

11217  
80  
20y

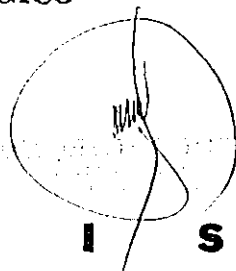


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

ADENOMIOSIS: ESTUDIO CLINICO  
PATOLOGICO

DR. SAMUEL KARCHNER K.  
DIRECTOR GENERAL  
PROFESOR Titular



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :  
LUIS EDMUNDO HERNANDEZ VIVAR



MEXICO, D. F.

1988

TESIS CON  
FALLA DE ORDEN



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.

## C O N T E N I D O .

	Pag.
INTRODUCCION .....	1
PRIMERA PARTE:	
CAPITULO I :	
DEFINICION DE ADENOMIOSIS .....	3
CAPITULO II :	
FRECUENCIA DE LA ADENOMIOSIS .....	4
CAPITULO III :	
ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ADENOMIOSIS .....	6
CAPITULO IV :	
HISTOGENESIS DE LA ADENOMIOSIS .....	8
CAPITULO V :	
CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS DE LA ADENOMIOSIS...	10
CAPITULO VI :	
CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS DE LA ADENOMIOSIS...	12
CAPITULO VII :	
MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA ADENOMIOSIS .....	15
CAPITULO VIII:	
DIAGNOSTICO DE LA ADENOMIOSIS .....	20
CAPITULO IX :	
ASOCIACION DE LA ADENOMIOSIS CON OTRAS PATOLOGIAS Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL .....	22

C O N T E N I D O .

	Pag.
CAPITULO X:	
TRATAMIENTO DE LA ADENOMIOSIS .....	23
SEGUNDA PARTE:	
CAPITULO XI:	
ADENOMIOSIS: EXPERIENCIA DEL INPer. (ESTUDIO CLINICO-PATOLOGICO DE 27 CASOS DE ADENOMIOSIS EN 287 HISTERECTOMIAS).....	24
BIBLIOGRAFIA .....	36
TABLAS Y CUADROS .....	41

## ADENOMIOSIS.

### INTRODUCCION:

La adenomiosis es una enfermedad pobremente comprendida, no es maligna, no ocasiona la muerte de las pacientes y su morbilidad no ha sido adecuadamente valorada; motivos por los cuales ha recibido poca atención en la literatura médica. Su diagnóstico generalmente es retrospectivo y su hallazgo es considerado por los ginecólogos como incidental, en úteros extirpados por otras patologías de diagnóstico más obvio.

Su frecuencia es variable según los factores que tome el autor del estudio, así se mencionó por Bird y col., una incidencia del 61.5 % mientras que Bhatt en 1960, informó un 6 %, otros estudios mencionan cifras entre estos dos límites siendo el margen muy amplio. (4, 5 ).

Su etiología aún no está bien precisada y su cuadro clínico aunque ha sido bien estudiado sigue siendo muy desconcertante, ya que hay formas silenciosas y otras que pueden ser bien distinguibles. Por ello su frecuencia de diagnóstico preoperatorio es baja; se menciona en la literatura de 22.7 % por Molitor (10), Benson y Saeden informan 9.3 % (11), Israel y Woutersz de 2.6 % (7), mientras que Emge (6), tiene un diagnóstico preoperatorio de 66.5 %, esto podría ser debido a que su experiencia en ésta patología es mayor, así el resto no podría llegar a esta cifra, sobre todo, si no se tiene a la adenomiosis como posibilidad diagnóstica.

Se ha visto que la adenomiosis es más frecuente entre la cuarta y la quinta década de la vida (10, 41,42). Esta entidad se ha confundido con procesos malignos como el adenocarcinoma de endometrio, y otros benignos como la hiperplasia del endometrio, la leiomiomatosis uterina, etc. Entre los diagnósticos preoperatorios más frecuentemente mencionados están: leiomiomatosis 58 %, prolapso uterino 18 %, tumor anexial 6 %, endometriosis 5.3 %, hiperplasia de endometrio 5.3 % y la poliposis endometrial 3.3 %, Informados

en México por Nava y Sánchez, R., en 1974 (42).

Al igual que la mayoría de los autores que han enfocado sus observaciones al estudio de ésta patología (5, 6, 7, 10 ), el motivo de esta tesis es en primer lugar: hacer una revisión completa de las principales características de ésta patología, y en segundo lugar, analizar la experiencia del Instituto Nacional de Perinatología en ésta entidad, mediante un estudio clínico patológico de 27 casos de adenomiosis, diagnosticados histopatológicamente, de entre 287 histerectomías efectuadas en un lapso de 18 meses.

## ADENOMIOSIS.

### I. DEFINICION:

La adenomiosis del útero es un estado caracterizado por una invasión benigna del endometrio en la musculatura uterina, asociada a una hipertrofia de ésta última. El término utilizado para nombrarla, resulta ser más adecuado que el de adenomioma, pues el sufijo "oma" designa tumores, y la adenomiosis no es un tumor en el verdadero sentido de la palabra.

Desde el punto de vista histopatológico, la adenomiosis tiene ciertas semejanzas con la endometriosis pélvica; pues se caracteriza por un crecimiento ectópico difuso del endometrio; de hecho, anteriormente se le llamaba a menudo: endometriosis interna, para distinguirla de la endometriosis externa o pélvica. Desde el punto de vista clínico existen algunas diferencias entre ambas patologías; las mujeres con adenomiosis son en general personas que han tenido varios hijos y están en la cuarta o quinta década de la vida, a diferencia de la mujer más joven, involuntariamente estéril, afectada de endometriosis. (1, 2)

Seguramente la etiología de ambas enfermedades es distinta, y en realidad la única semejanza sea la propiedad en común, de tener tejido endometrial aberrante que depende de una función ovárica sostenida. En cuanto a la terminología utilizada, existen algunas confusiones, pero sin ánimo de dar demasiada importancia a los detalles de definición: el término adenomioma debe limitarse a los tumores verdaderos circunscritos, formados por endometrio y músculo, que se observan más frecuentemente en los ligamentos uterinos que en el útero mismo, aunque la adenomiosis puede verse en ciertos pólipos endometriales.

Finalmente, una endometriosis genuina, con poca o ninguna mezcla muscular, puede afectar al útero desde afuera, afectando la superficie posterior del útero y la capa muscular inmediatamente subyacente. Siempre ésta

lesión resulta ser parte de una endometriosis pélvica importante.(2)

## II. FRECUENCIA DE LA ADENOMIOSIS:

Considerando que la mayor parte de las veces el diagnóstico de adenomiosis se hace en forma retrospectiva, al efectuar el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica extirpada por causas múltiples, la frecuencia real del padecimiento se desconoce.

La incidencia de la adenomiosis en las numerosas series de trabajos - realizados varía ampliamente: los textos clásicos de la especialidad Novak ( 1 ), Hertig ( 3 ) dan como cifra habitual de 25 a 40 %; sin embargo Chatt y cols. en 1960 encontró una incidencia del 6 % ( 4 ) y Bird y cols en 1972 en contraron una cifra muy alta: 61.5 %. En la tabla I se señalan los resultados encontrados por diversos autores. ( 5 )

Varios han sido las razones aducidas que justifican estos resultados marcadamente dispares. Independientemente del valor que pueda darse al estudio estricto de las piezas quirúrgicas en cada serie estudiada, crea que - hay varios factores que juegan un papel importante:

En primer lugar la utilización del mínimo campo microscópico empleado para etiquetar un proceso como la adenomiosis. Los trabajos varían de un - mínimo de un objetivo de gran aumento (RPF), como es el caso de las series reportadas por Emge ( 6 ), Israel ( 7 ); a la de un campo de bajo aumento - (LPF) como en las series reportadas por: Brower ( 8 ), Mathur ( 9 ) y Molitor (10); o incluso dos campos de bajo aumento, como en las series de Benson - (11), De Brux (12).

Por éstas razones, no es de extrañar que Bird ( 5 ) encuentre un 61.5% en su serie, pues incluye una variedad de la llamada "subbasalis" que realmente representa sólo repliegues de mucosa endometrial más que de un ver -



dadero tejido ectópico.

En segundo lugar, el número de cortes practicados, dado que Bird (5) en su experiencia destaca como el autor de mayor porcentaje, pero en sus series realiza un mínimo de seis cortes de miometrio, lo que conduce matemáticamente a un mayor índice de probabilidades de encontrar esta patología. Además, en la mayor parte de los trabajos no se señala en promedio de los cortes practicados, lo cual puede influir en los resultados.

Por último, y de acuerdo con Molitor (10) hay que considerar que un alto número de enfermas de las distintas series, pudieron ver estado bajo el efecto de algún tratamiento hormonal, lo que puede alterar el desarrollo de los focos de adenomiosis (13).

### ADENOMIOSIS.

#### III. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ADENOMIOSIS.

El término de adenomiosis fue descrito como entidad clínica por Roki - tansky (15) en el año de 1860 llamándolo originalmente como "cistosarcoma adenoides uterino", posteriormente Von Recklinghausen (16) publicó una monografía sobre "los aspectos clínicos y patológicos de la adenomiosis" en el año de 1896.

En el año de 1908 Cullen (17) aclara la patología propia de este padecimiento y divide la entidad clínica en dos tipos:

A) Adenomioma: Considerado como una área aislada que semeja una tumoración y se encuentra constituida por endometrio hipertrófico y elementos endometriales: glándulas y estroma.

B) Adenotoma difuso: Caracterizado por que ambos elementos del endometrio (glándulas y estroma) se encuentran distribuidos por diversas áreas del miometrio.

En el año de 1925 Frankl (18) sugirió que los dos grupos propuestos por Cullen anteriormente, podían ser denominados bajo el nombre genérico de "adenomiosis uterina" que denotaba la presencia de tejido endometrial que invade el miometrio con la resultante hipertrofia de éste último. A pesar de lo anterior, en el transcurso del presente siglo la entidad ha recibido los más diversos nombres: adenomioma, endometriosis interna, adenosis, histeroadenosis, adenometritis, adenomiositis, etc.

En tanto que algunas de las denominaciones anteriores sólo expresan localizaciones topográficas, otras sugieren un proceso neofornativo con el sufijo "oma" y otras por último, la consideran inflamatoria por el sufijo "itis". Al mismo tiempo que se ha discutido largamente sobre su sino-

nimia, se ha creado una multitud de clasificaciones que en parte se basan en su lugar de origen (endometriosis interna) y en parte toman como base su extensión, por analogía con el comportamiento de los tumores malignos. Según Ridley (19) la adenomiosis es una variedad de endometriosis, de la que se individualiza por el detalle del órgano afectado, el útero.

## ADENOMIOSIS.

### IV. HISTOGENESIS DE LA ADENOMIOSIS.

El origen de la adenomiosis ha dado lugar durante decenios a numerosas concepciones teóricas. Entre las más importantes:

1.ORIGEN MULLERIANO: teoría invocada por Schröder (20), que apuntaba hacia un fallo en la distribución de las células mullerianas o bien a una ausencia efectiva de una submucosa que impidiera la proliferación de la mucosa endometrial hacia el interior del miometrio.

2.ORIGEN WOLFFIANO: Defendida por Von Becklinghausen (16), la adenomiosis podría ser el resultado de restos wolffianos desplazados anormalmente, señalando que la ectopia glandular es más frecuentemente encontrada en la pared posterior del útero y cuernos y, según dicho autor dichas áreas las consideraba típicas de restos wolffianos.

3.ORIGEN METAPLASICO: Meyer (21) sostuvo que la adenomiosis sería consecuencia de la metaplasia del epitelio celómico o de estructuras provenientes de él. A estos tejidos les atribuyó una multipotencialidad latente, que sería estimulada por la llegada de sangre o productos heterólogos que provocarían reacciones inflamatorias. Novak (1) también apoyó la teoría metaplásica, pero para él la causa no sería inflamatoria, sino hormonal, sobre elementos histicos extraños. Más recientemente, Levander y Merrill (22) han inducido con sustancias específicas o sintéticas intrauterinas la neoformación de endometrio ectópico. Por último, y dentro de este grupo de defensores de origen metaplásico, Brines (23) y De Brux (12) opinan que la adenomiosis se trataría de una desdiferenciación de fascículos musculares lisos en elementos mesenquimatosos del estroma celular.

Posteriormente, estas células se rediferenciarían en elementos del tipo de tubos glandulares.

4. ORIGEN HORMONAL: Cuyo principal defensor es Jeffcoate (24). Niveles altos de estrógenos favorecerían un crecimiento del endometrio y una invasión a través de las miofibrillas, de islotes de la mucosa endometrial. Kistner (13) señala que el empleo de progestágenos cambia un endometrio hiperplásico en un endometrio normal. Sin embargo, Enge (6), administrando altas dosis de estrógenos a ratas, no encontró adenomiosis en ningún caso, aunque, como apunta, se deba al estrógeno empleado. De todas maneras se debe tener en cuenta el factor hormonal, tal vez no como causa, pero sí como elemento asociado.

Como señala Loxrós (25), un nivel estrogénico suficiente es imprescindible para que se origine y prospere un foco de adenomiosis.

5. TEORIA DE LA IMPLANTACION Y PROPAGACION: Emitida por Sampson (26). La tendencia del endometrio uterino a rebasar los límites de los tejidos circundantes constituye la teoría más aceptada. Te Linde (27) comprobó dicha teoría experimentalmente en monas y posteriormente en mujeres. Esta diseminación podría ser hematógena, según el propio Sampson (26) señala; linfática, Scott (28), o incluso mecánica tras logrados repetidos, Ridley (19).

ADENOMIOSIS.

V. CARACTERISTICAS MACROSCOPICAS DE LA ADENOMIOSIS.

En la adenomiosis el útero puede estar ligera o marcadamente agrandado aunque el aumento de tamaño nunca alcanza las grandes proporciones tan comunes en los leiomiomas. En realidad, el órgano es raramente mucho más voluminoso que una naranja grande. Sin embargo, debemos recordar que la adenomiosis y la leiomiomatosis coexisten con mucha frecuencia, siendo ésta última - la responsable del tamaño frecuentemente grande del útero.

El aumento de tamaño producido por la adenomiosis es de tipo difuso, y en general una pared, frecuentemente la posterior, es mucho más gruesa que la otra, aunque a veces el engrosamiento de ambas es más o menos simétrico. En ciertos casos el espesor de la pared uterina puede ser varias veces mayor que el del órgano normal. En algunos casos el útero se adhiere a los órganos circundantes, pues la adenomiosis se asocia a menudo con la endometriosis - pélvica, y la irritación de la hemorragia menstrual excita marcada reacción peritoneal con la formación de adherencias. (1, 2)

A menudo es difícil saber exactamente dónde termina la adenomiosis y empieza la endometriosis, pero ambas pueden coexistir hasta en el 40 % de - los casos (2) o más, excluyendo aquellos en los cuales se encuentran grados menores de adenomiosis microscópicas, aunque Benson y Sneed reportan una asociación de menos del 15 % (11). En ocasiones la fijación de los órganos pélvicos puede ser extrema, produciendo una "pélvis congelada" que muchas veces crea un difícil problema quirúrgico. Por otra parte, el útero puede estar totalmente libre de adherencias vecinas, incluso si el agrandamiento uterino es marcado.

Casi siempre el diagnóstico se hace retrospectivamente, durante el estudio histopatológico de los úteros extirpados por otras causas. En el cor-

te transversal del útero, lo que más llama la atención es el aumento simétrico difuso del espesor de la pared muscular, como ya hemos dicho. La superficie de corte presenta un característico aspecto de remolino trabeculado pero sin tendencia a la formación de nódulos circunscritos, como en la leiomiomatosis.

Un rasgo frecuente pero no constante es la presencia de áreas oscuras hemorrágicas o de color chocolate, a veces muy pequeñas pero otras de muchos milímetros de diámetro, distribuidas directamente por toda la musculatura. Ellas representan islotes de endometrio donde se ha producido hemorragia menstrual, con retención de la sangre menstrual. La capa endometrial del útero puede ser completamente normal o mucho más gruesa y quizás polipoide en los casos no infrecuentes de asociación de hiperplasia endometrial con adenomiosis. (1)

ADENOMIOSIS.

VI. CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS DE LA ADENOMIOSIS.

El diagnóstico microscópico de la adenomiosis se basa principalmente en el hallazgo de islotes endometriales profundos por debajo de la superficie mucosa, dentro de la capa muscular. Para que el diagnóstico sea válido el tejido endometrial deberá encontrarse por debajo del endometrio basal a una distancia mínima igual a un campo de gran aumento. (1)

Normalmente la mucosa uterina se extiende en una capa desigual de grosor variable sobre la muscular, sin capa submucosa intermedia, de modo que los extremos de las glándulas, con el estroma que las rodea, penetran a menudo una corta distancia en los intersticios musculares. En la adenomiosis, en cambio, hay una invasión del endometrio, por lo demás normal, mucho más allá de sus límites normales, a veces siguiendo aparentemente a los linfáticos.

En algunos casos los islotes de mucosa pueden encontrarse en todo el espesor de la pared uterina, extendiéndose hasta la misma serosa. En ocasiones el endometrio penetra el útero e infiltra el recto, dando lugar a endometriosis pélvica y produciendo una firme fusión del útero al recto. Con este proceso endometrial se asocia la hiperplasia del tejido muscular que produce el engrosamiento de la pared uterina. Los islotes formados por el endometrio invasor muestran las típicas glándulas y el estroma de esa estructura aunque hay interesantes variaciones de la actividad funcional.

Ocasionalmente, el endometrio aberrante muestra la respuesta funcional cíclica del endometrio normal, pero más a menudo es aparentemente de tipo inmaduro. En éste último responde únicamente al estímulo estrogénico pero no a la progesterona. En estos casos, aunque el endometrio superficial esté en una fase de actividad secretoria premenstrual, el endometrio aberrante puede mostrar ausencia total de pruebas de actividad secretoria, dando en



cambio un cuadro puramente proliferativo. A menudo puede mostrar un llamativo aspecto hiperplásico de "queso suizo". En los casos frecuentes en que el endometrio superficial muestra hiperplasia, se encuentra el mismo cuadro en los islotes de tejido invasor.

En otras palabras, existen las mismas variaciones de respuesta funcional que se encuentran en los pólipos endometriales; en realidad, las extensiones penetrantes de tejido endometrial que se ven en la adenomiosis son muy semejantes a pólipos invertidos y como estos últimos pueden estar formados por tejido maduro y funcionando o por tejido que desde el punto de vista de la respuesta menstrual plena es inmaduro y no funcionando. Estas - variaciones explican por qué en algunos casos se encuentra sangre menstrual en los islotes anormales, y en otros casos no.

En el primer caso los islotes endometriales constituyen cavidades uterinas en miniatura en las cuales tienen lugar las mismas alteraciones cíclicas y la misma hemorragia que en la cavidad uterina propiamente dicha. No solamente las alteraciones cíclicas de la menstruación, sino también - los cambios deciduales del embarazo pueden verse en el endometrio invasor de la adenomiosis. En estos casos las glándulas se hacen primero muy contorneadas y secretorias y luego se aplanan y quizá llegan a ser nada más - que una simple ranura. Las células del estroma asumen el gran tamaño y la gran disposición en mosaico tan característicos de las células deciduales.

No pocas veces, la adenomiosis ocurre en la región de los cuernos uterinos. En algunos de estos casos las características microscópicas son como las ya descritas. El estroma existe a menudo y en ese caso generalmente es posible la distinción con respecto a la salpingitis ístmica nudosa (1). - Cuando el estroma falta, en cambio, la dificultad puede ser muy grande. En general, no obstante, en la adenomiosis las glándulas forman racimos y están tapizadas por un epitelio alto; en la salpingitis ístmica nudosa los ácinos glandulares son generalmente escasos y contienen un epitelio más bajo.

Benson (29) indica que la salpingitis istmica nodosa puede representar una simple extensión de la adenomiosis uterina cornual en muchos casos. Aunque esta secuencia puede existir, se ha reportado un cuadro tubario sin pruebas de adenomiosis uterina, y debe considerarse que la enfermedad tubaria es una entidad específica, a menudo mal diagnosticada.

## ADENOMIOSIS.

### VII. MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA ADENOMIOSIS.

Se han descrito tres manifestaciones clínicas características de la adenomiosis: la hemorragia o sangrado genital anormal, la dismenorrea y el aumento de tamaño del útero. Puede además, encontrarse dolor pélvico no - menstrual, sensación de peso o presión pélvica y dispareunia.

La hemorragia o sangrado genital anormal se encuentra en el 50 a 75 % de los casos, variando de acuerdo a las diferentes series consultadas. Es la manifestación clínica más frecuente. El sangrado genital anormal que - acompaña a la adenomiosis tiene ciertas características que la diferencian de la de otros tipos de metropatías. Generalmente se trata de un trastorno crónico, resistente a la terapia hormonal y al legrado uterino; frecuentemente hace su aparición al final de la cuarta década de la vida y comienzo de la quinta, raramente antes, y se extiende con grados variables de severidad a los años del climaterio cuando la menopausia automáticamente la de tiene.

El sangrado genital suele iniciar con polimenorrea, gradualmente se convierte en hemorragias cíclicas que con el tiempo pueden llevar a anemia importantes. El patrón más común es la hiperpolimenorrea, lo que la diferencia de otras afecciones como la leiomiomatosis, en donde además suele - haber proimenorrea. (14, 30)

El mecanismo de la hemorragia anormal ha sido explicado en base a un aumento de la superficie endometrial, a la incapacidad del útero para controlar la ingurgitación venosa debido a la pérdida de contractilidad miometrial por la hipertrofia del músculo y por un estado de hiperestrogenismo persistente. De hecho se considera que ésta última sería la principal causa del sangrado. Aunado a ésto, se observa frecuentemente, en operaciones por adenomiosis, la ausencia de formación de cuerpo lúteo, lo cual es indicati

vo de la falta de control en la producción de estrógenos. También en úteros removidos durante la fase secretoria del ciclo menstrual muestran con frecuencia endometrio de tipo anovulatorio, prueba indirecta del hiperestrogenismo incontrolado. La terapia con estrógenos agrava el cuadro de sangrado genital, mientras que la terapia con progestágenos la detiene temporalmente, aunque no previene la recurrencia de la misma.(31)

Cuando el sangrado genital se presenta en mujeres postmenopáusicas, muy difícilmente puede ser atribuida a la adenomiosis como tal, no complicada y la mayor parte de estas ocasiones coexiste con la adenomiosis: la hiperplasia de endometrio, en cualquiera de sus variedades o bien el adenocarcinoma de endometrio. (30, 14, 31)

La dismenorrea se encuentra en el 25 a 40 % de las pacientes con adenomiosis, es en frecuencia, la segunda manifestación clínica que presenta este grupo de pacientes. Suele ser de tipo cólico, secundaria en cuanto al inicio, es decir: las pacientes casi siempre refieren nunca haber presentado dismenorrea durante sus menstruaciones para iniciarla en forma progresiva en los últimos años de la tercera o cuarta década de la vida.

La explicación dada para la dismenorrea enfatiza la respuesta del endometrio ectópico a la estimulación hormonal. Si bien los cambios menstruales en el endometrio ectópico no se presentan con mucha frecuencia, siempre hay un grado variable de edema del estroma. Como el miometrio se vuelve más rígido y no permite expansión, se produce dolor. El aumento en la vascularidad del útero puede contribuir al dolor, por ingurgitación venosa en el espesor de la pared uterina.

La principal diferencia entre los leiomiomas y la adenomiosis es el dolor. El leiomioma, la mayor parte de las veces es un tumor indoloro. La dismenorrea, en la adenomiosis se hace más severa a medida que la paciente se acerca al climaterio. Los dolores comienzan casi siempre dos a cuatro

días antes de la menstruación y persisten durante la misma. Durante el resto del ciclo la adenomiosis es relativamente pelviana y generalmente produce un disconfort pélvico durante todo el mes. ( 9 )

El dolor pélvico no menstrual, se encuentra en un 10 % de los casos de la adenomiosis, pero no debe considerarse característico de la misma. La sensación de presión pélvica, o de peso, experimentada en la región de la vejiga o sobre el recto es bien explicada en base a la rigidez y aumento de tamaño del útero con adenomiosis.

El aumento de volumen uterino es la tercera manifestación clínica en orden de frecuencia. Se presenta en el 33 % de los casos (31). Suele iniciarse con el ensanchamiento y aumento de la firmeza del cuerpo uterino, el cual gradualmente asume actitud rígida y erecta haciendo presión sobre la vejiga. El útero con adenomiosis raramente sobrepasa el tamaño de un útero gestante de 12 semanas de gestación. Cuando es extirpado, su peso suele ser de 150 a 300 gramos, raramente tiene un peso mayor, a no ser que tenga leiomiomas asociados.

La hipertrofia muscular, es una respuesta defensiva del músculo uterino tratando de aislar el endometrio invasor. Esta respuesta es muy variable fluctuando en el tamaño, con el estímulo del ciclo ovárico. Halban (32) describió este fenómeno en 1924, notando fluctuaciones cíclicas en tamaño, consistencia y sensibilidad del útero, que pueden manifestarse como una protuberancia de aparición temporal en la superficie uterina, pudiendo fácilmente ser confundidos con leiomiomas uterinos cuando son palpados cerca o durante la menstruación.

Cuando se reexplora el útero en otro momento del ciclo, estas nodulaciones desaparecen, puesto que representan islotes glandulares ectópicos que fluctúan con el ciclo menstrual. Este fenómeno es conocido como "signo de Halban" y obliga a explorar a las pacientes en diferentes momentos del ciclo ( 32 ).

La adenomiosis asintomática se encuentra en un 5 a 10 % de los casos reportados por las distintas series, observándose en úteros con poco aumento de volumen y en pacientes post-menopáusicas. No se ha encontrado relación con la extensión de la adenomiosis, puesto que se observaron casos de adenomiosis extensa en pacientes asintomáticas (10).

#### DEGENERACION MALIGNA DE LA ADENOMIOSIS:

Aunque la hiperplasia atípica es común en los islotes profundos de endometrio aberrante, es muy sorprendente la poca frecuencia con que se encuentra en esta zona el adenocarcinoma primario. Se han reportado algunos casos, que presentaban endometrio superficial normal con un adenocarcinoma desarrollado en un islote de adenomiosis hiperplásica (33). Colman y Rosenthal han publicado trabajos semejantes a los mencionados anteriormente.

La extensión de la adenomiosis maligna tendería naturalmente a "raptar" a lo largo de las luces glandulares, que es la línea de menor resistencia, con el consiguiente compromiso endometrial. La hemorragia así producida podría fácilmente ser el primer síntoma que lleva a la histerectomía eventual, pero para entonces la lesión ya se diagnosticaría como adenocarcinoma endometrial con extensión miometrial.

Por otra parte, un útero extirpado por adenocarcinoma endometrial bien definido puede mostrar islotes de glándulas en la capa muscular profunda. A menudo es difícil determinar si esto representa invasión miometrial por la malignidad superficial, o si hay adenomiosis concomitante. Este problema se intensifica, y a veces es imposible de resolver, si la lesión superficial y las "glándulas" miometriales están bien diferenciadas. En cambio, si el endometrio muestra un tumor muy anaplásico y si los islotes miometriales están bien diferenciados, es probable que haya simplemente una adenomiosis asociada.

No se trata sencillamente de un ejercicio académico, pues se admite que los grados mayores de invasión miométrica por el adenocarcinoma endometrial deterioran progresivamente el pronóstico.

#### ENDOMETROSIS O ADENOMIOSIS ESTROMÁTICA (ESTROMATOSIS):

Una lesión bastante rara, comparable a la adenomiosis sin glándulas, se ha llamado diversamente miosis estromática endolinfática, fibromiosis, adenomiosis estromática o endometrosis del estroma o estromatosis. Al ocuparse de su patología macro y microscópica, Hunter y cols., en 1956, publicaron 94 casos (34).

Parece probable que en la estromatosis las células estromáticas se extienden hasta el miometrio, no con destrucción y necrosis sino en forma ordenada a lo largo de los linfáticos y haces musculares. Hunter y cols., cuestionan la impresión de Pedowitz y cols., (35) acerca de que el tumor es de origen vascular y semejante al hemangiopericitoma de Stout.

Steinns (36) señala que la enfermedad no depende de la actividad ovárica y en este aspecto la estromatosis no es comparable a la adenomiosis. Cuando se limita al útero, es generalmente bastante inocua, pero su extensión - "en forma de gusano" a través de la serosa hasta las hojas del ligamento ancho puede hacer difícil su eliminación. El curso de la enfermedad es lento, y Hart y Yoonessi (37) observan que la recidiva puede ser tardía; sólo se conocen metástasis ocasionales, aunque el resultado puede ser fatal. El estudio de Koss (38) nos hace preguntarnos si la estromatosis es realmente una entidad o un grado bajo de sarcoma endometrial. Norris y Taylor (39) distinguen entre una variedad maligna infiltrativa y una variedad benigna de empuje de esta enfermedad del estroma.

### ADENOMIOSIS.

#### VIII. DIAGNOSTICO DE LA ADENOMIOSIS:

El diagnóstico de la adenomiosis es difícil. La mayoría de los autores tienen un porcentaje diagnóstico preoperatorio del 10 al 15 % (10, 11, 14 ). El exámen macroscópico de la pieza operatoria reconoce el diagnóstico en un 65 % de los casos.

Los métodos diagnósticos más usados son: la clínica, la histerografía y la ultrasonografía. Las manifestaciones clínicas de la adenomiosis ya fueron mencionadas previamente, en realidad, ninguna de ellas por sí sola es patognomónica de la adenomiosis. Pero asociando la clásica triada de - sangrado genital anormal, dismenorrea y agrandamiento del útero en pacientes con antecedentes obstétricos, entre los 30 y 50 años debe sospecharse siempre una adenomiosis.

La histerografía hace el diagnóstico en el 8.8 % de los casos (30); - siendo los signos de mayor confianza: las imágenes positivas o directas que adoptan diversas formas, como espículas, divertículos, ramificaciones o digitaciones de algunos milímetros perpendiculares a la cavidad uterina. Los signos indirectos consisten, en ocasiones, en un claro aumento, que si bien nunca es considerable, del tamaño del útero, con conservación de sus proporciones y su simetría.

En otras ocasiones se trata de una rigidez parcial o total de un borde o de una cara y una dificultad de impregnación durante el llenado. Estos signos indirectos no constituyen más que elementos de presunción. La adenomiosis con cuadro radiológico carente de imágenes positivas y de defectos de llenado, podría semejar a miomatosis intramural por engrosamiento de las paredes del útero que semejan leiomiosas.

Si se desea observar el cuadro característico de penetración de la sus-



tancia de contraste en las glándulas dilatadas de la pared uterina, la histerografía deberá efectuarse en el octavo al décimo día del ciclo endometrial o al octavo o décimo día después del raspado hemostático.

La ultraecsonografía puede dar información valiosa, más aún, teniendo en cuenta que la histerografía está contraindicada en pacientes con hemorragia; en cambio éste método no es invasivo ni necesita contraste, y puede ser usado aún con sangrado genital activo. Con el equipo estándar pueden obtenerse datos exactos del útero, como su tamaño, espesor y densidad del miometrio, así como descartar la presencia de otros tumores. Si nos informa que el útero se encuentra agrandado, con el espesor del miometrio aumentado, en mayor grado en una de las paredes, en una paciente con datos clínicos de adenomiosis; tendremos otro dato más para sospechar dicha afección.

Con el equipo de escuela gris, el cual tiene mayor precisión, se puede obtener, además de las características uterinas ya mencionadas, imágenes positivas de adenomiosis. Dichas imágenes consisten en la aparición focal de "panal de abejas" del miometrio, la cual es debida a dilataciones quísticas de las glándulas, que pueden medir de 5 a 7 mm. Walsh (40) afirma que éstas imágenes pueden obtenerse en el 36 % de los casos de adenomiosis.

Muy ocasionalmente el diagnóstico puede ser efectuado con un legrado y cuando esto ocurre significa que el legrado fue excesivamente vigoroso y hasta peligroso. Debe descartarse como método diagnóstico. Sin embargo, es importante para descartar carcinoma endometrial y evaluar el estado funcional del mismo.

## ADENOMIOSIS.

### IX. ASOCIACION DE LA ADENOMIOSIS CON OTRAS PATOLOGIAS Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Muchas de las afecciones púlvicas o uterinas que pueden confundirse con la adenomiosis coexisten con la misma en un gran número de casos.

Con la hiperplasia endometrial coexisten entre el 17 y 30 % de los casos de adenomiosis. Se piensa que el estrogenismo persistente sea la causa común de ambas afecciones. El diagnóstico se establece mediante biopsia o legrado endometrial fraccionado.(6, 31)

La leiomiomatosis uterina se asocia a adenomiosis en 33 a 50 % de los casos (10, 5, 41) Presenta tumor circunscrito y no difuso, no causan dolor a no ser que estén complicados, diferencia fundamental con la adenomiosis. Los leiomiomas uterinos, suelen causar hemorragia crónica sin relación con el ciclo menstrual ( 1)

La endometriosis púlvica puede coexistir con la adenomiosis hasta en el 13 a 40 % de los casos, según lo reportado por las distintas series (6,

10 ) La endometriosis produce dismenorrea desde la pubertad, se acompaña frecuentemente de esterilidad y gran variedad de síntomas dependiendo de su localización. Responde en alto grado a la terapia hormonal.

Se encuentra adenomiosis en casi el 20 % de los carcinomas de endometrio. Sólo en forma excepcional se vió que el carcinoma se desarrolló a partir de focos de adenomiosis. El diagnóstico diferencial con la adenomiosis lo hace la biopsia de endometrio o legrado endometrial fraccionado.(33)

La hipertrofia idiopática del miometrio no se observa acompañada de endometrio ectópico. El útero se encuentra aumentado y el diagnóstico diferencial con la adenomiosis es muy difícil. Los sarcomas uterinos son tumo

res muy raros, pero por el crecimiento del fondo uterino que suelen presentar, son difíciles de diferenciar de la adenomiosis.

#### X. TRATAMIENTO DE LA ADENOMIOSIS:

El tratamiento hormonal con progestágenos o el legrado uterino, detienen temporalmente la hemorragia genital, pero no evitan su recurrencia. El primer tipo de tratamiento, es decir el hormonal, ha sido poco eficaz, en primer lugar, por las dificultades diagnósticas y por la asociación muy frecuente del padecimiento en cuestión con otro tipo de patología ginecológica como la leiomiomatosis uterina, los trastornos de la estática pelvigénital, etc.

Existe acuerdo general (5, 7, 9, 10) en que el mejor tratamiento para la adenomiosis es el quirúrgico, debido a la falta de diagnóstico preoperatorio exacto, a la edad de las pacientes (habitualmente pre y post menopáusicas), a la asociación frecuente con diversos grados de hiperplasia endometrial, al crecimiento uterino y a su elevada asociación con la leiomiomatosis uterina.

La histerectomía total constituye la técnica operatoria de elección, para el tratamiento de la adenomiosis, la conservación de los anexos en las pacientes premenopáusicas y sin patología ovárica aparente, es lo recomendado.

ADENOMIOSIS: (ESTUDIO CLINICO-PATOLOGICO).

OBJETIVOS:

- 1.- Conocer la incidencia con que se presenta la adenomiosis en el INPer.
- 2.- Observar en qué grupos de edad se presenta con mayor frecuencia esta patología.
- 3.- Conocer las principales características clínicas de éste grupo de pacientes: antecedentes gineco-obstétricos, sintomatología presente y diagnósticos preoperatorios con que fueron intervenidas éstas pacientes.
4. Conocer la utilidad que diversos estudios complementarios tienen en ésta patología: Citología cervico-vaginal, Biopsia de endometrio, Histerosalpingografía y ultrasonido pélvico.
5. Mencionar las principales características anatómo-patológicas de los úteros con adenomiosis y conocer las patologías que con mayor frecuencia se asociaron a la adenomiosis.
6. Comparar los resultados obtenidos, con los reportes que existen en la Literatura médica mundial.
7. Mediante éste estudio se pretende colocar a la adenomiosis en una perspectiva ginecológica más adecuada y definirla como una entidad clínica con características propias.

MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron los informes anatomopatológicos de todas los casos de histerectomías efectuadas por alguna indicación ginecológica, en un período de

18 meses, comprendidos desde enero de 1986 a junio de 1987. Fueron seleccionados todos los casos reportados por el servicio de anatomía-patológica como adenomiosis; desde los casos leves hasta los que mostraban adenomiosis - extensa, estuvieran o no asociados a otras patologías. -Para establecer el diagnóstico era necesaria la presencia de tejido endometrial (glándulas y estroma) dentro del miometrio a una distancia mínima igual a un campo de - gran aumento al microscopio-.

Los expedientes de dichas pacientes fueron estudiados consignándose - como datos de importancia: edad, gestaciones, paridad, abortos, cesáreas, - motivo de consulta, edad de la menarca, menopausia, así como patrón mens - trual. Se prestó especial interés a los síntomas de las pacientes que pudie - ran tener relación con la adenomiosis, como el sangrado genital anormal, la forma en que se presentó y en cuanto a la dismenorrea sólo se consignó, si estuvo presente o no. También de interés resultó conocer si a la paciente le fué tomado algún estudio complementario: citología cervico-vaginal, biop - sia de endometrio, histerosalpingografía y ultrasonido pélvico, anotando de - talladamente los resultados de los mismos.

El diagnóstico preoperatorio con que fueron intervenidas las pacientes fué otro dato de interés; si la adenomiosis fue diagnosticada preoperatori - mente, interesó el método por el cual se efectuó el diagnóstico. Por último en el informe patológico, se detectaron enfermedades asociadas, especialmen - te las que afectaron al cuerpo uterino. El tipo de endometrio encontrado, - también fué de interés. Fueron excluidos del estudio los casos de histerec - tomías obstétricas por haber sido efectuadas por una patología no relaciona - da con la adenomiosis.

### RESULTADOS:

Como puede verse en el Cuadro 1, en el período de estudio que compren - dió 18 meses, se efectuaron 287 histerectomías ginecológicas. El estudio -

anatomopatológico de las piezas quirúrgicas demostró adenomiosis en 27 casos lo que representa una incidencia de 9.4 % en el total de piezas quirúrgicas.

El Cuadro 2, nos muestra que casi la mitad de las pacientes 48.1 %, se encontraban en la quinta década de la vida, siguiéndole en frecuencia las de la cuarta década que agrupó al 25.9 % de las pacientes. La paciente de menor edad con diagnóstico de adenomiosis fué de 31 años y la de mayor edad con 70 años, dentro del grupo de 27 pacientes la media aritmética fue de 44.6 años.

En el Cuadro 3 y 4, se presenta el número de gestaciones en el grupo de pacientes con adenomiosis. La mayor frecuencia correspondió al grupo de pacientes multigestas, con 3 o más gestaciones donde se agruparon 21 pacientes es decir el 77.7 %. Hubo solo una paciente que no tuvo embarazo, y la de mayor número de gestaciones presentó: 13 embarazos; una sola paciente. El promedio de embarazos fue de 5.3 y la mediana de 6. Del grupo de 27 pacientes se contaron un total de 144 embarazos.

En el Cuadro 5, se reporta el número de partos por paciente. El mayor número de casos: 6 pacientes, eran nulíparas lo que representó en 22.2 % del grupo. La paciente con la mayor paridad fué de 9 partos, grupo en el que se encontraron a dos pacientes. El promedio para la paridad fué de: 3.4 partos por cada paciente. De las 27 pacientes sumaron un total de 92 partos.

En el Cuadro 6, el cual representa el número de abortos en el grupo de pacientes con adenomiosis puede verse que el 55.5 % de las pacientes presentaron uno o más abortos mientras que solo 12 pacientes es decir el 44.4 % no presentaron abortos. Dentro del grupo de pacientes se encontraron 39 abortos con un promedio de 1.4 abortos por paciente.

El Cuadro 7, muestra el número de cesáreas en el grupo de pacientes con adenomiosis. Solo hubo 7 pacientes con el antecedente de una o más cesáreas 25.9 %, el resto del grupo: 74 % no tenía este antecedente quirúrgico. Dentro del grupo se encontró el antecedente de 12 cesáreas con una me-

dia aritmética de 0.4. No se encontraron otros antecedentes de cirugía uterina previa en el grupo de pacientes con adenomiosis.

En el Cuadro 8, se encuentran los principales motivos por el que las - pacientes con adenomiosis acudieron a un servicio de Ginecología para consulta médica; destaca que más de la mitad de las pacientes: 66.6 % acudieron por presentar sangrado genital anormal, en 15 pacientes (55.5%) el sangrado se presentó antes de la menopausia y en el resto: 3 pacientes, el sangrado fue post-menopáusico (11.1 %). La incontinencia urinaria y los trastornos de la estática pelvi-genital siguieron en orden de frecuencia, probablemente como patologías asociadas y sin relación directa alguna con la patología de que nos ocupamos.

En el Cuadro 9, se encuentran los síntomas referidos por el grupo de pacientes con adenomiosis. El sangrado genital anormal fué el síntoma más frecuentemente encontrado pues casi dos terceras partes de las pacientes lo presentaban (74 %). La dismenorrea ocupó el segundo lugar al presentarlo 9 de las 27 pacientes (33.3 %). Ambos síntomas son clásicos de la adenomiosis y la frecuencia con la que se presentaron fue importante. Nuevamente aquí, la incontinencia urinaria y los trastornos de la estática pelvi-genital ocuparon el tercero y cuarto lugar en frecuencia.; seguramente como en el párrafo anterior (cuadro 8) más como síntomas asociados que provocados - directamente por la adenomiosis. No encontramos pacientes asintomáticas en el grupo estudiado.

En el Cuadro 10, se enumera el tipo de sangrado genital anormal presente en las pacientes con adenomiosis. Puede verse que la hiperpolimenorrea fue el tipo de sangrado genital más frecuente, pues se encontró en 9 de las 27 pacientes: 33.3 %; la hiperpoliprotomenorrea ocupó el segundo lugar con 5 pacientes (18.5 %); otros patrones menstruales encontrados con menor frecuencia fueron: pacientes eumenorreicas, hipermenorreicas y con menopausia normal, sólo 3 pacientes (11.1%) presentaron sangrado genital post-menopáusico, que como vergamos más adelante, se encontró asociado a otro tipo de patología endometrial.

En el Cuadro 11, puede verse que dentro del grupo de pacientes con adenomiosis y que además se encontraban en la menopausia: 6 pacientes. El 50 % de ellas se encontró sin evidencia de sangrado genital "asintomáticas" (3 pacientes) y las otras 3 pacientes (50 % restante) presentaban sangrado genital - post-menopáusico. En el Cuadro 12, se menciona el diagnóstico histopatológico asociado en el grupo de pacientes con adenomiosis y sangrado genital post-menopáusico: La hiperplasia de endometrio se encontró en dos pacientes (7.4%), mientras que en un solo caso se reportó adenocarcinoma de endometrio, lo que representó el 3.7 % del número total de pacientes.

En el Cuadro 13, vemos que la principal indicación preoperatoria por la cual fueron sometidas a histerectomía las pacientes con adenomiosis fué: En primer lugar la miomatosis uterina en 16 pacientes (59.2 %); y en segundo lugar los trastornos de la estática pelvi-genital presentes en 8 de las 27 pacientes (29.6%). El diagnóstico preoperatorio de adenomiosis, solo fué hecho en 2, de las 27 pacientes lo que representa el 7.4%, vale la pena agregar - que en las dos pacientes existieron hallazgos ultrasonográficos que apoyaron la impresión diagnóstica.

En el renglón de estudios complementarios efectuados en el grupo de pacientes con adenomiosis, la citología cervico-vaginal sólo se tomó en 23 de las 27 pacientes (85.1%), reportándose en todos los casos como negativo para células neoplásicas (clase: I-III) Cuadro 14. No se tomó citología en 4 pacientes (14.8%) y no se reportaron citologías positivas para células neoplásicas.

En el Cuadro 15, se analizan las características endometriales, estudias mediante biopsia de endometrio, en las pacientes con adenomiosis. Destaca el Endometrio secretor como el más frecuentemente encontrado, presente en 5 de las 9 pacientes sometidas a biopsia, lo que representó el 18.5%. Otros tipos de endometrio encontrados con menor frecuencia fueron: endometrio proliferativo, endometrio menstrual. El hallazgo de adenocarcinoma de endometrio fué reportado en un caso 3.7 % del total de pacientes con biopsia endometrial. No se tomó biopsia de endometrio en el 66.6% de las pacientes (18 casos).



En el Cuadro 16, se muestran los hallazgos obtenidos por histerosalpingografía, en las pacientes con adenomiosis: sólo en 2 pacientes, se encontró una imagen sugestiva de miomatosis (7.4%), en el resto de las pacientes (25) no se tomó el estudio, por lo que éste carece de valor diagnóstico práctico aplicable para éste trabajo. No así en el censo general de los distintos autores, donde, según algunas publicaciones: es el único método que nos puede dar un diagnóstico de certeza en el preoperatorio, con imágenes directas: de divertículos, espículas, etc. También existen algunas imágenes indirectas como: agrandamiento de la cavidad uterina, deformación de la misma, etc.(30)

En el Cuadro 17, se enumeran los hallazgos obtenidos por ultrasonido pélvico en las pacientes con adenomiosis. Se tomó ultrasonido en 16 de las 27 pacientes (59.2%), reportándose solo en 3 de ellas (11.1%) hallazgos sugestivos de adenomiosis. Estas imágenes consistieron en: aumento uniforme del tamaño del útero, aumento del espesor y densidad del miometrio, así como superficie regular del útero. En ningún caso se detectó la imagen "en panal de abeja" que suele dar la adenomiosis. En 8 pacientes se encontraron imágenes sugestivas de miomatosis (29.6%) y en 3 de ellas se reportó: útero y anexos normales (11.1%). No se tomó ultrasonido pélvico en el 40.7% de las pacientes, es decir: 11 casos.

En el Cuadro 18, se enumera, el tipo de tratamiento quirúrgico efectuado en el grupo de pacientes con adenomiosis: La histerectomía total abdominal - fué el procedimiento efectuado con mayor frecuencia, pues 19 de las 27 pacientes (40.7%) fueron sometidas a tal. En 7 de éstas pacientes se efectuó además salpingo-ouferectomía unilateral (25.9%) en relación a patología anexial presente, y en una sola paciente (3.7%) se efectuó salpingo-ouferectomía bilateral, en relación al adenocarcinoma de endometrio con que se asoció la adenomiosis. La histerectomía vaginal se practicó en 8 pacientes, lo que representó el 29.6 %.

En el Cuadro 19, se mencionan los hallazgos quirúrgicos reportados por el Cirujano, de las pacientes sometidas a histerectomía y cuyo estudio anató

mo-patológico demostró la presencia de adenomiosis: Los hallazgos más frecuentes fueron: el útero aumentado de tamaño y con superficie regular que se encontró en 9 pacientes (33.3%) y la miomatosis uterina identificada macroscópicamente, que también se encontró en 9 pacientes: (33.3%). El útero y los anexos normales se encontraron en 8 pacientes (29.6%). Contrariamente a lo esperado, se encontró una paciente con útero hipotrófico, que representó el 3.7% del total de pacientes.

En el Cuadro 20, pueden verse los diagnósticos anatómo-patológicos asociados, que presentaron las pacientes con adenomiosis. La cervicitis crónica ocupó el primer lugar al presentarse en 18 pacientes (66.6%), la miomatosis uterina (leiomiomatosis) ocupó el segundo lugar en frecuencia, al presentarse asociada a la adenomiosis en 10 pacientes, es decir el 37.03%. El endometrio secretor se encontró en 5 pacientes (18.5%) y los quistes de Naboth junto con la metaplasia escamosa del cérvix ocuparon el cuarto lugar con 3 casos cada uno (11.1%) respectivamente. Dentro de la patología neoplásica, cabe destacar que no se reportaron casos de Ca. Cu., y sólo un caso de adenocarcinoma de endometrio fué reportado (3.7%). No se reportó caso alguno con endometriosis asociada a la adenomiosis.

Por último, en el Cuadro 21, se mencionan los pesos de los úteres extirpados, de pacientes con adenomiosis. En nuestra casuística, el peso de la pieza osciló entre: 51 gramos como peso mínimo y 460 gramos para el peso mayor, con un promedio de: 131.29 gramos, agrupados en cuatro categorías, el mayor número de pacientes (12) perteneció al de un peso uterino menor a 100 gramos, lo que representó el 44.4 % del total de pacientes.

#### ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La incidencia de adenomiosis obtenida en esta serie (9.4 %), coincide con la observada por otros autores: Brines en 1943: 10.7 %; Israel en 1959: 10 %; y Molitor en 1971: 8.8 % (7, 10, 23). A pesar de ésto, existen otros

autores, que reportan cifras que muestran una amplia variación, como puede verse en la tabla 1.

Varias han sido las razones aducidas que justifican estos resultados marcadamente dispares. Independientemente del valor que pueda darse al estudio estricto de las piezas quirúrgicas en cada serie estudiada, creemos - que hay varios factores que juegan un papel importante:

En primer lugar la utilización del mínimo campo microscópico empleado para etiquetar un proceso como la adenomiosis. Los trabajos varían de un - mínimo de un objetivo de gran aumento (HPF), como en la presente serie, en el caso de Emge (6), Israel (7); a la de un campo de bajo aumento (LPF) como en las series de: Marthur (9) y Molitor (10); o incluso dos campos de bajo aumento, como en el caso de Benson (11) y De Brux (12). Bird (5) encuentra una incidencia del 61.2 % en sus series, pero incluye una variedad llamada "subbasalis", que la mayoría de los autores consideran se trata en realidad de repliegues de mucosa endometrial más que de un verdadero tejido ectópico.

En segundo lugar, el número de cortes practicados por los distintos autores, dado que Bird (5) en su experiencia destaca como el autor de mayor porcentaje, hay que mencionar que él, realiza un mínimo de seis cortes de miometrio, lo que conduce matemáticamente a un mayor índice de probabilidades de encontrar adenomiosis. Además, la mayor parte de trabajos no señala el promedio de cortes practicados, lo cual puede influir en los resultados.

Por último y de acuerdo con Molitor (10), hay que considerar que el - tratamiento hormonal, preferentemente con gestágenos, puede alterar el desarrollo de éstos focos de adenomiosis en las pacientes que los ingerían al ser sometidas a la intervención quirúrgica.

En el presente estudio el grupo de edad más afectado fué el de la quinta década de la vida, seguido por la cuarta década, dentro del grupo de pa-

cientes con tres o más gestaciones, es decir: pacientes multigestas. Estos resultados también coinciden con la mayor parte de los estudios realizados (5, 10, 41, 43, 44) como puede verse en la tabla II.

El sangrado genital anormal, presente en más de la mitad de las pacientes estudiadas, constituyó el síntoma más frecuentemente encontrado en las pacientes con adenomiosis y por ende, el motivo de consulta más frecuente en este grupo de pacientes.

Del número total de pacientes con sangrado genital anormal (18 pacientes: 66.6 %) 9 de ellas, es decir el 50%, presentó hiperpolimenorrea, alteración menstrual más frecuentemente encontrada en este grupo de pacientes con adenomiosis. La dismenorrea fué el síntoma encontrado en segundo lugar presente en el 33.3 % de las pacientes, éstos hallazgos son similares a los reportados por diversos autores (10, 30, 31).

El diagnóstico preoperatorio de adenomiosis, solo fué realizado en dos de las 27 pacientes del estudio (7.4 %). Debido tal vez al desconocimiento por parte del ginecólogo de la enfermedad o bien por la ambigüedad de sus síntomas. Molitor (10) informa un diagnóstico preoperatorio de 22.7 %, mientras que hay otras series que presentan un porcentaje mucho más bajo como la de Israel y Hcutesz de 2.6 % (7).

El diagnóstico preoperatorio que predominó en la presente serie fué: leiomiomatosis uterina en el 59.2 % de los casos, seguido por los trastornos de la estática pélvi-genital. El diagnóstico preoperatorio por patología neoplásica maligna solo fué establecido en un caso, una paciente con diagnóstico previo de adenocarcinoma de endometrio.

Según los diferentes reportes de la literatura médica, casi todos los autores coinciden en que la leiomiomatosis uterina es la patología más frecuentemente asociada con una incidencia que varía del 19 % Marthur (9) al 56.6 % de Benson (11). En México, Noguera W, y Garcilazo L, reportan una

incidencia del 30 % (31) y Nava y Sánchez del 42.8 % (42). En la tabla III pueden compararse los resultados de algunas series.

La incidencia de endometriosis asociada a la adenomiosis, es también muy variable: Marthur (9) solo encuentra 2 casos de endometriosis ovárica en 290 pacientes, Molitor (10) encuentra 14.2 %, Emge (6) un 14.5 %, Israel (7) en un 12.2 % y Bird en un 63 % (5). En México, Nava y Sánchez R (42) así como Weiss R (41) no encontraron casos de adenomiosis asociados a endometriosis, resultados semejantes a los encontrados en la presente serie. Rodríguez de Santiago y cols. (30) reportaron una asociación del 4%.

Nava y Sánchez R (42) que no encuentran tal asociación explican: que el nivel socioeconómico de los grupos estudiados es un factor determinante al tratar de explicar dicha asociación. -En los grupos socioeconómicos altos la endometriosis externa es más frecuente y la paridad más baja. Mientras que en la adenomiosis ocurren situaciones opuestas, considera además, que los le grados repetidos son factor de riesgo para desarrollar adenomiosis.

La baja asociación entre ambos procesos, la diferente edad en que se presentan, las manifestaciones clínicas, etc, tienden a reforzar la tesis de que ambos procesos, aunque se fundamentan en la misma base histológica, el endometrio ectópico, debemos considerarlos, clínicamente, por separado.

De los diagnósticos anatómo-patológicos asociados a la adenomiosis, las cervicitis crónicas ocuparon el primer lugar en frecuencia, en el presente estudio al presentarlo el 66.6 % de las pacientes. Esto último probablemente en relación al estado de hiperestrinismo con que cursan éstas pacientes y a la mayor susceptibilidad para padecer de cervicovaginitis. Soucci (44) informa que 69.6 % de sus casos presentaban infección cervical crónica.

En nuestra serie, la hiperplasia de endometrio se presentó en el 7.4 % de los casos. Resultados semejantes a los obtenidos por Bird (5) de 7.4 % pero inferiores a los de Molitor (10) de 9.6 %, Emge (6) de 25 % y en Méxi-

co: Noguera W y Garcilazo L obtiene un 23.7 % de casos (31), Walss R (41) reporta 13.6 % y Nava y Sánchez reportan un 13.4 % (42). (Tabla IV).

En nuestra serie solo encontramos un caso de adenocarcinoma de endometrio asociado a la adenomiosis (3.7 %), sin embargo no cumplió con los criterios de Sampson (26) y completados por Scott (28), sobre la posible malignización a partir de focos de endometrio ectópico. NO obstante hay numerosos trabajos que mencionan dicha asociación Marcus C (33), Molitor - (10) reporta cuatro casos de adenocarcinoma en 281 pacientes con adenomiosis; Valls F (14) y Marthur (9) no encontraron un solo caso en los grupos estudiados por ellos, en México, Walss R (41), Rodríguez de Santiago (30) y Noguera W y Garcilazo L (31) tampoco encontraron tal asociación.

#### CONCLUSIONES:

- 1.- La adenomiosis es una patología que se encuentra en el 9.4% de las piezas quirúrgicas (úteros) de hysterectomías ginecológicas, efectuadas en nuestro medio.
- 2.- Es más frecuente durante la quinta década de la vida, donde se le encuentra en el 48.1% de los casos; y en pacientes multigestas, donde se le encuentra en el 77.7 % de los casos.
- 3.- El antecedente de uno o más abortos es un factor asociado frecuentemente a esta patología, pues el 55.5% de las pacientes lo presentaban. Esta asociación probablemente represente un factor etiológico, pues los legrados de repetición pueden alterar la polaridad de crecimiento del endometrio y ésto favorecer la presencia de la enfermedad.
- 4.- El antecedente de una o más cesáreas se presentó en el 25.9 % de las pacientes, cifra mayor a la esperada para la población obstétrica general, por lo que éste antecedente junto con el de otro tipo de cirugías uterinas

representan otro factor etiológico a considerar.

5.- De la triada clásica de manifestaciones clínicas descrita por los distintos autores (sangrado genital anormal, dismenorrea y crecimiento uterino), el sangrado genital ocupó el primer lugar en frecuencia en nuestra serie al presentarse en el 74% de los pacientes; la dismenorrea ocupó el segundo lugar con una frecuencia de 33.3 %, misma frecuencia con la que - fué detectado el crecimiento uterino regular. La hiperpolimenorrea, resultó ser el tipo de sangrado genital encontrado con mayor frecuencia 33.3%, seguido de la hiperpolipolimenorrea, presente en el 18.5% de las pacientes, patrón característico de la leiomiomatosis uterina.

6.- La enfermedad solo fué diagnosticada preoperatoriamente en el 7.4 % - de los casos; esta baja frecuencia habla de la dificultad que existe para establecer un diagnóstico clínico adecuado bien por la sintomatología tan variada que puede presentar o por el desconocimiento que el Ginecólogo - tiene de la misma.

7.- Del grupo de pacientes sometidas a estudios de gabinete (auxiliares de diagnóstico) el ultrasonido pélvico reportó imágenes compatibles con adenomiosis en el 33.3 % de los casos. En nuestra serie, la histerosalpingografía careció de valor alguno pues no fué realizada en el 92.5% de los casos hecho que no debe restarle la importancia real que para establecer el diagnóstico de adenomiosis tiene.

8.- La leiomiomatosis uterina fué la indicación preoperatoria más frecuente en este grupo de pacientes (59.2%), seguida de los trastornos de la estúti ca pelvi-genital (29.6%).

9.- La cervicitis crónica (66.6%) seguida por la leiomiomatosis uterina - (37.03%) resultaron ser las patologías asociadas más frecuentes. La hiperplasia de endometrio se asoció en el 7.4% de los casos y sólo se presentó un caso de adenocarcinoma de endometrio asociado a la adenomiosis (3.7%).

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

1. Novak E J.: Tratado de Ginecología. Novena Edición. Editorial Interamericana. Méx. 1977:336
2. Novak, E: Correlative study of adenomyosis and pelvic endometriosis, with special reference to hormonal reaction of ectopic endometrium. Am J Obstet. Gynecol. 56:634:1948 (Citado por Novak (1) ).
3. Hertig, A T: Tumors of the female sex organs, in Atlas of tumor pathology secc IX, fasc. 33. Washington. Armed Forces Instit. Pathol. Ed. (Citado por Novak (1)).
4. Bhatt, R V: Adenomyoma of the uterus. J. Obstet. Gynecol. India 11:137, 1960. (Citado por Marthur(9)).
5. Bird, C C; McElin, T W: The elusive adenomyosis of the uterus-revisited. Am J. Obstet. Gynecol, 112:538, 1972.
6. Emge, L A. The Elusive adenomyosis of the uterus. Am J Obstet Gynecol 83:1541, 1962.
7. Israel, S L., Woutersz, T B: Adenomyosis a neglected diagnosis. Obstet. Gynec. 14:168, 1959
8. Brewer, J L. Textbook of Gynecology. Baltimore. Williams & Wilkins Co. 1958. (Citado por Valls F (14) ).
9. Marthur, B L; Shan, B S; Adenomyosis uteri. A pathology study of 290 cases. Am J Obstet Gynec. 84:1820, 1962
10. Molitor J J; Adenomyosis: Clinical and Pathologic appraisal. Am J Obstet Gynecol. 1971: 110:275



11. Benson, R C; Adenomyosis. A reappraisal of symptomatology.  
Am J. Obstet Gynecol. 1958; 76:1044.
12. De Brux, J; Histopathologic Gynécologique. Paris. Masson. 1971  
(Citado por Valls, F. (14) ).
13. Kistner, R W; Principles and Practice of Gynecology. Ed 2, Chicago,  
Year Book Medical Publisher, Cap. 5:221-1971  
(Citado por Walss R (41) ).
14. Valls, F; Ferreres, L; Adenomyosis. Estudio clinicopatológico de 202  
casos encontrados en 1, 166 hysterectomías.  
Rev. Esp. Obst. y Gin., 76:317-1977.
15. Rokitansky, K; Aerzte Zu Wien.  
16:577, 1860. (Citado por Rodríguez de Santiago Y Karchmer, S. (30) ).
16. Von Recklinghausen, F; Clinical pathological features of adenomyosis.  
1896. (Citado por Valls, F. (14) ).
17. Cullen, T. S; Adenomyoma of Uterus. Philadelphia. W. B. Saunders Co.  
(Citado por Benson (11) ).
18. Frank, L; Giest, S; Adenomyosis uteri. Am. J. Obstet. Gynec.  
44:652-1942. (Citado por Benson (11) ).
19. Ridley, J. H; Experimental endometriosis in the human.  
Amer. J. Obstet. Gynec. 76:783-1958.
20. Schröder, R; Lehrbuch der Gynäkologie. Leipzig. Thieme. 1959.  
(Citado por Valls, F. (14) ).
21. Meyer, R; Metaplasia theory with inflammation as primary inducing factor  
Adenomyosis, Adenofibrosis y adenomyoma, in Handbuch der Gynäkologie.

Munich. Viet-Stoekel. Ed. (Citado por Emge (6) ).

22. Lavander, G; Normann, P: The pathogenesis of the endometriosis. An experimental study. Acta Obstet. Gynec. Scand., 34:336-1955
23. Brines, D. A., Blain, Y: Adenomyosis of uterus. Surg. Gynec. Obst., 76, 197-1943.
24. Jeffcoate, T. N; Potter, A. L: Adenomyoma of the uterus. J. Obst & Gynaec. Brit. Emp. 41:568-1934. (citado por Marthur (9) ).
25. Legros, R., Fain-Giono, J: Endometriose para-menopausique et post-menopausique. A propos de 20 cas sur 351 d'endometriose. Rev. Franc. Gynec. 68:25-1973.
26. Sampson, J. A. Peritoneal endometriosis due to menstrual dissemination endometrial tissue into peritoneal cavity. Amer. J. Obstet. Gynec. 14:422-1927 (Citado por De Brux (12) ).
27. Te Linde, R. W; Scott, R. B: Experimental endometriosis. Amer J. Obstet. Gynec., 60, 1147-1950. (Citado por Valls F (14) ).
28. Scott, R: Adenomyosis and adenomyoma. Clin. Obstet. Gynec., 1:413-1958
29. Benson, R. C. & Sneed V: Adenomyosis. A reappraisal of symptomatology. Am. J. Obstet. Gynecol. 76:1044, 1958. (Citado por Novak (1) ).
30. Rodríguez de Santiago J.D.; Karchmer S; Pinilla, P: Adenomyosis. Estudio clinicopatológico de 103 casos. Gynec. Obstet. Méx. Vol. 29:175-1971.
31. Noguera W; Garcilazo J; Adenomyosis. Estudio clinico-patológico. Monografías de Gineco-obstetricia. Hospital L. Castelazo Ayala, IMSS

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

México, 1985.

32. Owolabi, T. O.; Adenomyosis a neglected diagnosis. *Obstet. Gynecol.* 50 (4) 424-7, 1977.
33. Marcus, C. C.: Relationship of adenomyosis uteri to endometrial hiperplasia and endometrial adenocarcinoma. *Am J. Obstet. Gynecol.* 82:405-1961.
34. Hunter, W. C., Nohlgren, J E: Stromal endometriosis or endometrial sarcoma. A reevaluation of old and new cases, with especial reference to duration, recurrences and metastases. *Am J. Obstet. Gynecol.* 72:1072-1956
35. Pedowitz, P; Felmus, L: Vascular tumors of the uterus.II. Malignant vascular tumors. *Am J Obstet. Gynecol.* 69:1309-1955  
(Citado por Novak (1) ).
36. Stearns, H. C.: A study of stromal endometriosis. *Am J. Obstet. Gynecol.* 75:663-1958 (Citado por Novak (1) ).
37. Hart, W R; Yonessi, M: Endometrial stromatosis. *Obstet. Gynecol.* 49:393-1977.
38. Koss, L.G: Endometrial stromal sarcoma. *Surg Gynecol. Obstet.* 121:531-1965.
39. Norris H; Taylor, H: Mesenchymal tumors of the uterus. I.A.clinical and pathological study of 53 endometrial stromal tumors. *Cancer*, 19:755-1966.
40. Walsh, J W; Taylor, K J: Gray scale ultrasonography in the diagnosis of endometriosis and adenomyosis. *Am J Roentgenology.* 132:87-1979

41. Walss, R; Ruiz, J. Adenomiosis: incidencia, relación con otras alteraciones. Ginec Obstet Méx. 54:217-1986.
42. Nava y Sánchez, R.Col: Endometriosis y Adenomiosis. Gineco Obstet. Méx. 35:23-1974
43. Dougherty, C. M.: Endometriosis and Adenomyosis. Am. J. Obstet and Gynec. 89:23-1964
44. Soucci, F: Adenomiosis: Aspectos Epidemiológicos. Ginec. Obstet. Méx. 49:47-1981

T A B L A I

INCIDENCIA DE LA ADENOMIOSIS: REPORTE DE DISTINTOS AUTORES.

AÑO	AUTOR	NO. DE HISTERECTOMIAS	PORCENTAJE CON ADENOMIOSIS
1932	Taylor	106	8 %
1940	Dreyfuss	1 807	8 %
1943	Brines & Blain	-	10.7 %
1947	Hunter	1 856	27.8 %
1959	Anteci & Nadin	201	19.4 %
1960	Bhatt	370	6 %
1961	Marthur & Shah	741	39.1 %
1971	Molitor	3 207	8.8 %
1972	Bird		61.5 %
1977	Valls	1 166	18.1 %
1985	Soguera & López	590	30.5 %
1986	Walss R.	334	14.6 %
1987	INPer	287	9.4 %

T A B L A 11

A D E N O M I O S I S  
(GRUPOS DE EDAD EN DISTINTAS SERIES PUBLICADAS)

EDAD	NAVA(42)	BIRD (5)	MOLITOR(10)	WALSS (41)	INPer *
20 - 29	2.0 %	2.4 %	1.4 %	9.1 %	-
30 - 39	23.3 %	20.4 %	23.5 %	13.6 %	25.9 %
40 - 49	58.0 %	50.4 %	52.7 %	52.3 %	48.1 %
50 - 59	10.8 %	22.7 %	19.6 %	20.4 %	18.5 %
60 - 69	5.3 %	3.3 %	1.4 %	4.5 %	7.4 %
70 - 79	-	0.8%	1.4 %	-	-

\* Presente estudio.

T A B L A I I I

A D E N O M I O S I S .

PATOLOGIAS ASOCIADAS A LA ADENOMIOSIS: FRECUENCIA EN DISTINTAS SERIES.

PATOLOGIA	NOLITOR	SOUCCI	BIRD	NAVA	WALSS	INPer*
LEIOMIOMATOSIS UTERINA	38.4 %	-	53 %	42.8 %	36.3 %	37.0 %
ENDOMETRIOSIS	14.2 %	7.2 %	63 %	-	-	-
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	9.6 %	-	7.3 %	13.4 %	13.6 %	7.4 %
POLIPOS ENDOMETRIALES	1.7 %	-	3.2 %	2 %	4.5 %	3.7 %
CA. Cu.	-	5.2 %	-	0.6 %	4.5 %	-
ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA	0.36 %	25 %	-	-	-	-
CERVICITIS CRONICA	-	69 %	-	-	86.4 %	66.6 %
QUISTE FOLICULAR DE OVARIO	-	17.6 %	-	32 %	27.3 %	7.4 %

\* Presente estudio.

T A B L A I V

INCIDENCIA DE HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO ASOCIADA A ADENOMIOSIS:

REPORTE DE DIFERENTES AUTORES

AÑO	AUTOR	PORCENTAJE DE LOS CASOS CON ADENOMIOSIS
1925	Frankl	36.7 %
1929	Shaw	100.0 %
1935	Jeffcoate & Potter	54,5 %
1936	Rockstroh	17.4 %
1938	Skamnakis	13.4 %
1940	Dreyfuss	12.2 %
1946	Spatt	38.0 %
1948	Novak & De Lima	36.3 %
1956	Emge	25.0 %
1958	Renson & Sneedan	7.8 %
1962	Marthur & Shah	48.3 %
1972	Bird	7.3 %
1974	Nava & Sánchez	13.4 %
1985	Noguera & López	23.8 %
1986	Walsa & Ruiz	13.6 %
1987	INPer	7.4 %



C U A D R O 1

INCIDENCIA DE LA ADENOMIOSIS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA

EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA.

---

- NUMERO TOTAL DE HISTERECTOMIAS:*	287
- NUMERO DE CASOS CON ADENOMIOSIS	27
- INCIDENCIA:	9.4 %

(\*) efectuadas de enero de 1986 a  
junio de 1987.

---

ARCHIVO CLINICO INPer.

C U A D R O 2

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD, DE LOS DE LOS CASOS  
REPORTADOS DE ADENOMIOSIS

GRUPOS DE EDAD	No. DE CASOS	FRECUENCIA
20 - 29	0	0 %
30 - 39	7	25.9 %
40 - 49	13	48.1 %
50 - 59	5	18.5 %
60 o +	2	7.4 %
total	27	99.9 %

ARCHIVO CLINICO INPer.

C U A D R O 3

NÚMERO DE GESTACIONES EN LAS PACIENTES CON  
REPORTE DE ADENOMIOSIS

No. DE EMBARAZOS	No. DE CASOS	FRECUENCIA
0	1	3.7 %
1 - 2	5	18.5 %
3 - 5	11	40.7 %
6 o +	10	37.0 %
total	27	99.9 %

ARCHIVO CLINICO INPer.

C U A D R O 4

NUMERO DE EMBARAZOS EN LAS PACIENTES CON

REPORTE DE ADENOMIOSIS

<u>No. DE EMBARAZO</u>	<u>No. DE CASOS</u>	<u>FRECUENCIA</u>
0	1	3.7 %
1	2	7.4 %
2	3	11.1 %
3	2	7.4 %
4	5	18.5 %
5	4	14.8 %
6	4	14.8 %
7	0	0 %
8	1	3.7 %
9	0	0 %
10	1	3.7 %
11	1	3.7 %
12	2	7.4 %
13	1	3.7 %
total	27	99,9 %

C U A D R O 5

NUMERO DE PARTOS EN LAS PACIENTES CON REPORTE DE ADENOMIOSIS

No. DE PARTOS	No. DE CASOS	FRECUENCIA
0	6	22.2 %
1	1	3.7 %
2	3	11.1 %
3	5	18.5 %
4	5	18.5 %
5	1	3.7 %
6	2	7.4 %
7	1	3.7 %
8	1	3.7 %
9	2	7.4 %
total	27	99.9 %

ARCHIVO CLINICO INPer.

C U A D R O 6

NÚMERO DE ABORTOS EN LAS PACIENTES CON  
REPORTE DE ADENOMIOSIS

No. DE ABORTOS	No. DE CASOS	FRECUENCIA
0	12	44.4 %
1	3	11.1 %
2	5	18.5 %
3	4	14.8 %
4	2	7.4 %
5	0	0 %
6	1	3.7 %

ARCHIVO CLINICO INPer.

C U A D R O 7

NUMERO DE CESAREAS EN LAS PACIENTES CON REPORTE  
DE ADENOMIOSIS.

No. DE CESAREAS	No. DE CASOS	FRECUENCIA
0	20	74.0 %
1	3	11.1 %
2	3	11.1 %
3	1	3.7 %

ARCHIVO CLINICO INPer.

C U A D R O 8

MOTIVO DE CONSULTA: EN EL GRUPO DE  
PACIENTES CON ADENOMIOSIS.

SINTOMAS	No. DE CASOS	FRECUENCIA
I. SANGRADO GENITAL ANORMAL:		
- PRE-MENOPAUSICO:	15	55.5 %
- POST-MENOPAUSICO:	3	11.1 %
- No. TOTAL	18	66.6 %
II. INCONTINENCIA URINARIA	4	14.8 %
III. TRANSTORNOS DE LA ESTATICA		
PELVI-GENITAL	3	11.1 %
IV. ESTERILIDAD SECUNDARIA	2	7.4 %

ARCHIVO CLINICO INPer.



C U A D R O 9

SINTOMAS ENCONTRADOS EN EL GRUPO DE PACIENTES CON

ADENOMIOSIS.

SINTOMA	No. DE CASOS	FRECUENCIA
I. SANGRADO GENITAL ANORMAL	20	74.0 %
II. DISMENORREA	9	33.3 %
III. INCONTINENCIA URINARIA	7	25.9 %
IV. TRANSTORNOS DE LA ESTÁTICA PELVI-GENITAL	5	18.51%
V. ASINTOMÁTICAS	0	0 %

ARCHIVO CLINICO INPer.

C U A D R O 1 0

TIPO DE SANGRADO GENITAL ANORMAL, PRESENTE  
EN EL GRUPO DE PACIENTES CON ADENOMIOSIS

TIPO DE SANGRADO	No. DE CASOS	FRECUENCIA
I. HIPERPOLIMENORREA	9	33.3 %
II. HIPERPOLIPEOTOMENORREA	5	18.5 %
III. - EUMENORREICAS	3	11.1 %
- HIPERMENORREA	3	11.1 %
- POST-MENOPAUSICO	3	11.1 %
- MENOPAUSIA NORMAL*	3	11.1 %
IV. OPSOMENORREA	1	3.7 %
*PACIENTES MENOPAUSICAS SIN SANGRADO GENITAL.		

ARCHIVO CLINICO Inter.

C U A D R O 1 1

SINTOMAS EN PACIENTES MENOPAUSICAS CON EL  
DIAGNÓSTICO DE ADENOMIOSIS

SINTOMA	No. DE CASOS	FRECUENCIA
I. ASINTOMATICAS	3	50 %
II. CON SANGRADO GENITAL POST-MENOPAUSICO	3	50 %
Total	6	100 %

ARCHIVO CLINICO INPer.

C U A D R O 1 2

DIAGNOSTICOS HISTOPATOLOGICOS ASOCIADOS , EN LAS PACIENTES  
CON SANGRADO GENITAL POST-MENOPAUSICO Y ADENOMIOSIS

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	No. DE CASOS	FRECUENCIA
I. HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO		
- GLANDULO-QUISTICA	1	3.7 %
- MIXTA	1	3.7 %
- Total	2	7.4 %
II. ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO		
	1	3.7 %

ARCHIVO CLINICO INPer.

C U A D R O 1 3

INDICACION PREOPERATORIA DE LA HISTERECTOMIA EN LAS  
PACIENTES CON ADENOMIOSIS

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	No. DE CASOS	FRECUENCIA
I. MIOMATOSIS	16	59,2 %
II. TRANSTORNOS DE LA ESTATICA PELVI-GENITAL	8	29,6 %
III. ADENOMIOSIS	2	7,4 %
IV. ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO	1	3,7 %
Total	27	99,9 %

ARCHIVO CLINICO INPer

C U A D R O 1 4

CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL: EN EL GRUPO DE PACIENTES CON  
ADENOMIOSIS.

CLASE	No. CASOS	FRECUENCIA
- NEGATIVO I - III	23	85.1 %
- POSITIVO IV - V	0	0 %
- SIN CITOLOGIA	4	14.8 %

ARCHIVO CLINICO INPer.

C U A D R O 1 5

BIOPSIA DE ENDOMETRIO: EN EL GRUPO DE PACIENTES CON

ADENOMIOSIS.

TIPO DE ENDOMETRIO	No. DE CASOS	FRECUENCIA
I. ENDOMETRIO SECRETOR	5	18.5 %
II. OTROS:		
- ENDOMETRIO PROLIFERATIVO	1	3.7 %
- ENDOMETRIO MENSTRUAL	1	3.7 %
- ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO	1	3.7 %
- MATERIAL INSUFICIENTE	1	3.7 %
Total	9	33.3 %
III. NO SE TOMO BIOPSIA	18	66.6 %

C U A D R O 1 6

HALLAZGOS OBTENIDOS POR HISTEROSALPINGOGRAFIA EN  
LAS PACIENTES CON ADENOMIOSIS

HALLAZGO RADIOLOGICO	No. DE CASOS	FRECUENCIA
I. IMAGEN SUGESTIVA DE MIOMATOSIS	2	7.4 %
II. IMAGEN SUGESTIVA DE ADENOMIOSIS	-	-
III. NO SE TOMO H.S.G.	25	92.5 %

ARCHIVO CLINICO INPer



C U A D R O 1 7

HALLAZGOS OBTENIDOS POR ULTRASONIDO PELVICO, EN EL GRUPO DE  
PACIENTES CON ADENOMIOSIS

TIPO DE IMAGEN	No. DE CASOS	FRECUENCIA
I. IMAGEN SUGESTIVA DE MIOMATOSIS	8	29.6 %
II. IMAGEN SUGESTIVA DE ADENOMIOSIS	3	11.1 %
III. UTERO Y ANEXOS NORMALES	3	11.1 %
IV. OTRAS*	2	7.4 %
- NO SE TOMO ULTRASONIDO PELVICO	11	40.7 %

\* PATOLOGIA ANEXIAL, ENDOMETRIO ENGROSADO

ARCHIVO CLINICO INPer.

C U A D R O 1 8

TRATAMIENTO QUIRURGICO EFECTUADO EN EL GRUPO DE PACIENTES  
CON DIAGNOSTICO DE ADENOMIOSIS

TIPO DE CIRUGIA	No. DE CASOS	FRECUENCIA
I. HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	11	40,7 %
II. H.T.A.*+ S.O.U.**	7	25,9 %
III. H.T.A. + S.O.B.***	1	3,7 %
IV. HISTERECTOMIA VAGINAL	8	29,6 %
Total	27	99,9 %

\* HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL

\*\* SALPINGO-OOFECTOMIA UNILATERAL

\*\*\* SALPINGO-OOFECTOMIA BILATERAL

ARCHIVO CLINICO INOP

C U A D R O 1 9

HALLAZGOS QUIRURGICOS EN EL GRUPO DE PACIENTES CON  
ADENOMIOSIS, SOMETIDAS A HISTERECTOMIA

HALLAZGOS QX.	No. DE CASOS	FRECUENCIA
I. UTERO AUMENTADO DE TAMAÑO	9	33.3 %
II. MIGMATOSIS	9	33.3 %
III. UTERO Y ANEXOS NORMALES	8	29.6 %
IV. UTERO HIPOTROFICO	1	3.7 %
Total	27	99.9 %

ARCHIVO CLINICO INPer

C U A D R O 2 0

DIAGNOSTICOS ANATOMO-PATOLOGICOS ASOCIADOS EN LAS  
PACIENTES CON ADENOMIOSIS.

DIAGNOSTICO	NO. DE CASOS	FRECUENCIA
I. CERVICITIS CRONICA	18	66.6 %
II. MIOMATOSIS UTERINA	10	37.0 %
III. -ENDOMETRIO SECRETOR	5	18.5 %
IV. -QUISTES DE NABOTH	3	11.1 %
-METAPLASIA ESCAMOSA DE CERVIX	3	11.1 %
V. -HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO	2	7.4 %
-OVARIOS CON CUERPO AMARILLO		
HEMORRAGICO,	2	7.4 %
-QUISTE PARATUBARIO	2	7.4 %
-HIDROSALPINX	2	7.4 %
OTROS:		
-ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO	1	3.7 %
-POLIPO ENDOMETRIAL	1	3.7 %
-ENDOMETRIO PROLIFERATIVO	1	3.7 %

ARCHIVO CLINICO INPer.

C U A D R O 2 1

PESO DEL UTERO EN EL GRUPO DE PACIENTES CON

ADENOMIOSIS.

PESO DE LA PIEZA QUIRURGICA	No. DE CASOS	FRECUENCIA
- 100 gramos	12	44,4 %
101 - 150 "	7	29,1 %
151 - 300 "	4	16,6 %
301 o + "	1	4,1 %
SIN PESO OBTENIDO	3	11,1 %

ARCHIVO CLINICO INPer.