

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
COORDINACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL TACUBA

**FRECUENCIA DE ADENOMIOSIS EN LA POBLACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL TACUBA
REPORTE POR HISPATOLOGÍA.**

**TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DRA. MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ SOLER

ASESOR DE TESIS:
DR. RENE JAIME TORO CALZADA



ISSSTE

MÉXICO, D.F.

OCTUBRE, 2004



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.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

I. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GRAL. MEDICA
OCT. 6 2004
HOSPITAL TACUBA
DIRECCION

DRA. ROSALINDA CARREÑO HERNÁNDEZ
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL TACUBA

Recepción General de Bibliotecas de la
Unidad de Informática y de la Unidad de
Materiales electrónicos e impresos el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: María del Carmen Gómez
Sofer

FECHA: 13-10-04

FIRMA: [Signature]

DR. JESÚS CRUZ SANTOS
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. RENE JAIME TORO CALZADA
COORDINADOR DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
ASESOR DE TESIS

I. S. S. T. E.
COORDINACION DE
ENSEÑANZA E INVESTIGACION
OCT. 6 2004
HOSPITAL GENERAL TACUBA



Agradecimientos

Dr. Rene Toro Calzada

*Gracias por su apoyo y comprensión,
pero sobre todo por su dedicación
con mi más grande respeto y admiración.*

Car, Tibi y Angy

*Gracias por su apoyo, los quiero mucho
sin ustedes no habria logrado esta meta.*

*Mi agradecimiento a aquellas personas
que han formado parte de mi
y han llenado mi vida de gratas e inolvidables
experiencias^{RE}*

INDICE

| | |
|--------------------------------|----|
| RESUMEN..... | 1 |
| INTRODUCCION..... | 2 |
| ANTECEDENTES..... | 3 |
| EPIDEMIOLOGIA..... | 7 |
| ASPECTOS HISTOPATOLOGICOS..... | 10 |
| METODOS DIAGNOSTICOS..... | 19 |
| TRATAMIENTOS..... | 22 |
| OBJETIVOS..... | 33 |
| METODOLOGIA..... | 34 |
| RESULTADOS..... | 35 |
| DISCUSION..... | 47 |
| CONCLUSIONES..... | 50 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 51 |
| ANEXOS..... | 61 |

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, abierto, longitudinal y abierto en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Tacuba, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Se revisaron los registros del servicio de patología para incluir en la presente investigación los casos de adenomiosis y conocer su frecuencia de la misma. Se realizaron 521 histerectomías de las cuales 519 fueron por patología ginecológica y 6 por patología obstétrica de estos al revisar el expediente clínico de cada uno de ellos solo 153 casos cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, lo que representó una frecuencia del 31.6%, el grupo de edad con mayor número de casos fue el comprendido de 41 a 45 años con un total de 56 casos, el tratamiento instituido con más frecuencia fue la clormadinona, la cervicitis crónica inespecífica fue la patología más frecuentemente asociada a adenomiosis y el ultrasonido fue el estudio de gabinete realizado en todas las pacientes y en ninguno de ellos se estableció como probable diagnóstico adenomiosis y el diagnóstico quirúrgico más frecuente fue miomatosis uterina.

INTRODUCCIÓN

La adenomiosis de fisiopatología pobremente entendida y de difícil control, afecta esencialmente a la mujer en período premenopáusicos, de diagnóstico generalmente retrospectivo en piezas anatómicas, cuya frecuencia se estima entre el 8 y el 40%.

Desde el punto de vista clínico puede presentar la mayor parte de los signos descritos en ginecología aunque en numerosos pacientes son asintomáticas. Por otra parte la hormonodependencia de las células presentes en las criptas de la adenomiosis es imperfecta, hecho que explica las dificultades terapéuticas.

En relación al embarazo existen pocos reportes y algunos contradictorios en los que se han mencionado como rara y sin embargo frecuente la asociación de adenomiosis y embarazo, se ha reportado desde 1926 que la presencia de esta patología aumenta el riesgo de ruptura, atonía y placenta acreta.

Por todo lo descrito anteriormente y careciendo de reportes estadísticos de la frecuencia de adenomiosis en el Hospital General Tacuba, se tomó la decisión de llevar a cabo la presente investigación con el objetivo de demostrar que es una patología frecuente y que no debe olvidarse como una posibilidad en aquellas pacientes con hemorragias uterina anormal de difícil control.

ANTECEDENTES

La adenomiosis se define como la presencia de endometrio en el miometrio, estos focos formados por glándulas y corion, se implantan profundamente en la musculatura uterina.

La adenomiosis caracterizada clásicamente por metrorragias dolorosas, es una afección frecuente de la premenopausia que se diagnóstico por lo general en piezas de histerectomía

Su fisiopatología no es totalmente clara y existen diferentes hipótesis. Estos elementos permiten distinguir perfectamente la adenomiosis de la endometriosis. Por otra parte la hormonodependencia de las células presentes en las criptas de la adenomiosis es imperfecta, hecho que explica en parte las dificultades terapéuticas. La adenomiosis es una afección de diagnóstico difícil; no obstante los diferentes métodos de diagnóstico por imágenes brindan resultados interesantes y la histerografía ocupa un lugar esencial.

Se trata de una patología frecuente que afecta esencialmente a la mujer en período premenopáusic. Su diagnóstico retrospectivo en piezas anatómicas varía entre el 8 y el 40% según el número de cortes practicados y la definición utilizada⁶⁷

Desde el punto de vista clínico la adenomiosis puede presentar la mayor parte de los signos descritos en ginecología aunque numerosos pacientes son asintomáticos.

En 1860 fue descrita inicialmente por Rokitanski ³⁸ quien, observó una condición en la cual las glándulas endometriales inmersas en un estroma muscular hiperplásico invadían la pared uterina, denominó esta condición "cistosarcoma adenoide del útero", debido a que la naturaleza del crecimiento de estas áreas sugieren tendencia sarcomatosa.

En 1896 Von Recklinghausen publicó una monografía sobre los aspectos clínicos y patológicos de la adenomiosis ³⁸

En 1908 Cullen; imprime el termino de adenomiosis y publica una revisión de 54 casos describiendo lo que reconocemos en la actualidad como adenomiosis, describe la primera hipótesis fisiopatogénica, la cual describe como una penetración directa de las glándulas endometriales en el miometrio y como factores predisponentes se refiere a la hiperestrogenemia, traumatismos, factor genético y factores epidemiológicos, divide la entidad clínica en dos tipos

1. Adenomioma: área aislada que semeja un tumor, constituida por miometrio hipertrófico y elementos endometriales: glándulas y estroma

2. Adenomioma difuso: constituido por elementos del endometrio (glándulas y estroma) distribuidos por diversas áreas del miometrio ³⁸

En 1925 Frank sugirió que los dos grupos propuestos por Cullen podrían ser denominados bajo el nombre de adenomiosis uterina que denotaba la presencia del tejido que invadía el miometrio con la resultante hipertrofia de éste³⁸

En 1972 Bird y colaboradores definen la adenomiosis como una invasión benigna de endometrio dentro del miometrio produciendo su difusión a lo largo del útero con exhibición microscopica ectopica no neoplasica de glandulas y estroma endometrial rodeada por hipertrofia e hiperplasia muscular ³⁸

En 1984 se describe la teoría de Minh proponiendo la teoría metaplasica la cual describe que la adenomiosis se origina de elementos mesoteliales situados entre la capa basal del endometrio y la zona superficial del miometrio, esta teoría basada en ciertas similitudes entre el mesotelio germinal del ovario y el tejido endometrial plantea una concepción unitaria del origen de la endometriosis externa e interna ⁴⁹

Según Rigley, la adenomiosis es una variedad de endometriosis, de la que se individualiza por detalle órgano afectado, el útero.

En 1991 Takao Morí planteó el sinergismo de la prolactina y la progesterona provocando una degeneración del miometrio facilitando la penetración del tejido endometrial. La invasión de las células estromáticas y glandulares seguirían los ejes vasculares y linfáticos existentes en el miometrio. Observó en modelos animales de experimentación (ratones) que la administración de dosis elevadas de estrógenos y progestagenos inducen adenomiosis.⁵²

En 2000 Hirota Ota observó la expresión aberrante de xanthine oxidasa en el tejido endometrial ectopico y en la entidad clínica denominada adenomiosis y sugirió que esta sustancia podría jugar un papel en la génesis de estas dos entidades patológicas³⁰

En 2001 Manabu Matsuda observó que el aumento de la actividad invasiva de las células estromales endometriales y la elevada expresión del RNAm de la metaloproteinasa en el útero del ratón inducen adenomiosis.⁴³

En 2001 Monika Schindl observó que la adenomiosis exhibe propiedades angiogénicas⁵¹

En 2001 Kei Ezakadi observó que en la adenomiosis las células del epitelio glandular muestran inmunoreacción al sulfato de estrona concluyendo que el

sulfato de estrona puede ser una de las enzimas que suplen a los estrógenos para el desarrollo de la adenomiosis. Ya desde 1993 Yamamoto ⁷² encontró que la actividad del sulfato de estrona en la adenomiosis es elevada. Sin embargo, la actividad del sulfato de estrona es significativamente menor en la adenomiosis que en el endometrio. El mecanismo del sulfato de estrona no está completamente claro ³⁶

EPIDEMIOLOGIA

Resulta difícil no solo por las dificultades diagnósticas ya mencionadas si no por la complejidad de su histología.

La 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.

La incidencia en piezas de histología varía del 10 al 40%, ^{11,61 y 62} en la mitad de los casos se trata de pacientes perimenopáusicas ⁴⁸ y el carácter asintomático de ciertas adenomiosis traduce un estado de distrofia senil ⁶ y a partir de los 60 años es menos frecuente por lo que sería correcto decir entonces que las mujeres sometidas a histerectomía y que padecen adenomiosis se encuentran en período perimenopáusicos. ¹⁰ Aunque la mayoría de las pacientes son multíparas el 10 %

son nulípara, dentro de los antecedentes ginecológicos mencionados en la teoría de Cullen solo el 50% responden a tales características.

INCIDENCIA MUNDIAL DE ADENOMIOSIS

| AÑO | AUTOR | NO. HTA | %HTA |
|------|----------|---------|----------------------|
| 1908 | Cullen | 1283 | 5.7% ³⁸ |
| 1932 | Taylor | 106 | 8 % ³⁸ |
| 1940 | Dreyfuss | 1807 | 8% ⁵⁸ |
| 1943 | Brines | ----- | 10.7% ⁵⁸ |
| 1947 | Hunter | 1856 | 27.8% ⁵⁸ |
| 1959 | Antoci | 201 | 19.4% ⁵⁸ |
| 1960 | Bhatt | 507 | 6% ⁵⁸ |
| 1961 | Marthur | 741 | 39.1% ⁵⁸ |
| 1971 | Molitor | 3207 | 8.8% ⁵⁸ |
| 1972 | Bird | 200 | 61.5% ³⁸ |
| 1977 | Valls | 1166 | 18.15% ⁵⁸ |
| 1985 | Noguera | 540 | 30.5% ⁵⁸ |
| 1987 | Walls | 334 | 14.6% ⁵⁸ |

INCIDENCIA NACIONAL DE LA ADENOMIOSIS

| AÑO | AUTOR | No CASOS DE ADENOMIOSIS | PORCENTAJE | HOSPITAL |
|------|----------|----------------------------|------------|--|
| 1978 | Parra | 8 | 3.3% | Hospital de la Mujer Ciudad de México ⁵⁸ |
| 1980 | Soberano | 1 | 6.6% | ISSSTE Hospital Adolfo López Mateos ⁶⁹ |
| 1982 | García | 75 | 39.68% | ISSSTE ²³ Dr. Gonzalo Castañeda |
| 1984 | Porter | 94 | 22.8% | ISSSTE ⁶⁰ Dr. Fernando Quiroz |
| 1985 | Betran | - | 3.5% | Hospital General Mexicali SSA. ⁷ |
| 1984 | Sánchez | 13 | 3.86% | IMSS "Clínica 24" ⁶⁶ |
| 1986 | Damián | 6 | 2.09% | Hospital General de México ¹³ |
| 1986 | Jiménez | 21 | - | IMSS "RALA" ³² |
| 1987 | Gijón | 21 | 21% | ISSSTE Dr. Fernando Quiroz ⁶⁵ |
| 1988 | Martínez | 170 | 34.76% | ISSSTE Dr. Fernando Quiroz ⁴⁶ |

| | | | | |
|------|---------|----|--------|---|
| 1989 | Carcaño | 88 | 59.3% | IMSS Puebla ⁽¹⁴⁾ |
| 1990 | Jacob | 63 | 22.10% | ISSSTE Dr. Fernando Quiroz ⁽³¹⁾ |
| 1990 | Gálvez | 45 | 24.4% | Hospital ABC ⁽²²⁾ |
| 1991 | Guerra | - | 25.35% | IMSS Hospital Luís Castelazo Ayala ⁽²⁴⁾ |

ANATOMOPATOLOGIA

Macroscópica

El volumen del útero esta aumentado con un engrosamiento difuso del miometrio, aunque nunca alcanza las grandes proporciones tan comunes como en los leiomiomas. El aumento del tamaño es de tipo difuso y en general la pared posterior es más gruesa, en ocasiones 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 con la endometriosis pélvica y la irritación de la hemorragia menstrual produce la marcada reacción peritoneal con la formación de adherencias fibrosas

A menudo es difícil saber exactamente donde termina la adenomiosis y empieza la endometriosis, pero ambas coexisten hasta en el 40% de los casos. Benson y Sneed reportan una asociación de menos del 15%. Por otra parte el útero puede estar totalmente libre de adherencias, incluso si el agrandamiento del útero es marcado

Las lesiones pueden percibirse a simple vista en forma de pequeños quistes localizados en los dos tercios internos del miometrio

Al corte longitudinal o transversal del útero llama la atención el aumento del espesor de la pared, 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

En ciertos casos estas estructuras de naturaleza diverticular evidente están colmadas de sangre negra

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 ¹⁰

El diagnóstico diferencial se realiza con el útero normal; la adenomiosis difusa y microscópica puede pasar desapercibida si el examen histológico no comprende un número suficiente de cortes ⁶⁷

Microscópica

Se caracteriza por la presencia en la profundidad del miometrio de islotes endometriales formados por glándulas quiescentes o proliferativas y corion citógeno más a o menos abundante

Las fibras musculares que rodean a dichos islotes son a menudo hipertróficas. El diagnóstico se establece por la profundidad de los focos endometriales, estableciendo el diagnóstico en aquellas lesiones a 2 mm por debajo de la unión endometrio miometrio, sin embargo este punto es fisiológicamente irregular lo que dificulta su diagnóstico

El número de focos de adenomiosis es variable, se asocia frecuentemente con nódulo miomatoso

Ocasionalmente el endometrio aberrante muestra una respuesta funcional cíclica del endometrio normal, pero a menudo es aparentemente de tipo inmaduro esto es que responde al estímulo estrogénico pero no a la progesterona. A menudo puede mostrar un aspecto llamativo de queso suizo

La lesión única de tamaño microscópicamente importante recibe el nombre de adenomioma, en la mayoría de los casos se presenta como un miofibroma pero sin plano de separación

En la adenomiosis las glándulas forman racimos y están tapizadas por un epitelio más alto, en la salpingitis nodosa, los acinos glandulares son generalmente escasos y contienen un epitelio más bajo. Benson indica que la salpingitis ístmica nodosa puede representar una simple extensión de la adenomiosis 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

La adenomiosis difusa y microscópica puede pasar desapercibida si el examen histológico no realiza un número suficiente de cortes

Masato Nishida en su publicación de 1991 hace referencia a una clasificación de la adenomiosis

1. Tipo I adenomiosis continua de la superficie del endometrio
2. Tipo II adenomiosis presente en la serosa del útero

Observo que la tipo I es más frecuente, que hay mayor invasión del miometrio por glándulas y estroma, en el tipo II las pacientes registran menos dismenorrea y la concentración serica de Ca 125 es mayor en el tipo II que en el tipo I.⁴⁵

HORMONODEPENENCIA

La receptividad hormonal de estas glándulas ectópicas es imperfecta, los diferentes estadios de transformación cíclica del endometrio dentro de los focos de adenomiosis puede observarse solo en casos excepcionales,⁴⁹ el efecto de los tratamientos hormonales sobre la adenomiosis es sumamente moderado. Sin embargo tanto la desaparición de las lesiones después de la menopausia como su sensibilidad a la hiperestrogenemia traduce una cierta hormonodependencia

Numerosos estudios prueban la síntesis de estrógenos en los focos de adenomiosis, ciertos autores muestran así mismo que esta actividad aromatasa está directamente ligada al crecimiento de los focos de adenomiosis

Azzíz³ observa que ciertos focos parecen más receptivos que otros según este autor las lesiones cercanas al endometrio son poco sensibles a la impregnación hormonal mientras que los focos subserosos presentan una decidualización importante.

Se discute su relación con el cáncer aunque los casos mencionados en la literatura son poco numerosos.

CLÍNICA

De diagnóstico difícil y en la mayoría de los casos se establece de manera retrospectiva en las piezas de histerectomía, se asocia con dolor pelviano,

hemorragias genitales, se estima que la frecuencia de adenomiosis incluidas todas las sintomatologías alcanzan el 20% en periodo perimenopausico, ⁶¹ también se refiere la forma asintomático ⁶

El dolor generalmente es premenstrual o de tipo dismenorrea hay casos de dolor permanente o intermenstrual, dispareunia profunda, el tratamiento con analgésicos en su mayoría son ineficaces, el diagnóstico de adenomiosis se plantea ante la presencia de menorragias dolorosas y rebeldes a tratamientos usuales. Algunos autores sugieren que la intensidad del dolor traduce la invasión del miometrio. Nishida ⁶⁶ observó que la dismenorrea sobreviene cuando la invasión de las glándulas endometriales superan el 80% del grosor del miometrio, sin embargo solo el 20% de las pacientes con hemorragia y dismenorrea presentan efectivamente una adenomiosis. ⁶⁷

La explicación para la dismenorrea enfatiza la respuesta del endometrio ectópico a la estimulación hormonal. Si bien los cambios menstruales en el endometrio 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, por ingurgitación venosa en el espesor de la pared uterina

Masato Nishida (1991) refiere que la dismenorrea probablemente ocurra cuando el volumen de las lesiones adenomioticas ocupen el volumen total de útero, y parece ser el resultado de estimulación tónica completa del útero

La principal diferencia entre los leiomiomas y la adenomiosis es el dolor. El leiomioma en 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 dos o cuatro días antes de la menstruación y persisten durante la misma. Durante el resto del ciclo la adenomiosis generalmente produce discomfort pélvico durante todo el mes.

El dolor pélvico no menstrual se encuentra en el 10% de los casos, no debe considerarse una 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 ¹⁰

Hemorragia: se presenta en el 60% de los casos, se agrava progresivamente, pudiendo asociarse a metrorragias rebeldes a tratamiento medico hemostático o progesteronales, el síndrome hemorrágico resistente a tratamiento terapéutico representa uno de los elementos característicos de la adenomiosis.

El sangrado genital suele iniciarse 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 leiomiomatosis, en donde además suele haber proiomenorrea. 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 debida a la

hipertrofia del músculo y debido al hiperestrogenismo persistente, de hecho se considera que está última sería la principal causa de sangrado. En operaciones por adenomiosis, la ausencia de formación de cuerpo lúteo, lo cual es indicativo de falta de control de la producción de estrógenos, la terapia con progestagenos la detiene temporalmente, aunque no previene la recurrencia de la misma.

El aumento de 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, excepcionalmente sobrepasa el tamaño de un útero gestante de doce semanas, cuando es extirpado su peso suele ser de 150 a 300gramos si tiene un peso mayor, será debido a que tenga leiomiomas.

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 de 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 en diferentes momentos del ciclo

EXAMEN CLINICO

Es pobre y poco específico, su asociación con fibromas (54%) o con endometriosis (14%) puede complicar su diagnóstico ²¹

COMPLICACIONES

ESTERILIDAD: Es una asociación mal conocida, la adenomiosis cornial o tubaria es sin duda la responsable de un cierto número de esterilidad tubaria

EMBARAZO: La hemorragia en el parto, roturas uterinas y placentas acretas ²

BIOLOGÍA

La determinación de Ca 125: ciertas células endometriales ectópicas secretan esta molécula, ³⁷ su elevación es más precoz que la endometriosis externa. La profundidad de las glándulas podría estar ligada a una elevación importante de la tasa de Ca 125 ^{56,6}

Inmunohistoquímica; Los anticuerpos monoclonales (antisulfato de estrona) La adenomiosis expresa de forma significativa sulfato de estrona.

DIAGNOSTICO POR IMAGEN

HISTEROSALPINGOGRAFIA

Representa el examen esencial para el diagnóstico de adenomiosis con una sensibilidad del 70%

Imágenes diverticulares son características y en la mayoría de los casos patognomónicos, según la encuesta de GEE ²¹ se observa en el 30% de los casos.

Se trata de imágenes de adición visibles en las placas de repleción completa localizadas a nivel del cuerpo uterino. El canal diverticular inconstante es perpendicular al borde uterino. La lesión de los cuernos es típica en forma de rama de "murciélago"

Signos Indirectos

- Ectasia difusa de la cavidad con bordes rígidos

La imagen en tuba erecta que muestra una trompa rígida y curva de concavidad superior

La imagen de angulación en bayoneta a nivel del istmo irreductible y visible en todas las placas

La imagen en parasol o navecilla no especifica que traduce simplemente la retroversión fija del útero ^{10,34}

ECOGRAFIA

Son discretos y poco específicos, se observa engrosamiento del miometrio de estructura ecografica heterogénea. Los divertículos visibles por histerografía no son visibles por ecografía. Sensibilidad del USG abdominal del 60%.¹ Según Broten ⁹ señala en su estudio la disimetría de grosor entre las diferentes partes del miometrio debe asociarse a una ecogenicidad heterogénea en la región afectada. Los mejores resultados se obtienen por medio de USG endovaginal.

Difícil distinguir la adenomiosis de los fibromas. Fedele ¹⁸ describe limites menos netos asociados a playas hipocogenas observadas en los adenomiomas

Doppler color permite el diagnostico diferencial con un fibroma o un sarcoma con hiovascularización específica ^{28,33}.

La biopsia de tipo "TRU CUT" con control ecografico tiene una sensibilidad del 8 – 18% por esta razón no se utiliza en la practica común.

RESONANCIA MAGNETICA

En T2 la señal es un poco más intensa, en las formas difusas puede observarse un ensanchamiento del cuerpo y la zona de unión a menudo heterogéneo¹

El 90% de los casos permite distinguir una adenomiosis de un mioma intersticial.
^{33,44}. Algunos autores la consideran un método de referencia comparable al análisis histológico⁹

El interés radica que permite evaluar según Olsin ⁽⁵⁷⁾ la factibilidad de un tratamiento conservador y el resultado de dicho tratamiento dependerá de la profundidad de invasión del miometrio

Brinda mejores resultados que la ecografía vaginal

HISTEROSCOPIA

No permite un diagnóstico constante, puede revelar pequeños orificios puntiformes correspondientes a los canales diverticulares, estas imágenes son particularmente visibles si el examen, se realiza al comienzo del ciclo antes de que la proliferación endometrial las oculte. Excepcionalmente puede observarse nódulos azulados submucosos cuya ruptura por resección o laser deja escapar el líquido marrón característico de la endometriosis. Con frecuencia se encuentra hipervascularización de superficie que explica los fenómenos hemorrágicos.⁴⁷

La adenomiosis es una patología de diagnóstico difícil. Por lo tanto, se suele iniciar el tratamiento sin que haya una certeza diagnóstica categorica. En estas condiciones es difícil evaluar una terapéutica.

En la adenomiosis se han utilizado diferentes moléculas, con frecuencia hormonales, así como también métodos endoscópicos o no. Se debe pensar en estas técnicas antes de recurrir a la histerectomía que, en muchos casos, sigue siendo la única solución terapéutica.

TRATAMIENTO MEDICO

La hormodependencia de las células endometriales de los focos de adenomiosis no es constante. Por otra parte, observando los fracasos de los tratamientos hormonales se han originado descubrimientos fundamentales en este campo.

Sin embargo, la adenomiosis desaparece después de la menopausia y el modelo animal de Mori⁵² sugiere una cierta estroggenodependencia.

No conviene utilizar productos compuestos de estrógenos tipo anticonceptivos orales. Además, se han descrito casos de agravación, por lo tanto, están contraindicados.

En terapéutica se han utilizado distintas moléculas con efecto antiestrogénico.

PROGESTACIONALES

Son los productos más utilizados en algunos países para tratar las menometrorragias premenopáusicas. Los derivados de la 19-norprogesterona son interesantes puesto que son poco androgénicos y no tienen efectos metabólicos. En caso de adenomiosis pueden prescribirse sin interrupción o por secuencias de 20 días al mes.

Los progestacionales son preferibles a los noresteroides, más androgénicos y con efectos secundarios que limitan su utilización.

Sin embargo, a la larga, no permiten hacer retroceder realmente la adenomiosis. Por otra parte, en caso de fracaso se ha vuelto clásico evocar este diagnóstico. Por lo tanto, su eficacia a título terapéutico es limitada.

En cambio, como anticonceptivo, la utilización de progestacionales es lógica. En caso de adenomiosis confirmada deben preferirse en lugar de los estropogestacionales cuya fracción estrogénica es potencialmente desfavorable.

DANAZOL

El danazol se ha utilizado para la adenomiosis con secuencias de 20 días al mes en dosis de 200 a 400 mg diarios. Este producto, derivado de la 19-nortesterona es muy androgénico y los efectos secundarios limitan su utilización.

Algunos trabajos in Vitro sugieren una eficacia acrecentada del danazol sobre el endometrio ectópico⁵⁴. Este efecto podría ser sólo hormonal sino también inmunitario, como lo propone Ota³⁰, en especial cuando se trata de endometriosis externa.

Sin embargo, esto exige ser confirmado por investigaciones clínicas practicadas a gran escala.

De la misma manera, los estudios sobre la aplicación local de danazol por medio de un dispositivo intrauterino parecen interesantes³⁵. En la actualidad, sólo se dispone de trabajos preliminares.

ANALOGOS DE LA GnRH

(<<gonadotropin-releasing hormon>>)

Actualmente se ha demostrado su eficacia en los trastornos del ciclo y las hemorragias de la premenopausia. En todos los casos, estos análogos permiten

realizar un examen para clínico fiable pueden preparar una intervención quirúrgica endoscópica.

Tienen una doble acción:

- al actuar inhiben la hormona de crecimiento EGF (epidermal growth factor) lo que disminuye la reserva de los fibroblastos participando así en la disminución del espesor de la pared uterina;
- por la hipoestrogenia que provocan, causan una atrofia del endometrio y una vasoconstricción a nivel del miometrio. La atrofia endometrial y la reducción del volumen uterino pueden hacer que la intervención histeroscópica sea más rápida y más eficaz en profundidad.

Recientemente se ha destacado el interés de los análogos de la LH-RH para evitar la adenomiosis que podría aparecer después de las resecciones endometriales. La vasoconstricción disminuiría el riesgo de embolización del endometrio que se produciría cuando, provocado por la resección³⁵, se abren los vasos.

Los análogos de la LH-RH también tienen inconvenientes:

- Cuando el útero es pequeño, hacen que el cuello sea menos permeable, lo que puede entorpecer la manipulación de los endoscopios rígidos durante las técnicas de resección, aumentando así el riesgo de perforación;
- los efectos secundarios son importantes y el riesgo de osteoporosis limita la duración de su utilización a 6 meses. Para las pacientes que desean

conservar la fertilidad, este tratamiento parece permitir la regresión temporaria de las lesiones y el desarrollo de un embarazo en los meses siguientes a la suspensión del tratamiento; existen algunos casos descritos ^{29,55,68}. Aparentemente, todavía no se ha publicado ninguna serie importante.

La add-back therapy ya documentada en la endometriosis externa¹² todavía no parece haber sido evaluada en la adenomiosis.

Se trata de asociar el agonista de la GnRH con un estrógeno y/o un progestacional, incluso un antiestrógeno, para limitar los efectos secundarios de los análogos, en especial en el hueso. Esta asociación puede ser propuesta de una vez o por secuencias empezando por los análogos solos. De este modo se atrasa el suplemento esteroide, lo que permite obtener un efecto máximo en las lesiones hormonodependientes.

Se han evaluado varias moléculas en numerosas asociaciones. Meaux⁴² utiliza la goserelina asociada con estrógenos sulfoconjugados y el acetato de medroxiprogesterona (MPA), Friedman¹⁹ utiliza el leuprólido acetato con MPA y/o estrógenos sulfoconjugados, Lumdsen⁴¹ la goserelina asociada con el tamoxifeno y Geisthovel²⁰ la triptorelina con el valerato de estradiol .

Todas estas asociaciones permiten prolongar el tratamiento durante 1 a 5 años. La eficacia no es superior a la de los análogos solos y no se han observado ningún efecto sinérgico, ni con el tamoxifeno, ni con el MPA¹²; además se debe tomar en consideración el costo de tales terapéuticas.

Tratamiento quirúrgico

Histeroscopia

Tanto la resección como el láser Nd-Yag mostraron su valor en el tratamiento de las menometrorragias de la perimenopausia que resisten al tratamiento médico.

Sin embargo, parece que la adenomiosis es la causa de numerosos fracasos de endometrectomía con relector^{8,15,63}. D'Ercole¹⁵ explica el fracaso de la endometrectomía por la adenomiosis en el 57% de los casos y Raiga⁶³ en el 72%. En este caso, las pacientes pueden presentar una mejora transitoria después de la histeroscopia pero el resultado se degrada un año después.

Mergui⁴⁸, en una serie reciente, tiene el 33% de fracasos en caso de adenomiosis probada en las muestras analizadas en caso de adenomiosis probada en las muestras analizadas tras la resección

Con la utilización del láser, los resultados se asemejan. En 137 reducciones endometriales, cerca de la mitad de los fracasos (en 17 histerectomías) se explican por una adenomiosis no diagnosticada en preoperatorio³⁴.

Se puede suponer que, muchas veces, las glándulas endometriales ectópicas pueden situarse más allá del campo de acción del láser que es de alrededor de 7 mm de profundidad.

Una de las pacientes con una adenomiosis confirmada tratada con análogos de la GnRH y luego con histeroscopia láser, han presentado una necrosis de coagulación total del útero ligada al efecto sinérgico de ambos tratamientos. Hubo que practicarse una histerectomía por vía abdominal. Por lo tanto, los límites de tolerancia a este tipo de tratamiento son reales.

Todos estos elementos deben iniciar a ser prudentes al tratar la adenomiosis por histeroscopia.

La reducción endometrial por adenomiosis es posible, el éxito esperado es de alrededor del 60% al 70% en 2 años. Sin embargo, debe hablarse con la paciente sobre el riesgo importante de fracaso. Lo ideal sería disponer en el futuro de un medio predictivo del éxito como lo invoca Mergui ⁴⁸.

En la actualidad, la reducción endometrial debe reservarse a las pacientes que rechazan la histerectomía y que aceptan correr el riesgo de un fracaso. Estas pacientes tendrán que ser vigiladas rigurosamente y en caso de fracaso la histeroscopia no podrá repetirse.

Tratamiento conservador

En caso de adenomiosis voluminosa que pueda asociarse con una infertilidad a veces podrá realizar una cirugía parcial. Recientemente, el equipo de Sévres ^{4,70} han actualizado la técnica descrita desde mucho tiempo.

Suele tratarse de nódulos de volumen importante (>2cm) cuya técnica de exéresis se acerca a la de la miomectomía. La dificultad reside en la falta de un plano de separación entre el tejido sano y el tejido endometriósico. Se debe realizar una exéresis que sea lo más amplia posible pero que conserve el máximo de tejido sano. Se hace una sutura, por un plano extra mucoso, con hilo trenzado de resorción lenta asociada con un punto por encima de la serosa con hilo absorbible de una hebra 3/0.

Tras un plazo de 6 meses se autorizará el embarazo.

El pronóstico de obstetricia es en función de la profundidad de la histerotomía, de la apertura o no de la cavidad y de la calidad de la sutura como para una miomectomía.

Algunas veces esta exéresis puede realizarse por celiocirugía si la posición y el tamaño de la lesión se prestan a ello. En este terreno, la calidad de la sutura tendrá que ser irreprochable, lo que no siempre es fácil en este tejido miometrial a veces modificado.

Tratamiento radical

En la actualidad el tratamiento médico de la adenomiosis no es satisfactorio y, con frecuencia el tratamiento endoscópico fracasa.

En muchos casos, la única solución terapéutica sigue siendo la histerectomía.

Siempre que sea posible se preferirá la vía vaginal ya que la morbilidad es menor y las consecuencias operatorias son más simples. La ovariectomía se indicará si existe una patología anexial asociada o si la paciente tiene más de 45 años. En caso de riesgo de adherencia o si la anexectomía por vía vaginal se anuncia difícil podrá utilizarse una celiopreparación. En caso de adenomiosis, la técnica operatoria no varía.

Indicaciones

Con frecuencia, el médico se enfrenta con recidivas de menometrorragias que resisten al tratamiento médico. Cuando existe un componente doloroso, se propone una histerografía que, a veces permitirá afirmar el diagnóstico de adenomiosis.

Para el examen de la lesión es indispensable una ecografía por vía vaginal que permite evaluar el endometrio y la presencia de miomas intersticiales.

La histeroscopia diagnóstica sólo se practicará en caso de hiperplasia a fin de eliminar una atipia asociada.

En caso de adenomiosis confirmada, el tratamiento médico se reserva para las pacientes jóvenes que desean un embarazo. En esos casos debe intentarse el tratamiento por análogos de la GnRH.

Si existen lesiones proximales de la trompa en forma de <<bola de muérdago>> que, en realidad, corresponden a una verdadera esterilidad tubaría proximal, puede indicarse la fecundación in Vitro. Sin embargo, la adenomiosis es clásicamente una afección de la mujer entre los 40 y 50 años³⁵, edad en la cual se reduce la fertilidad espontánea.

En los pocos casos de lesión focalizada de adenomiosis, se realiza un tratamiento quirúrgico. Puede practicarse por laparotomía o por celioscopia siempre y cuando se pueda realizar una exéresis completa y una sutura de calidad.

En las mujeres premenopáusicas, previa discusión de endometrio o la histerectomía, en el mejor de los casos, por vía vaginal. Se toman en cuenta la facilidad de la histeroscopia así como los riesgos de fracaso del tratamiento endoscópico.

En el plano médico es demasiado pronto evaluar la eficacia de los análogos de la GnRH. No obstante, el costo de esta clase de tratamiento no permitirá una gran

difusión. Tal vez sólo podrá utilizarse para las mujeres jóvenes e infértiles que, por otra parte, no representan la principal cohorte de pacientes con adenomiosis.

El tratamiento de la adenomiosis sigue siendo imperfecto y, con demasiada frecuencia, conduce a la histerectomía. En el futuro sería conveniente disponer de técnicas de exámenes por imágenes que permitan mejorar el diagnóstico y precisar la profundidad para poder prever la eficacia del tratamiento histeroscópico. Se puede esperar que el desarrollo de la resonancia magnética nuclear (RMN) y, sobre todo el de la ecografía por vía vaginal logren este resultado ⁴.

En la actualidad, sólo la histeroscopia permite confiar en un progreso del tratamiento de la adenomiosis.

OBJETIVOS

GENERAL: Conocer la frecuencia de adenomiosis en la población femenina que acude al servicio de ginecología del Hospital General Tacába^U

ESPECIFICOS

- Conocer el grupo de edad más afectado
- Signos y síntomas frecuentemente asociados
- Principales tratamientos instituidos
- Que exámenes de gabinete se solicitaron
- En cuantos casos se sospecha el diagnóstico de adenomiosis
- Cuantos cortes de la pieza por el servicio de histopatológica se realizaron en cada caso

METODOLOGIA

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Tacuba de Enero del 2002 a Julio del 2004.

Se acudió al departamento de anatomopatología donde se revisaron las libretas de registro de piezas quirúrgicas de histerectomía realizadas en el periodo comprendido de enero del 2002 a julio del 2004 obteniéndose el nombre de la paciente, reporte histopatológico y numero de afiliación de la paciente, posteriormente se acudió al servicio de archivo clínico donde se analizaron los expedientes para obtener la población de estudio. La población de estudio fue aquellos pacientes derechohabientes cuyo expediente clínico se localizara en el departamento de archivo clínico, que hayan sido referidas al Hospital General Tacuba con diagnostico de hemorragia uterina anormal o disfuncional en el periodo comprendido de enero del 2002 a julio del 2004 y que se le haya realizado histerectomía. Con los datos de las pacientes incluidas en el estudio se llenó una cédula de registro a partir del cual se obtuvieron los resultados que fueron analizados por el método estadístico de medidas de proporción para registrar los datos en porcentajes y graficas.

RESULTADOS

Los datos y resultados obtenidos fueron de acuerdo al análisis anatomopatológico de 521 úteros producto de histerectomía en el período comprendido del 1 de Enero del 2002 al 31 de Julio del 2004, realizadas en el Hospital General Tacuba del ISSSTE, ubicado en la Ciudad de México. Correlacionando el diagnóstico clínico preoperatorio con el diagnóstico anatomopatológico.

Se analizaron en el servicio de patología 521 úteros producto de histerectomía, de los cuales 519 se extirparon por patología ginecológica y en 6 de los casos por complicaciones e indicaciones obstétricas como se muestran en la grafica No. 1.

De las 521 piezas quirúrgicas analizadas se llevo a cabo una revisión del expediente clínico el cual se analizo caso por caso y de este análisis de excluyeron aquellos casos en los cuales no se encontró el expediente clínico, y solo se incluyeron aquellos que cubrieron con los criterios de inclusión tales como pacientes derechohabientes del ISSSTE referidas al Hospital General Tacuba en el periodo comprendido de Enero del 2002 a Julio del 2004 con diagnóstico de hemorragia uterina anormal o disfuncional, y en las que no se había establecido el diagnóstico de adenomiosis y criterios de exclusión obteniéndose 153 casos cuyo reporte por histopatológica era de adenomiosis y otra patología asociada arrojando una frecuencia del 31.6% del total de las piezas de histerectomía

analizadas en el departamento de anatomopatológica del Hospital General Tacuba como se muestra en la grafica No 2.

Para obtener la edad que mas casos de adenomiosis registraba en las pacientes analizada se agruparon en grupos de 5 años, observando que la edad que registra más casos de adenomiosis fue la edad comprendida de 41 a 45 años con un total de 56 casos, el grupo de 46 a 50 años con un total de 45 casos, el grupo de 36 a 40 años con un total de 25 casos, el grupo de 51 a 55 años con un total de 10 casos, el grupo de 31 a 35 años con un total de 6 casos, el grupo de 56 a 60 años con un total de 5 casos, los grupos de 26 a 30 años y el grupo de 71 a 75 años con un total en cada grupo de 2 casos y finalmente el grupo de 66 a 70 años y el grupo de 81 a 85 casos cada uno con un caso respectivamente como podemos observar en la grafica No 3.

Los principales diagnósticos prequirúrgicos que se registraron en los expedientes clínicos de las pacientes analizadas fueron miomatosis uterina en 126 casos, hiperplasia endometrial en 10 casos, cáncer de ovario en 4 casos, prolapso genital en 3 casos, endometriosis en 3 casos, absceso tuboovárico en dos casos, tumor de ovario benigno en 2 casos, cáncer cervicouterino en dos casos y cáncer endometrial en un caso como podemos observar en la grafica No 4

De los signos y síntomas mas frecuentemente asociados que se encontraron registrados en los expedientes clínicos de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo que en los 153 casos de adenomiosis el sangrado genital anormal fue la sintomatología mas frecuentemente asociada ,

seguida de dismenorrea manifestándose en 148 pacientes, plenitud pélvica en 130 pacientes, síntomas gastrointestinales en 90 pacientes y crecimiento abdominal en 70 casos como podemos observar en la grafica No 5

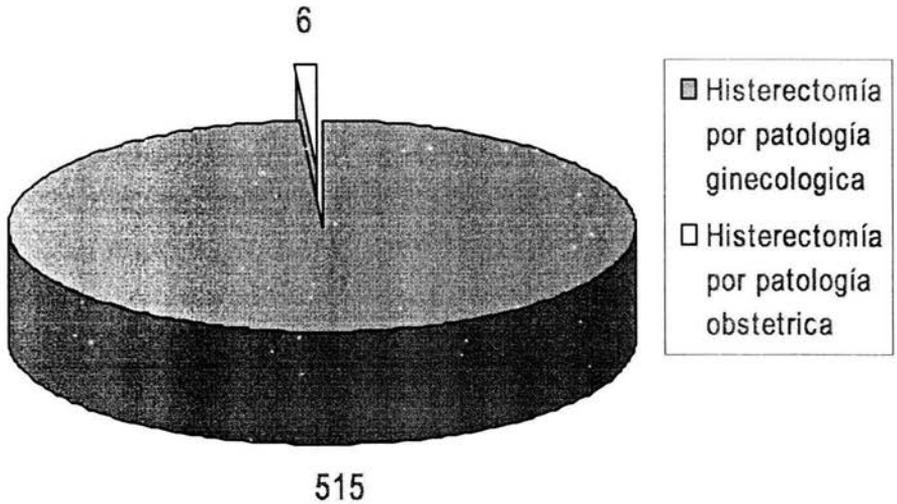
De los exámenes de gabinete que se solicitaron a las pacientes que por estudio histopatológico arrojó el diagnóstico de adenomiosis fue el USG pélvico en las 153 pacientes de las cuales en ningún estudio encontró datos sugestivos o sospechosos de adenomiosis y en tres pacientes se solicitó TAC como parte del protocolo de estudio como se muestra en la grafica No 6

Los principales diagnósticos patológicos asociados con adenomiosis de las pacientes que fueron analizadas y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión de nuestro estudio fueron las siguientes: cervicitis crónica inespecífica con un total de 82 casos, leiomiomatosis con 61 casos, endometrio secretor con 42 casos, endometrio proliferativo con 29 casos, cervicitis crónica quística con 26 casos, quistes foliculares con 25 casos, cuerpo amarillo hemorrágico y angioesclerosis del miometrio con 12 casos respectivamente, cervicitis asociada con infección por virus del papiloma humano con 11 casos, quiste paratubario seroso, metaplasia escamosa endocervical y atrofia endometrial con 6 casos respectivamente, hiperplasia microquística glandular endocervical con 5 casos, endometrio autolisado, quistes de Naboth, hematosalpinx, quiste seroso de ovario, quistes endometriósicos con 4 casos respectivamente, Cistadenoma seroso, hiperplasia endometrial sin atipia, hidrosalpinx con 3 casos respectivamente, hiperplasia endometrial con atipia y pólipo endometrial con dos casos

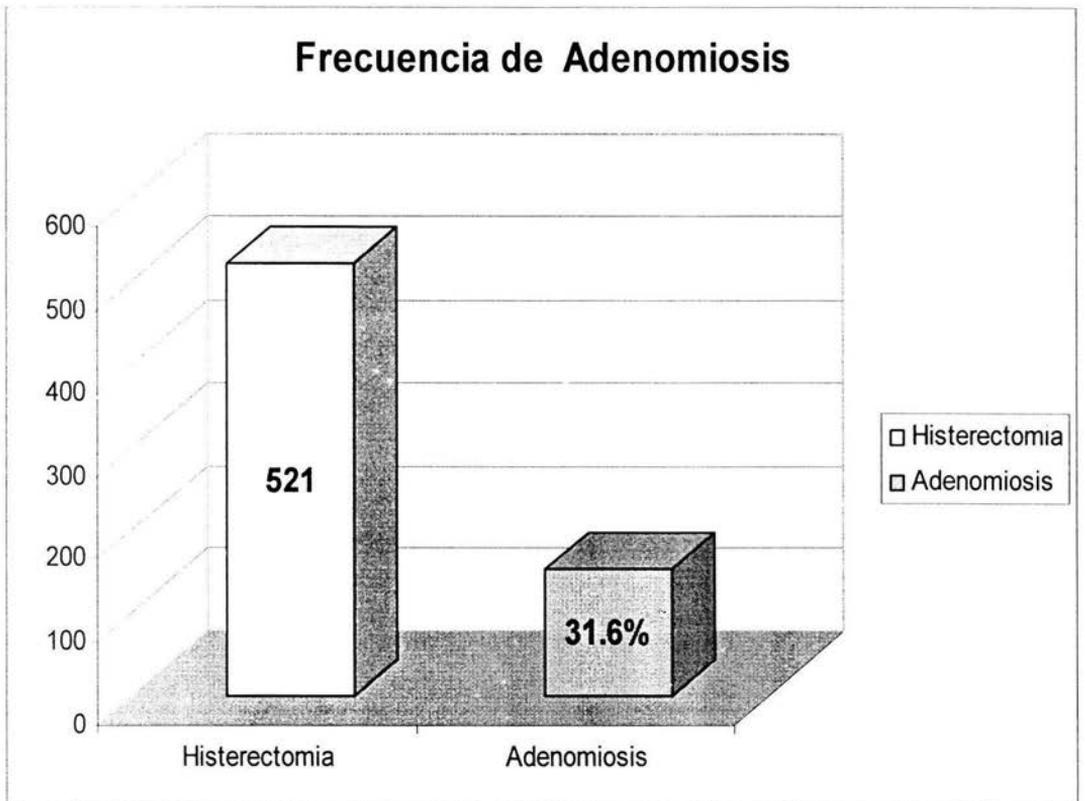
respectivamente y endometriosis peritoneal, displasia cervical moderada, Tumor de Brenner benigno, salpingooforitis aguda, acantosis cervical y endometrio con intensa reacción decidual con un caso respectivamente y cistadenocarcinoma papilar seroso, adenocarcinoma papilar endometrial bien diferenciado con un caso respectivamente como se muestra en el cuadro numero 1

GRAFICA No. 1

**NUMERO DE HISTERECTOMIAS REALIZADAS
EN EL HOSPITAL GENERAL TACUBA**

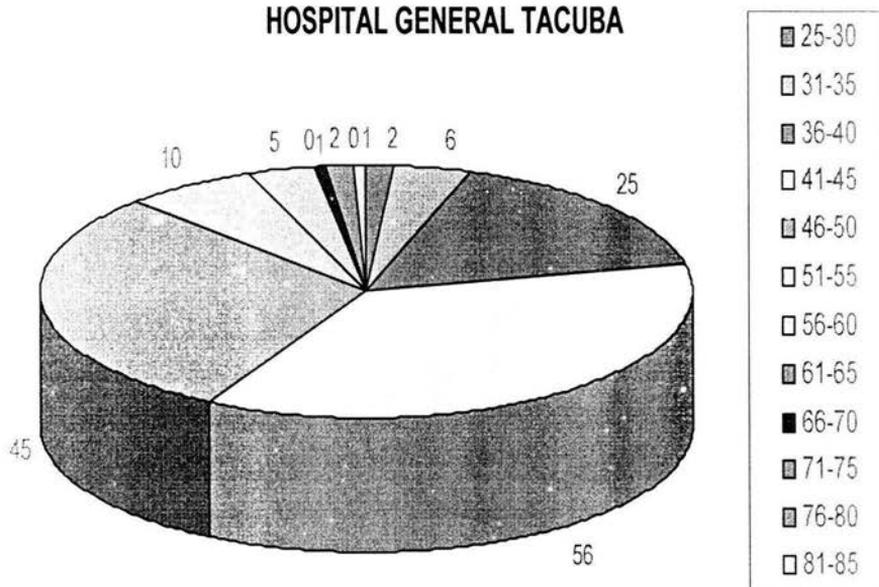


GRÁFICA No. 2.



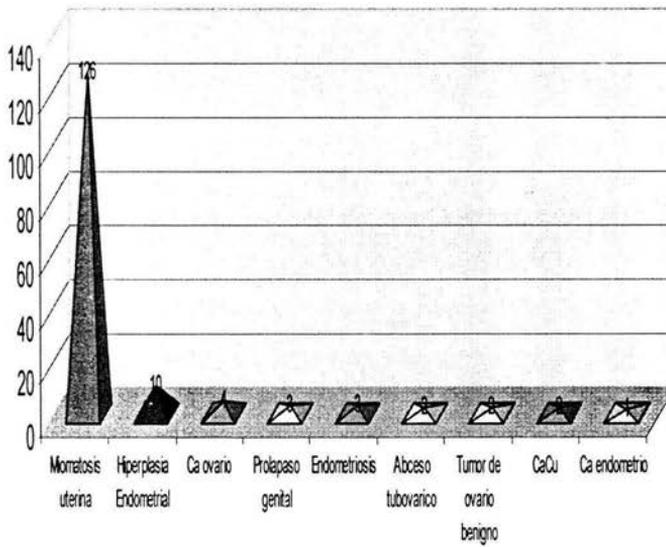
GRÁFICA No. 3

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDADES DE PACIENTES CON
DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE ADENOMIOSIS DEL
HOSPITAL GENERAL TACUBA

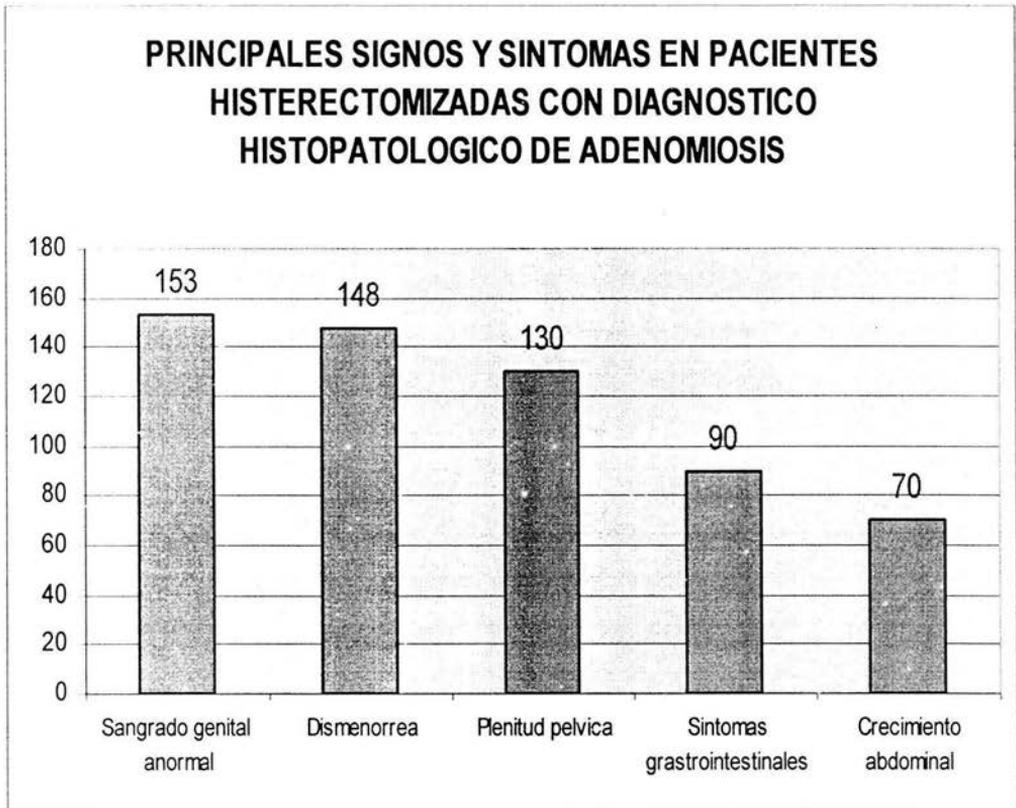


GRAFICA No.4

DIAGNOSTICOS PREQUIRURGICOS EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS CON DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE ADENOMIOSIS

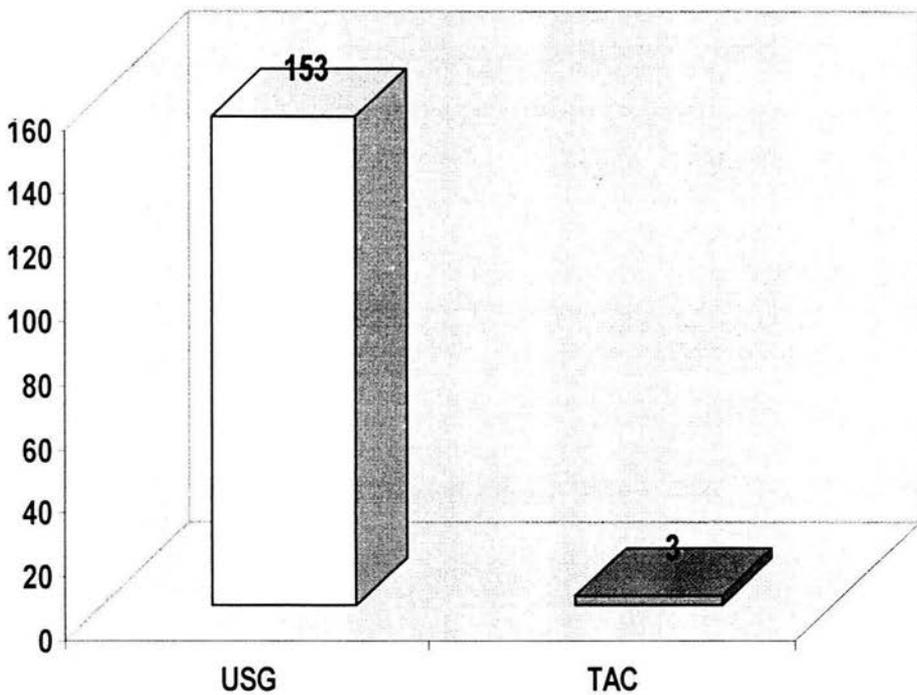


GRAFICA No. 5



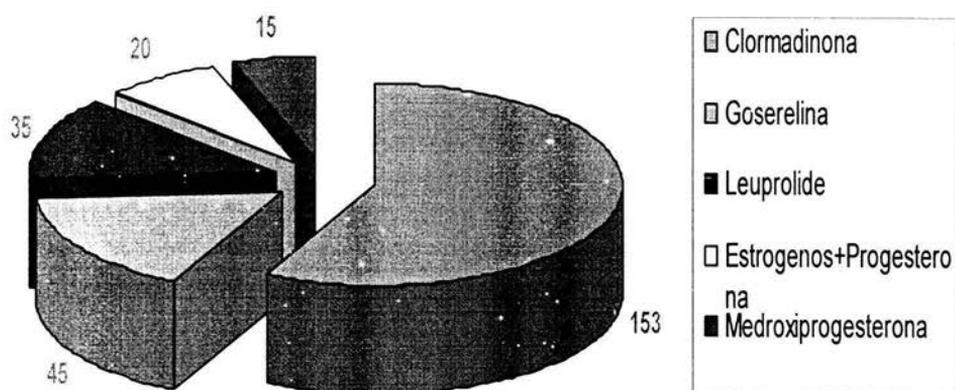
GRAFICA No. 6

**PRINCIPALES ESTUDIOS DE GABINETE REALIZADOS
EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS CON
DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE ADENOMIOSIS**



GRAFICA N. 7

TRATAMIENTOS INSTITUIDOS EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO
HISTOPATOLOGICO DE ADENOMIOSIS



CUADRO No. 1**DIAGNOSTICOS HISTOPATOLOGICOS ASOCIADOS A ADENOMIOSIS**

| DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO | No. DE CASOS |
|---|---------------------|
| Cervicitis crónica inespecífica | 82 |
| Leiomiomatosis | 61 |
| Endometrio secretor | 42 |
| Endometrio proliferativo | 29 |
| Cervicitis crónica quística | 26 |
| Quistes foliculares | 25 |
| Cuerpo amarillo hemorrágico | 12 |
| Angioesclerosis del miometrio | 12 |
| Cervicitis asociada con infección por virus del papiloma humano | 11 |
| Quiste paratubario seroso | 6 |
| Metaplasia escamosa endocervical | 6 |
| Atrofia endometrial | 6 |
| Hiperplasia microquística glandular endocervical | 5 |
| Endometrio autolisado | 4 |
| Hematosalpinx | 4 |
| Quiste seroso de ovario | 4 |
| Quistes de Naboth, | 4 |
| Quistes endometriósicos | 4 |
| Cistadenoma seroso hidrosalpinx | 3 |
| Hiperplasia endoemtrial sin atipia, | 3 |
| Hidrosalpinx | 3 |
| Hiperplasia endoemtrial con atipia | 2 |
| Pólipo endometrial con dos casos | 2 |
| endometriosis peritoneal endometrio con intensa reacción decidual | 1 |
| displasia cervical moderada | 1 |
| Tumor de Brenner benigno | 1 |
| salpingooforitis aguda | 1 |
| Acantosis cervical | 1 |
| endometrio con intensa reacción decidual | 1 |

DISCUSION

La presente investigación encontró una frecuencia del 31.6% de adenomiosis en las piezas de histerectomía realizadas en el periodo comprendido de enero del 2002 a julio del 2004, sin embargo el departamento de patología nos informo que en las piezas de histerectomía analizadas y en las cuales se documentó adenomiosis solo se realizaron dos cortes para establecer el diagnóstico histopatológico de adenomiosis cuando la literatura internacional dice que para establecer un diagnóstico de adenomiosis y no pasar desapercibido dicha patología se deben realizar por lo menos 5 cortes, por lo que podríamos afirmar que probablemente hayan pasado desapercibidos varios casos de adenomiosis, y con esto aumentar nuestra frecuencia que de por sí ya es alta, ya que en los estudios que encontramos va del 5 al 40%. Por lo que recomendaríamos al servicio de patología revisar actualidades sobre el tema de adenomiosis, y no por ser una patología benigna y frecuente minimizar su importancia para la correlación clínica.

Los estudios de gabinete realizados en las pacientes con reporte histopatológico de adenomiosis el ultrasonido en ningún caso estableció como probable diagnostico la adenomiosis, aun cuando la literatura menciona que el USG abdominal alcanza una sensibilidad del 60% y el ultrasonido transvaginal hasta del 80%, con una especificidad del 50%. Lo anterior nos traduce que el servicio de radiodiagnóstico no cuenta con la suficiente experiencia, o la calidad y resolución

del equipo no es la adecuada, o probablemente ignoren su existencia o la imagen que nos muestra el estudio cuando existe esta patología, ya que en ultrasonido abdominal se nos puede mostrar un patrón heterogeneo del útero, confundiéndose la mayoría de las veces con miomatosis de pequeños elementos, además que el tamaño del útero puede ser muy variable , desde el tamaño normal hasta un crecimiento de 11-12 cm, pero sin bordes irregulares.

En todos los casos de adenomiosis al revisar el expediente clínico ninguno se estableció como probable diagnóstico la adenomiosis, esto puede estar parcialmente justificado por que en el 43% de los casos se asoció a miomatosis que en gran parte enmascara el diagnóstico clínico, sin pensar en la coexistencia de adenomiosis que probablemente fuera la causa primaria de hemorragia que presentaban las pacientes y no la miomatosis que en muchos casos era de pequeños elementos. El otro 57% en que no se asoció nos muestra que ante un sangrado anormal aparentemente disfuncional y que no se cohibe debemos de pensar en adenomiosis, porque muchas veces no hay crecimiento uterino palpable y en otras ocasiones la exploración no es adecuada porque la mayoría de nuestras pacientes presentan obesidad.

El mayor numero de pacientes afectadas por adenomiosis en el presente trabajo fue el grupo de 41 a 45 años de edad con un total de 56 casos lo que nos habla de que debemos tener presente cuando tratemos a pacientes en este grupo de edad con hemorragia uterina anormal o disfuncional que es un grupo vulnerable para esta patología. Cabe señalar que llama la atención la presencia de

adenomiosis en casos de edad avanzada tanto como de 81 años, esto confirma lo que se menciona en la literatura de la presencia de endometriosis en pacientes postmenopausicas. La importancia de realizar el diagnóstico estriba en poder darle una razón preoperatoria adecuada a nuestras pacientes.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se determinó una frecuencia de adenomiosis del 31.6% en las piezas de histerectomía en el periodo comprendido de enero del 2002 a enero del 2004.

La edad con mayor numero de casos de adenomiosis fue el grupo comprendido de 41 a 45 años con un total de 56 casos

La sintomatología mas frecuente asociada a casos de adenomiosis fueron trastornos menstruales de tipo hiperpolimenorrea

La patología mas comúnmente asociada a la adenomiosis fue la cervicitis cronica inespecifica con un total de 82 casos

De los tratamientos que fueron instituidos en las pacientes con adenomiosis por reporte histopatologico fue la clormadinona

BIBLIOGRAFIA

1. Arnold LL, Ascher SM, Schrufer JJ, Simon JA The nonsurgical diagnosis of adenomyosis. *Obstet Gynecol* 1995, 86:461-465
2. Arthur M. McCauslan, MD. Hysteroscopic miometrial biopsy: Its use in diagnosis adenomyosis and its clinical application. *AM J. Obstet Gynecol* 1992;166: 1619-28
3. Azziz R. Adenomyosis in pregnancy: a review. *J. Reprod Med* 1986; 31: 224-227
4. Belaish J. Reflexions sur les endometrioses resistantes *Contracept Fétil* 1994; 22 (suppl 12): 791-795
5. Bird CC, Mc Elin TW, Manolo-Estrella P. The elusive adenomyosis of the uterus revisited. *Am J. Obstet Gynecol* 1972; 122:583-589
6. Blanc B, Boubli L. Adénomyosis, In *Gynecologie*. Paris: Pradel, 1993: 397-403
7. Beltrán Cota Alberto; Histerectomía vaginal 84 casos en el Hospital General de Mexicali Tesis de Postgrado en Ginecología y Obstetricia Baja California 1983

8. Boubli L, Blanc. Adénomyosis, histérocopie opératoire, hormonosubstitution de la ménopause. *Contracept Fétil Sex* 1994; (suppl 12): 847-850
9. Brosens JJ, De Souza NM, Barrer FG, Paraschos T, Winston RML. Endovaginal ultrasonography in the diagnosis of adenomyosis uteri: identifying the predictive characteristics. *Br J. Obstet Gynecol* 1995; 102: 471-474
10. Canis M, Mage G. Pouly JL, Bruhat MA, Adenomyose. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris) Gynecologie*, 105-A-20 1989:5p.
11. Carlson KJ, Miller BA, Fowler FJ. The Maine women's health study. I Outcomes of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 556-565
12. Cohen J. Association hormonothérapie substitutive et analogues de la GnRH: add-back thérapie. *Contracept Fétil Sex* 1994; 22 (suppl 12): 851-853
13. Carlos Damián José Luís; Correlación clínica, ultrasonográfica e histológica de la miomatosis uterina en el Hospital General de México, Tesis de posgrado en Ginecología y Obstetricia. México 1986
14. Carcaño Arriaga Rosalía; Reporte histopatológico de endometriosis en piezas quirúrgicas como patología no sospechada en el Hospital IMSS, Tesis de postgrado en Ginecología y Obstetricia Puebla 1989
15. D'ercole C. Roger V. Blanc B. Le traitement de l'adénomyose. *Contracept Fétil Sex* 1994; 22: 371-374

16. Emge LA. The elusive adenomyosis of the uterus. Am J. Obstet Gynecol 1962; 83: 1541
17. Falk RJ, Mullin BR Exacerbation of adenomyosis symptomatology by estrogen-progestin therapy. A case report and histopathological observation. Ant J Fétil 1989; 34: 386-389
18. Fedele L. Bianchi S. Dorta M. Zanotti F, Brioschi D. Cranially S. Transvaginal ultrasonography in the differential diagnosis of adenomyoma versus leiomyoma. Am J Obstet Gynecol 1992; 167: 603-606
19. Friedman AJ, Hornsteint MD. Gonadotropin releasing hormone agonist plus estrogen-progestin "add-back" therapy for endometriosis related pelvic pain. Fétil Steril 1993; 60: 236-241
20. Geisthovel F. GnRH analogs plus estrogen-gestagen replacement therapy: an alternative treatment to severe recurrent endometriosis Gynecol Endocrinol 1993; 7 (suppl 2) : 42
21. Gee (GROUP DÉTUDE SUR l'endometriose):Compte rendudes 3a. Journées du GEE. Contracept Fétil Sex 1994; 22 (suppl 12): 791-864
22. Gálvez Aguilar Carlos Iván; Revisión de piezas de histerectomía en el Hospital Americano Británico Cowdray ABC. Tesis de postgrado de Ginecología y Obstetricia México 1990.

23. García Del Toro Julio; Revisión de 189 casos de histerectomía en el Hospital Dr. Gonzalo Castañeda ISSSTE. Tesis de postgrado de Ginecología y Obstetricia. México 1982
24. Guerra de la Garza Elvia; Relación clínica, ultrasonográfica y anatomopatológica de miomatosis uterina en el Hospital DR Luís Castelazo Ayala IMSS. Tesis de postgrado de Ginecología y Obstetricia México 1991.
25. Hall JB, Young RH, Nelson JH. The prognostic significance of adenomyosis in endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 1984; 17: 32-40
26. Hayata T. Ultrastructural study of glandular epithelium in adenomyosis in comparison with those proliferative endometrium and well differentiated endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 225-228
27. Hernandez E. Woodruff JD. Endometrial adenocarcinoma arising in adenomyosis *Am J Obstet Gynecol* 1980; 138: 827-832
28. Hirai M. Shibata K, Sagal H. Sekiya S, Goldberg BB, Transvaginal pulsed and color Doppler sonography for the evaluation of adenomyosis. *J. Ultrasound Med* 1995; 14: 529-532
29. Hirata JD, Moghissi KS, Ginsburg KA. Pregnancy after medical therapy of adenomyosis with a gonadotropin-releasing hormone agonist. *Fertil Steril* 1993; 59: 444-445
30. Hiroataka Ota, MD. Xanthine oxidase in eutopic and ectopic endometrium in endometriosis and adenomyosis. *Fertil Steril* 2001; 75: 785-90

31. Jacob Zamudio Teresita; Miomatosis uterina relación anatomoclínica en el Hospital Dr. Fernando Quiroz ISSTE. Tesis de postgrado de Ginecología y Obstetricia México 1990
32. Jiménez Gómez Francisco Miguel; Hallazgos ecográficos radiológicos e histopatológicos de adenomiosis en el Hospital La Raza IMSS. Tesis de postgrado de Ginecología y Obstetricia México 1986
33. Jourdain O, Adenomyose. Encicl. Med. Chir (Elsevier, Paris- France) Gynecologie 150-A-20, 1997, 6p.
34. Jourdain O, Joyeux O, Lajus C, Sfaxi I, Roux D, Dally D. Endometrial Nd-YAG laser ablation by flexible hysteroscopy. Long term follow-up of 137 cases. Eur J. Obstet Gynecol Reprod Biol 1996; 69: 103-107
35. Jourdain O, Sfaxi I, Cambon D, Dally D, Existe-t-il un traitement conservateur de la adénomyose? Intérêt du laser Nd_YAG et des analogues de la LH-RH. A propos de 13 cas. Ref Gynecol Obstet 1995; 3: 62-65
36. Kei Ezaki, MD. Inmunohistologic localization of estrone Sulfatase in Uterine Endometrium and Adenomyosis Obstet Gynecol 2001; 98: 815-9
37. Kobayashi H, Ida Terao T, Kawashima Y. Molecular characteristics of the CA 125 antigen produced by human endometrial epithelial cells; comparison between eutopic and heterotopic epithelial cells. Am J Obstet Gynecol 1993; 169: 725-730.

38. Lothor W. Popp, Myometrial biopsy in the diagnosis of adenomyosis uteri. Am J Obstet Gynecol 1993; 165: 225-8
39. Luigi Fedele, MD, Transvaginal ultrasonography in the diagnosis of diffuse adenomyosis. Fétil Steril 1992;58:94-7
40. Luigi Fedele, MD, Transvaginal ultrasonography in the differential diagnosis of adenomyoma versus leiomyoma. Am J Obstet Gynecol 1992; 166: 603-6
41. Lumdsen MA, West CP, Hillier H, Baird DT. Estrogenic action of Tamoxifen in women treated with luteinizing hormone agonists (gosereline) lack of shrinkage of uterine fibroids. Fétil Steril 1989;52: 924-929
42. Maheux R, Lemay A Treatment of perimenopausal women: potential longer therapy with a depot of GnRH agonist combined with hormone replacement therapy. Br J Obstet Gynecol 1992; 99 (suppl 7): 13-17
43. Manabu Matsuda, Ph D, Increased invasion activity of endometrial stromal cell and elevated expression of matrix metalloproteinase messenger RNA in the uterine tissues of mice with experimentally induced adenomyosis. Am J Obstet Gynecol 2001; 185: 1374-80
44. Mark AS Hricak H, Heinrichs LW, Adenomyosis and leiomyoma. Differential diagnosis with MR imaging. Radiology 1988; 166: 114-114
45. Masato Nishida, MD PhD. Relationship between the onset of dysmenorrhea and histologic findings in adenomyosis. Am J Obstet Gynecol 1992; 167: 603-6

46. Martínez Guzmán Roberto; Adenomyosis revisión de 3 años en piezas de histerectomía en el Hospital Dr. Fernando Quiroz ISSSTE. Tesis de postgrado en Ginecología y Obstetricia México 1988.
47. Mc Causland A. Hysteroscopic myometrial biopsy: its use in diagnosing adenomyosis and its clinical application. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 1619-1626
48. Mergui JL, Solidakis A Adenomyose: place du traitement hysteroscopique. *Contracept Fétil Sex* 1995; 23: 590-594
49. Minh HN, Smadja A, Orceli L. Une conception histogenique unitaire des endometrioses internes et externes *J. Gynecol Obstet Biol Reprod* 1986; 15: 29-35
50. Moen MH. Endometriosis in monozygotic twins. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 59-62
51. Monika Shindl, MD. Increase microvessel density in adenomyosis uteri. *Fertil Steril* 2000; 75: 131-5
52. Mori T, Singtripop T, Kawashima S. Animal model of uterine adenomyosis: is prolactin a potent inducer of adenomyosis in mice *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 232-234
53. Mutsu Ishikawa, MD, Expression of superoxide dismutase (SOD) in adenomyosis *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 730-4

54. Negami AI, Sosaki H, Tominagara T. Therapeutic effects of Danazol on endometrial cells may be activated by the presence of extracellular matrix. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 739- 743.
55. Nelson Jr, Corso SI. Long-term management of adenomyosis with a gonadotropin-releasing hormone agonist: a case report. *Fertil Steril* 1993; 59: 441- 443
56. Nishida M. Relationship between the onset of dysmenorrhea and histologic findings in adenomyosis. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 229- 231
57. Olson MC, Posniak HV, Tempany CM, Dudiak C. MR imaging of the female pelvic region. *Radiographics* 1992; 12: 445- 465
58. Parra Caracosa José Luis; Correlación anatomoclínica en procesos ginecológicos benignos en piezas de histerectomía en el Hospital de la Mujer. Tesis de postgrado de Ginecología y Obstetricia. México 1978
59. Popp LW, Schwiedessen JP, Gaetje R. Myometrial biopsy in the diagnosis of adenomyosis uteri. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 546- 549
60. Porta Ayala Guillermina; Revisión de 5 años en piezas de histerectomía en el Hospital Dr. Fernando Quiroz ISSSTE. Tesis de postgrado de Ginecología y Obstetricia México 1984
61. Quereux C, Alegre M, Dorangeon PH, Gabriel R, Zeinoun R, Wahl P. Adenomyose: une entité méconnue, un diagnostic possible. A propos de 91 cas *J Gynecol Obstet Biol. Reprod* 1991; 20 : 294- 295

62. Racinet C, Morin X, Berthet J, Amblard E, Lutz JM. Enquete sur l'adénomyose. Etude rétrospective d'une série d'hysterectomies pour lésions bénignes. J. Gynecol Obstet Biol. Reprod 1988; 17: 939
63. Raiga J, Bowen J, Glowczower E, Canis M, Wattiez A, Dechelotte P et al. Facteurs de échec de l'endométriotomie. A propos d'une série de 196 cas. J. Gynecol Obstet Biol Reprod 1994; 23: 274- 278
64. Roberto B. Albee, MD, Adenomyosis: Is it Really Endometriosis? Center for Endometriosis Care Newsletter- Adenomyosis pg 1-5
65. Rodríguez Gijón Salvador; Morbilidad en 100 casos de histerectomía en el Hospital Dr. Fernando Quiroz ISSSTE. Tesis de postgrado. México 1987
66. Sánchez Monroy José Luís; Correlación anatomoclínica de histerectomías en el Hospital Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE. Tesis de postgrado en Ginecología y Obstetricia México 1984
67. Siegler AM, Camilien L. Adenomyosis. Clinical perspectives J Reprod Med 1994; 39: 841- 853
68. Silva PD, Perkins HE, Shauberger CW. Live birth after treatment of severe adenomyosis with a gonadotropin releasing hormone agonist Fértil Steril 1994; 61: 171- 172
69. Soberanes Almeida José Guadalupe; Utilidad diagnóstica de la gamagrafía en tumores benignos de útero y ovario en el Hospital Adolfo López Mateos ISSSTE. Tesis de postgrado en Radiología México 1980.

70. Tadjerouni A, Henry- Suchet J, Loysel T, Bergeron N, Adenomyose et infertilité. Cure chirurgicale. *Gynecol* 1995; 3: 380 – 386
71. Takashi Hayato, MD Ultrastructural study of glandular epithelium in adenomyosis in comparison with those of proliferate endometrium and well-differentiated endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 225-8
72. Yamamoto T, Nogushi T, Tamura T, Kitawaki J, Okada H Evidence for estrogen synthesis in adenomyotic tissues *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 734- 738

ANEXO

CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- NUMERO DE EXPEDIENTE
- EDAD
- CLINICA DE ADSCRIPCIÓN
- TRATAMIENTOS HORMONALES INSTITUIDOS Y DURACIÓN DE LOS MISMOS
- ESTUDIOS DE GABINETE REALIZADOS
- CIRUGIAS GINECOLÓGICAS PREVIAS
- DIAGNÓSTICO CLÍNICO
- DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES
- DIAGNÓSTICO HISPATOLÓGICO