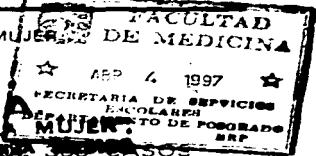




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11217 ⁴⁴/₃₁

HOSPITAL DE LA MUJER



S. S. A.
HOSPITAL DE LA MUJER
ADENOMIOMIO: DE EMBAZADA 300 CASOS
DURANTE EL PERIODO 1992-1994

DMB.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
ORLANDO PRADA BECERRA

ASESOR: DRA. VILMA REYES VALLEJOS



MEXICO, D. F.

MARZO, 1997

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento al HOSPITAL DE LA MUJER, por las facilidades otorgadas no sólo para la realización de este trabajo, sino por haberme formado como Ginecobstetra

Doctora Vilma Reyes Vallejos, Jefa del Departamento de Patología, por su valiosa dirección y asesoría que me brindó para la realización de esta tesis.

CONTENIDO

PRIMERA PARTE:

CAPITULO I:

DEFINICION DE ADENOMIOSIS 1

CAPITULO II:

FRECUENCIA DE LA ADENOMIOSIS 3

CAPITULO III:

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ADENOMIOSIS 6

CAPITULO IV:

PATOGENIA 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 14

CAPITULO VIII:

DIAGNOSTICO DE LA ADENOMIOSIS 18

CAPITULO IX:

**ASOCIACION DE LA ADENOMIOSIS CON OTRAS
PATOLOGIAS Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL 21**

CAPITULO X:

TRATAMIENTO DE LA ADENOMIOSIS 23

ADENOMIOSIS: "EL DIAGNOSTICO NEGADO"

SEGUNDA PARTE:

ADENOMIOSIS: ESTUDIO DE 350 CASOS

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
HIPOTESIS	25
OBJETIVOS	26
MATERIAL Y METODO	27
RESULTADO	28
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	54
CONCLUSIONES	58
BIBLIOGRAFIA	59

PRIMERA PARTE

ADENOMIOSIS

I. DEFINICION

La adenomiosis uterina se define como la presencia de glándulas endometriales y/o estroma dentro del miometrio, acompañadas de hipertrofia compensatoria del miometrio. Aunque todos coinciden sobre esta definición básica, la profundidad exacta de invasión requerida para hacer el diagnóstico de adenomiosis sigue estando sujeta a controversia (30). La mayoría de los artículos escritos en la actualidad se refieren a una profundidad de aproximadamente 3 mm con un campo a pequeño aumento (1 lpf) por debajo de la capa basal del endometrio (7,30,33).

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(20).

Histopatológicamente, 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. Clínicamente 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 (20,30).

Con toda posibilidad 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, 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 (30)

II. FRECUENCIA DE LA ADENOMIOSIS

Son varias las dificultades para determinar una verdadera frecuencia y teniendo en cuenta 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, hace que la frecuencia de ésta varíe ampliamente, desde un mínimo de 5,7% en 1283 úteros removidos por leiomiomatosis, a un máximo de 61.5% de los especímenes de histerectomía no seleccionados. En la tabla I se señalan los resultados publicados por diversos autores (7)

La principal fuente de dificultad para establecer la frecuencia real de adenomiosis, recae en el hecho de que aunque las comunicaciones publicadas citan el número de casos hallados de adenomiosis en relación con la edad de la paciente, en forma uniforme no informan el número total de histerectomías realizadas en cada grupo de edad (7) En la tabla II, se señalan la frecuencia en cada uno de los grupos de edad de las diferentes publicaciones.

TABLA I
INCIDENCIA DE LA ADENOMIOSIS: REPORTE DE
DISTINTOS AUTORES

AÑO	AUTOR	No. HISTERECTOMIAS	% DE ADENOMIOSIS
1908	Cullen	1283	5.7%
1932	Taylor	106	8%
1940	Dreyfuss	1807	8%
1943	Brines & Balin	-	10.7%
1947	Hunter	1856	27.8%
1959	Antoci & Nadin	201	19.4%
1960	Bhatt	570	6%
1961	Marthur & Shah	741	39.1%
1971	Molitor	3207	8.8%
1972	Bird	200	61.5%
1977	Valls	1166	18.1%
1985	Noguera	590	30.5%
1986	Walls R.	334	14.6%
1987	INPer	287	9.4%
1988	Jiménez & Pérez	278	32.4%

TABLA II

ADENOMIOSIS

GRUPOS DE EDAD EN DISTINTAS SERIES PUBLICADAS

EDAD	NAVA	BIRD	MOLITOR	WALS
20 - 29	2 0%	2.4%	1 4%	9 1%
30 - 39	23 3%	20 4%	23 5%	13 6%
40 - 49	58.0%	50.4%	52 7%	52 3%
50 - 59	10.8%	22.7%	19.6%	20.4%
60 ó más	5.3%	4.7%	2.8%	4.5%

* Presente estudio.

III. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ADENOMIOSIS

La adenomiosis fue descrita por primera vez en 1860 por Rokitansky, quien observó una condición en la cual las glándulas endometriales inmersas en un estroma muscular hiperplásico invadían la pared uterina. Denominó a ésta condición "cistosarcoma adenoide del útero", debido a que la naturaleza del crecimiento de estas áreas sugiere tendencias sarcomatosas. Posteriormente Von Recklinghausen, publicó una monografía sobre "los aspectos clínicos y patológicos de la adenomiosis" en el año de 1896 (7).

En el año de 1908 Cullen imprime el término de "adenomiosis" y posteriormente publicó una revisión de 54 casos describiendo la que reconocemos en la actualidad como adenomiosis. Aclara la patología propia de este padecimiento y divide la entidad clínica en dos tipos:

A) Adenomioma, considerando como un área aislada que semeja un tumor y se encuentra constituida por miometrio hipertrófico y elementos endometriales, glándulas y estroma.

B) Adenomioma difuso. Caracterizado por que ambos elementos del endometrio (glándulas y estroma) se encuentran distribuidos por diversas áreas del miometrio (4).

En el año de 1925 Frank sugirió que los dos grupos propuestos por Cullen anteriormente, podía ser denominados bajo el nombre genérico de "adenomiosis uterina" que denotaba la presencia del tejido que invadía el miometrio con la resultante hipertrofia de este último. A pesar de lo anterior, en el transcurso del presente siglo, la entidad ha recibido los más diversos nombres: Adenomioma, endometriosis interna, adenomiosis, histereadenosis, adenomiometritis, adenomiositis, etc. (4).

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

una variedad de endometriosis, de la que se individualiza por el detalle del órgano afectado, el útero (7).

IV. PATOGENIA DE LA ADENOMIOSIS

El origen de la adenomiosis ha dado lugar desde el siglo pasado a numerosas concepciones teóricas.

En la actualidad la mayoría de los investigadores han puntualizado, que la adenomiosis resulta de una hiperplasia endometrial basal que invade un miometrio hipertrofico. Es interesante, la observación de que todos los órganos del cuerpo humano que contienen cavidades también poseen una región submucosa. Se considera que una de las principales funciones de esta submucosa es prevenir el crecimiento interno de glándulas que recubren estas cavidades.

Si la hiperplasia del endometrio basal y del estroma es, en efecto, la causa de este trastorno. Entonces, ¿Qué fenómeno etiológico inicia este proceso? Hasta la fecha, se han propuesto cuatro teorías principales 1) Hereditaria, 2) Traumática, 3) Hiperestrogénica, 4) Transmisión viral (7)

1) HEREDITARIA. Meyer, describió inicialmente el hallazgo de adenomiosis en un feto nacido de término. Posteriormente, varios autores describieron casos de adenomiosis en mujeres jóvenes de 4 a 14 años de edad (Emge 1962). Como ninguna de estas mujeres jóvenes había presentado la menarca, se sugirió la transmisión hereditaria como mecanismo etiológico. Esta teoría no ha sido evaluada con mayor profundidad (7).

2) TRAUMÁTICA. Se ha reconocido el traumatismo como mecanismo etiológico posible, desde el refinado experimento de Zalezki, en este estudio, se efectuó curetaje vigoroso del cuerpo uterino de una coneja embarazada y se dejó continuar la gestación del cuerno opuesto. A continuación se identificó adenomiosis en el cuerno opuesto sometido a curetaje (7). Varios autores han descrito de manera anecdótica el hallazgo de adenomiosis durante incisiones cesáreas repetidas y es bien conocido que puede implantarse tejido endometrial después de una histerectomía (15).

3) HIPERESTROGENICA. A mediados de la década de 1930 Varios investigadores sugirieron que la hiperestrinemia podía desarrollar adenomiosis. Niveles altos de estrógenos favorecerían un crecimiento del endometrio y una invasión a través de la miofibrillas, de islotes de la mucosa endometrial (42). De todas maneras se debe tener en cuenta el factor hormonal, tal vez no como causa; pero si como elemento asociado.

4) **TRANSMISION VIRAL.** Aunque los investigadores hacen mención ocasional de la transmisión viral como mecanismo etiológico posible, ningún estudio evaluó esto de manera científica. Además no han sido posible identificar algún virus específico en este proceso potencial (7).

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 como 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 comúnmente la responsable del tamaño del útero.

El aumento de tamaño producido por la adenomiosis es de tipo difuso y en general una pared, 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 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 produce marcada reacción peritoneal con la formación de adherencias fibrosas (20-30).

A menudo es difícil saber exactamente donde termina la adenomiosis y empieza la endometriosis, pero ambas coexisten hasta en el 40% de los casos (30) 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% (4). En ocasiones la fijación de los órganos pélvicos puede ser extrema, produciendo una "pelvis congelada" que muchas veces crea un problema quirúrgico. Por otra parte, el útero puede estar totalmente libre de adherencias vecinas, incluso si el agrandamiento uterino es marcado (30).

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

En el corte longitudinal o 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 en los cortes presenta un característico aspecto de remolino trabeculado, pero sin tendencia a la formación de nódulos circunscritos como en la leiomiomatosis (30).

Un rasgo frecuente, pero no constante es la presencia de áreas oscuras hemorrágicas o de color chocolate, a veces muy pequeñas, pero otras de varios milímetros de diámetro, distribuidas directamente por toda la musculatura. Ellas

representan islotes donde se ha producido hemorragia menstrual, con retención de la sangre menstrual.

La capa endometrial del útero puede estar completamente normal o mucho más gruesa y quizás polipoide en los casos no infrecuentes de asociación de hiperplasia endometrial con adenomiosis (30).

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 de endometrio basal a una distancia mínima igual a un campo de gran aumento (30)

Normalmente la mucosa uterina, se extiende en una capa desigual de grosor variable sobre la musculatura, sin capa submucosa intermedia, de modo que los extremos de las glándulas, con el estroma que los 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 cavidad funcional.

Ocasionalmente, el endometrio aberrante muestra la respuesta funcional cíclica del endometrio normal, pero más a menudo es aparentemente de tipo inmaduro. En este 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 premestrua, 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 más 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 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 o como éstos últimos pueden estar formados por tejido maduro y funcionantes o por tejido que desde el punto de vista de la

respuesta menstrual plena es inmaduro y no funcionante. Estas variaciones explican porqué en algunos casos se encuentra sangre menstrual en los islotes anormales y en otros 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 residuales 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 característico de las células deciduales (30)

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 nodosa. 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 nodosa, los acinos glandulares son generalmente escasos y contienen un epitelio más bajo (48)

Benson, indica que la salpingitis ístmica nodosa puede representar una simple extensión de la adenomiosis uterina cornual en muchos casos. aunque esta secuencia puede existir, se han reportado un cuadro tubario sin pruebas de adenomiosis uterina y debe considerarse que la enfermedad tubaria es una entidad específica, a menudo mal diagnosticada (4).

VII. MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA ADENOMIOSIS

El perfil sintomático de la adenomiosis citado con más frecuencia incluye la triada de hemorragia uterina anormal, dismenorrea secundaria y un útero agrandado y doloroso. Otros síntomas, como dispareunia y dolor pélvico crónico, son menos comunes. Como con frecuencia la adenomiosis se acompaña de otra patología pélvica a veces es difícil atribuir los síntomas sólo a esta condición (21). Además hasta el 35% de las pacientes afectadas pueden ser asintomáticas (27).

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 detiene (34,36,41)

El sangrado genital suele iniciar con polimenorrea, gradualmente se convierte en hemorragias cíclicas que con el tiempo pueden llevar a anemias importantes. EL patrón más común es la hiperpolimenorrea, lo que la diferencia de otras afecciones como la leiomatosis, en donde además, suele haber proimenorrea (34).

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 injurgitación venosa debido a la pérdida de contractilidad miometrial de la hipertrofia del músculo y por un estado de hiperestrogenismo persistente. De hecho se considera que ésta última sería la principal causa de sangrado. Aunado a éstos, se observa frecuentemente, en operaciones por adenomiosis, la ausencia de formación de cuerpo lúteo, lo cual es indicativo 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 progestágenos la detiene temporalmente, aunque no previene la recurrencia de la misma (9,13).

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 (14,16).

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, secundario en cuanto al inicio, es decir: Las pacientes por lo regular 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 (37)

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 injurgitación venosa en el espesor de la pared uterina (28).

La principal diferencia entre los leiomiomas y la adenomiosis es el dolor. El leiomioma, la mayor parte de las veces es un tumor indoloro, aunque aquí se tiene en cuenta su localización. La dismenorrea, en la adenomiosis se hace más severa a medida que la paciente se acerca al climaterio. Los dolores comienzan casi dos o cuatro días antes de la menstruación y persisten durante la misma. Durante el resto del ciclo la adenomiosis generalmente produce disconfort pélvico durante todo el mes (27).

El dolor pélvico no menstrual, se encuentra en un 10% de los casos de la adenomiosis; pero no debe considerarse característica 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 (43).

El aumento del volumen uterino es la tercera manifestación clínica en orden de frecuencia. Se presenta en el 33% de los casos. Suele iniciar 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 excepcionalmente sobrepasa el tamaño de un útero gestante de 12

semana de gestación. Cuando es extirpado, su peso suele ser de 150 a 300 grs. si tiene un peso mayor, será debida a que tenga leiomiomas (35).

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 describió este fenómeno en 1924, notando fluctuaciones cíclicas en tamaño, consistencia y sensibilidad del útero, en la superficie uterina, pudiendo fácilmente ser confundidos con leiomiomas uterinos cuando son palpados cerca o durante la menstruación (31).

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 en diferentes momentos del ciclo (5)

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 desarrollándose en un islote de adenomiosis hiperplásica (22). Colman y Rosenthal han publicado trabajos semejantes a los mencionados anteriormente. (30)

La extensión de la adenomiosis maligna tendería naturalmente a "reptar" 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 está bien diferenciarlas. 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 (30).

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% (4,27,41)

El examen macroscópico de la pieza operatoria reconoce el diagnóstico en un 65% de los casos (7)

Existe un grupo de casos en los cuales es posible establecer clínicamente un diagnóstico, de presunción al menos, bastante seguro al comprobar la presencia de un útero difuso a moderadamente aumentado de tamaño de consistencia, doloroso a la palpación (7)

Durante muchos años la histerografía fue usada para establecer el diagnóstico de adenomiosis, siendo esta del 8.8% de los casos (36), por lo que no superaba su valor al diagnóstico clínico, de ahí su desuso. Se basa en la observación de signos de mayor confianza tales como, 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 (32)

En otras ocasiones se trata de una rigidez parcial o total de un borde de una cara y una dificultad de impregnación durante el llenado. Estos signos indirectos no constituyen más que elementos de presunción (23). La adenomiosis con cuadro radiológico carente de imágenes positivas y de defectos de llenado, podrían semejar a miomatosis intramural por engrosamiento de las paredes del útero que semejan leiomiomas (32)

Si se desea observar el cuadro característico de penetración de la sustancia 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 días después del raspado hemostático (23). Su uso reviste especial importancia cuando se carece del estudio ultrasonográfico, que aunado al diagnóstico clínico aumenta su precisión diagnóstica.

El ultrasonido en la última década, ha revolucionado la imagenología, convirtiéndose hoy día en un método diagnóstico inseparable para el ginecólogo, siendo éste en la actualidad de uso clínico práctico, de interés científico en la investigación con la gran ventaja de ser "no invasivo", indoloro, práctico, rápido.

sin riesgos de efectos secundarios y pueden repetirse innumerables veces como control diagnóstico y terapéutico de la cirugía o quimioterapia, además de ser de bajo costo a nivel institucional

El diagnóstico ultrasonográfico se basa en la investigación de las siguientes características (1)

- Identificación del órgano normal o de masas tumorales
- Forma y dimensiones
- Posición anatómica y su relación a órganos vecinos
- Contorno superficial
- capacidad de delimitar o no la superficie anterior y posterior del órgano explorado.
- Movilidad o fijación de los órganos (por cambios en la posición en la paciente).
- Arquitectura interior en las interfases
- Textura del tejido
- Características entre las interfases del órgano o tumor (quistico o sólido)
- Distorsión de estructuras vecinas
- Invasión a estructuras vecinas
- Repercusión a órganos distantes
- Desarrollo de artefactos
- Cambios con fenómenos fisiológicos (Actividad hormonal, embarazo)

Ultrasonográficamente y en base a que la adenomiosis consiste en una invasión del endometrio al músculo uterino, observaremos un aumento en todos los diámetros uterinos, con un miometrio engrosado, que suele predominar en la pared uterina posterior. El contorno del útero es habitualmente normal (1,6).

En ocasiones, se observarán pequeñas modificaciones de la ecoestructura del miometrio con pequeñas zonas ecogénicas y pequeñas imágenes líquidas (microcavidades o hemorrágicas). Estas modificaciones del útero no deforman la línea endocavitaria (1). Hay quienes describen la adenomiosis bajo la apariencia focal de "panal de abejas" del miometrio, la cual es debida a dilataciones quísticas de las glándulas, que pueden medir de 5 a 7mm (6). Walsh afirma que estas imágenes pueden obtenerse en el 36% de los casos de adenomiosis (44).

Recientemente Fedele et al, evaluó la capacidad del ultrasonido transvaginal, para el diagnóstico de la adenomiosis difusa usando como criterio diagnóstico la presencia de áreas de miometrio heterogéneo no encapsulado en el que se incluían áreas anecoicas de 1 a 3 mm de diámetro. Se demostró una sensibilidad del 80% , especificidad del 74%, valor predictivo positivo del 73% , en

43 mujeres con menorragia recurrente y en quienes fueron sometidas posteriormente a histerectomía (12)

Damirov et al en su estudio de 110 pacientes operadas bajo el diagnóstico de adenomiosis, recomienda la combinación del estudio ultrasonográfico abdominal con el transvaginal para precisar el diagnóstico y más aun correlacionándolo con el cuadro clínico (8)

Mark et al fueron los primeros en reportar el uso de la imagen por resonancia magnética en 21 pacientes premenopásicas para diferencias entre adenomiosis vs miomatosis, 10 de 12 pacientes con miomas y todos los 8 casos de adenomiosis fueron correctamente diagnosticados (7). Togashi et al elaboran un estudio con 93 pacientes, previamente sometidas a histerectomía, quienes presentaban agrandamiento del útero, realizándoles una resonancia magnética, 71 de los cuales demostró miomatosis y 16 adenomiosis. Con excepción de un caso de adenomiosis, la imagen de resonancia magnética, se diagnosticó correctamente el agrandamiento uterino (40)

La resonancia magnética ha demostrado ser más precisa que el ultrasonido vaginal, define con exactitud la extensión de la lesión y su profundidad, pero para nuestro medio institucional, está lejos de ser un estudio a nuestro alcance, como rutina por su alto costo (2)

La imagen por resonancia magnética y el ultrasonido, son métodos no invasivos que han demostrado un acercamiento en precisión diagnóstica, sus limitaciones de siempre, serán la demostración histopatológica de la 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, por lo que debe de descartarse como método diagnóstico sin embargo es importante realizar biopsia de endometrio para descartar carcinoma endometrial y evaluar el estado funcional del mismo.

Recientemente, Pop et al, proponen la biopsia miometrial por laparoscopia, guiada por ultrasonido transvaginal, la practicaron en 34 pacientes con síntomas clínicos de adenomiosis, el cual demostró una sensibilidad entre el 8 y 18.7% y una especificidad del 100% (33). McCausland en su estudio evalúa la biopsia miometrial a través de la histeroscopia para el diagnóstico de adenomiosis con un alto grado de sensibilidad y especificidad. La desventaja de estos dos estudios resulta ser poco práctico, sometiendo a la paciente a un riesgo anestésico y además hay que tener en cuenta la perforación uterina como complicación transquirúrgica (25).

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

Muchas de las afecciones pélvicas o uterinas que pueden confundirse con la adenomiosis coexisten con la misma en un gran número de casos de ahí que merezcan un capítulo para su descripción TABLA III

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 (11,29)

La leiomiomatosis uterina se asocia a adenomiosis en 33 a 50% de los casos (5,27,44), 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 (20)

La endometriosis pélvica puede coexistir con la adenomiosis hasta hasta el 13 a 40% de los casos, según lo reportado por las distintas series (7,27), 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 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 (14)

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 tumores muy raros, pero por el crecimiento del fondo uterino que suelen presentar, son muy difíciles de diferenciar de la adenomiosis (22).

TABLA III
ADENOMIOSIS
PATOLOGIAS ASOCIADAS A LA ADENOMIOSIS:
FRECUENCIA EN DISTINTAS SERIES.

PATOLOGIA	MOLITOR	SOUCCI	BIRD	NAVA	WALSS
LEIOMIOMATOSIS UTERINA	38.4%	-	53%	42.8%	36.3%
ENDOMETRIOSIS	14.2%	7.2%	63%	-	-
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	9.6%	-	7.3%	13.4%	13.6%
POLIPOS ENDOMETRIALES	1.7%	-	3.2%	2.0%	4.5%
CANCER CERVICO- UTERINO	-	5.2%	-	0.6%	4.5%
ENFERMEDAD PELVICA INFL.	0.36%	25.0%	-	-	-
CERVICITIS CRONICA	-	69.0%	-	-	86.4%
QUISTE FOLICULAR DE OVARIO	-	17.6%	-	32.0%	27.3%

X. TRATAMIENTO DE LA ADENOMIOSIS

El tratamiento hormonal con progestágenos o el legrado uterino, detienen temporalmente la hemorragia genital, pero no evitan la 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 pelvigenital, etc (45).

El danazol, un derivado antigonaotrófico de la 17 alfa-etinil testosterona, aplicada localmente a nivel vaginal o intrauterina a dosis 2 a 3.5 grs., parece ejercer una acción directa sobre las células endometrióticas, disminuyendo la extensión de la endometriosis pélvica, la dismenorrea y mejorando el pronóstico de fertilidad (17), pero faltan estudios bien diseñados para comprobar su verdadera eficacia en la adenomiosis, por lo que está en fase de estudio

Recientemente con el advenimiento de la cirugía histeroscópica Spaulding LB et al (39), Wood C et al (46) y Wortman M et al (47) demostraron la utilidad de la resección endometrial o la llamada ablación endometrial en cuyas pacientes fracasó el tratamiento hormonal del sangrado uterino anormal, aunque se debe tener en cuenta el riesgo potencial de una perforación uterina y que además no se puede medir con exactitud la profundidad de la adenomiosis, lo que ofrece una desventaja para determinar la profundidad de la resección

Existe acuerdo general 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 postmenopáusicas), a la asociación frecuente con diversos grados de hiperplasia endometrial, el crecimiento uterino y a su elevada asociación con la leiomiomatosis uterina (5,7,24,27).

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.

SEGUNDA PARTE

TITULO: ADENOMIOSIS: ESTUDIO DE 350 CASOS DURANTE EL PERIODO DE 1992 A 1994

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En estudio de tesis realizado por la Dra Jimenez AS y el Dr Pérez AA se reportó habersn realizado 278 hysterectomías de Enero 1988 a Mayo 1989, en el Hospital de la Mujer cuyas indicaciones más frecuentes fueron leiomiomatosis uterina 189 casos (67.9%), adenomiosis y endometriosis 45 casos (16.1%) (19)

Los resultados histopatológicos de las piezas quirúrgicas correspondieron a 18 casos (6.4%) para leiomiomas y 89 casos (32%) para adenomiosis. Tal estudio nos demuestra la gran divergencia entre los diagnósticos preoperatorios y los resultados histopatológicos de úteros restando la relevante importancia que merece tener la adenomiosis.

La adenomiosis, patología pobremente comprendida, en nuestro medio, y por lo cual se le dedica tan poca importancia clínica, ya que no es habitual encontrarnos con un diagnóstico de adenomiosis basados en métodos exploratorios o de gabinete, y su tratamiento médico conservador es ineficaz.

Su etiología aún no está bien precisada y su cuadro clínico aunque ha sido bien estudiado sigue siendo desconcertante, ya que hay formas silenciosas y otras que pueden ser bien distinguibles. Por ello su frecuencia de diagnóstico es baja, interviniéndose por patologías de diagnóstico más obvios.

Es preciso mencionar que la adenomiosis frecuentemente se acompaña de otra gama de padecimientos como lo es la miomatosis uterina, la displasia cervical o la hiperplasia endometrial, que hacen aún más confuso su certeza diagnóstica.

Por tales razones, se considera imperante, el determinar, clarificar y estudiar una patología que hasta el momento no se le ha dado la merecida importancia.

HIPOTESIS

La correlación clínica, ultrasonográfica e histopatológica en la Adeniosis es baja.

ADENOMIOSIS

I. OBJETIVO GENERAL

MEDIANTE ESTE ESTUDIO SE PRETENDE COLOCAR A LA ADENOMIOSIS EN UNA PERSPECTIVA GINECOLÓGICA MAS ADECUADA Y DEFINIRLA COMO UNA ENTIDAD CLINICA CON CARACTERISTICAS PROPIAS.

II. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer la incidencia con que se presenta la adenomiosis en el Hospital de la Mujer.
2. Observar en que grupos de edad, se presenta con mayor frecuencia esta patologia.
3. Conocer las principales características clínicas de éste grupo de pacientes: Antecedentes ginecobstétricos, sintomatología presente y diagnósticos preoperatorios con que fueron intervenidas éstas pacientes
4. Conocer la utilidad que diversos estudios complementarios tienen en ésta patologia: Citología cervico-vaginal, biopsia de endometrio y ultrasonido pélvico.
5. Mencionar las principales características anatomo-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.

ADENOMIOSIS

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO. Retrospectivo, transversal, observacional

Se revisaron los informes de 1247 estudios anatomopatológicos de todos los casos de las histerectomías efectuadas por alguna indicación ginecológica, en un periodo de 36 meses (Enero 92- Diciembre 94) en el Hospital de la Mujer. Los criterios de inclusión para el presente estudio fueron todos los casos reportados por el servicio de anatomía-patológica como adenomiosis estuvieran o no asociadas con otras patologías. Los criterios de exclusión fueron los reportes histopatológicos de Adenomiosis derivados de Histerectomías obstétricas

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 menstrual. Se presentó especial interés a los síntomas de las pacientes que pudieran tener relación con la adenomiosis, como el sangrado genital anormal, la forma en que se presentó y en cuanto la dismenorrea sólo se consignó, si estuvo presente o no. También de interés resultó la citología cervico-vaginal, la biopsia de endometrio y el ultrasonido pélvico.

El diagnóstico preoperatorio con que fueron intervenidas las pacientes fue otro dato de interés si la adenomiosis fue diagnosticada preoperatoriamente, interesó el método por el cual se efectuó el diagnóstico. Por último en el informe patológico, se detectaron enfermedades asociadas, especialmente las que afectaron al útero. El tipo de endometrio encontrado, también fue de interés fueron excluidos los casos de histerectomía obstétrica por haber sido efectuadas por una patología no relacionada con la adenomiosis.

RESULTADOS

En el periodo de estudio que comprendieron 36 meses, se efectuaron 1247 hysterectomías ginecológicas. El estudio anatomo-patológico demostró adenomiosis en 350 casos lo que representa una incidencia del 28,06% en el total de las piezas quirúrgicas como puede verse en el cuadro 1.

La mayor frecuencia de adenomiosis la presentó el grupo de pacientes de la quinta década con un 42,28%, siguiéndole en frecuencia las de la cuarta década con un 40,28%, representando estos dos grupos el 82,56% del total de las pacientes. La paciente de menos edad fue de 25 años y la de mayor edad con 70 años, dentro del grupo de las 350 pacientes. La edad promedio fue de 44,6 años. Cuadro 2, gráfica 1.

En cuanto al número de gestaciones la mayor frecuencia correspondió al grupo de las multigestas con tres o más gestaciones donde se agruparon 299 pacientes es decir un 85,4%. Hubo 12 casos (3,4%) donde se presentaron embarazo alguno. Cuadro 3, gráfica 2.

Se reportó el número de partos por paciente. El mayor número de casos correspondió 61 pacientes con 3 partos (17,37%). La paciente con mayor paridad fue de 13 partos, grupo donde se encontraron 9 pacientes con 10 o más partos, el promedio para la paridad fue de 3,8 partos por cada paciente. De las pacientes sumaron un total de 1340 partos. Cuadro 4, gráfica 3.

El número de abortos en el grupo de adenomiosis puede verse que el 54,8% no presentaron abortos, siendo el grupo de mayor número de casos, siguiendo el grupo de las que presentaron 1 aborto con 97 casos para una frecuencia del 27,7%. Dentro del grupo de pacientes se encontraron 264 abortos con un promedio de 0,75 abortos por paciente. Cuadro 5, gráfica 4.

Referente al número de cesáreas, en 252 pacientes (72%) no presentaron dicho antecedente. El grupo que mayor número de cesáreas presentó fue las que tuvieron el antecedente de una cesárea que correspondió a 49 casos (14%). Dentro del grupo se encontró el antecedente de 173 cesáreas con un promedio de 0,49%. No se encontraron otros antecedentes de cirugía uterina previa en el grupo de pacientes con adenomiosis. Cuadro 6, gráfica 5.

Los principales motivos por el cual las pacientes con adenomiosis acudieron al hospital para atención médica fueron: Destacando que el 76,28% acudieron por presentar sangrado uterino anormal. La incontinencia urinaria de

esfuerzo y los trastornos de la estática pélvica siguieron en orden de frecuencia, probablemente como patologías asociadas y sin relación directa con la patología que nos ocupamos. Cuadro 7

El sangrado genital anormal fue el síntoma más frecuente encontrado con 267 casos (76,28%) La dismenorrea ocupó el 2o lugar al presentarlo 204 (58,28%). La incontinencia urinaria de esfuerzo ocupa el tercero con 52 pacientes (14,85%) . No encontramos pacientes asintomáticas en el grupo estudiado Cuadro 8.

La hiperpolimenorrea fue el tipo de sangrado genital anormal más frecuente, pues se encontró en 210 (60%) casos de 350 pacientes La hiperpoliproiomenorrea ocupó el segundo lugar con 52 pacientes (14,85%), otros patrones menstruales encontrados con menor frecuencia fueron pacientes con menopausia normal, eumenorréicas y opsomenorréicas Cuadro 9

Las características clínicas uterinas a la exploración física fueron Utero aumentado de tamaño en 241 casos (68,85%), aumento en su consistencia con 110 casos (31,42%) y dolor a la palpación con 100 casos (28,57%) En 85 casos (24,28%), se encontró un útero normal en tamaño, consistencia y sin dolor a la palpación. Cuadro 10

Los resultados de Papanicolaou fueron 334 casos (95,5%) para negativo I-III. Sólo presentó una paciente positivo IV y no se reportó el estudio a 15 pacientes por material inadecuado Cuadro 11, gráfica 6

Se analizaron las características histológicas endometriales estudiadas mediante la biopsia de endometrio en las pacientes con adenomiosis. El resultado de endometrio proliferativo fue el hallazgo que con más frecuencia se presentó para 108 casos (30,85%) En segundo lugar el endometrio secretor, presentó 95 casos (27,14%). No se realizó el estudio en 52 casos (14,85%) por material inadecuado. Cuadro 12.

El USG se realizó en 337 pacientes reportándose en 57 casos (16,28) hallazgos sugestivos de adenomiosis, 215 casos (61,42%) para miomatosis y 43 pacientes (12,28%) con estudios dentro de parámetros normales. Cuadro 13.

La principal indicación preoperatoria por la cual fueron sometidas a histerectomía las pacientes con adenomiosis fue la miomatosis uterina en 240 pacientes (68,57%) y en segundo lugar a misma adenomiosis con 99 casos (28,28%), en el rubro de otras indicaciones (11 pacientes) se incluyeron,

trastornos de la estática pélvica, tumor de ovario, síndrome de Allen Masters e hipeplasia endometrial. Cuadro 14, gráfica 7.

Dentro de los diagnósticos anatomopatológicos asociados tenemos: La cervicitis crónica inespecífica ocupó el primer lugar al presentarse en 269 pacientes (76,85%). Dentro del rubro de otras patologías se incluyen 135 pacientes (38,57%) tales como salpingitis, hidrosalpinx, hematosalpinx, pólipos endometriales, edema del estroma. La miomatosis uterina ocupó el 3o lugar al presentarse asociada a adenomiosis en un 24,57% (86 casos) de los 350 pacientes. No se reportaron casos de CaCu, Ca de endometrio o endometriosis asociada. Cuadro 15

Referente a los grados de adenomiosis reportadas en el estudio histopatológico. La más frecuente fue la adenomiosis superficial con 208 casos (54,42%), posteriormente la sigue la adenomiosis profunda con 142 casos (40,57%) Cuadro 16, gráfica 8.

CUADRO 1**INCIDENCIA DE LA ADENOMIOSIS EN PACIENTES
SOMETIDAS A HISTERECTOMIA EN EL HOSPITAL DE LA
MUJER.**

- NUMERO TOTAL DE HISTERECTOMIAS*	1247
- NUMERO DE CASOS DE ADENOMIOSIS	350
- INCIDENCIA	28.06%

*Efectuadas de Enero 92 a Diciembre 94

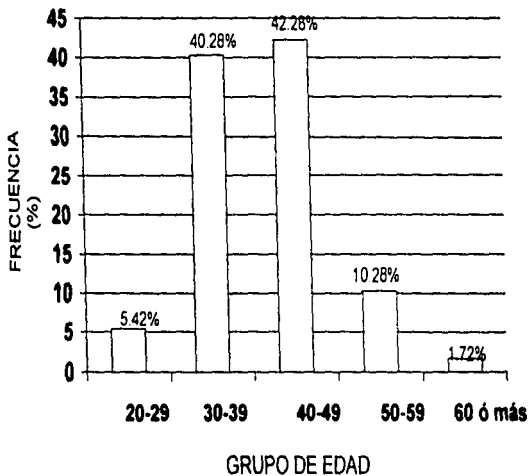
ARCHIVO CLINICO Y DE PATOLOGIA.

CUADRO 2
DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD EN LOS CASOS
REPORTADOS CON ADENOMIOSIS

GRUPOS DE EDAD	No. DE CASOS	FRECUENCIA
20 - 29	19	5,42%
30 - 39	141	40,28%
40 - 49	148	42,28%
50 - 59	36	10,28%
60 ó más	6	1,71%
TOTAL	350	100%

ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER

GRAFICA 1
DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD EN LOS CASOS
REPORTADOS CON ADENOMIOSIS



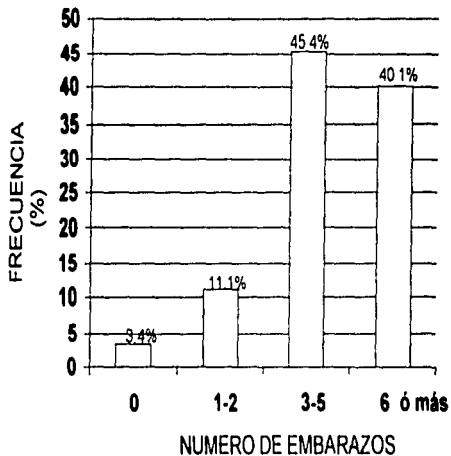
ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER

CUADRO 3
NUMERO DE GESTACIONES EN GRUPOS DE
PACIENTES CON REPORTE DE ADENOMIOSIS.

No. DE EMBARAZOS	No. DE CASOS	FRECUENCIA
0	12	3,4%
1 - 2	39	11,1%
3 - 5	159	45,4%
6 - +	140	40,1%
	350	100 %

ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER.

GRAFICA 2
NUMERO DE GESTACIONES EN GRUPO DE PACIENTES CON
REPORTE DE ADENOMIOSIS



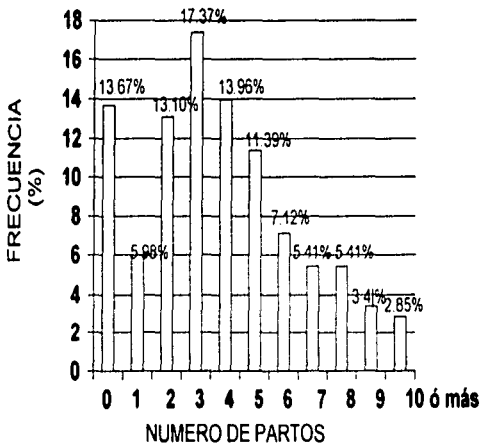
ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER

CUADRO 4.
NUMERO DE PARTOS EN LAS PACIENTES CON
ADENOMIOSIS REPORTADA.

No. DE PARTOS	No. DE CASOS	FRECUENCIA
0	48	13,67%
1	21	5,98%
2	46	13,10%
3	61	17,37%
4	49	13,96%
5	40	11,39%
6	25	7,12%
7	19	5,41%
8	19	5,41%
9	12	3,41%
10 ó más	10	2,85%
	350	100 %

ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER.

GRAFICA 3
NUMERO DE PARTOS EN LAS PACIENTES CON ADENOMIOSIS
REPORTADA



ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER

CUADRO 5.
NUMERO DE ABORTOS EN LAS PACIENTES CON
REPORTE DE ADENOMIOSIS

ABORTOS	No. DE CASOS	FRECUENCIA
0	192	54,8%
1	97	27,7%
2	37	10,5%
3	12	3,4%
4	7	2,0%
5 ó más	5	1,6%
TOTAL	350	100 %

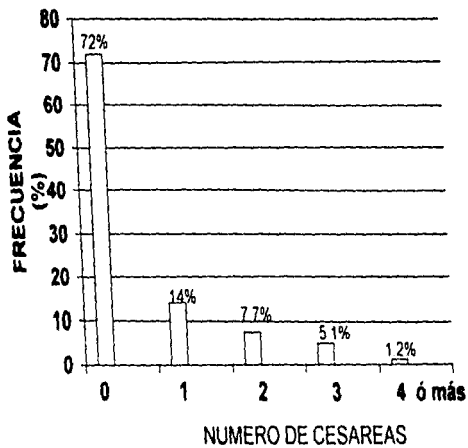
ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER.

CUADRO 6
NUMERO DE CESAREAS EN LAS PACIENTES CON
REPORTE DE ADENOMIOSIS.

No. DE CESAREAS	No. DE CASOS	FRECUENCIA
0	252	72,0%
1	49	14,0%
2	27	7,7%
3	18	5,1%
4 ó más	4	1,2%
TOTAL	350	100 %

ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER.

GRAFICA 5
NUMERO DE CESAREAS EN LAS PACIENTES CON REPORTE DE
ADENOMIOSIS



ARCHIVO HOSPITAL DE LA MUJER

CUADRO 7
MOTIVO DE CONSULTA: EN EL GRUPO DE
PACIENTES CON ADENOMIOSIS

SINTOMAS FRECUENCIA	No. DE CASOS	
I. SANGRADO UTERINO ANORMAL	267	76,28%
II. INCONTINENCIA URINARIA	52	14,85%
III. TRASTORNOS DE LA ESTÁTICA PELVICA	28	8,0%
IV. ESTERILIDAD SECUNDARIA	3	0,8%

ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER.

CUADRO 8
SINTOMAS ENCONTRADOS EN EL GRUPO DE
PACIENTES CON ADENOMIOSIS

SINTOMA	No. DE CASOS	FRECUENCIA
I. SANGRADO UTERINO ANORMAL	267	76,28%
II. DISMENORREA	204	58,28%
III. INCONTINENCIA URINARIA ESFUERZO	52	14,85%
IV. LEUCORREA, PRURITO Y ESCOZOR	45	12,85%
V. DISPAREUNIA	36	10,28%
VI. SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO	28	8,00%
VII. SENSACION DISTENSION ABDOMINAL	24	6,85%
VIII. OTROS	52	7,34%

ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER.

CUADRO 9
TIPO DE SANGRADO GENITAL EN EL
GRUPO DE PACIENTES CON ADENOMIOSIS.

TIPO DE SANGRADO	No. DE CASOS	FRECUENCIA
I. HIPERPOLIMENORREA	210	60%
II. HIPERPOLIPROIOMENORREA	52	14,85%
III. OPSOMENORREA	47	13,43%
IV. EUMENORREICAS	41	11,72%
TOTAL	350	100%

ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER.

CUADRO 10
CARACTERISTICAS CLINICAS UTERINAS EN LAS
PACIENTES REPORTADAS CON ADENOMIOSIS.

CARACTERISTICA CLINICA	No. DE CASOS	FRECUENCIA
AUMENTADO DE TAMAÑO	241	68,85%
AUMENTADO DE CONSISTENCIA	110	31,42%
DOLOROSO A LA PALPACION	100	28,57%
NORMAL	85	24,28%
DISMINUIDO DE CONSISTENCIA	9	2,57%
ATROFICO	2	0,57%

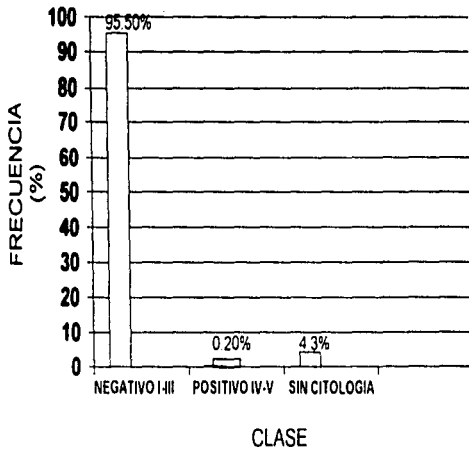
ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL DE LA MUJER.

CUADRO 11
CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL: EN EL GRUPO DE
PACIENTES CON ADENOMIOSIS

CLASE	No. DE CASOS	FRECUENCIA
NEGATIVO I - III	334	95,50%
POSITIVO IV - V	1	0,20%
SIN CITOLOGIA	15	4,30%
TOTAL	350	100%

ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER.

GRAFICA 6
CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL: EN EL GRUPO DE PACIENTES CON
ADENOMIOSIS



ARCHIVO HOSPITAL DE LA MUJER

CUADRO 12
BIOPSIA DE ENDOMETRIO EN EL GRUPO DE
PACIENTES CON ADENOMIOSIS

TIPO DE ENDOMETRIO	No. DE CASOS	FRECUENCIA
1. ENDOMETRIO PROLIFERATIVO	108	30,85%
2. ENDOMETRIO SECRETOR	95	27,14%
3. NO SE REALIZO	52	14,85%
4. ENDOMETRIO HIPERPLASICO	39	11,14%
5. ENDOMETRIO INFLAMATORIO	32	9,14%
6. ENDOMETRIO HIPOPLASICO	19	5,42%
7. ENDOMETRIO MENSTRUAL	5	1,42%

ARCHIVO CLINICO Y SERVICIO DE PATOLOGIA DEL HOSPITAL DE LA MUJER.

CUADRO 13
HALLAZGOS OBTENIDOS POR ULTRASONIDO EN EL
GRUPO DE PACIENTES CON ADENOMIOSIS

TIPO DE IMAGEN	No. DE CASOS	FRECUENCIA
I. MIOMATOSIS	215	61,42%
II. ADENOMIOSIS	57	16,28%
III. NORMAL	43	12,28%
IV. OTROS HALLAZGOS	25	7,14%
V. EPIC.	20	5,71%
VI. TUMOR DE OVARIO	14	4,00%
VII. NO SE EFECTUO	13	3,71%
VIII. SALPINGITIS	7	2,00%

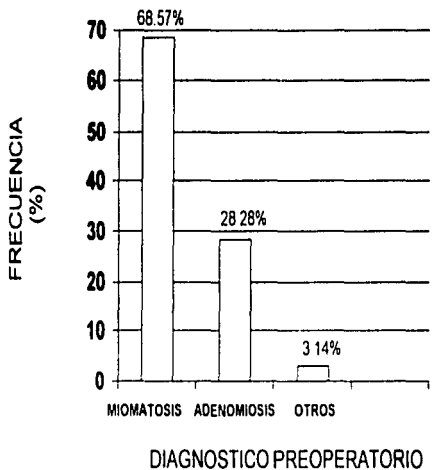
ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER.

CUADRO 14
INDICACION PREOPERATORIA DE LA HISTERECTOMIA
EN LAS PACIENTES CON ADENOMIOSIS

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	No. DE CASOS	FRECUENCIA
I. MIOMATOSIS	240	68,57%
II. ADENOMIOSIS	99	28,28%
III. OTROS	11	3,14%

ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL DE LA MUJER.

GRAFICA 7
INDICACION PREOPERATORIA DE LA HISTERECTOMIA EN LAS
PACIENTES CON ADENOMIOSIS



ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER

CUADRO 15**DIAGNOSTICO ANATOMO-PATOLOGICO ASOCIADOS EN
LAS PACIENTES CON ADENOMIOSIS**

DIAGNOSTICO ANATOMO-PATOLOGICO	No. DE CASOS	FRECUENCIA
CERVICITIS CRONICA INESPECIFICA	269	76,85%
MIOMATOSIS	86	24,57%
CERVICITIS CRONICA POR VPH	70	19,99%
PERISALPINGOOFORITIS	3	0,08%
OTROS	135	38,57%

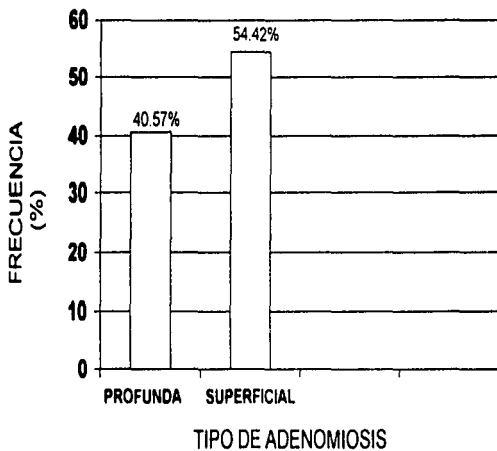
ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL DE LA MUJER.

CUADRO 16
GRADO DE EXTENSION DE ADENOMIOSIS EN LAS
PACIENTES REPORTADAS CON ESTUDIO
HISTOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS

TIPO DE ADENOMIOSIS	No. DE CASOS	FRECUENCIA
PROFUNDA	142	40.57%
SUPERFICIAL	208	54.42%

ARCHIVO CLINICO Y SERVICIO DE PATOLOGIA

GRAFICA 8
GRADO DE EXTENSION DE ADENOMIOSIS EN LAS PACIENTES
REPORTADAS CON ESTUDIO HISTOPATOLOGICO DE
ADENOMIOSIS



ARCHIVO CLINICO HOSPITAL DE LA MUJER

DISCUSION DE RESULTADOS

La incidencia de adenomiosis obtenida, en esta serie fue del 28,06%, coincide con la observada en las series de Noguera y Garcilazo con un 30.5% (29), en 1985; Jiménez & Pérez 1988 en Hospital de la Mujer (19) con 32%. A pesar de ésto, existen otros autores, que reportan cifras que muestran una amplia variación, como puede verse en la tabla I

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 objetivo de gran aumento (HPF), como en la serie Emge (11), Israel (18), a la de un campo de bajo aumento (LPF) como en las series de Marthur (24) y Molitor (27), o incluso dos campos de bajo aumento, como en el caso de Benson (4) y de Brux (30) Bird (5) encuentra una incidencia del 61,2% en sus series, pero incluye la 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 nuestro hospital consideramos que lo más óptimo es la observación al microscopio a un campo de menor aumento, ya que nos demuestra con más detalles las lesiones adenomatosas sin caer en el sobrediagnóstico de las mismas.

En segundo lugar, el número de cortes practicados por los distintos autores, hace variar su incidencia, dado que Bird (5) que en su experiencia destaca como el autor de mayor porcentaje, 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. En el Departamento de Patología del Hospital de la Mujer, se realizan de 4-6 cortes de rutina en promedio.

Por último y de acuerdo con Molitor (27) 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 antes de ser sometidas a la intervención quirúrgica.

En este estudio el grupo de edad más afectado fue el de la quinta década de la vida, seguido por la cuarta década, dentro del grupo de pacientes con tres o

más gestaciones, es decir Pacientes multigestas. Estos resultados también coinciden con la mayor parte de los estudios realizados, como puede verse en la tabla II.

Llama la atención que contrariamente a lo reportado por Zaleski (7), donde postula la teoría traumática como probable patogenia de la adenomiosis, en nuestro estudio más de la mitad de las pacientes, no presentaron antecedentes de abortos o cesáreas con porcentaje del 54,8% y del 72,0% respectivamente.

El sangrado genital anormal se presenta en más de las tres cuartas partes de las pacientes estudiadas y constituyó el síntoma más frecuente y mayor motivo de consulta.

Del número total de casos con sangrado genital anormal (267 o sea el 76,28%), 210 de ellas, es decir el 60% del total presentó hiperpolimenorrea, la dismenorrea fue el síntoma encontrado en segundo lugar presente en el 58,28% de las pacientes. Estos hallazgos son similares a los encontrados por diversos autores (57,64).

Las características clínicas a la exploración física del útero más frecuentes fueron: Aumento del tamaño (68,85%), aumento de consistencia (31,42%) y dolor a la palpación (28,57%), aunque son hallazgos subjetivos e imprecisos, se encuentran similares dentro del consenso general de las distintas series.

Los hallazgos ultrasonográficos dieron una marcada tendencia a reportarse como miomatosis uterina, para un total de 215 (61,42%) y que como patología asociada a la adenomiosis, de acuerdo a los reportes histopatológicos solo hallaron 86 casos (24,57%), reportando 129 casos como falsos negativos del total de los 350 casos con adenomiosis. Consideramos por tal motivo que esta discrepancia se debe a la falta de una anamnesis durante el estudio donde se tenga en cuenta a la adenomiosis como probabilidad diagnóstica, además del efectuar en forma rutinaria estudios sonográficos transvaginales, que presentan una especificidad y una sensibilidad cercana al 74 y 80% respectivamente como lo comunicó Fedele et al (27) en su estudio. No obstante lo ideal sería la realización conjunta del rastreo pélvico transabdominal seguida del transvaginal.

El diagnóstico preoperatorio de adenomiosis, solo fue realizado en 99 de los 350 casos; lo que corresponde al 28,88% de los casos. A pesar del amplio conocimiento de los síntomas mayores de adenomiosis, el diagnóstico preoperatorio se hizo correctamente en menos de la tercera parte de todos los casos. Esta incapacidad para el diagnóstico preoperatorio primordialmente se

debe a la falta de deducción clínica. Esta omisión no resulta tan desastrosa como pudiera parecer, debido a que otras lesiones coexistentes como los miomas, pólipos endometriales, hiperplasia endometrial, carcinoma o endometriosis, por lo general conducen al tratamiento adecuado.

El diagnóstico preoperatorio que predominó en la presente serie fue leiomatosis uterina en 240 casos (68,57%), seguido por la misma adenomiosis con 99 casos (28,88%). En el rubro de otras indicaciones se incluyeron Trastornos de la estática pélvica, Síndrome de Allen Masters, cistadenocarcinoma de ovario, pólipo abortado a vagina e hiperplasia endometrial entre otras.

Según los diferentes reportes de la literatura médica, casi todos los autores coinciden en que la miomatosis uterina es la patología más frecuentemente asociada con una incidencia que varía del 19% Mathur (24) al 56,6% de Benson (4). En México Noguera y Garcilazo, reportan una incidencia del 30% (29) y Nava y Sánchez del 42,8%. En la tabla III, pueden compararse los resultados de algunos autores.

La incidencia de endometriosis asociada a la adenomiosis, es también muy variable. Marthur (24), solo encuentra 2 casos de endometriosis ovárica en 290 pacientes. Molitor (27) encuentra 14,2%, Emge (11) un 14,5%, Israel (18) en un 12,2% y Bird en un 63% (5). En México, Walsis (44), no encontraron casos de adenomiosis asociada a endometriosis, resultados semejantes a los encontrados en el presente estudio. Dicha falta de asociación se pudiera explicar, por el medio socioeconómico bajo que presentan nuestros grupos estudiados. En los grupos socioeconómicos altos la endometriosis externa es más frecuente y la paridad más baja, en contraste con el tipo de pacientes estudiadas por nosotros, donde inician tempranamente vida sexual activa con un inadecuado control preconcepcional, con el consiguiente proceso de embarazos consecutivos.

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

De los diagnósticos anatómo-patológicos asociados a la adenomiosis, la cervicitis crónica inespecífica ocupó el primer lugar en frecuencia en 269 casos, 76,85%. Estos último probablemente está en relación al hiperestrinismo con que

cursan éstas pacientes, no restando la debida importancia que se debe tener a los hábitos higiénico-dietéticos deficientes que puedan presentar.

Quisimos separar entre las cervicitis crónica, a las causadas por el Virus del Papiloma Humano (70 casos, 20%), para remarcar el riesgo a que están sometidas a desarrollar CaCu, ya que no es infrecuente encontrar en nuestras pacientes por sin fin de factores de riesgo que no competen analizar en el presente estudio.

En el segundo lugar tenemos a la miomatosis como diagnóstico anatomopatológico asociado con adenomiosis con 86 casos para una frecuencia del 24,57%. Una cifra muy discordante con los 240 casos (68,57%) de los 350 pacientes de adenomiosis, intervenidas para histerectomía bajo la indicación de miomatosis uterina.

El tipo de adenomiosis por su extensión reportada en el histopatología más frecuente fue la adenomiosis con 208 casos para una frecuencia del 59,42% lo que en ocasiones nos pudiera explicar la inespecificidad de su cuadro clínico.

CONCLUSIONES

1. La adenomiosis es una patología que se encuentra en el 28.06% de las histerectomías ginecológicas, efectuadas en el Hospital de la Mujer.
2. Es más frecuente durante la quinta década de la vida, el 42,28% de los casos y en pacientes multigestas en el 85,4% de los casos.
3. El antecedente de aborto no fue factor asociado a esta patología pues no se presentó en el 54,8%
4. El antecedente de cesárea tampoco representó, un factor asociado para adenomiosis, ya que existieron 252 pacientes con una frecuencia del 72% que no presentaron el antecedente de cesárea.
5. El sangrado genital anormal ocupó el primer lugar, en nuestra serie al presentarse en el 76,28%; la dismenorrea ocupó el segundo lugar con una frecuencia del 58,28%, la hiperpolimenorrea, resultó ser el tipo de sangrado genital anormal en un 60%, seguido de la hiperpolimenorrea presente en el 14,85% de las pacientes con un patrón característico de la leiomiomatosis uterina. El aumento del tamaño fue otro hallazgo en el 68,85% de los casos.
6. La enfermedad fue diagnosticada preoperatoriamente en el 28,28% de los casos concordante con lo reportado en la literatura mundial.
7. El ultrasonido pélvico reportó imágenes compatibles con adenomiosis en el 16,28% de los casos, el cual fue poco útil.
8. La leiomiomatosis uterina fue la indicación preoperatoria más frecuente en este grupo de pacientes (68,57%), seguida por la adenomiosis con el 28,8%.
9. La cervicitis crónica (88,27%) seguida por la leiomiomatosis uterina (24,57%) resultaron ser las patologías asociadas más frecuentes.
10. Los resultados de la citología cervico-vaginal en el 95.5% de los casos resultó negativo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ardaens Y. Et al. Ecografía Pélvica en Ginecología. De. Masson. Madrid; Esp. 1993. Pags. 4-25
- 2.- Ascher SM; Arnold LL; Patt RH Et al. Adenomyosis: Prospective comparison of MR imaging and transvaginal sono graphy. Radiology. 1994. Mar; 190(3): 803-6.
- 3.- Bell Cd; Ostrelega E The Significance of secretory features and incident hyperplastic changes in endometrial biopsy specimens. Hum. Pathol. 1987 aug; 18(8); 830-8
- 4.- Benson RC. Adenomyosis A reappraisal of symptomatology. Am. J. Obstet. Gynecol. 1958 Nov, 76(5) 1044-1061
- 5.- Bird CC; McElin TW The elusive adenomyosis of uterus revistec Am. J. Obstet & Gynecol. 1972. Marz, 112(5) 583-589.
- 6.- Callen CC. Et al. Ecografía Pélvica en Ginecología yObstetricia. De. Interamericana. 2o edición Méx D F 1993. Pags. 103 110
- 7.- Copeland LJ; Farrel JF; Mc. Gregor JA. GINECOLOGIA 1o. edición. Ed. Panamericana. Argentina. 1994. Pags. 486-93.
- 8.- Damirov MM; Bakuleva LP. Shabanov AM; Et al. A clinicomorphological comparison of the ultrasonic criteria of adenomyosis. Akus Ginekol. Mosk. 1994. 2:40-43.
- 9.- Deligdish L. Effects of hormonee therapy on the endometrium. Med. Pathol. 1993 Jan; 6(1). 94-106.
- 10.- Dougherty CM; Anderson MR. Endometriosis and adenomyosis. Am. J. Obstet & Gynecol. May. 1964. 89 (1): 23-40.
- 11.- Emge La. The elusive adenomyosis of the uterus. Am. J. Obstet. & Gynecol. Jun. 1962. 83(12):1541-1561.
- 12.- Fedele L; Bianchi S; Dorta M; Et al. Transvaginal ultrasonography in the diagnosis of diffuse adenomyosis. Fertil. Steril. 1992. Jul: 58(1):94-7.

- 13.- Fraser Is. Menorrhagia pragmatic approach to the understanding of causes and the need for investigations Br. J. Obstet. & Gynecol 1994 Jul. 101 Suppl 11:3-7.
- 14.- Greenwood SM. The relation of adenomyosis uteri to coexistent endometrial carcinoma and endometrial hyperplasia. Obstet. & Gynecol 1976 Jul 48(1):68-72
- 15.- Harris WJ; DaniellJF; Baxter JW. Prior cesarean section. A risk factor for adenomyosis? J Reprod Med 1985 ,Marzo, 30(3):173-5
- 16.- Hayata T; Tanaka Y; Miyakawa Y. endometrial cancer associates with adenomyosis. Int J Gynaecol Obstet. 1994 Jan 44(1):76-77
- 17.- Igarashi M. A new therapy for pelvic endometriosis and uterine adenomyosis. Local effect of vaginal and intrauterine danazol application. Asia Oceania J. Obstet Gynaecol 1990 Mar 16(1):1-12
- 18.- Israel SL; Woutersz TB. Adenomyosis. A neglected diagnosis. Obstet Gynecol. August 1959 14(2): 168-173
- 19.- Jiménez AS; Pérez AA. Correlación clínica, ultrasonográfica e histopatológica de pacientes sometidas a histerectomía ginecológica. TESIS. 1990. Hospital de la Mujer.
- 20.- Jones HW. Tratado de ginecología de Novak 11o. edición Editorial Panamericana. Méx. 1991. 397.401
- 21.- Kilkku P; Erkkda R. Nono-specificity of symptoms related to adenomyosis. Acta Obstet Gynecol Scand. 1984. 63:229-231
- 22.- Marcus CC. Relationship of adenomyosis uteri to endometrial hiperplasia and endometrial adenocarcinoma. Am J. Obstet Gynecol 1961 82:408-413.
- 23.- Marshak RN; Eliasoph. The roentgen findings in adenomyosis. Radiology. 1955. 64:846-850. (citado en Copeland LJ (7))
- 24.- Mathur BB; Shan BS. Adenomyosis uteri. A pathologic study of 290 cases. Am.J. Obstet Gynecol. Dec. 1962. 84(12):1820-1828.

- 25.- McCausland AM. Hysteroscopic myometrial biopsy: its use diagnosing adenomyosis and its clinical application. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1992 Jun. 166(6 pt 1): 1219-1626
- 26.- Moen MH, Magnus P. The familial risk of endometriosis. *Acta Obstet Gynaecol. Scand* 1993 Oct. 72(7):560-4.
- 27.- Molitor JJ. Adenomyosis: A clinical and pathologic appraisal. *Am. J. Obstet Gynecol.* 1971. 110-275
- 28.- Hishida M. Relationship between the onset of dysmenorrhea and histologic findings in adenomyosis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1991 Jul. 165(1):229-31.
- 29.- Noguera W, Garcilazo J. Adenomyosis. Estudio clínico patológico. *Monografías de Ginecobstetricia, Hospital Luis Castelazo Ayala IMSS México, 1985. Pags. 9-52*
- 30.- Novak ER, Woodruff JD. *Patología Ginecológica y Obstétrica. 8a. Edición. Editorial Panamericana Argentina 1982.288-296*
- 31.- Ojo OS, Onwudiegw U, Odesanmi WO. Adenomyosis uteri Ile-Ife Nigeria. A prospective clinicopathologic study. *Trop. Geogr. Med* 1991 Jan-Apr. 43(1-2): 114-6.
- 32.- Pedroza C.S. Diagnóstico por la Imegen. Vol. II. 1a. De. Edit. Interamericana. Méx. D.F. 1992. Pags 1163-1168
- 33.- Popp LW; schwiedessen Jp. Myometrial biopsy in the diagnosis of adenomyosis uteri: *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1993 Sep. 169(3):54609.
- 34.- Rebolledo CM; García MP. Adenomyosis como causa de sangrado anormal. *Ginec. Obstet Méx.* 1966. Mar-Abrl. 21:215-221.
- 35.- Reiter RC; Wagner PL; Gambone JC. Routine hysterectomy for large asymptomatic uterine leiomyomata: a reappraisal. *Obstet. Gynecol.* 1992 Apr. 79(4): 481-4.
- 36.-Rodríguez JD; Karchmer S, Pinilla P. Adenomyosis: estudio clínico patológico de 103 casos. *ginec. obst. Méx.* 1971 29:175-184.

- 37.- Siegler AM, Camilien L. Adenomyosis. *J. Reprod. Med.* 1994 Nov. 39 (11): 841-53.
- 38.- Souicci F. Adenomyosis: Aspectos epidemiológicos. *ginecol Obstet. méx.* 1981, 49 47-52
- 39.- Spaulding LB. Endometrial ablation for refractory posmenopausal bleeding with continuous hormone replacement therapy. *Fertil-Steril.* 1994 Dec. 62(6):1181-5.
- 40.- Togashi K, Nishimura K, Et al. Adenomyosis diagnosis with MR imaging. *Radiology* 1988 Jan 166 (1 pt 1). 11-4
- 41.- Valls F, Ferreres L. Adenomyosis. Estudios clinicopatológico de 202 casos encontrados en 1166 hysterectomías. *Rev. Esp Obstet Ginecol* 1977 76:317-322
- 42.- Vander Walt LA, Sanfilippo JS. Estrogen and progesterin receptors yn human uterus: reference ranges of clinical conditions. *Clin Physiol Biochem* 1986; 4(3) 217-28
- 43.- Vercellini P, Ragni G, Et al. Adenomyosis a dejó Vu. *Obstet Ginecol Survey.* 1993 48(12) 789-794
- 44.- Walss RJ; Ruiz HJ. Adenomyosis. Incidence, relation to other changes. *Ginecol. Obstet. Méx.* 1986 Aug 54:217-220.
- 45.- Wharton LR. *Ginecología Operatoria de Richard W. Te Linde* 6o. Edición. Editorial el Ateneo. Argentina; Buenos Aires 1986; 195-6.
- 46.- Wood C. Indications for endometrial resection. *Med. J. Aust* 1992 Feb. 156(3): 157-60
- 47.- Wortman M, Daggolt A. Hysteroscopic endomyometrial resection a new technique for the treatment of menorrhagia. *Obstet. Gynecol* 1994 Feb 83 (2): 295-8.
- 48.- Yoonessi M, Hart WR. Endometrial stromatosis. *Obstet. Gynecol.* 1977. 49: 393-396.