

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL REGIONAL "GRAL IGNACIO ZARAGOZA"  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

121

HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS EN LAS  
HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN EL HRCIZ ISSSTE  
DE 1988 AL 2006

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTRETICIA

PRESENTA  
D. JUAN DE LOS RÍOS SANCHEZ

2006



MÉXICO D.F.

SEPTIEMBRE 2006



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 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.

TESIS

HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS EN LAS HISTERECTOMIAS  
REALIZADAS EN EL HRGIZ ISSSTE  
DE 1996 AL 2000



PRESENTADO  
DRA. AIDE JUDITH SERRANO SANCHEZ

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
COMISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
C. A. S. S. T. E.

DR. JOSÉ GUADALUPE FLORES GALICIA  
COORD. DE CAP., INVEST. Y DES.

DR. GREGORIO URBANO VALENCIA PEREZ  
JEFE DE INVESTIGACION



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

DRA. FLOR ANGELICA DIAZ ZAVALA  
DIRECTOR DE TESIS  
MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE  
ANATOMIA PATOLOGICA

DR. ELEAZAR VARGAS MALDONADO  
ASESOR DE TESIS Y MEDICO ADSCRITO  
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DR. RAMON CARPIO SOLIS  
COORDINADOR DE TESIS Y PROF. TITULAR  
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DR. JUAN MANUEL FERNÁNDEZ MONTES  
ASESOR DE TESIS Y PROF. ADJUNTO DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

HOSPITAL GENERAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
ISSSTE  
CALLE 24  
CARRILLO GARCIA 100  
PUEBLA, PUEBLA



HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS DE 1996 AL 2000. SERRANO  
HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS EN LAS HISTERECTOMÍAS  
REALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GRAL IGNACIO ZARAGOZA ISSSTE  
DE 1996 AL 2000

Dra Aide Judith Serrano Sánchez (1,6)

Dra. Flor Angélica Díaz Zavala (2)

Dr. Eleazar Vargas Maldonado (3)

Dr. Ramón Carpio Solís (4)

Dr. Juan Manuel Fernández Montes (5)

1. Asesor de Tesis. Médico Adscrito del Servicio de Ginecología y Obstetricia.
2. Director de Anatomía patológica y director del Servicio de Anatomía Patológica.
3. Asesor de Tesis. Médico Adscrito del Servicio de Ginecología y Obstetricia.
4. Coordinador de Tesis y de Enseñanza Médico Adscrito del Servicio de Ginecología y Obstetricia.
5. Coordinador de Enseñanza y Adscrito del Servicio de Ginecología y Obstetricia.
6. Servicio Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Gral Ignacio Zaragoza del ISSSTE

Título corto: HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS DE 1996 AL 2000.

Calzada General Ignacio Zaragoza 11711, Col. Ejército Constitucionalista, C.P. 06200

México D.F.

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo y abierto. En el servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza. ISSSTE.

El Objetivo fue:

Conocer la frecuencia de Adenomiosis en el diagnóstico anatomopatológico durante 1996 al 2000. Se realizaron 1375 histerectomías; de las cuales 398 tuvieron como diagnóstico Adenomiosis se encontraron solo con Adenomiosis 48 con otras patologías como:

Adenomiosis y Miomas 174

Adenomiosis y Exocervicitis o Endocervicitis 94

Adenomiosis y Virus Papanicolaou Humano 43

Adenomiosis y Desarrollo del Células Uterino 18

Adenomiosis y Miomas de Endometrio 13

Adenomiosis y Carcinoma de Ovario 7

Uteros sin patología 93.

Todos los casos de Adenomiosis se seleccionaron de acuerdo a los reportes anatomopatológicos.

Palabras claves: Adenomiosis, hallazgo anatomopatológico.

**ABSTRACT**

We made a study retrospective, transversal, observational descriptive and open. in the Gynecology and Obstetric Service.

At the hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza; ISSSTE.

The objective was: knew the frequency between Adenomyosis and histologic diagnosis.

In the period 1996 through 2000.

The 1675 hysterectomies, 398 with Adenomyosis diagnosis.

Adenomyosis 48

Adenomyosis and Leyomiomas 174

Adenomyosis and Exocervicitis or Endocervicitis 94

Adenomyosis and Papiloma Virus Infection 46.

Adenomyosis and Uterinoma of the Cervix 18

Adenomyosis and Carcinoma of the Endometrium 13

Adenomyosis and Carcinoma of the Ovaries 7.

And uterus without disease 96.

We classify the diagnosis that all Gynecology Hysterectomies with Adenomyosis and their pathologic diagnosis.

Key words: Adenomyosis histologic findings.

## INTRODUCCION

La Adenomiosis fue descrita por primera vez hace aproximadamente un siglo por Rokitsansky en 1860. Posteriormente se dedicaron a estudiarla Reckli, ghausen y Cullen en 1896. Samson en 1921, postuló la teoría de la implantación donde se menciona la proliferación de la capa basal del endometrio, y su penetración en el espesor del miometro.

Halme en 1982, postuló la teoría de la menstruación retrógrada para la endometriosis; donde menciona que la sangre menstrual tiene células endometriales viables que conservan su vitalidad y capacidad de crecimiento en otros tejidos diferentes al Endometrio.

Cuba y Hamano en 1933 trabajaron con la teoría inmunológica. Donde explican un caso clínico sobre la menstruación retrógrada y una serología reactiva a la misma citotóxica (1).

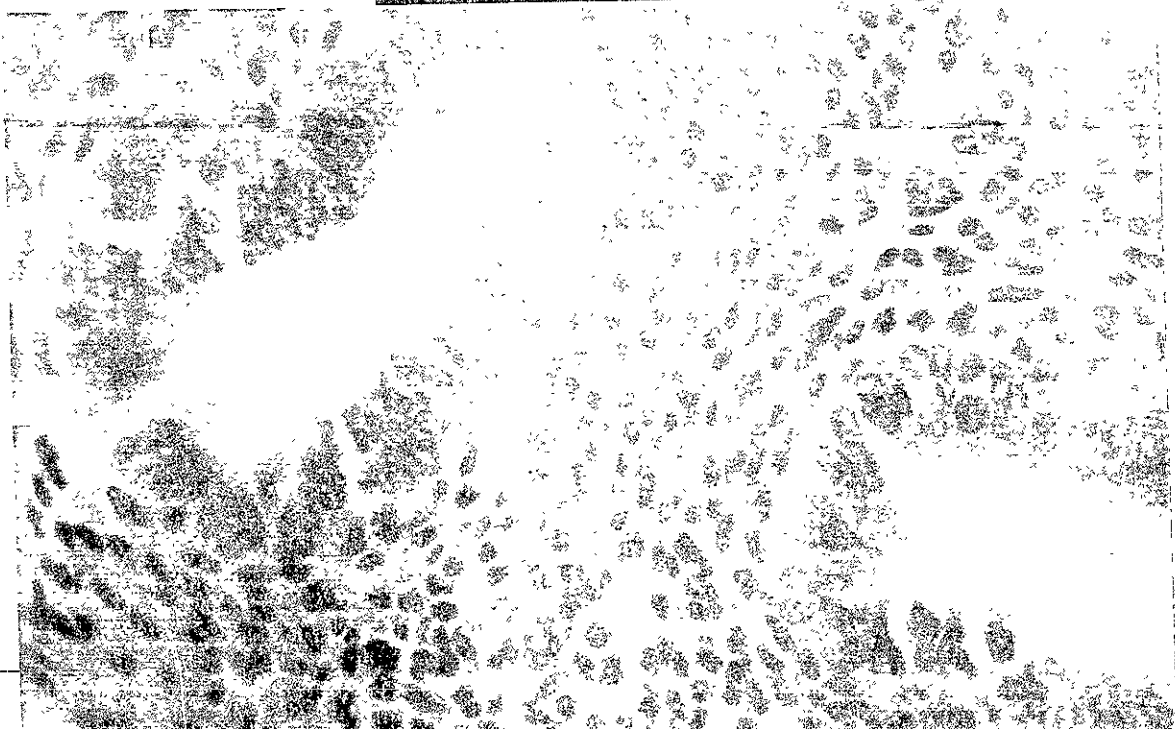
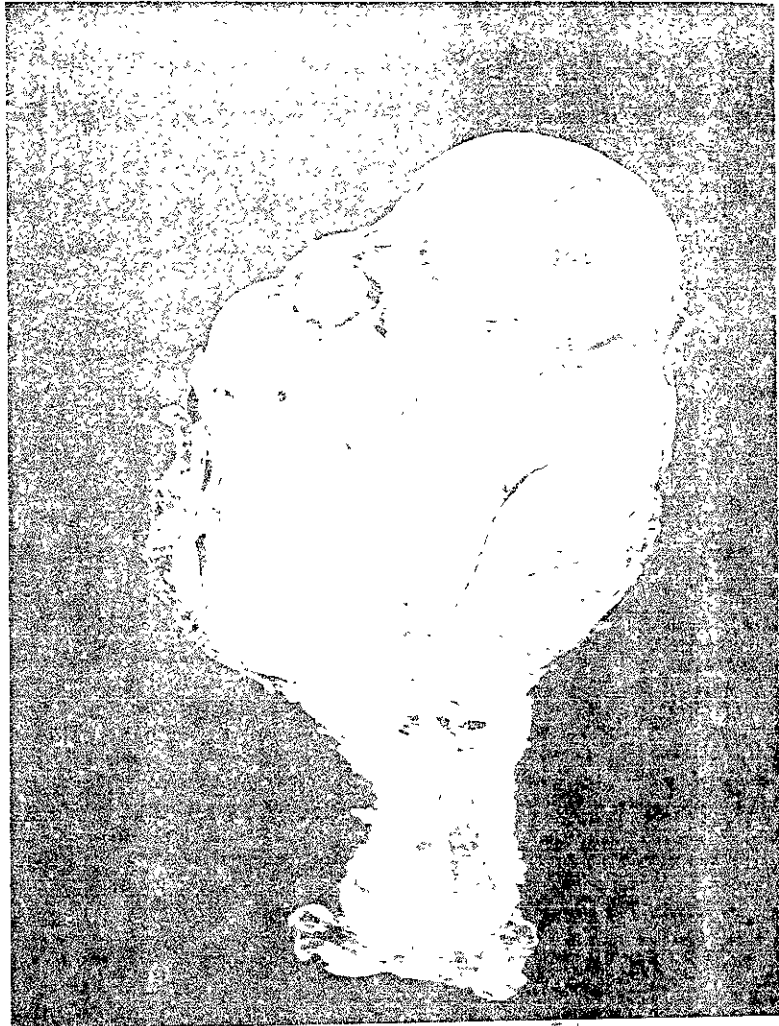
Movak y Woodruff en 1979; estudiaron los factores que pueden influir en el desarrollo de la Adenomiosis como son antecedentes de legrados cruentos, laparatomías o miomectomías.

Meldrum y colaboradores en 1982 observaron que los análogos de la hormona liberadora de las gonadotrofinas, es útil en alivio de los síntomas del Adenomiosis; en más de un 60% desde la segunda semana de tratamiento(22).



**DEFINICIÓN**

La Adenomiosis es: la presencia de glándulas endometriales y estroma sin orden en el espesor del miometrio(1,8,9).



## ETIOLOGÍA

No se conoce las teorías más aceptadas se relacionan con la invaginación del endometrio en el miometrio y son: la de la implantación de células endometriales en el miometrio, otras teorías son: la linfática y la inmunitaria donde postula un aumento en el número de inmunoglobulinas A y E componentes del complemento, alteraciones en los macrófagos, células T, células B, adhesión de antígenos HLA, así como de proteínas 27, 60, y 70 de estas; la proteína 27 es la que aumenta más relevantemente en la adenomiosis (7, 8, 23).

## CLASIFICACION

De acuerdo a su extensión: como focal y difusa.

Por su localización en superficial y profunda.

Por su morfología en nodular, difusa, y endométrica (8, 19, 20).

La adenomiosis.

La Adenomiosis se atribuye a que el músculo uterino, que rodea al miometrio, se encuentra hiperplásico, hipertrófico por cambios secundarios del tejido ectópico; la Adenomiosis parece iniciarse por la debilidad de la capa interna del músculo uterino, debido a un hiperestrogenismo sostenido, y a un deterioro de la capacidad inmunológica.

La diferencia entre Adenomiosis con Endometriosis, es su sitio de implantación este último fuera del útero. A diferencia de la Adenomiosis que es el crecimiento del endometrio dentro del útero(4).

## INCIDENCIA

Es más frecuente entre 35 y 50 años de edad(8).

## PREVALENCIA

Mujeres en edad fértil, con antecedentes de legrados cruentos, laparatomía exploradora, cesáreas, y miomectomías. Se ha visto que su frecuencia disminuye después de los 50 años (8).

## CUADRO CLINICO

Se presentan alteraciones del ciclo menstrual de tipo hiperpolimenorea, dolor pélvico, dispareunia o dismenorrea cuando la severidad de los síntomas dependerán de la invasión del miometrio. (1, 18)

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Con sangrado uterino anormal, con miomatosis, con quiste de ovario, con carcinomas de cervix, endometrio, y ovarios.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

El útero se encuentra aumentado de tamaño, de predominio en las caras anterior y posterior y es muy doloroso; pueden presentarse alteraciones de la menstruación, dismenorrea, y dispareunia. (2, 7, 9)

## EXPLORACIONES AUXILIARES

El ultrasonido endovaginal es el auxiliar de imagen menos invasivo, y más confiable; ya que el ultrasonido abdominal tiene menos definición y capacidad que el endovaginal este con una sensibilidad del 89%. (2, 3, 5).

En la histerosalpingografía se observan imágenes espiculadas en el entorno de la cavidad uterina. (2, 3, 5).

La asociación incidental con miomatosis es muy frecuente. se utiliza en el hospital como referencia para clasificar los miomas. (2, 5, 8). pequeños menores de 3 cm. medianos de 3 a 5 cm y grandes mayores a 5 cm.

La resonancia magnética, no ha demostrado su utilidad en las formas superficiales, o focales; sí sí en formas extensas o profundas. Detectándose una fibrosis del músculo liso, que acompaña al tejido endometrial, ocasionando un engrosamiento del endometrio, al ultrasonido se manifiesta como imágenes estriadas y lineales, con pobre definición del tejido uterino, y nodularidad en la unión miometrio-endometrio. con engrosamiento de este y a veces presencia de quistes hemorrágicos en el miometrio.

La biopsia por aspiración con aguja fina es poco demostrativa en casos de Adenomiosis superficial o focal. (9)

Los marcadores biológicos como el calcio 125, se encuentran elevados al igual que las inmunoglobulinas A y E; y el complemento (22).

### TRATAMIENTO

Debe individualizarse de acuerdo a la extensión y severidad del cuadro siendo la histerectomía el tratamiento curativo de primera elección.

Sin embargo en mujeres en edad fértil, mujeres sin paridad resuelta son útiles los análogos de las gonadotropinas, tienen una buena respuesta cediendo los síntomas desde la segunda semana de tratamiento (6, 9, 22).

La vía de administración de los análogos es oral. La duración de la administración depende de la dosis de 100 mg cada 12 horas y el tiempo de uso es de 3 a 6 meses.

**MATERIAL Y METODOS**

Nuestro estudio fue: retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo y abierto. Se revisaron los expedientes clínicos y los reportes anatomopatológicos de las histerectomías con Adenomiosis en el hospital Regional Grai Ignacio Zaragoza del ISSSTE en el periodo 1996 al 2000, buscándose los expedientes clínicos de las pacientes operadas de histerectomía con Adenomiosis. Se operaron 1675 histerectomías en 5 años y de estas 398 correspondieron a Adenomiosis con un 23.7 %.

Se utilizó como método estadístico la manera porcentual.

INSTITUTO MEXICANO DE INVESTIGACIONES  
DE LA SALUD PÚBLICA

## RESULTADOS

Este estudio se efectuó en el Hospital Regional Gra' Ignacio Zaragoza, periodo 1996 al 2000, mostrando la frecuencia de Adeniosis como hallazgo anatomopatológico.

Se presentaron los resultados de la siguiente manera:

Figura 1. Total de Histerectomías en el periodo 1996 al 2000 con 1675 histerectomías, el año que más tuvo fue el 2000 con 362 correspondiendo al 22%.

Figura 2. Total de Adeniosis en el periodo 1996 al 2000 fueron 393 piezas, correspondiendo al 23.7% de las histerectomías en ese periodo de tiempo.

Figura 3. El grupo de edad que más Adeniosis tuvo fue de 41 a 50 años correspondiendo al 66% de las Adeniosis efectuadas.

Figura 4. Total de Adeniosis efectuadas en el periodo 1996 al 2000 en el Hospital Regional Zaragoza.

Figura 5. Efectos de miomas y adeniosis en el grupo de edad histerectomizada.

Figura 6. Adeniosis con miomas por año.

Figura 7. Adeniosis con Exocervicitis o Endocervicitis por año.

Figura 8. Adeniosis con virus papiloma humano por año.

Figura 9. Adeniosis con cancer cervico-uterino por año.

Figura 10. Adeniosis y Carcinoma de Endometrio por año.

Figura 11. Adeniosis y Carcinoma de Ovario por año.

Figura 12 Utero sin patología por año.

## DISCUSIÓN

La Adenomiosis continúa siendo una enfermedad poco comprendida, no es maligna, no ocasiona la muerte y su morbilidad no ha sido debidamente valorada. Su diagnóstico en la mayoría de los casos es incidental y retrospectivo como hallazgo anatomopatológico.

En su etiología se han aceptado múltiples hipótesis las más aceptadas son:

La implantación del endometrio en el miometrio, otra hipótesis es la teoría hematológica no bien descrita en la actualidad.

Su frecuencia en la literatura mundial es de 29% muy similar a lo reportado en nuestro estudio del 24%.

Su estudio se estableció en bajo porcentaje pre-operatorio en el 5.3% de 398 adenomiosis en el útero.

Su diagnóstico más común se ha establecido recientemente en base a un cuestionario interrogatorio y exploración física.

Este estudio intenta estimular al médico tratante a diagnosticar y manejar adecuadamente esta entidad. Como alternativa de manejo se han visto útiles los análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas. Se han visto buenos resultados a los síntomas en más de un 60% de los casos desde la segunda semana de tratamiento, siendo candidatas al uso de estos fármacos mujeres en edad reproductiva, con deseos de descendencia y sin severidad en los síntomas.

La histerectomía se indica en caso de mujeres con paridad resuelta o con síntomas muy severos sin buena respuesta al manejo de los análogos.

## CONCLUSIÓN

Dado que la Adenomiosis no tiene signos y síntomas patognomónicos y los datos de laboratorio y gabinete no son específicos ni concluyentes de esta patología, nos enfocamos a los hallazgos anatomopatológicos para conocer su frecuencia.

Nosotros no encontramos asociación entre Adenomiosis con otras enfermedades; así como en la literatura mundial se muestra, de estos hallazgos sólo 14 casos de 398 de Adenomiosis correspondieron al 5.3 % del diagnóstico pre-operatorio con el diagnóstico anatomopatológico, por lo que es conveniente establecer un adecuado diagnóstico del Adenomiosis con la clínica y los auxiliares diagnósticos.



MEXCO

# HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS DE 1996-2000

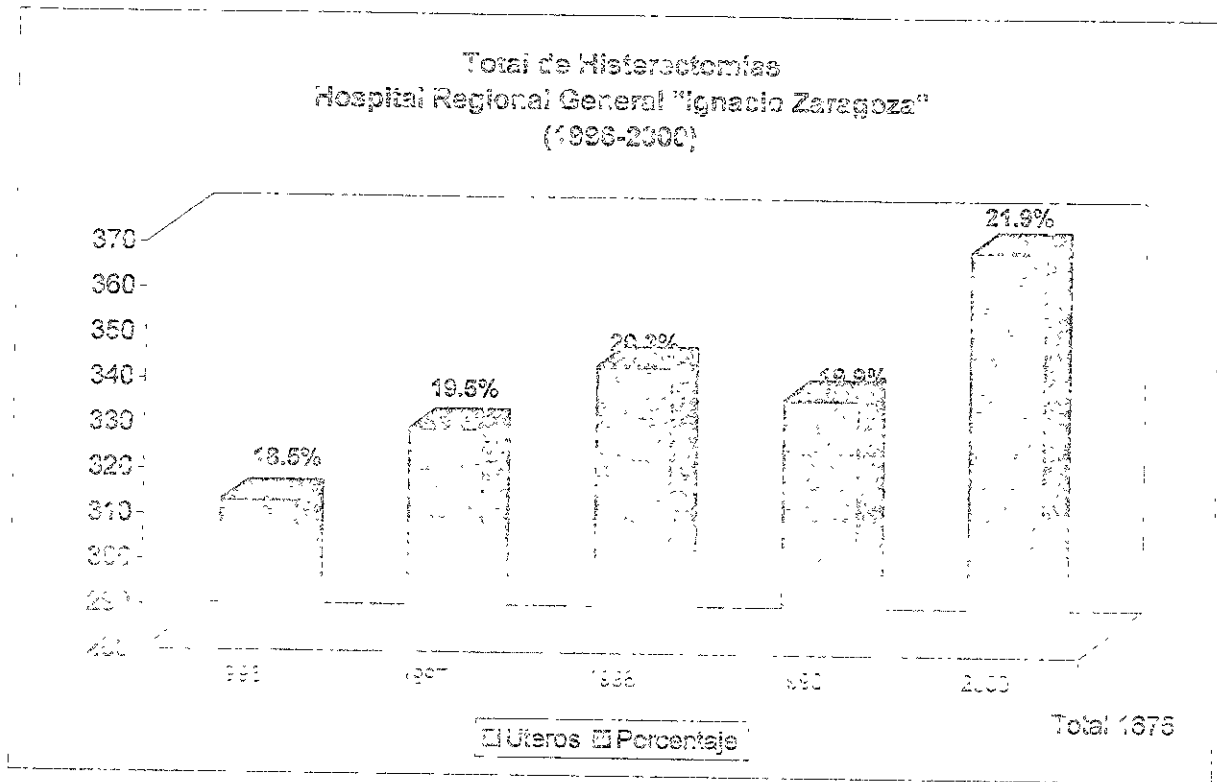


FIGURA 1

FUENTE: REPORTE ANATOMOPATOLÓGICOS, SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA", ISSSTE

# HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS DE 1996-2000

## Adenomiosis Hospital Regional General "Ignacio Zaragoza" (1996-2000)

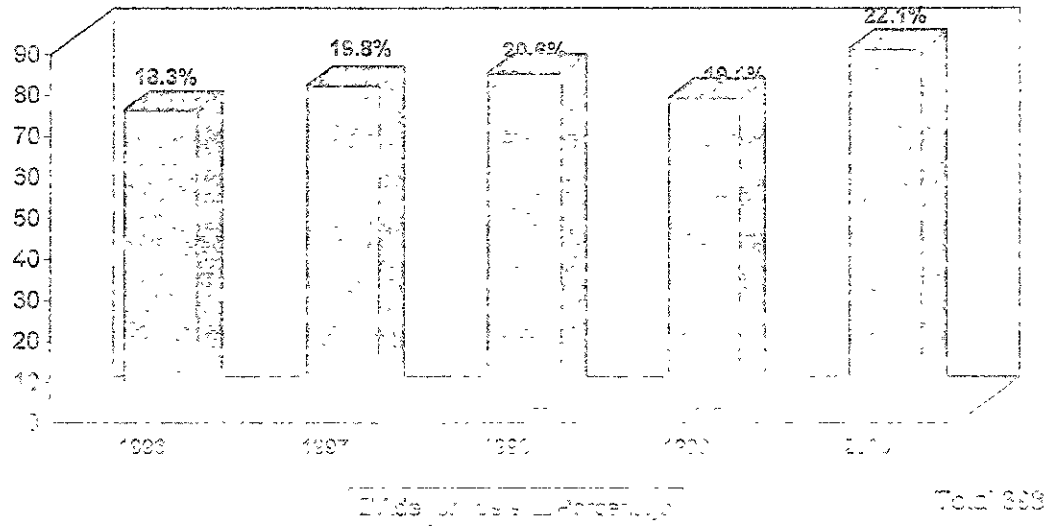


FIGURA 2

FUENTE: REPORTES ANATOMOPATOLÓGICOS, SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA", ISSSTE

# HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS DE 1996-2000

Porcentaje de Adenomiosis por Grupo de Edad  
Hospital Regional General "Ignacio Zaragoza"  
(1996-2000)

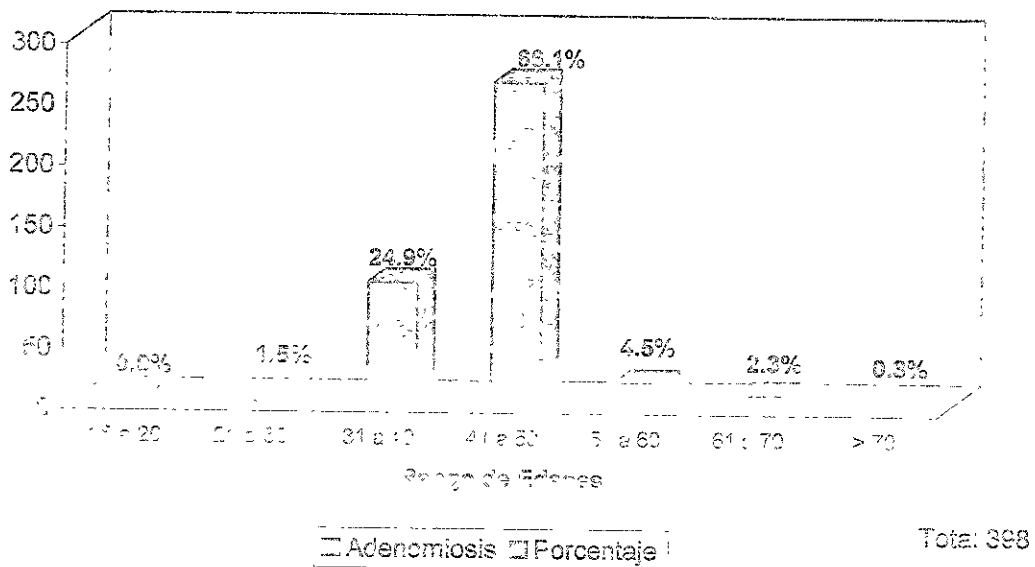


FIGURA 3

FUENTE: REPORTES ANATOMOPATOLÓGICOS, SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA", ISSSTE

HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS DE 1996-2000

Porcentaje de Histerectomías de Urgencia y Programada  
Hospital Regional General "Ignacio Zaragoza"  
(1996-2000)

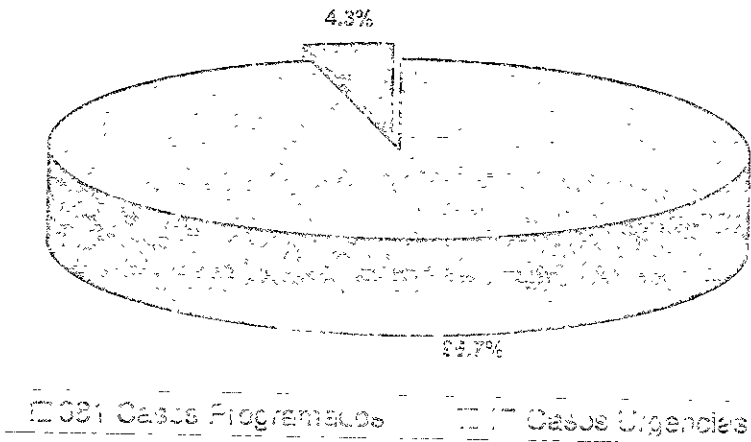


FIGURA 4

FUENTE, REPORTES ANATOMOPATOLÓGICOS. SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA", ISSSTE

HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS DE 1996-2000

Pacientes con Adenomiosis y su relación con la Paridad  
Hospital Regional General "Ignacio Zaragoza"  
(1996-2000)

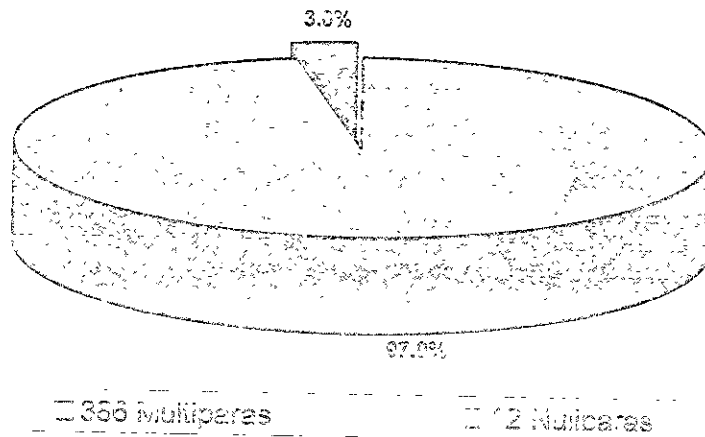


FIGURA 5

FUENTE, REPORTES ANATOMOPATOLÓGICOS, SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL R  
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA", ISSSTE

# HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS DE 1996-2000

Adenomiosis y Miomatosis  
Hospital Regional General "Ignacio Zaragoza"  
(1996-2000)

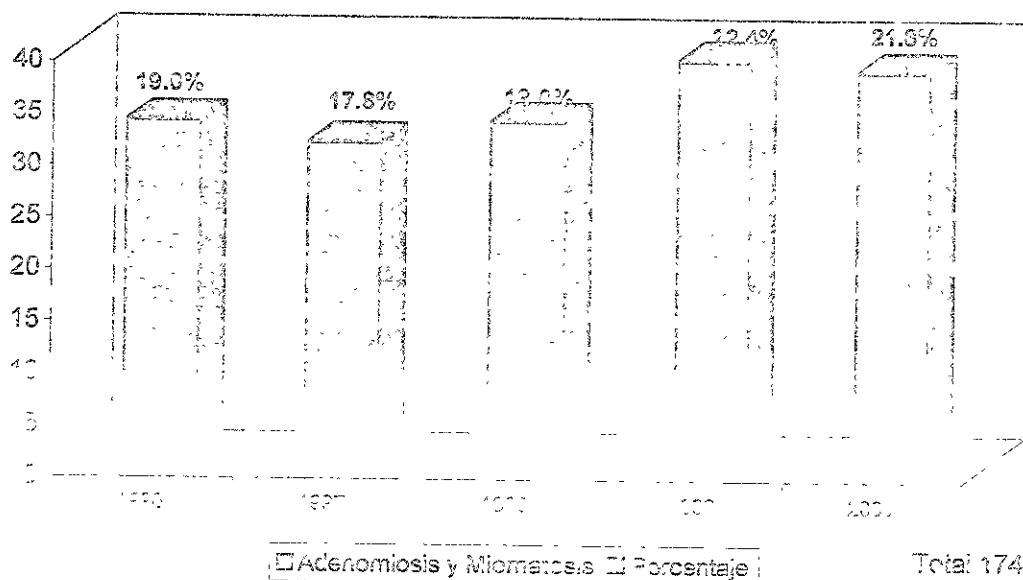


FIGURA 6  
FUENTE, REPORTES ANATOMOPATOLÓGICOS, SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA", ISSSTE

# HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS DE 1996-2000

Adenomiosis y Exocervicitis o Endocervicitis por año  
Hospital Regional General "Ignacio Zaragoza"  
(1996-2000)

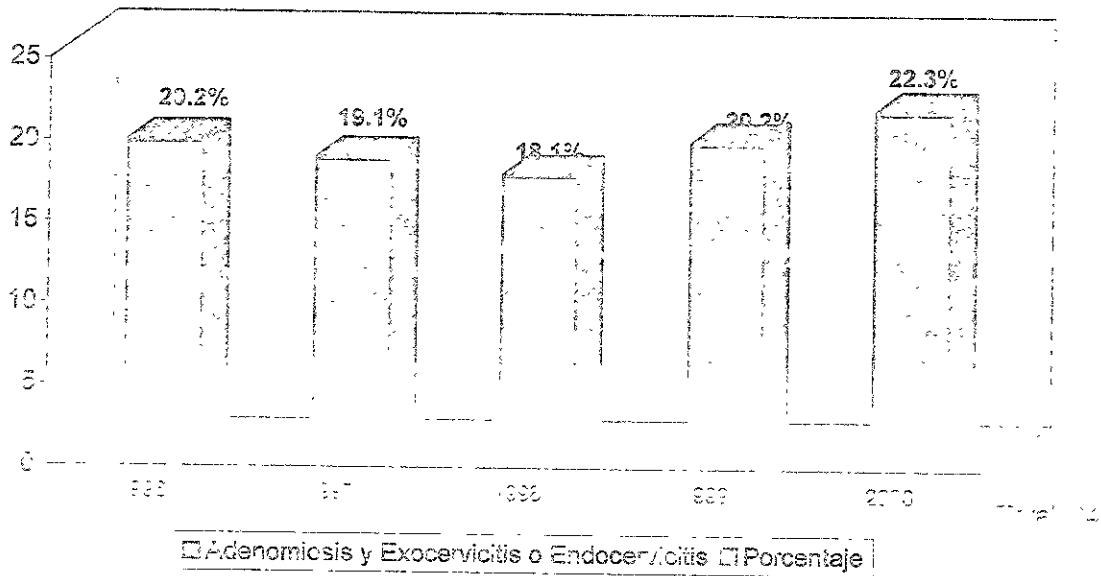


FIGURA 7

FUENTE: REPORTES ANATOMOPATOLÓGICOS, SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL RE "GRAL IGNACIO ZARAGOZA", ISSSTE



# HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS DE 1998-2000

## Adenomiosis y Virus Papiiloma Humano por año Hospital Regional General "Ignacio Zaragoza" (1998-2000)

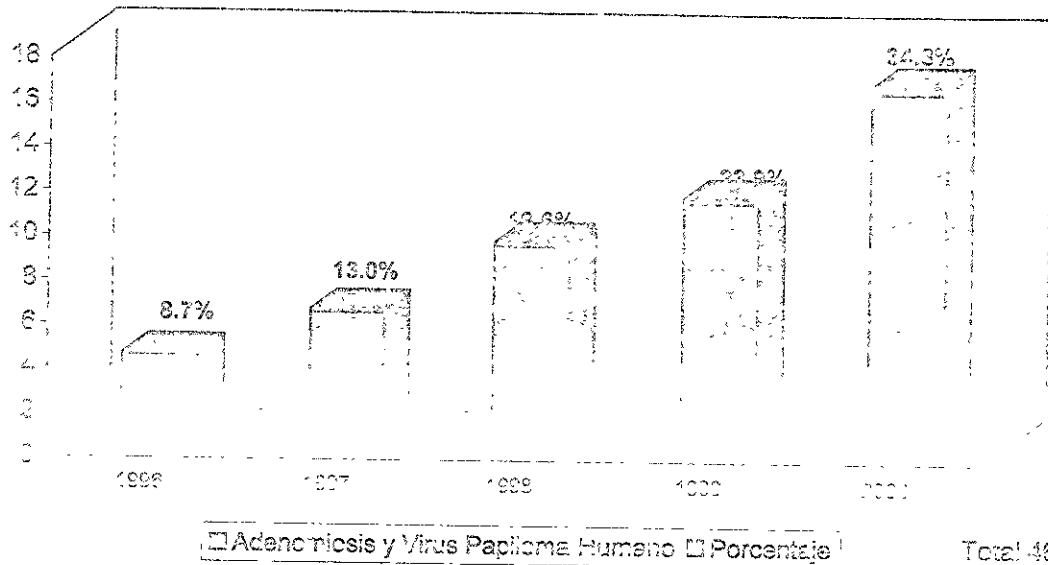


FIGURA 8

FUENTE: REPORTES ANATOMOPATOLÓGICOS, SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA", ISSSTE

# HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS DE 1996-2000

Adenomiosis y Carcinoma Cervico Uterino por año  
Hospital Regional General "Ignacio Zaragoza"  
(1996-2000)

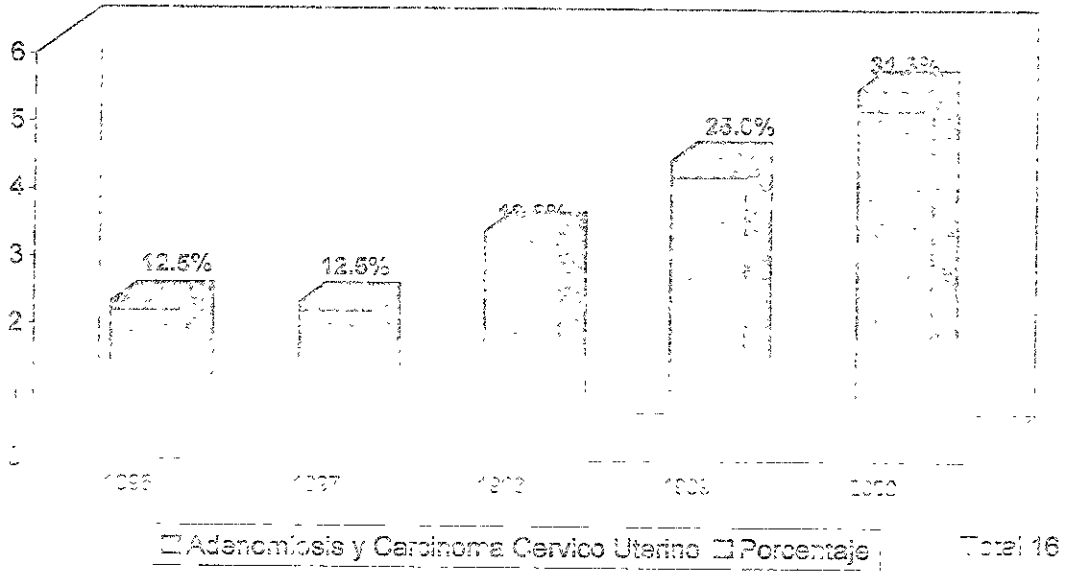


FIGURA 9

FUENTE: REPORTES ANATOMOPATOLÓGICOS, SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL REGIONAL "IGNACIO ZARAGOZA" 1996-2000

# HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS DE 1996-2000

Adeniosis y Carcinoma de Endometrio por año  
Hospital Regional General "Ignacio Zaragoza"  
(1996-2000)

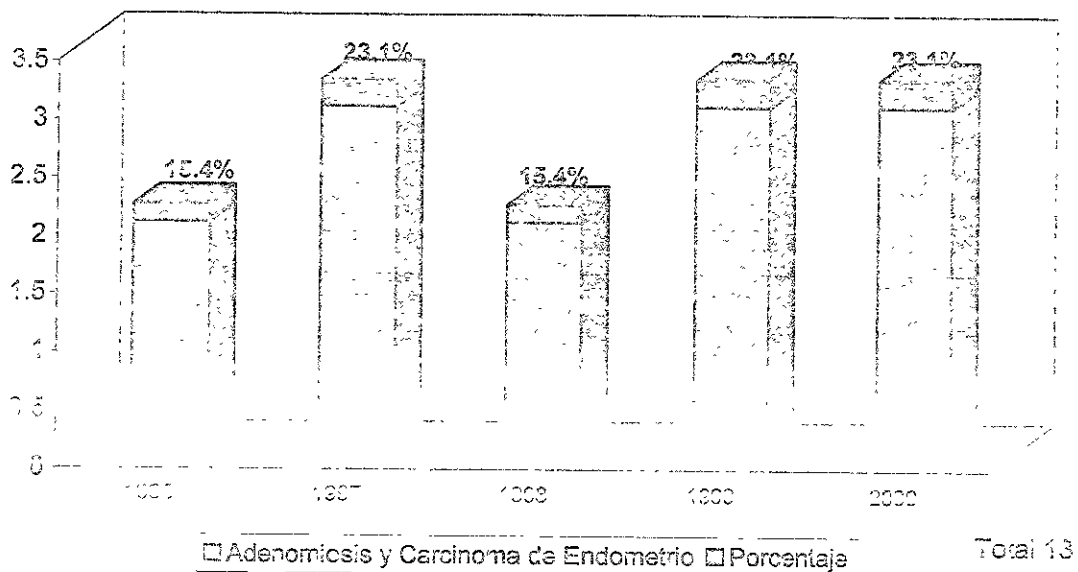


FIGURA 10

FUENTE: REPORTES ANATOMOPATOLÓGICOS, SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA", ISSSTE

# HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS DE 1996-2000

Adenomiosis y Carcinoma de Ovario por año  
Hospital Regional General "Ignacio Zaragoza"  
(1996-2000)

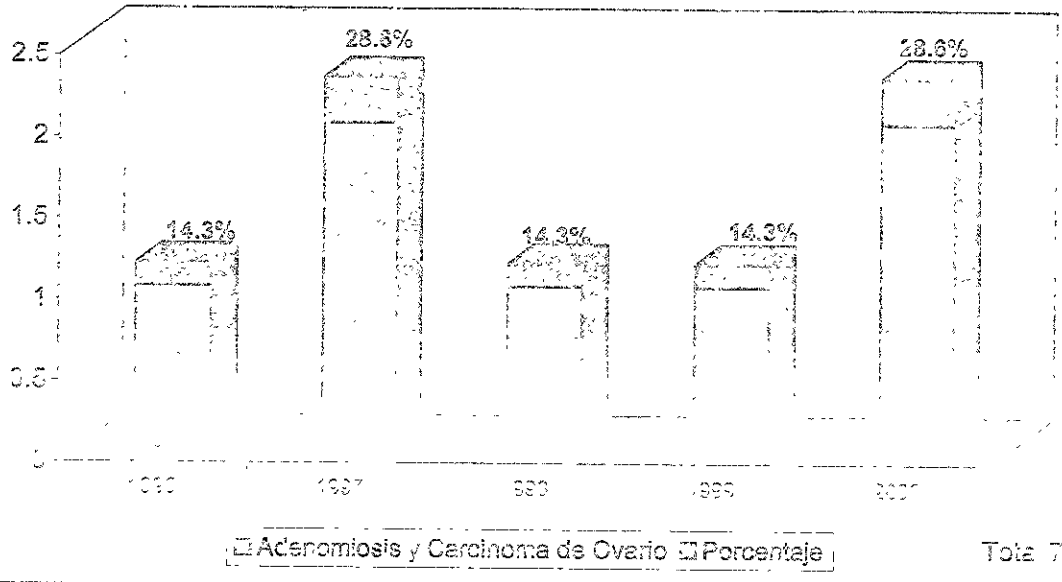


FIGURA 11

FUENTE: REPORTES ANATOMOPATOLÓGICOS, SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA", ISSSTE

# HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS DE 1996-2000

Uteros sin patología por año  
Hospital Regional General "Ignacio Zaragoza"  
(1996-2000)

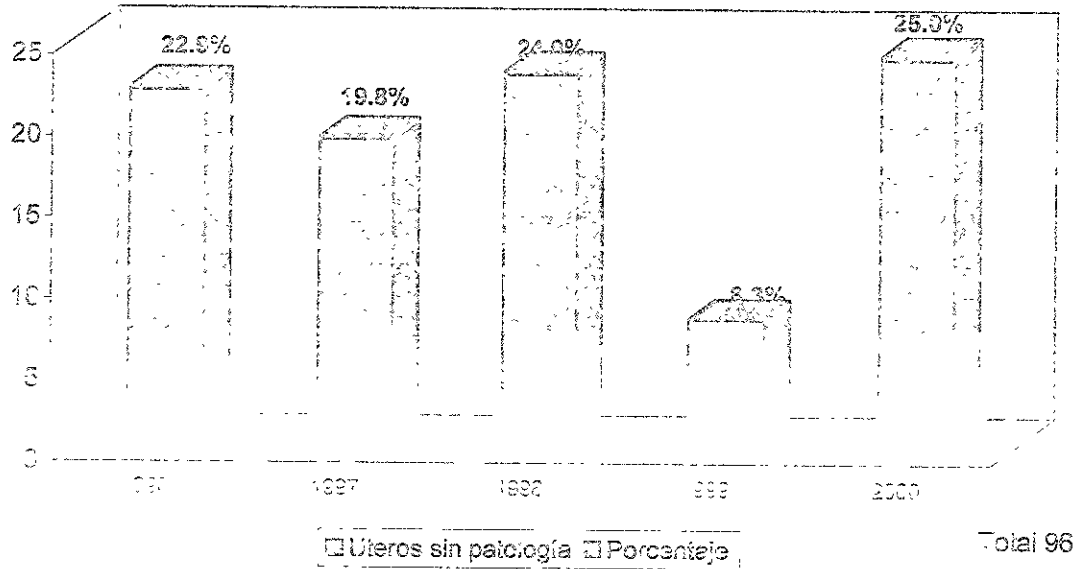


FIGURA 12

FUENTE: REPORTES ANATOMOPATOLÓGICOS, SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA, ISSSTE

**AGRADECIMIENTOS:**

A DIOS por estar siempre conmigo y tenerme en sus planes.

A mis Padres y Maestros por su amor y dedicación.

A mi hermano y cuñada por su estímulo oportuno.

A mis Tíos y primos. Arturo, Mauricio, Claudia y a mi sobrina Karla por su apoyo y comprensión incondicional.

A mis amigos Jorge, Martha, Maira, Larissa, Nora, Lalo y Carlos por aceptarme como soy.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ahued Ahued Roberto y Fernández del Castillo. Ginecología y Obstetricia Aplicada. Primera Edición. Editorial JGH. Capítulo 47. Páginas 322.325.
2. Alexander Mark. Adenomyosis and Leiomyoma: Differential Diagnosis with MR imaging. Radiology 1997 Vol 163 No. 2 Pág 527 a 529.
3. Bengt Karlsson, MD. Transvaginal Ultrasonography of the Endometrium in Woman with Postmenopausal bleeding a nordicmulticenters Study. Am Journal Obs. Gynecol 1995 Vol 172 No. 5, páginas 1488 a 1493.
4. C. Blake Gilks, and cols. Uterine Adenomyomas Atypical Polypoid Adenomyomas of Endocervical Type. A Clinicopathologic Study of 30 cases of an unusual type of adenomyosis. The Journal of the American Academy of Gynecology and Obstetrics, Vol 19 No 3 July 2000. Página 195 a 205.
5. Caroline Reinhold, MD Cols. Diffuse uterine adenomyosis morphologic Criteria and diagnostic accuracy of endovaginal sonography. Rediology 1997. Vol 197, No 3 Páginas 609-614.
6. Craig A Winkel and Cols. Combined Medical and surgical treatment of women with Endometriosis and Adenomyosis. Clinical Obstetrics and gynecology, Sep 199, Vol 42, No 3, páginas 645 a 663.
7. Eric K Outwater. Adenomyosis: Current concepts and imaging consideration. AJR February 1999, Vol 170, pag 407-444.
8. Carlos Ríos Pardo y Cols. Adenomyosis y Endometriosis. Bol. Obstet. Ginecol. México 1995. Oct a Dic. Vol 9. No. 4 Páginas 216 a 220.
9. J. González Meric. Libro Ginecología 7ª Edición Masson. Capítulo 15, páginas 252 a 271.

10. Hirota Ota, MD and Cois. Distribution of heat shock proteins in eutopic Endometrium in Endometriosis and Adenomyosis. Fertility and Sterility July 1997. Vol 68. No. 1, páginas 23 a 26.
11. Llan Cohen, MD Cois. Adenomyosis in Postmenopausal Breast Cancer Patients treated with tamoxifen: a new entity.
12. Kaori Togashi, MD and Cois. Enlarged uterus: Differentiation between Adenomyosis and Leiomyoma with MR imaging. Radiology 1999. Vol 171, páginas 531 a 534.
13. Jacques Dones MD and Cois. Rectovaginal septum Adenomyotic nodules. A series of 500 cases. British Journal obstetrics and gynecology, Sep 1997. Vol 104. páginas 1011 a 1013.
14. Jeffrey G. Harman MD and Cois. The value of MR imaging in distinguishing leiomyomas from other solid pelvic masses when sonography is determinate. AJR February 1990. Vol 154, páginas 295 a 299.
15. Lisa Harrie Schwartz, Mand Cois. Female Pelvis: impact of MR imaging on treatment decisions and net cost analysis. Radiology July 1994, vol 192; No. 1 páginas 55 a 60.
16. Lothar W. Popp MD and Cois. Myometrical biopsy in the diagnosis of adenomyosis uteri. AMJ Obstetrics Gynecology 1993, Vol 160, páginas 546 a 549.
17. Luigi Fedele MD and Cois. Transvaginal Ultrasonography in the differential diagnosis of adenomyoma versus leiomyoma. AJ Obstetrics Gynecology, Supplement 1992. Vol 177, No. 3. pp 303 a 305.
18. Michel Levgar MD and Cois. Adenomyosis Symptoms, histology, and pregnancy terminations. Obstetrics and Gynecology. May 2000. Vol 05. No 5. página 588 a 591.