úteros, extirpados por hiperplasia endometrial y en 33% de los extirpados por endometriosis, Greenwodd, (2) encontró adenomiosis recurrente únicamente en 20% de sus pacientes con los mismos diagnósticos primarios en comparación con 17% en pacientes con relajación pélvica. Se dice que la adenomiosis tiene una frecuencia de 10-47% de los especímenes de histerectomía.

El diagnóstico se identifica en 20% de los especímenes de histerectomía y es probable que revista importancia clínica mayor de la que por lo general se le concede.

En un estudio se diagnosticó correctamente en el preoperatorio solo en 10% de los casos.(2)

Una revisión de 2 años de un total de 584 histerectomías vaginal y abdominal reportó que solo en un 38% se verificó la indicación preoperatoria de adenomiosis (11 de 29 casos) siendo esta la patología que representó el mas bajo porcentaje de verificación post operatoria corroborada por patología. (8). De manera similar en un estudio que valoró la confirmación diagnóstica post operatoria en un lapso de 3 años se encontró que fue la patología que se corroboró en el más bajo porcentaje de la serie (40%) motivo por lo que esta patología requiere de una evaluación preoperatoria mas extensa.(9,10)

En 1996 Seidman, realizó un estudio en 1252 reportes de patología de especímenes de histerectomía, en el que encontró que la frecuencia de diagnóstico de adenomiosis varió desde un 12 a 58% entre 15 hospitales y de 10 a 88% entre 25 patólogos, deduciendo que es necesario la realización de criterios diagnósticos para la realización de futuros estudios epidemiológicos, siendo esta una condición necesaria que facilitará la práctica médica.(11)

Vavilis, en un estudio retrospectivo que incluyó reporte de 594 pacientes histerectomizadas valoró la frecuencia y los factores de riesgo para la adenomiosis encontrando adenomiosis en un 19.5%; sin encontrar relación con hiperplasia de endometrio y si encontró relación entre adenomiosis y paridad, antecedentes de cesárea, abortos inducidos, dismenorrea, sangrado uterino anormal, menarca tardía, lo que muestra que la adenomiosis es una patología que se relaciona fuertemente con las características reproductivas y menstruales de las pacientes. (12)

Otro estudio realizado por Vercellini, en un periodo de 3 años reportó un diagnóstico de adenomiosis del 24.9% (332 de 1334 casos), acompañándose de miomatosis en un 23.3%, y con prolapso uterino en 21.4%; no encontró relación entre la edad al momento de la cirugía, menarca o presencia de endometriosis.(13)

Si la adenomiosis no es considerada en forma importante en el diagnóstico preoperatorio, seguramente no es una indicación formal para la realización de histerectomía.(1)

Hasta ahora la única forma exacta de realizar el diagnóstico de adenomiosis era por medio del estudio histopatológico después de la histerectomía; actualmente se han sugerido varias técnicas que nos sugieren el diagnóstico con el útero *in situ*, como estudios de imagenología y actualmente la biopsia de miometrio; esto nos podría ofrecer un diagnóstico preoperatorio más certero y así brindar a las pacientes un tratamiento de acuerdo a sus necesidades; y en un futuro tal vez sea posible obtener información sobre la epidemiología y las características de la adenomiosis, además se encuentran en estudio otras formas terapéuticas que nos puedan evitar la histerectomía.(14)

Se valoró el uso de ultrasonido transvaginal en 179 pacientes, a las que preoperatoriamente se realizó ultrasonido para detectar adenomiosis difusa. El ultrasonografista detectó 19 pacientes con adenomiosis y el patólogo en 15 casos, concluyendo que el ultrasonido transvaginal tiene una sensibilidad de 86.6%, una especificidad de 96.2% con un valor predictivo positivo del 68.4% y un valor predictivo negativo del 98%, mostrando este estudio que el ultrasonido transvaginal es un importante avance en el diagnóstico de adenomiosis difusa.(15)

En un estudio realizado por Wood en 1993 en el que se estudio la realización de biopsia de miometrio transcervical como método diagnóstico de adenomiosis y el tratamiento quirúrgico conservador se pudo observar que el diagnóstico de adenomiosis es mejorado por el uso de ultrasonido transvaginal y por biospsia transcervical de miometrio, así mismo los procedimientos quirúrgicos conservadores incluso la resección de endometrio y la reducción de miometrio o excisión pueden reducir la necesidad de la histerectomía en presencia de adenomiosis.(16)

JUSTIFICACION

La adenomiosis es una patología que en pocas ocasiones se sospecha, lo que repercute de manera importante sobre el tratamiento de estas pacientes, al conocer la frecuencia de la adenomiosis por medio de el estudio patológico podemos considerar la necesidad de realizar otros estudios preoperatorios que nos ayuden a mejorar el diagnóstico preoperatorio de esta enfermedad mejorando así el manejo terapéutico individual .

No existe en nuestro hospital ningún estudio en relación al tema; lo que nos permitiría ser la base para continuar con estudios relacionados al tema, tales como métodos diagnósticos o tratamiento no quirúrgico.

HIPOTESIS

La frecuencia de Adeniosis en las pacientes postoperadas de histerectomía en el servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital General de México es mayor que el reportado en la literatura.

La sospecha clínica preoperatoria de esta enfermedad es menor que la que se reporta al obtener el resultado histopatológico de la pieza quirúrgica

Las características clínicas de las pacientes con adeniosis son similares a las que se mencionan en la literatura.

OBJETIVOS

Conocer la frecuencia de la adenomiosis en el servicio de Ginecología en pacientes postoperadas de histerectomía en el Hospital General de México

Establecer las características clínicas mas frecuentes en pacientes con adenomiosis.

Iniciar una línea de investigación que nos permita detectar si la exploración física, y los exámenes preoperatorios son suficientes para detectar la adenomiosis, y proponer alternativas de tratamiento.

DISEÑO Y DURACION

A través de un estudio retrospectivo descriptivo y observacional se registraron los números de expedientes de todas las mujeres sometidas a histerectomía programada en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el periodo comprendido de Junio de 1993 a Mayo de 1998.

Posteriormente se realizó la búsqueda de los resultados de patología de las piezas quirúrgicas obtenidos de tales cirugías (úteros), identificándose aquellos en los que el resultado obtenido concuerde con el diagnóstico de adenomiosis.

Teniendo los números de expedientes se buscaron expedientes de las paciente en el que el resultado histopatológico sea de adenomiosis, esto se realizó en el archivo del servicio para llevar a cabo la captura de datos clínicos en base a la hoja de exploración física ginecológica, que fueron vaciados en la hoja de registro (anexo hoja 1).

Se formaron dos grupos de estudio, el primer grupo (grupo A) se formó por todos aquellos casos en que el examen preoperatorio se había diagnosticado adenomiosis y que se corroboró por el estudio de patología; el segundo grupo se formó por aquellos casos en los que el diagnóstico preoperatorio fue distinto al de adenomiosis (grupo B).

Finalmente se analizaron los datos obtenidos teniendo énfasis en la frecuencia de esta patología así mismo con ayuda de medidas de tendencia central se describieron las características clínicas más frecuentes, como la edad de la paciente, antecedentes ginecoobstétricos, sintomatología y los diagnósticos que ameritaron el tratamiento quirúrgico, así como la patología que mas se asoció con esta enfermedad.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes operadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, sometidas a histerectomía en el periodo de estudio comprendido de Junio de 1993 a Mayo de 1998 Independientemente de el diagnóstico preoperatorio.
2. Pacientes que en base al criterio anterior cuente con resultado histopatológico.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes que se hayan sometido a histerectomía obstétrica
2. Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión..

CRITERIOS DE ELIMINACION

1. Paciente que no cuente con los datos clínicos necesarios para el estudio en el expediente clínico.
2. Pacientes en las que no se pueda recabar resultado de histopatología

VARIABLES

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

EDAD: Se asignará en años cumplidos la edad de la paciente en el momento de la cirugía.

MENARCA: Es el primer periodo menstrual de la pubertad; se anotará en años cumplidos.

GESTA: Es el número de embarazos que ha tenido la paciente hayan llegado o no a término, Se anotará el números de embarazos.

PARA: Es la expulsión del producto de la concepción ya viable a través del canal vaginal, Se anotará el número de partos.

ABORTO: Es la expulsión del producto de la concepción antes de que este sea viable (20 semanas ó 500 grs.), se anotará el número de abortos

CESAREA: Es la interrupción del embarazo después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en las paredes abdominal y uterina, se anotará el número de cesáreas.

IVSA: Se marcará la edad cumplida en años de inicio de vida sexual

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR: Se contemplará los distintos métodos ya sean definitivos o temporales utilizados en los últimos 3 años, tales como: OTB (1), DIU (2), Hormonales (3), Preservativos (4), Jaleas y/ u Ovulos (5), Ninguno (6) Otro (7).

PADECIMIENTO ACTUAL

ALTERACIONES MENSTRUALES:

NINGUNA ALTERACION. (0)

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL: Sangrado menstrual excesivo en cantidad o duración que ocurre a plazos variable.(1)

AMENORREA: Es la ausencia de flujo menstrual durante 3 o mas ciclos sucesivos durante el periodo reproductivo.(2)

OLIGOMENORREA: Episodios espaciados e irregulares de hemorragia por lo general con intervalos de 40 días o mas.(3)

POLIMENORREA: Episodios frecuentes pero regulares de hemorragia uterina con intervalos de 21 días o menos. (4)

HIPERMENORREA(menorragia):Hemorragia uterina excesiva tanto en cantidad como en duración con intervalos regulares(5)

PROIOMENORREA: Hemorragia uterina en general no excesiva, con intervalos irregulares.(6)

HIPERPOLIMENORREA(menometrorragia): Hemorragia uterina excesiva y prolongada con intervalos frecuentes e irregulares.(7)

HIPOMENORREA: Hemorragia uterina regular pero escasa.(8)

HEMORRAGIA INTERMENSTRUAL: Hemorragia uterina, por lo común no excesiva, que aparece entre periodos menstruales regulares.(9)

DISMENORREA: Es la aparición de dolor durante la menstruación. Se anotará solo como dato positivo(1) ó negativo (2).

DISPAREUNIA: Es el dolor que se produce durante y como consecuencia del coito este se anotara también solo como dato positivo (1), ó negativo (2).

EXPLORACION FISICA (UTERO)

POSICION: La dirección del eje uterino es muy variable, en condiciones normales, el útero forma un ángulo agudo con la vagina, de manera que su superficie anterior yace sobre la superficie de la vejiga y el cuerpo está en un plano horizontal cuando la mujer se encuentra erecta. Hay flexión en la región del istmo, en la cual la cérvix mira hacia abajo. Esta posición es la anteversión normal o angulación del útero, aunque puede estar colocado hacia atrás (retroversión) sin angulación (posición militar) o hacia algún lado (lateroversión). La flexión hacia adelante en el istmo se refiere a la anteflexión o puede haber retroflexión correspondiente o flexión lateral. No hay línea precisa de demarcación entre el estado normal y el anormal de la angulación anterior.

Anteversión.(1), Retroversión.(2), Lateroversión(dextro o levo). (3) Anteverso flexion.(4). Retroverso flexión.(5), lateroverso flexión.(6), Posición militar.(7).

TAMAÑO: El útero por término medio, presenta: 1º, en nulipara 6 ó 7 cm de largo por 4 de ancho; en la multipara, 7 u 8 cm de largo por 4 cm de ancho, se anotará en cm. y se clasificará como normal (1), aumentado de dimensiones (2) ó disminuido (3).

FORMA: tiene la forma de un cono aplanado de delante atrás, cuya base mira hacia arriba y cuyo vértice, fuertemente truncado, se insinúa más o menos en el orificio superior de la vagina. este dato se consignará solo como normal (1), globular (2) otro (3).

CONSISTENCIA: es débil y sus paredes son lo bastante blandas para que los intestinos dejen en ellas su huella. Se anotará como normal (1), aumentado (2) disminuido (3).

MOVILIDAD: Si consideramos el útero como si estuviera aislado, observamos que el cuerpo se inclina ligeramente sobre el cuello, de modo que viene a formar, con este último, un ángulo abierto hacia delante. Pero si lo consideramos ocupando su sitio, en sus relaciones con las paredes de la pelvis, observaremos que es sumamente movable, oscilando muy fácilmente de delante atrás, y de atrás adelante (bajo la acción del recto, de la vejiga y de las asas intestinales), Se consignará solo como: MOVIL (1) ó FIJO (2).

SUPERFICIE: La superficie es lisa en la superficie vesical anterior es casi plana, la superficie posterior es convexa. Se anotará como regular (1) ó irregular (2).

SENSIBILIDAD: Se reportará como normal (1) , aumentada (2).

DESCENSO: los clásicos estadios de prolapso, habitualmente utilizados para la ptosis uterina (0: sin descenso, 1: intravaginal, 2: a nivel de la vulva, 3: fuera del orificio vulvar).

DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS: se consideraran los 2 diagnósticos principales consignados en el expediente y se codificará de acuerdo al catálogo que se anexará al final del estudio.

RESULTADO DE PATOLOGIA: se anotará el resultado histopatológico que fue reportado en la hoja entregada por el servicio de patología del hospital, consignándose los 2 diagnósticos principales, los cuales se codificaran según catálogo realizado con los resultados obtenidos

RESULTADOS

Se identificaron un total de 1628 casos de estudio en el periodo comprendido de Junio de 1993 a Mayo de 1998, de los cuales se encontraron un total de 385 casos reportados de adenomiosis por el servicio de Patología del hospital lo que corresponde a una frecuencia de 23.68%

Se eliminaron un total de 79 pacientes en las que no se encontraron datos suficientes en el expediente clínico o no se contó con el mismo.

En base al diagnóstico preoperatorio se realizaron 2 grupos de estudio, el primero con diagnóstico de adenomiosis corroborado histopatológicamente "grupo A" (102 casos) y el segundo en que también se reportó adenomiosis pero el diagnóstico preoperatorio fue distinto "grupo B" (283 casos)

La correlación clínica patológica de la adenomiosis fue de 26.49%

Se estudiaron los antecedentes ginecoobstétricos de ambos grupos encontrándose los siguientes resultados:

Edad: se encontró un rango de edad entre los 30 a 74 años, para el grupo A fue de 44.3 años y para el grupo B de 44.59 años. (tabla 1, gráfica 1)

En relación a la menarca en el grupo A se obtuvo como edad promedio: 12.03 años, para el grupo B el promedio de edad fue de 11.95%. (tabla 2)

El promedio de gestaciones fue de 4.59 para el A y de 4.61 para el B, se revisó también el promedio de paridad siendo para el grupo A de 3.28 y de 3.34 para el B. (tabla 3). En el número de abortos, el grupo A se encontraron abortos en un 9.6% (37) y en el grupo B de 27.7% (105), en relación al total de casos (385). (gráfica 2)

Antecedente de cesárea: el grupo A 26.86% (36) y en el grupo B 73.13% (94) (gráfica 3). El promedio de inicio de vida sexual fue para el grupo A la edad de 20.85 años y para el grupo B de 20.54. (tabla 5)

En el grupo A en 50.98% (52) se presentó dismenorrea y en 49.01% (50) no, el 47.05% (48) presentó dispareunia y para el 52.94% (54) fue negativo.

De el grupo A un 21.56% negaron presentar dismenorrea o dispareunia.

En el grupo B 54.41% (154) presentaron dismenorrea y 45.58% (129) no, un 57.59% (163) dispareunia y en 42.40% (120) fue negativo. (gráfica 4)

Las alteraciones menstruales más frecuentes fueron, para el grupo A: hipermenorrea en 29.41% (30), hiperpolimenorrea 28.43% (29), proiomenorrea con 14.70% (15). Un 4.90% no presentó alteraciones menstruales (5). (tabla 7)

El grupo B presentó: hiperpolimenorrea en 22.96% (65), hipermenorrea en 22.96% (65), proiomenorrea en 16.60% (47) y 12.36% no presentó alteraciones menstruales.

Se investigó sobre el uso de métodos de planificación familiar, para el grupo A 27.45% (28) no utilizaron algún método, OTB en 18.62% (19), uso de DIU en 17.64% (18), hormonales en 16 casos (15.68%), otro método: 15.68% (16). (tabla 6)

Para el grupo B: No uso de método 34.27% (97), hormonales (50) con 17.66%, O.T.B. 16.25% (46), uso de D.I.U. 10.95% (31), uso de algún otro método 10.95% (31).

Se revisaron las hojas de exploración ginecológica que se realiza a las pacientes como parte de los estudios preoperatorios y se encontraron los siguientes resultados.

Para el grupo (A) en un 56.86% (58) la posición del útero fue en anteversoflexión y en el 17.64% (18) en anteversión, el tamaño uterino fue francamente incrementado 91.17% (93) y en solo 9 casos (8.82%) se encontró normal, en ningún caso se encontró disminuido, la forma del útero fue globular en 49.99% (51), seguido de una forma normal 33.33% (34) y en 17 casos (16.66%) fue de otro tipo. (tabla 8,10)

La superficie se determinó como regular en 88.23% (90) e irregular en 11.76% (12), la sensibilidad estuvo francamente incrementada, siendo esta en un 98.03% (100) y en 2 casos estuvo marcada como normal (1.96%), en 79.41% (81) la consistencia del útero estuvo aumentada, en 17 casos (16.66%) disminuida y en 3.92% (4) normal, solo en 1 paciente se encontró descenso uterino grado II (0.98%) (gráfica 5, tabla 9,10)

En el grupo B se encontró como posición la anteversoflexión en 31.44% (89), anteversoflexión (83) en 29.32%, tamaño uterino incrementado en 92.93% (263), en 7 casos (2.47%) de forma normal y en 3 casos (4.59%) disminución del tamaño uterino.

La forma del útero fue globular en 144 casos (50.88%), en 75 (26.50%) de alguna otra forma y en 64 casos (22.61%) estuvo marcado como normal; en 252 casos (89.04%) el útero se encontró móvil y en 10.95% (31) estuvo fijo la superficie del útero de forma irregular en 31.80% (90) y de forma regular en 68.19% (193). La sensibilidad uterina incrementada fue en 114 casos (40.28%) y en 169 (59.71%) estuvo normal, (tabla 8-10 gráfica 5).

Se consideraron los primeros dos diagnósticos preoperatorios encontrando:

Como primer diagnóstico en el grupo A adenomiosis en 102 casos (100%), como segundo diagnóstico se reportó miomatosis en 80 casos (78.43%); en 3 casos (2.94%) alguna alteración de la estática pélvica, y en 2 casos (1.96%) tumoración de ovario.

En 16.66% (17 pacientes) se diagnosticó la adenomiosis como entidad única

Para el grupo B los diagnósticos preoperatorios fueron miomatosis en 236 casos (83.39%), en 41 casos (14.48%) alteraciones de la estática pélvica, en 4 casos (1.41%) tumoración de ovario y en 2 casos (0.70%) Ca Cu in situ. Como segundo diagnóstico se encuentra en 14 casos (4.94%) miomatosis uterina, en 5 casos (1.76%) alteración de la estática pélvica, en 4 casos (1.41%) tumoración de ovario y en los 6 restantes casos para cada entidad (0.70% por caso) se diagnosticó Incontinencia urinaria mixta, útero bidelfo e incontinencia urinaria de esfuerzo.(tabla 11)

Los diagnósticos reportados por patología fueron en los 385 casos de estudio, adenomiosis. Como segundo diagnóstico en el grupo A miomatosis en 23.52% (24) en 15 casos (14.70%) con lesión intraepitelial de bajo grado asociado a IVPH, en 9.80% (10) con cervicitis crónica, en 1.96% (2) cervicitis crónica con paraqueratosis, 1.96% con miosis estromal, en 0.98% (1) con IVPH, y en 0.98% con cervicitis crónica inespecífica. la presencia de hiperplasia de endometrio en 1 caso (0.98%). (tabla 12)

Para el grupo B en un 54.06% (153 casos) con miomatosis uterina, 7.06% (20) con Lesión intraepitelial de bajo grado asociado a IVPH, en 2.12% (6) con IVPH en los cuales se incluyen 2 casos con Ca Cu in situ. Un 3.53% (10) para cervicitis crónica, 6.0% (17) para cervicitis crónica con paraqueratosis, 2.47% (7) con cervicitis crónica y aguda, 1.41% (4) con miosis estromal, 1.06% (3) con cervicitis crónica inespecífica en 0.35% para cervicitis crónica quística, cistadenoma seroso y miosis estromal endolinfática 1 caso para cada uno. Hiperplasia de endometrio en 13 casos (4.59%) como tercer diagnóstico reportado. (tabla 12).

DISCUSION

La población que comprendió este estudio fue de 1628 paciente en los que se pudieron identificar 385 casos diagnosticados de adenomiosis por estudio histopatológico, lo que corresponde a una frecuencia de 23.68%. Según estudios previos realizados por Lori, Bird, Vavilis y Vercellini; se tiene un amplio rango de frecuencia de esta enfermedad la cual va desde un 5 a un 88%, dependiendo de la serie estudiada. Es importante considerar que la variación de estos resultados se puede atribuir a la minuciosidad con la que se busque. Los criterios de diagnóstico patológico y la serie de pacientes con la que se trabaje.

Los rangos de edades fueron mayores en este estudio (30 a 74 años); En la literatura se expresa que va de los 40 a 70 años, aunque la edad promedio para ambos grupos de estudio fue de 44 años, es importante mencionar que los grupos de edades menores a los 40 años abarcan un porcentaje importante en el estudio 20% para el grupo A y 26% para el grupo B, observando que en el grupo donde se diagnosticó adenomiosis en el preoperatorio son pacientes más jóvenes, destacando esta observación con el estudio realizado por Vavilis en donde encontró fuerte relación con características reproductivas y menstruales de las pacientes.

En relación a los antecedentes ginecoobstétricos, no se encontraron diferencias en ambos grupos en relación a la menarca y la paridad lo que difieren en relación a los hallazgos de el estudio de el Dr. Vavilis pero, sí apoya los resultados de el estudio de Vercellini en el que tampoco se encuentra correlación con estos antecedentes y la presencia de adenomiosis.

Para el antecedente de cesárea se encontró que fue más frecuente encontrar este antecedente en el grupo B con 73.13% (94 casos) y de 26.86 (36 casos) para el grupo A lo que a diferencia de el estudio de Vavilis no se puede relacionar este antecedente con la presencia de adenomiosis y este evento en el grupo B podría ser un factor de falla en el diagnóstico preoperatorio de adenomiosis al correlacionar el dolor pélvico con la probable formación de adherencias en cavidad pélvica por el antecedente de un evento quirúrgico.

Se encontraron también diferencias en relación al inicio de vida sexual siendo más temprano en el grupo B (20 años) que en el grupo A (22 años). Se presentaron en casi la mitad de los casos de ambos grupos dismenorrea y dispareunia en 50.98% y en 47.05% en el grupo A y en el grupo B dismenorrea en 54.41% y dispareunia en 57.59%, siendo más elevado el porcentaje en el segundo grupo; Si tenemos en cuenta que la adenomiosis se caracteriza por la presencia de dolor ¿porqué no se sospechó esta patología de manera correcta si se tiene presente esta sintomatología? ó, es que por ser un grupo muy heterogéneo con asociación de otras patologías este síntoma se deba a otras causas, entre ellas la presencia de algún proceso infeccioso, frecuente en mujeres jóvenes con una vida sexual temprana (características halladas en el grupo B); aunque en este estudio no se investigó el número de parejas sexuales, si se tiene registrado que en este grupo (B) se reportó algún tipo de proceso infeccioso en 20% y que esto sea la causa de dolor mas que la sintomatología de esta enfermedad ya que también desconocemos el grado de afección del útero por la adenomiosis; agregado a esto, recordemos la diversidad más amplia de patologías agregadas en donde el origen del dolor puede ser de otra causa

Las alteraciones menstruales más frecuentes fueron: para el grupo A la hipermenorrea en un 29.41% (30), hiperpolimenorrea en 28.43% (29), metrorragia con 14.70%(15), y en un 4.90% no se encontraron alteraciones menstruales (5), para el grupo B se presentaron la hiperpolimenorrea en 22.96% (65) la hipermenorrea en 22.96 % (65), y por último lugar la metrorragia en 16.60% (47).

Del grupo A se mencionó que un 4.90% (5 casos) no presentaron alteraciones menstruales, de estos, 2 casos (1.96%) tampoco se asoció a dispareunia o dismenorrea siendo el motivo de ingreso al quirófano alguna alteración de la estática pélvica.

Del grupo B en un 20.14% (57 casos) no se presentó dismenorrea o dispareunia de este subgrupo: en 13 casos (4.59%) tampoco se reflejó algún tipo de alteraciones menstruales, siendo el motivo de ingreso al quirófano también alteraciones de la estática pélvica en 9 casos (3.18%) y en 4 casos (1.41%) el diagnóstico preoperatorio fue de miomatosis uterina, los restantes 44 casos en los que no se encontró dolor si se encontraron alteraciones menstruales, siendo las más frecuentes en este subgrupo la metrorragia en 38.63% (17), seguida de hipermenorrea en 22.72% (10) y por último de hiperpolimenorrea en 20.45% (9) y 18.18% (8) para otras alteraciones. Con base a los datos previos en relación a alteraciones menstruales y la presencia de dolor, encontramos que son síntomas que en altos porcentajes se presentan en las pacientes con adenomiosis y que por tanto este hallazgo es un dato de valor para considerar esta enfermedad, ya que solo en un pequeño grupo 1.96% en el A y 4.59% en el B no se encontró esta sintomatología

No se presentaron datos clínicos en la post menopausia, como se mencionó en el estudio de Vavilis en donde se piensa que exista relación de esta enfermedad con las características reproductivas y menstruales de las paciente.

Se encontró una alta diferencia en los datos clínicos en la exploración física de las pacientes, encontrándose la presencia de un útero hipersensible hasta en un 98.03% (grupo A) en comparación al grupo B en que la cifra disminuyó considerablemente hasta un 40.28%, confirmando por lo anterior que en asociación de dismenorrea, dispareunia y alteraciones menstruales se debe sospecha de adenomiosis. La falla diagnóstica en el grupo B podemos atribuirla a que en este grupo la presencia de miomatosis uterina es mas alta (54.06%) y que por este motivo se haya descartado esta posibilidad diagnóstica enmascarándose por la sintomatología de la miomatosis.

El tamaño uterino se encontró incrementado en 91% en el grupo A y en 93% en el B, podemos no haber encontrado diferencias en estos dos grupos, primero porque en la adenomiosis es frecuente el incremento de las dimensiones uterina hasta tres veces más que el tamaño normal y estamos comparando con un grupo en el que la miomatosis está presente en un 54%, tal vez podríamos encontrar diferencias si nuestros grupos de comparación no abarcaran aquellos en los que se encuentra la miomatosis.

Se menciona que en la adenomiosis se encuentra una consistencia uterina firme lo cual se corroboró en 80% de los casos de el grupo A y en 61% de el grupo B, si tomamos en cuenta que en un 54% se acompañó con miomatosis, podemos afirmar que este es también un valor importante a tomar en cuenta en la exploración física de las pacientes para elaborar un diagnóstico más certero.

En relación a la movilidad, la superficie y el descenso uterino; se encontraron distintos resultados al comparar ambos grupos, en el grupo B se encontró 11% más disminuida la movilidad que en el grupo A (6%) pensando en la posibilidad que en estos casos se haya asociado a miomatosis de grandes elementos. La superficie también se encontró mas irregular en el grupo B en 32% vs 12% pensando en la misma posibilidad que con el dato previo. El descenso se encontró en 5% en el grupo B y solo en 1% en el A, esto lo correlacionamos con el hecho de que en el grupo A las alteraciones de la estática pélvica solo estaban presentes en un 3% Vs 16% de el grupo B, lo que se va a reflejar en las diferencias de los porcentajes en ambos grupos. No se encontraron cambios en relación a la posición y la forma uterina en ambos grupos.

La correlación en el diagnóstico preoperatorio con el resultado de patología fue de un 26.5%. lo cual podemos considerarlo desde un porcentaje muy bajo hasta en un 16% más alto según la serie estudiada que reportan correlación patológica desde un 10 a 40%. La correlación con miomatosis uterina en 30% para el grupo A y 61% en el grupo B encontrando que para la miomatosis uterina la correlación clínica patológica es mayor que para la adenomiosis como se refieren en los estudios de Gambone y Lee lo que nos debe alertar en la búsqueda más minuciosa de esta enfermedad.

Según los resultados aportados por patología los 385 casos presentaron adenomiosis que aporta una frecuencia de 24% del total de la oblación en estudio.

Las patologías que más se asociaron con adenomiosis fue para el grupo A: miomatosis uterina en 23.5% y en el grupo B en 54%; según el estudio realizado por Vercellini la coexistencia de ambas patologías varía de un 23 a 50%, siendo similar a los hallazgos que encontramos, lo que también nos da la posibilidad de error diagnóstico elevado, ya que comparten características clínicas tales como crecimiento uterino, alteraciones menstruales e incremento de la consistencia del útero, teniendo que hacer gran énfasis en el interrogatorio y ser minuciosos en la exploración física señalando que, siendo una enfermedad en la que se desconocen datos en relación a la etiología, patología etc. incrementa la falla diagnóstica.

Se encontró adenomiosis con alteraciones de la estática pélvica en 12%, cifra que es menor a la establecida con otros estudios (Vercellini, Merrill Ja.), en las que se reportan cifras de 17 a 21%, es importante mencionar que en las pacientes con Diagnóstico preoperatorio de alguna alteración de la estática pélvica (pacientes post-menopáusicas) no presentaron datos clínicos que indicaran la presencia de adenomiosis, reafirmando que en pacientes postmenopáusicas la adenomiosis no produce síntomas.

No se encontró asociación importante con hiperplasia de endometrio (Grupo A 1% y Grupo B 5%), como lo mencionado según estudios de Vavilis y Vercellini.

En este estudio no se encontró endometriosis como el reporte de Emge en el que se documentó en 33%

En el grupo A se encontró un 14.70% de frecuencia con lesión intraepitelial de bajo grado asociado a IVPH, datos que es marcadamente más bajo en el grupo B (2.12%), siendo esto pauta para una interrogante sobre si habrá asociación entre estas dos patologías o no.

Dados los datos reportados previamente se podría dar inicio a otro tipo de estudio en el que pudieran valorar estudios preoperatorios como la biopsia de endometrio transcervical y/o el uso de ultrasonido transvaginal, y determinar si existe mejoría en el diagnóstico preoperatorio y por ende de la correlación clínica patológica, que no fue completamente estudiada en este caso ya que no se realizó la búsqueda de los expedientes de las pacientes con diagnóstico preoperatorio de adenomiosis y que no se corroboró en el post operatorio incremento.

Es importante establecer criterios diagnósticos más sólidos que nos orienten a mejorar la falla diagnóstica y a poder discernir de otras patologías que fácilmente pueden encubrir a la adenomiosis tal como lo es la miomatosis.

CONCLUSIONES

* La frecuencia de la Adenomiosis en el Hospital General de México es semejante a los estudios realizados previamente.

* Las características clínicas más frecuentes de la Adenomiosis son, dismenorrea, dispareunia y alteraciones menstruales.

* En la exploración física debe de llamar la atención el hallazgo de hipersensibilidad uterina, incremento del tamaño uterino e incremento en la consistencia; como base para establecer un diagnóstico de Adenomiosis.

* Se tiene un buen porcentaje de correlación clínica patológica de Adenomiosis en relación a estudios previos.

* Existen aún mucha incertidumbre sobre la Adenomiosis, ya que los estudios realizados previamente disciernen mucho en los resultados obtenidos.

* Hay mucho por investigar sobre un diagnóstico preoperatorio certero y manejo conservador de la adenomiosis

ANEXOS

1.- HOJA DE CAPTURA DE DATOS

2.- HOJA DE CLAVES

3.- HOJA DE CODIFICACION PREOPERATORIA

4.- HOJA DE CODIFICACION PATOLOGICA

5.- TABLAS DE RESULTADOS

6.- GRAFICOS

ASPECTOS ETICOS Y DE BIOSEGURIDAD

En el presente estudio no se verán involucrados pacientes, ya que solo se trabajará con el expediente clínico por lo que no será necesaria la realización de carta consentimiento ni informe escrito al paciente.

EXPECTATIVAS

Con la realización de este protocolo, la autora de la misma tiene como meta final, realizar la Tesis para obtener el título en Ginecología y Obstetricia, así como la presentación de este trabajo en el congreso Nacional de la misma especialidad y posterior publicación.

De la misma manera se podrá dar paso a una línea de investigación que previo a este estudio no se tenía tal como comparar el uso del USG como método diagnóstico para esta entidad patológica o realizar un estudio de correlación clínica patológica o el empleo de otras alternativas de tratamiento.

RECURSOS DISPONIBLES

Para la realización del presente estudio se necesitará la cooperación del personal de archivo de la Unidad de Ginecología, para poder obtener los expedientes de las pacientes que ingresaran al estudio. No se requerirá la adquisición de material equipo o instalaciones.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE: _____

EDAD: _____ años EXPEDIENTE: _____

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

MENARCA: _____ a. TIEMPO MENSTRUAL: _____ días

GESTA: _____ PARA: _____ ABORTO: _____ CESAREA: _____

IVSA: _____ años.

DISMENORREA: (SI) (NO) DISPAREUNIA: (SI) (NO)

MPF: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

ALTERACIONES MENSTRUALES: (SI) (NO) TIPO: ()

EXPLORACION FISICA

POSICION: _____ () TAMAÑO _____ cm. ()

FORMA: _____ () CONSISTENCIA _____ ()

MOVILIDAD: _____ () SUPERFICIE: _____ ()

SENSIBILIDAD: _____ () DESCENSO: _____ ()

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO: _____ ()

_____ ()

RESULTADO DE PATOLOGIA: _____ ()

_____ ()

HOJA DE CLAVES

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

- 1.- Oclusión Tubaria Bilateral
- 2.- Dispositivo Intra Uterino
- 3.- Hormonales
- 4.- Preservativo
- 5.- Jaleas ú ovulos
- 6.- Ninguno
- 7.- Otro método

ALTERACIONES MENSTRUALES

- 0.- Sin alteraciones menstruales
- 1.- Hemorragia uterina anormal
- 2.- Amenorrea
- 3.- Oligomenorrea
- 4.- Polimenorrea
- 5.- Hipermenorrea
- 6.- Proiomenorrea
- 7.- Hiperpolimenorrea
- 8.- Hipomenorrea
- 9.- Hemorragia intermenstrual

EXPLORACION FISICA (Posición)

- 1.- Anteversión
- 2.- Retroversion
- 3.- Lateroversión
- 4.- Anteversoflexión
- 5.- Retroversoflexion
- 6.- Lateroversoflexion
- 7.- Posición militar

EXPLORACION FISICA

TAMAÑO

- 1.- Normal
- 2.- Aumentado de dimensiones
- 3.- Disminuido

CONSISTENCIA

- 1.- Normal
- 2.- Aumentado
- 3.- Disminuido

SENSIBILIDAD

- 1.- Normal
- 2.- Aumentada

FORMA

- 1.- Normal
- 2.- Globular
- 3.- Otro

MOVILIDAD

- 1.- Móvil
- 2.- Fijo

DESCENSO

- 0.- Sin descenso
- 1.- Descenso grado I
- 2.- Descenso grado II
- 3.- Descenso grado III

DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS

claves

- 1.- ADENOMIOSIS
- 2.- LEIOMIOMATOSIS UTERINA
- 3.- ALTERACIONES DE LA ESTATICA PELVICA
- 4.- INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO
- 5.- TUMORACION DE OVARIO
- 6.- INCONTINENCIA URINARIA MIXTA
- 7.- UTERO BIFIDO

DIAGNOSTICOS DE PATOLOGIA

claves

- 1.- ADENOMIOSIS
- 2.- LEIOMIOMATOSIS
- 3.- LESION INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO ASOCIADO A IVPH
- 3a- IVPH
- 4.- ENDOMETRIO PROLIFERATIVO
- 5.- ENDOMETRIO SECRETOR
- 6.- ENDOMETRIO BASAL
- 7.- ENDOMETRIO ATROFICO
- 7a- ENDOMETRIO CON CAMBIOS POR AUTOLISIS
- 7b- ENDOMETRIO INACTIVO
- 8.- CERVICITIS CRONICA
- 9.- CERVICITIS CRONICA Y AGUDA
- 10.- CERVICITIS CRONICA CON METAPLASIA EPIDERMIDE
- 11 - CERVICITIS CRONICA CON PARAQUERATOSIS
- 12.- CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA
- 13.- CERVICITIS CRONICA QUISTICA
- 14.- CISTADENOMA SEROSO
- 15.- MIOSIS ESTROMAL ENDOLINFATICA

TABLA DE RESULTADOS

TABLA 1

GRUPO DE EDADES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ADENOMIOSIS										
EDAD	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	TOTAL
GRUPO A	2	18	37	29	14	0	0	0	2	102
GRUPO B	16	60	88	60	28	20	0	2	9	283

TABLA 2

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

EDAD	MENARCA							
	9	10	11	12	13	14	15	TOTAL
GRUPO A	3	13	14	31	32	6	3	102
GRUPO B	9	34	59	85	63	20	13	283

TABLA 3

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE PACIENTES CON ADENOMIOSIS

	GESTA																
NUMERO	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	TOTAL	
GRUPO A	4	13	41	25	12	3	1	0	2	0	1	0	0	0	0	102	
GRUPO B	20	63	87	48	36	7	3	6	7	1	3	1	0	0	1	283	

TABLA 4

	PARA																
NUMERO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	TOTAL	
GRUPO A	12	13	12	13	25	15	7	3	0	1	0	0	1	0	0	102	
GRUPO B	30	20	56	63	49	30	11	6	10	1	2	0	3	1	1	283	

TABLA 5

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

I.V.S.A.	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	29-30	TOTAL
GRUPO A	1	3	16	26	28	20	7	1	0	102
GRUPO B	1	21	39	96	58	43	15	9	1	283

TABLA 6

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

TIPO	1	2	3	4	5	6	7	TOTAL
GRUPO A	19	18	16	5	0	28	16	102
GRUPO B	46	31	50	24	4	97	31	283

TABLA 7

	ALTERACIONES MENSTRUALES								
TIPO	0	1	2	3	4	5	6	7	TOTAL
GRUPO A	5	0	2	8	13	30	15	29	102
GRUPO B	35	0	0	15	56	65	47	65	283

TABLA 8

	EXPLORACION FISICA								
POSICIÓN	1	2	3	4	5	6	7	TOTAL	
GRUPO A	18	6	9	58	4	1	6	102	
GRUPO B	83	14	50	89	6	3	38	283	

TABLA 9

EXPLORACION FISICA

	MOVILIDAD		SUPERFICIE		DESCENSO		
	1	2	1	2	0	1	2
GRUPO A	96	6	90	12	101	0	1
GRUPO B	252	31	193	90	269	0	14

TABLA 10

EXPLORACION FISICA

	FORMA		CONSISTENCIA		
	1	2	1	2	3
GRUPO A	34	51	4	93	0
GRUPO B	64	144	55	263	13

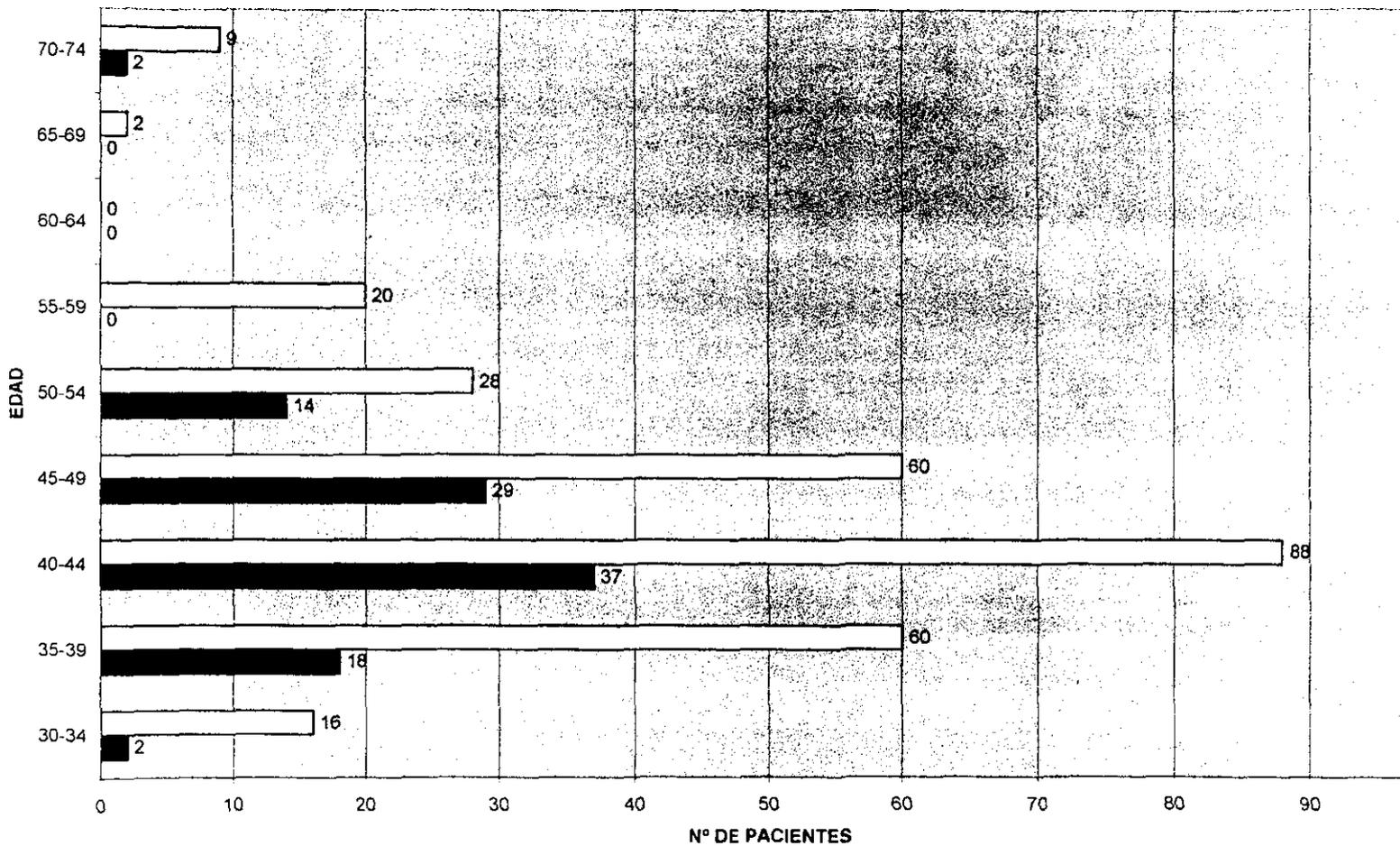
TABLA 11

CORRELACION PREOPERATORIA/PATOLOGICA 385 CASOS			
PATOLOGIA	Nº CASOS	CONFIRM DIAG.	0%
ADENOMIOSIS	102	102	26.49
MIOMATOSIS	236	180	46.7

TABLA 12

ASOCIACION DE ADENOMIOSIS CON OTRAS PATOLOGIAS

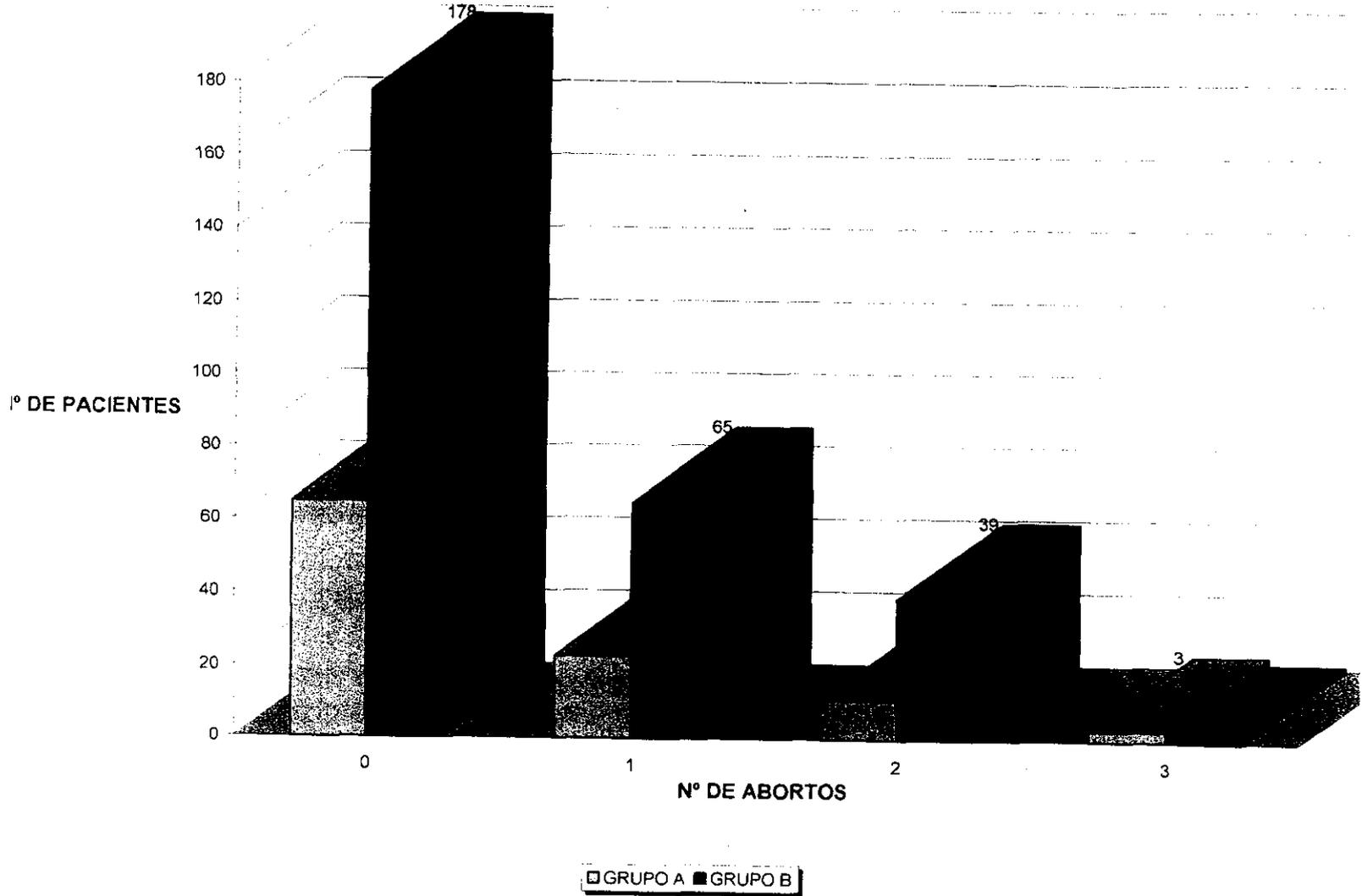
PATOLOGIA	GRUPO A		GRUPO B	
	N° CASOS	0%	N° CASOS	0%
MIOMATOSIS	24	23.5	153	54
LEI ASOC. A IVPH	15	14.7	20	7
IVPH	1	0.98	6	2.1
CERVICITIS CRONICA	14	13.7	32	11.3

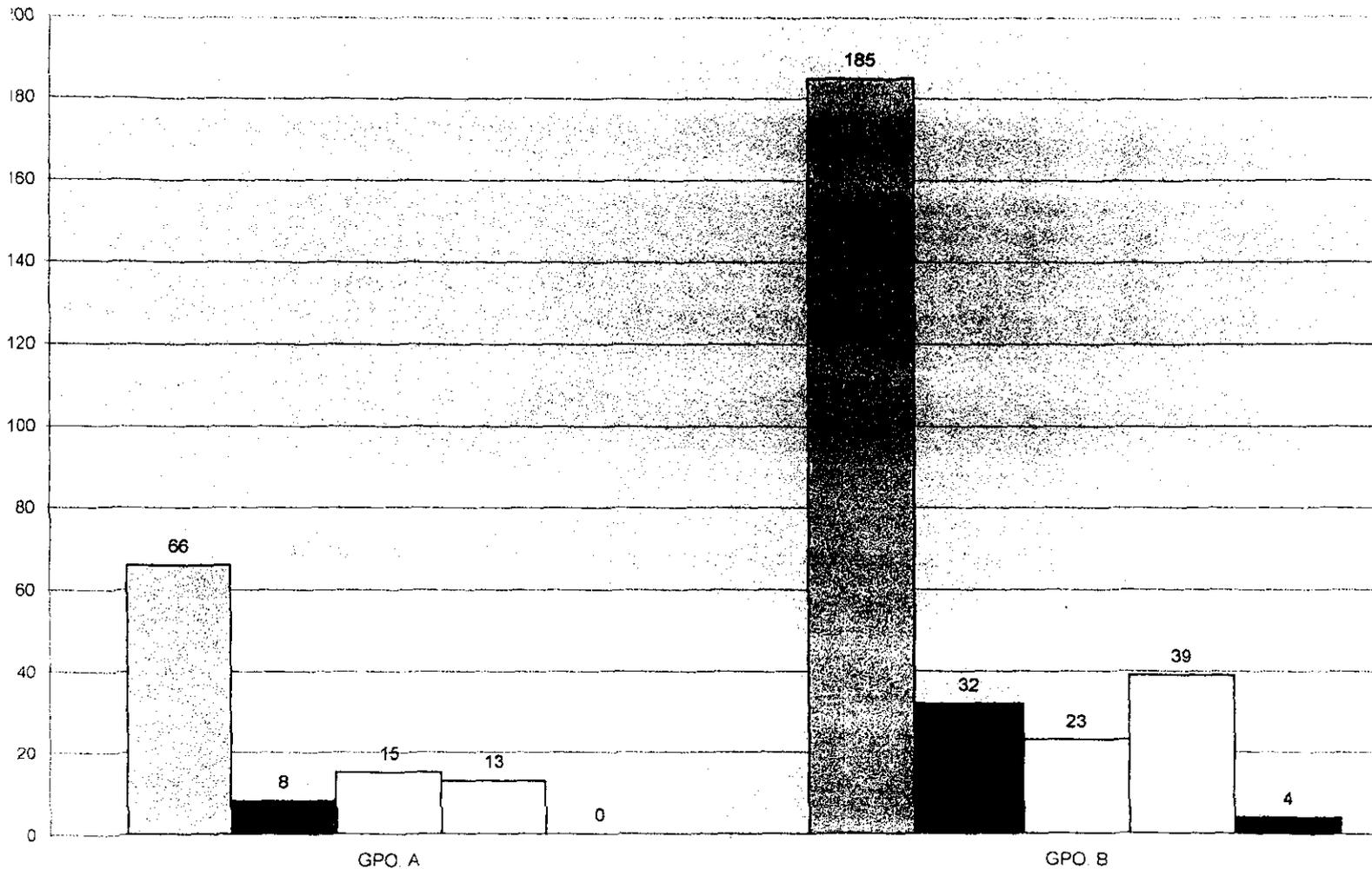


Nº DE PACIENTES

■ GPO A □ GPO B

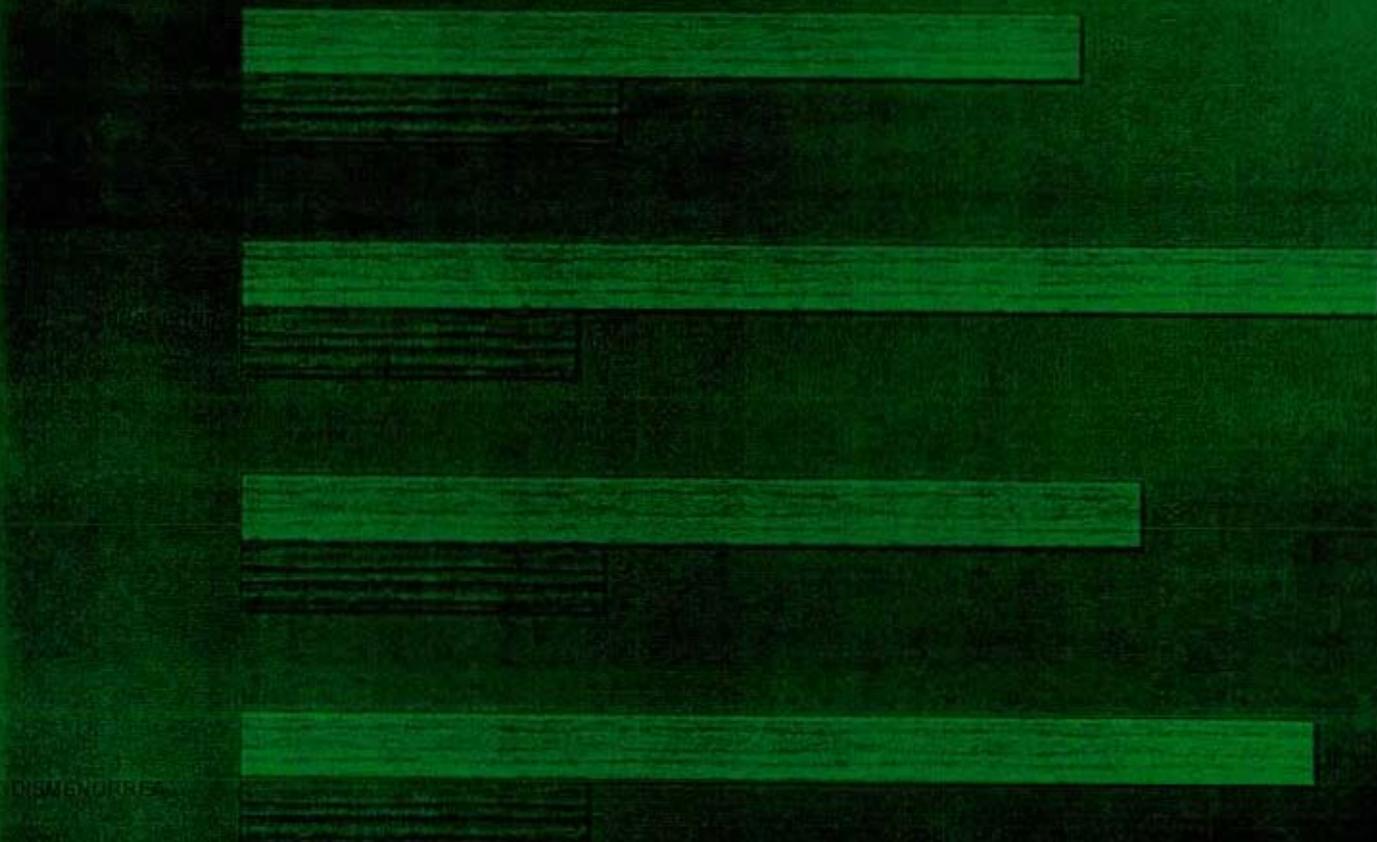
**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**





N° DE CESAREA

□ 0 ■ 1 □ 2 □ 3 ■ 4



ESTERÓIDOB

EXPLORACION FISICA

GRAFICA 5



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Vercellini, P., Ragni, G., et al.: Adenomyosis: A Déjà Vu?. *Obstet. Gynecol.* 1993; 48: (12):789-794.
- 2.- Merril JA., William, T. En: Scott JR, DiSaia PJ, editores. *Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth*. 6ta. ed. Editorial Interamericana; 1994.p 1086-87.
- 3.- Lori L, Arnold MD. et al. The nonsurgical diagnosis of adenomyosis. *Obstetrics and Gynecology*. 1995 sept; 86(3): 461-65
- 4.-Robbins, S.L., Cotran, R.S. *Patología Estructural y Funcional*. 2da . ed. Editorial Interamericana; 1985. p. 1173.
- 5.- Novak, E.R., Woodruff, F. J. D. *Gynecology and Obstetric Pathology*. 6ta ed. Philadelphia, W.B. Saunders Co. 1980. p.337-345.
- 6.- Bird C.C., McElin M.D. et al. The elusive adenomyosis of the uterus revisited. *AM. J. Obstet. Gynecol.* 1972 March. 112(5):583-93
- 7.- Emge, L.A.: The elusive adenomyosis of the uterus, *AM. J. Obstet. Gynecol* 1962. 83:1541-63
- 8.- Gambone J.C., Lench J. B. et al. Validation Of Hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology*. 1989; 73(6):1045-49.
- 9.- Gambone J.C., Reiter M.D. et al. The impact of quality assurance process on the frequency and confirmation rate of hysterectomy. *Am J. Obstec. Gynecol.* 1990; August; 163(2): 545-50.

10.- Lee N.C, Dicjer R.C. et al.: Confirmation of the preoperative diagnoses for hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynecol* 1984; 150: 283-90

11.- Seidman, JD, Kjerulff, KH. Pathologic findings from the Maryland Women's Health Study: practice patterns in the diagnosis of adenomyosis. *Int. J. Gynecol. Pathol.* 1996 Jul; 15(3): 217-21.

12.- Vavilis D, Agorastos T, et al.: Adenomyosis at hysterectomy: prevalence and relationship to operative findings and reproductive and menstrual factors. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 1997; 24(1):36-38

13.- Vercellini P., Parazzini F., Oldani S. et al. Adenomyosis at hysterectomy: a study on frequency distribution and patient characteristics. *Hum. Reprod.* 1995 May, 10 (5): 1160-2.

14.- Siegler AM, Camilien L. Adenomyosis. *J. Reprod. Med.* 1994 Nov; 39(11); 841-53.

15.- Atzori E., Tronci C., Sionis L. Transvaginal ultrasound in the diagnosis of diffuse adenomyosis. *Gynecol. Obstet. Invest.* 1996; 42 (1): 39-41.

16.- Wood C., Maher P. Hill D. Biopsy diagnosis and conservative surgical treatment of adenomyosis. *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.* 1994 Aug; 1 (4 Pt 1): 313-6