

11217  
127  
2ej



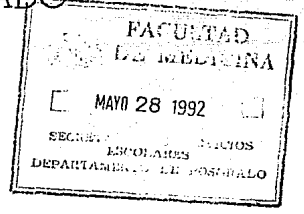
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO DEL SURESTE

"DIAGNOSTICO CLINICO DE ADENOMIOSIS"

TESIS DE POSTGRADO



PRESENTADO POR:

DR. WILLEBALDO TOVAR TELLEZ

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

EN OPCION AL TITULO DE:

GINECO-OBSTETRA

H. G. Z. con A. P. MÉRIDA  
JEFE DE CENTRO SURESTE

DR. RENE PENICHE CAMPOS

R. GENARO CARDENAS RIOS  
División de Gineco-Obstetricia  
Centro Médico del Sureste

1992



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Í N D I C E :

INTRODUCCION	.. 4
HISTORIA	.. 4
MATÉRIAL Y METODOS	..11
CUADROS	..14
RESULTADOS	..19
GRAFICAS DE FRECUENCIA	..21
CONCLUSIONES	..33
BIBLIOGRAFIA	..35

## INTRODUCCION

La adenomiosis es probablemente una de las causas más frecuentes de menstruación anormal que lo que se piensa por lo general.

El diagnóstico clínico preoperatorio es correcto en menos del 15%, pero puede aumentar hasta más de cuatro veces mediante una valoración cuidadosa y consiente por lo que en el presente trabajo se pretende hacer énfasis en los principales síntomas y signos de las pacientes cuyo diagnóstico fue correcto clínica e histopatológicamente.

## DEFINICION

La adenomiosis se define como la presencia heterotópica de tejido endometrial en el miometrio, con las mismas características histológicas y funcionales de la mucosa uterina, por lo que en un tiempo se le llamó endometriosis interna. (1,2).

## HISTORIA

Son varios los investigadores que en una u otra forma han contribuido con sus investigaciones para aclarar el origen de la endometriosis, entre ellos tenemos Rokitansky (1860), que reporta un caso de endometriosis en una autopsia.

En 1880, Lichtenhel describió un caso de endometriosis ovárica.

En 1897 Cullen describe tejido endometrial aberrante dentro de la pared uterina.

Goodall, en 1943, indica la teoría de la invasión directa, explica la presencia de endometrio en capa muscular uterina por contigüedad a partir de la capa basal del endometrio -- normal. (1,2)

### FRECUENCIA

La frecuencia de la adenomiosis es variable pero la mayoría de los estudios encontrados en la Literatura mundial reportan una incidencia del 10 al 20%.

Bird y McElin reportan un diagnóstico clínico preoperatorio correcto en menos del 15%. (2)

Pentti, Kilkku y Matti reportaron una incidencia del 13.2% en 212 pacientes que fueron sometidas a histerectomía con diagnóstico de adenomiosis. (9)

En 1978 en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del Centro Médico "La Raza" se encontró una frecuencia del 9.8% de adenomiosis.

### ETIOPATOGENIA

La etiología es aún incierta y probablemente participen múltiples factores.

Desde que Cullen inyectó colorantes en piezas de histerectomía y demostró por cortes seriados que la mayor parte de adenomiosis se desarrollan por extensión directa del endometrio hacia afuera a través de espacios tisulares de haces musculares del miometrio, se sabe que la adenomiosis puede desarrollarse en forma directa, de manera que se encuentran glándulas endometriales rodeadas por estroma de endometrio. (1)

Y tal vez el efecto de los estrógenos sea la causa de la adenomiosis superficial con transporte linfático de endometrio viable como factor etiológico en la adenomiosis profunda. (3,4,5)

La mucosa del endometrio no tiene membrana basal entre ella y la muscular subyacente, por lo tanto carece de barrera para impedir el crecimiento del epitelio hacia la fibra muscular, que puede ser favorecido por un proceso hiperplásico secundario a efecto hormonal, legrado uterino instrumental o por el embarazo penetrando el endometrio en el estroma en forma de tirabuzón. (1,2,6)

Por lo general, afecta la cara posterior del fondo del útero, pero en ocasiones afecta la cara anterior del útero o la región corneal. Aunque los cortes tisulares a menudo muestran continuidad directa de islotes de endometrio ectópico con la superficie mucosa, muchos focos de adenomiosis aparecen aislados. En los grados más avanzados de adenomiosis, hay crecimiento uterino difuso y globular por hipertrofia del músculo liso adyacente a las glándulas ectópicas pudiendo crecer hasta 10-11 cms. (7,8)

La consistencia es uniforme, normal o ligeramente disminuida, de superficie regular y no nodular como sucede con los miomas. (7,9,8)

La superficie al corte tiene un patrón trabecular lleno de vértices, y puede haber pequeñas zonas de hemorragia que representan islotes endometriales en los cuales a ocurrido sangrado menstrual.

El útero está crecido, a menudo en forma simétrica, firme y vascularizado. La incisión revela trabéculas granulares o moteadas en forma burda con pequeños espacios quísticos de color amarillo o pardo que contiene líquido o sangre. A menudo es imposible distinguir la unión endometrio miometrio.

El patrón microscópico es de islotes endometriales diseminados a través del miometrio y se aprecia glándulas endometriales rodeadas por estroma del endometrio, rodeado a su vez por miometrio. (1,7,8)

La hipertrofia y la hiperplasia del endometrio casi siempre están presentes alrededor de los islotes del endometrio y la hemosiderina fagositada en ocasiones puede observarse en la capa muscular. Si el grado de afección es notorio, es bastante probable que el endometrio ectópico muestre -- los cambios cíclicos idénticos a los del endometrio normal, en la mayoría de las enfermas el tejido aberrante parece responder a la administración de estrógenos aunque no a la progesterona. Cuando la hiperplasia endometrial afecta la capa mucosa, puede observarse el mismo patrón histológico en los islotes ectópicos; siendo el más frecuente el de tipo inmaduro. (2,6,7)

El dolor y el sangrado uterino anormal pueden ser causados por:

- 1) Aumento de la vascularidad del útero, antes de la menstruación o durante la misma.

2) Mal control vascular secundario al debilitamiento de la contractilidad del miometrio por el endometrio ectópico.

El diagnóstico clínico es presuncional y se basa exclusivamente en menometrorragia, dismenorrea, útero globoso normal o un poco crecido en pacientes con edades que oscilan entre los 35 y 45 años.

El tipo de afección del miometrio, difuso o localizado, no tiene relación con el grado de sintomatología clínica. -- Sin embargo en estudios retrospectivos recientes parece -- ser que la afección superficial del endometrio tiene relación con las manifestaciones clínicas de menometrorragia, en tanto que la afección profunda se correlaciona con la dismenorrea y el crecimiento uterino. (8,9,10)

La adenomiosis se asocia con sangrado uterino anormal en el 50 a 75% de los casos y parece corresponder a la afección superficial del miometrio.

La dismenorrea se encuentra en el 25 al 46% de las pacientes con adenomiosis y parece tener relación con la afección profunda del miometrio. (9,10)

El crecimiento uterino se considera como la tercera manifestación en orden de frecuencia y se presenta en aproximadamente 33% de los casos llegando a crecer hasta 12 a 14 cms. y se considera que es consecuencia de la hipertrofia del músculo liso adyacente a las glándulas ectópicas. (8,1)

Por lo general el útero está doloroso y ligeramente blando para hacer el examen bimanual antes de la menstruación -- (signo de Halban). (1,6,8,10)

El diagnóstico clínico preoperatorio es correcto en menos del 15% de los casos, pero puede aumentar hasta más de -- cuatro veces mediante una valoración cuidadosa.

Se señala como útil para la diferenciación de una hemorragia uterina disfuncional, el tratamiento supresor ovárico hormonal cíclico y combinado que hace mejorar a dicha hemorragia de la menometrorragia secundaria adenomiosis que persiste y en ocasiones se agrava mediante dicho tratamiento. (10)

La histerografía de contraste puede ser diagnóstica, en algunos casos pero el rendimiento es muy pobre para justificar su utilización sistemática. Si llegara a realizarse deberá ser en el octavo al décimo día del ciclo menstrual apreciándose imágenes que adoptan formas de espículas, divertículos o digitaciones perpendiculares a la cavidad uterina.

La ultrasonografía mas que darnos un diagnóstico de certeza nos sirve para hacer un diagnóstico diferencial con -- otros padecimientos como la miomatosis. (8,7)

El diagnóstico diferencial lo debemos hacer contra miomas submucosos, cáncer endometrial, hipertrofia ideopática del útero, síndrome de congestión pélvica, endometriosis pélvica. (7,8,9)

La complicación más frecuente que podemos encontrar es la anemia crónica secundaria a la menorragia persistente.

No se conocen medidas para la prevención de la adenomiosis. El tratamiento completamente satisfactorio sólo lo vamos a lograr con la histerectomía ya que se han ensayado diversos regímenes de hormonas y la mayor parte de tales intentos han sido totalmente inútiles.

En teoría, la radiación pélvica es suficiente para suspender la producción hormonal ovárica, lo que aliviaría los síntomas de la adenomiosis. (9)

La histerectomía es curativa.

## MATERIAL Y METODOS

En éste estudio se tomaron en cuenta todas las pacientes que fueron histerectomizadas con el diagnóstico preoperatorio de adenomiosis, en el lapso comprendido de marzo de 1986 a diciembre de 1989 en el Centro Médico del Sureste.

Se excluyeron todas aquellas pacientes histerectomizadas con diagnóstico de adenomiosis que no contaron con resultado histopatológico de pieza quirúrgica.

Pacientes a las cuales no se les encontró el expediente clínico.

Se excluyeron todas las pacientes posthisterectomizadas por otras causas.

## METODO

Se hizo una correlación de todos los casos seleccionados tomando como base el cuadro clínico preestablecido, considerando los siguientes parámetros edad, paridad, sangrado uterino anormal (Poliproiopihipermenorrea), dismenorrea, dispareunia, dolor sacrolumbar, características uterinas determinadas mediante exámen bajo anestesia tomando en cuenta volúmen, consistencia y superficie uterinas así como antecedente de tratamiento hormonal y hallazgos ultraecsonográficos. Todo esto comparado con el resultado histopatológico de la pieza quirúrgica.

## TIPO DE ESTUDIO

- Retrospectivo
- Comparativo
- Revisión de casos
- Transversal
- Observacional

## UNIVERSO DE TRABAJO

Treinta y siete histerectomías con diagnóstico preoperatorio de adenomiosis.

## SERVICIOS QUE COLABORARON EN EL PROYECTO

- Archivo clínico de Ginecobstetricia con revisión de los casos con diagnóstico preoperatorio de adenomiosis.

Departamento de Anatomía Patológica

- Revisión del archivo de anatomía patológica de los casos seleccionados con diagnóstico preoperatorio de adenomiosis.

Archivo Clínico del Centro Médico del Sureste

- Revisión de los expedientes de los casos seleccionados con diagnóstico preoperatorio de adenomiosis.

Los resultados de este estudio se registran en cuadros y gráficas los cuáles se presentan a continuación.

CUADRO No. 1

HISTERECTOMIA	DX. ADENOMIOSIS	%
437	37	8.46

FUENTE: Archivo Clínico.

CUADRO No. 2

DX. ADENOMIOSIS	No.	%
POSITIVA	24	64.86
NEGATIVA	13	35.13

FUENTE: Archivo Clínico y Depto. de Anatomía Patológica.

CUADRO No. 3

Clasificación de pacientes por grupo de edades.

E D A D	POSITIVOS		NEGATIVOS	
	No.	%	No.	%
25 - 29	1	2.70	0	0
30 - 34	0	0	0	0
35 - 39	13	35.13	2	5.40
40 - 44	5	13.51	8	21.62
45 - 49	2	5.40	3	8.10
50 - +	3	8.10	0	0
T O T A L	24	64.86	13	35.13

FUENTE: Archivo Clínico.

CUADRO No. 4

Número de embarazos en 24 pacientes con diagnóstico de adenomiosis

EMBARAZOS	PACIENTES	%
1	2	5.40
2	2	5.40
3	4	10.81
4	3	8.10
5	4	10.81
6	3	8.10
7	2	5.40
8	2	5.40
9	0	0
10	0	0
11	2	5.40

FUENTE: Archivo Clínico.

CUADRO No. 5

Número de embarazos en 13 pacientes negativas a adenomiosis

EMBARAZOS	PACIENTES	%
0	1	2.70
1	1	2.70
2	0	0
3	3	8.10
4	3	8.10
5	2	5.40
6	1	2.70
7	0	0
8	2	5.40

FUENTE: Archivo Clínico.

CUADRO No. 6

Número y porcentaje de abortos en las 24 pacientes positivas para adenomiosis.

No. ABORTOS	PACIENTES	%
0	12	32.13
1	4	10.81
2	3	8.10
3	4	10.81
4	1	2.70
T O T A L	24	64.86

FUENTE: Archivo Clínico.

CUADRO No. 7

Número y porcentaje de abortos en las 13 pacientes con diagnóstico negativo para adenomiosis.

No. ABORTOS	PACIENTES	%
0	7	18.91
1	2	5.40
2	3	8.10
3	0	0
4	1	2.70
T O T A L	13	35.13

FUENTE: Archivo Clínico.

CUADRO No. 8  
CUADRO CLINICO

SINTOMA O SIGNO	PACIENTE (+)	%	PACIENTE (-)	%
Sangrado Uterino Anormal (Poliproidiohipermenorrea)	24	64.86	13	35.13
Dismenorrea	21	56.75	7	18.91
Dispareunia *	9	24.32	5	13.51
Dolor Dorsolumbar **	21	56.75	10	27.02

\* 15 casos no referidos. \*\* sin relación con la menstruación

FUENTE: Archivo Clínico.

CUADRO No. 9

Características uterinas obtenidas mediante examen bajo anestesia de 24 pacientes con diagnóstico positivo y 13 con diagnóstico negativo.

VOLUMEN	PACIENTE (+)	%	PACIENTE (-)	%
Aumentado	21	56.75	12	32.13
Normal	3	8.10	1	2.70
CONSISTENCIA				
Disminuída	8	21.62	5	13.51
Normal	8	21.62	0	0
Aumentada	8	21.62	8	21.62
SUPERFICIE				
Regular	18	48.64	5	13.51
Irregular	6	16.21	8	21.62

FUENTE: Archivo Clínico.

CUADRO No. 10

Intervalo entre la fecha de último parto y la histerectomía en las 24 pacientes con diagnóstico positivo y en las 13 negativas respectivamente.

AÑOS	No. DE PACIENTES	%	No. DE PACIENTES	%
0 - 1	0	0	1	2.70
1 - 4	5	13.51	2	5.40
5 - 9	9	24.32	4	10.81
10 - 14	6	16.21	3	8.10
15 - 19	2	5.40	1	2.70
No especificada	2	5.40 *		

FUENTE: Archivo Clínico.

CUADRO No. 11

Diagnóstico de las 13 pacientes negativas.

DIAGNOSTICO	No.	%
Fibroleiomiomas	7	18.91
Fibroleiomiomas más endometriosis	1	2.70
Hiperplasia endometrial leve	2	5.40
Endometriosis	1	2.70
Normal	3	8.10

FUENTE: Depto. de Anatomopatología.

## RESULTADOS

Durante el lapso comprendido del 1ero. de Marzo de 1986 al 31 de diciembre de 1989 se realizaron 437 histerectomías, de las cuales 37 fueron operadas con el diagnóstico de adenomiosis, constituyendo el 8.46% de la indicación de histerectomía.

De éstas 37- pacientes 24 resultaron positivas al estudio histopatológico lo que representó el 64.86 por ciento y 13 casos negativos que constituyó el 35.13 por ciento.

La edad promedio de las pacientes con diagnóstico positivo de adenomiosis fué de 40.0 años.

La edad promedio de los casos negativos fué de 42.4 años.

El promedio de embarazos en las pacientes con diagnóstico positivo fué de 5.

El promedio de embarazos en los casos negativos fué de 4.1 .

Todas las pacientes tanto positivas o negativas al diagnóstico tuvieron uno ó más partos.

Doce de las 24 pacientes con diagnóstico positivo para adenomiosis de las 37 presentaron aborto representando el 32.13 por ciento.

En todas las 24 pacientes con diagnóstico positivo se encontró sangrado uterino anormal constituyendo el 64.86%, 21 presentaron dismenorrea 9 dispareunia y 21 dolor dorsolumbar.

Diez y siete de las 37 pacientes recibieron tratamiento hormonal lo que representa el 45.94% de las pacientes estudiadas.

Todas las pacientes fueron sometidas a exámen bajo anestesia encontrándose crecimiento uterino en 33 lo que representó el 89.18 por ciento del total de pacientes estudiadas.

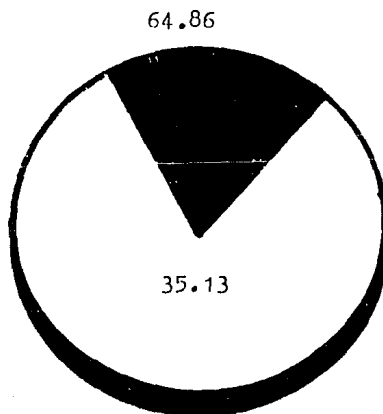
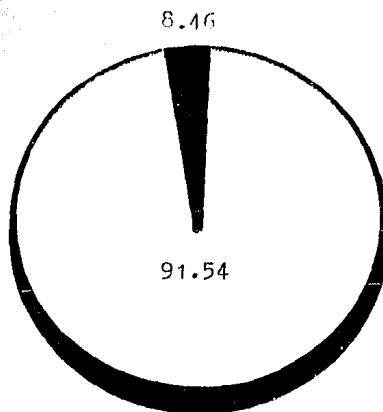
La consistencia se encontró disminuída o normal en 16 pacientes de las 24 estudiadas, lo que significó el 43.24 de las pacientes positivas en relación con solo el 13.51% de las pacientes con diagnóstico negativo. La su perficie fue regular en el 48.64% en las pacientes con diagnóstico positi vo en comparación con el 13.51% que tenían diagnóstico negativo.

El promedio del tiempo entre la fecha del último parto y la histerectomía fué de 5.5 años de las 37 pacientes estudiadas.

La miomatosis uterina se encontró en 8 pacientes lo que constituyó el -- 21.61 por ciento de los casos negativos. En 3 casos no se encontraron -- anormalidades, en 2 hiperplasia endometrial y en una endometriosis.

GRAFICAS DE FRECUENCIA

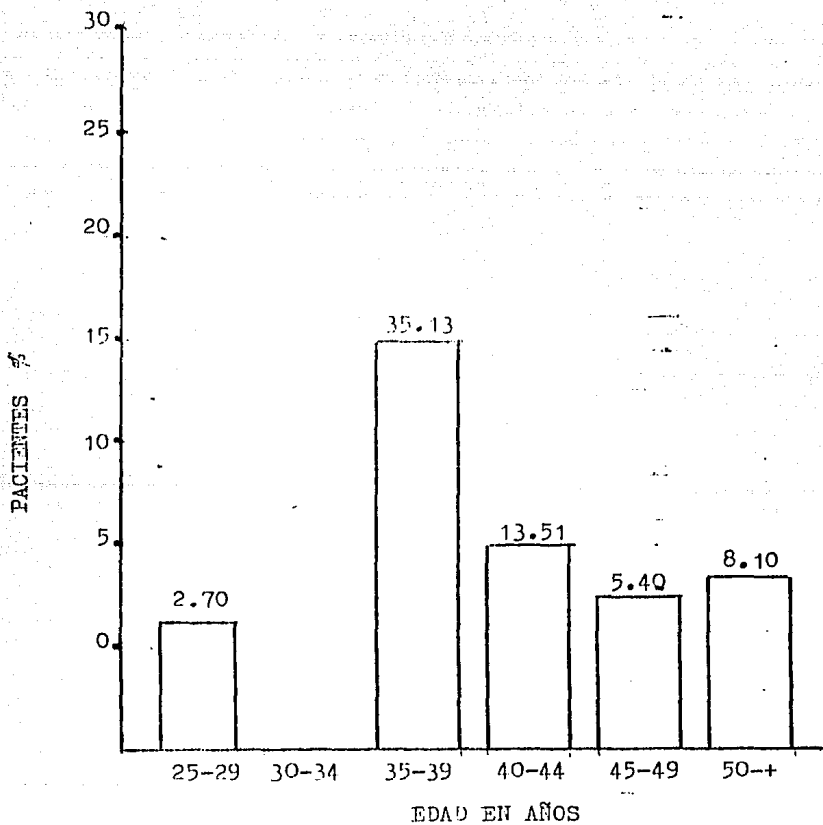
PORCENTAJE DE INDICACION DE HISTERECTOMIA  
POR ADENOMIOSIS EN 437 PACIENTES



PORCENTAJE DIAGNOSTICO CORRECTO DE ADENOMIOSIS  
EN 37 PACIENTES

GRAFICA No. 3

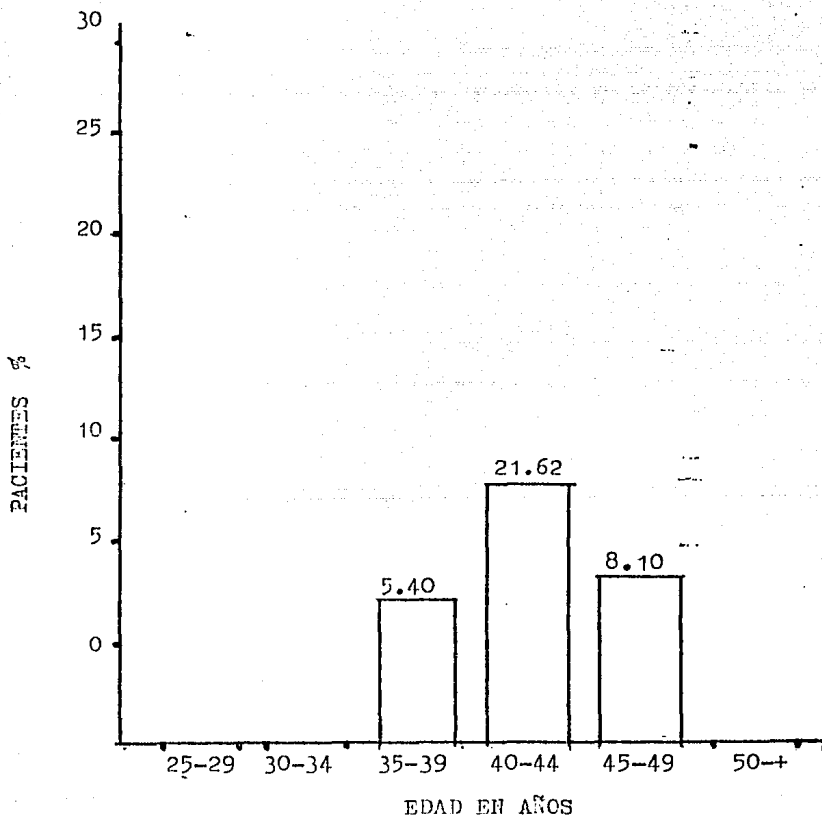
EDAD DE LAS PACIENTES EN 24 CASOS DE ADENOMIOSIS



FUENTE: Cuadro No. 3

GRAFICA No. 4

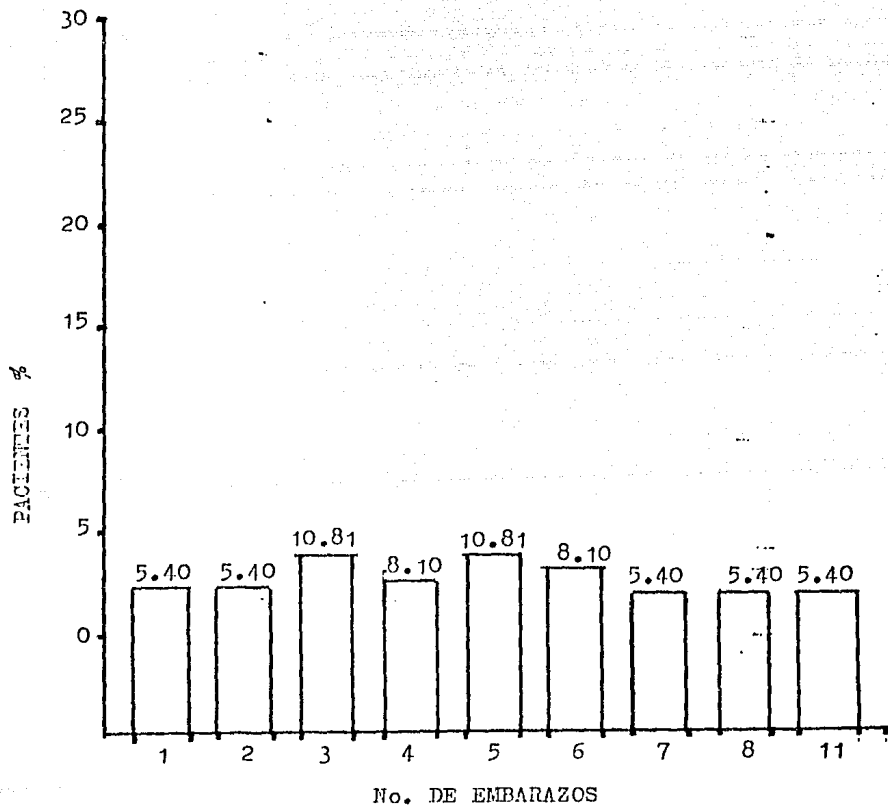
EDAD DE LAS PACIENTES EN 13 CASOS NEGATIVOS A ADENOMIOSIS



FUENTE: Cuadro No. 3

GRAFICA No. 5

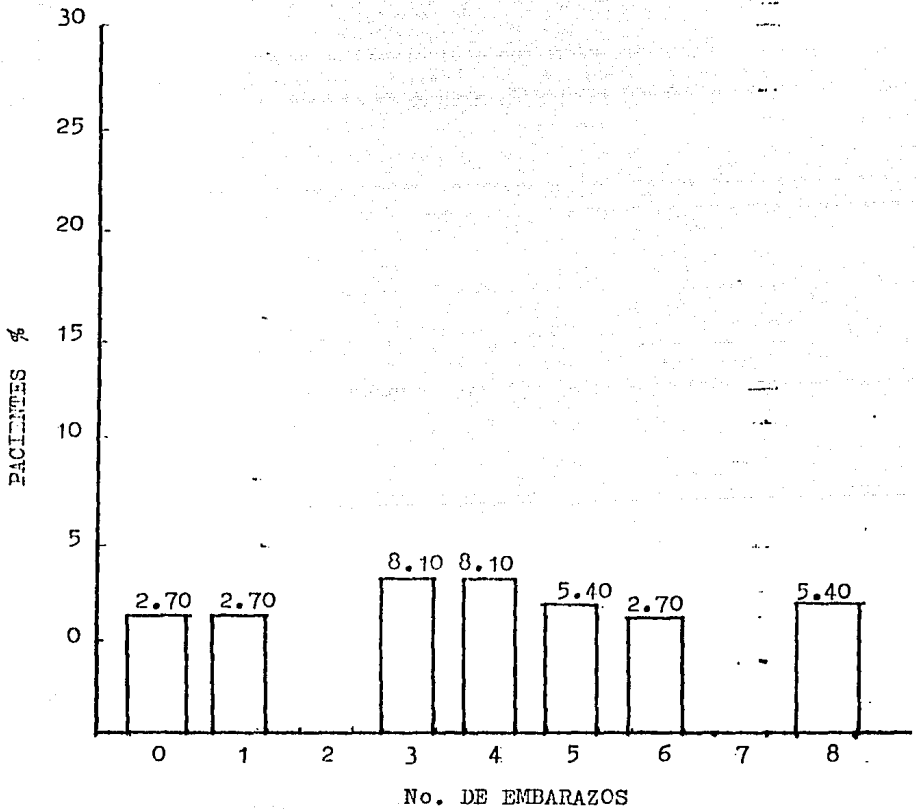
GRAFICA DE EMBARAZOS EN 24 PACIENTES CON ADENOMIOSIS



FUENTE: Cuadro No. 4

GRAFICA No. 6

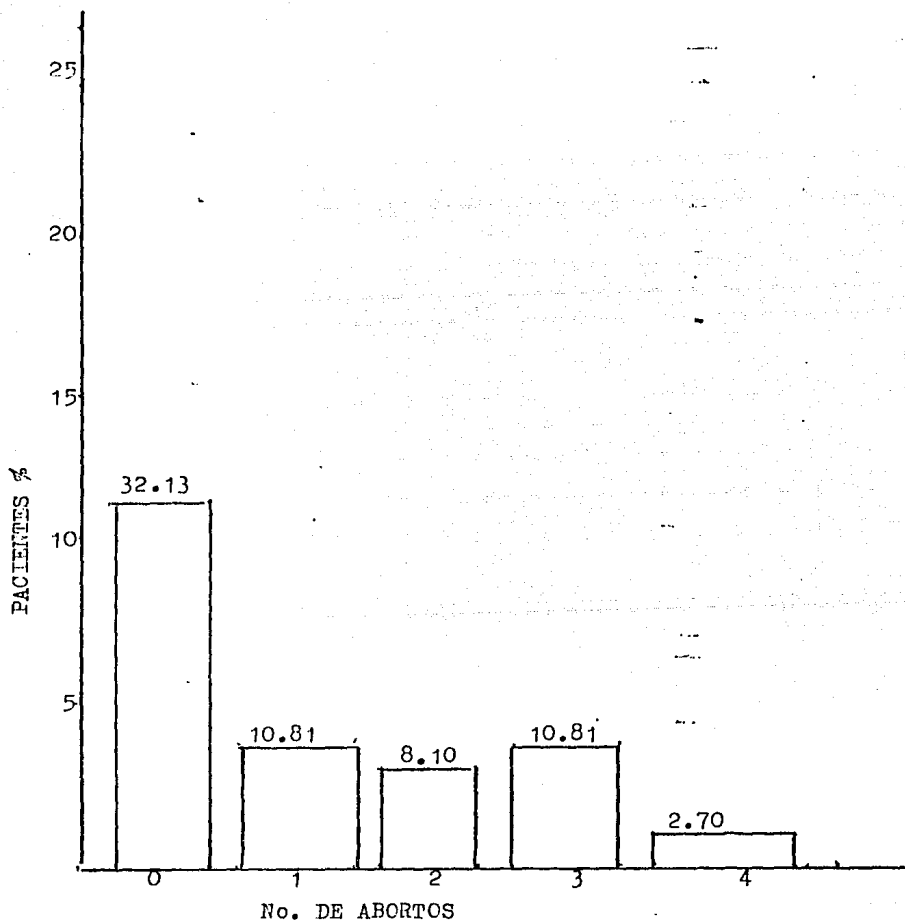
GRAFICA DE EMBARAZOS EN 13 PACIENTES NEGATIVAS A ADENOMIOSIS



FUENTE: Cuadro No. 5

GRAFICA No: 7

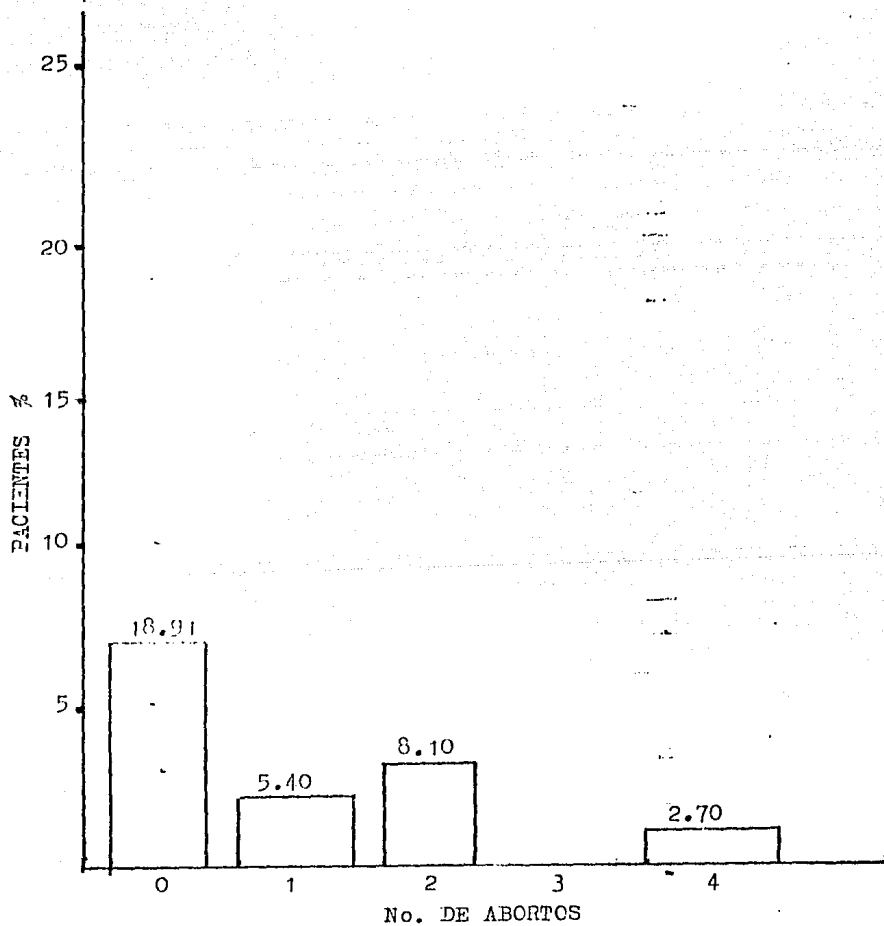
NUMERO Y PORCENTAJE DE ABORTOS EN 24 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ADENOMIOSIS.



Fuente :Cuadro No.6

GRAFICA No. 8

NUMERO Y PORCENTAJE DE ABORTOS EN 13 PACIENTES  
NEGATIVAS A ADENOMIOSIS

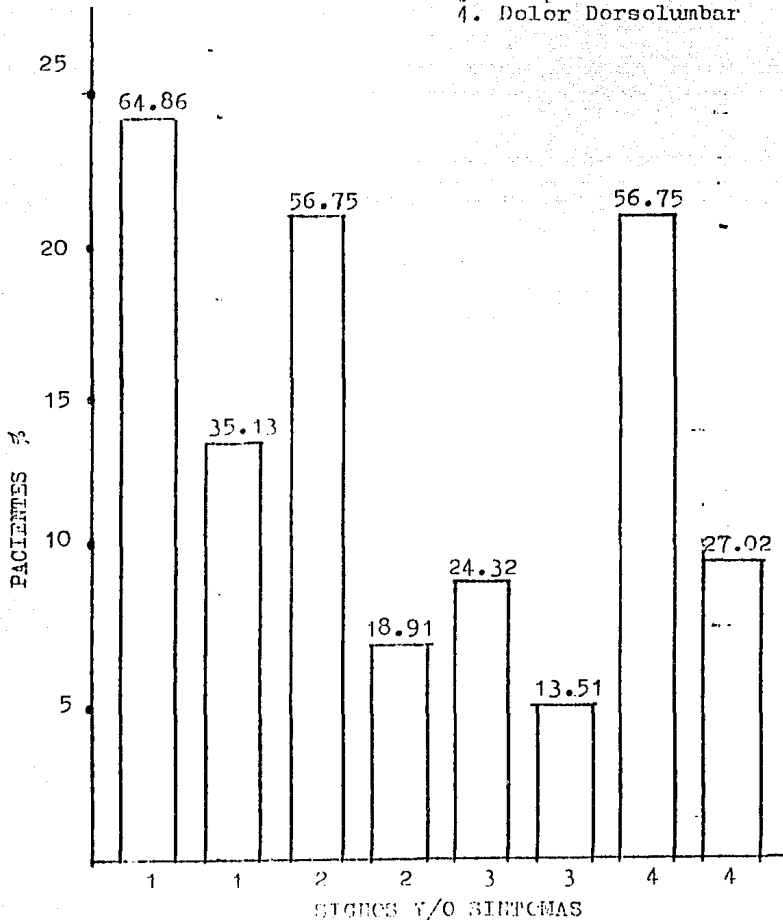


Fuente: Cuadro No. 7

GRAFICA No. 9

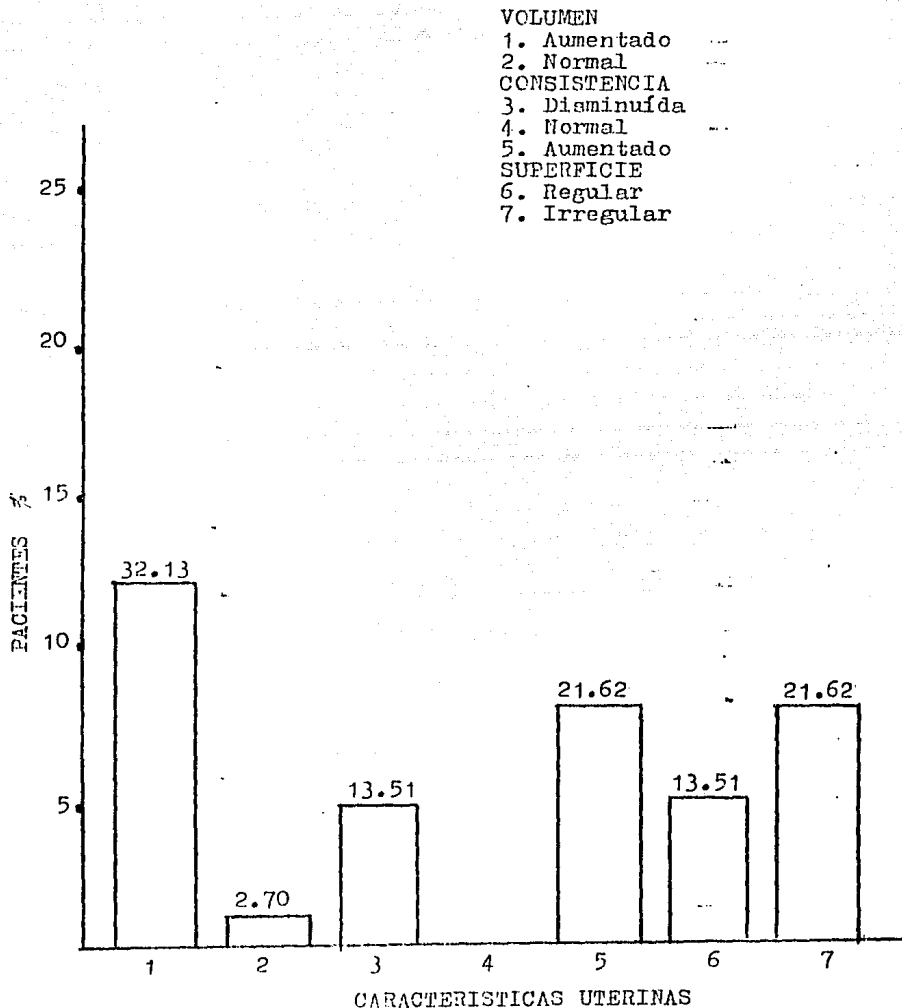
DIFERENCIA DE SIGNOS Y/O SINTOMAS MAS FRECUENTES  
EN 24 PACIENTES POSITIVAS Y 13 NEGATIVAS A ADENO  
MIOSIS

1. Sangrado Uterino Anormal
2. Dismenorrea
3. Diapareunia
4. Dolor Dorsolumbar



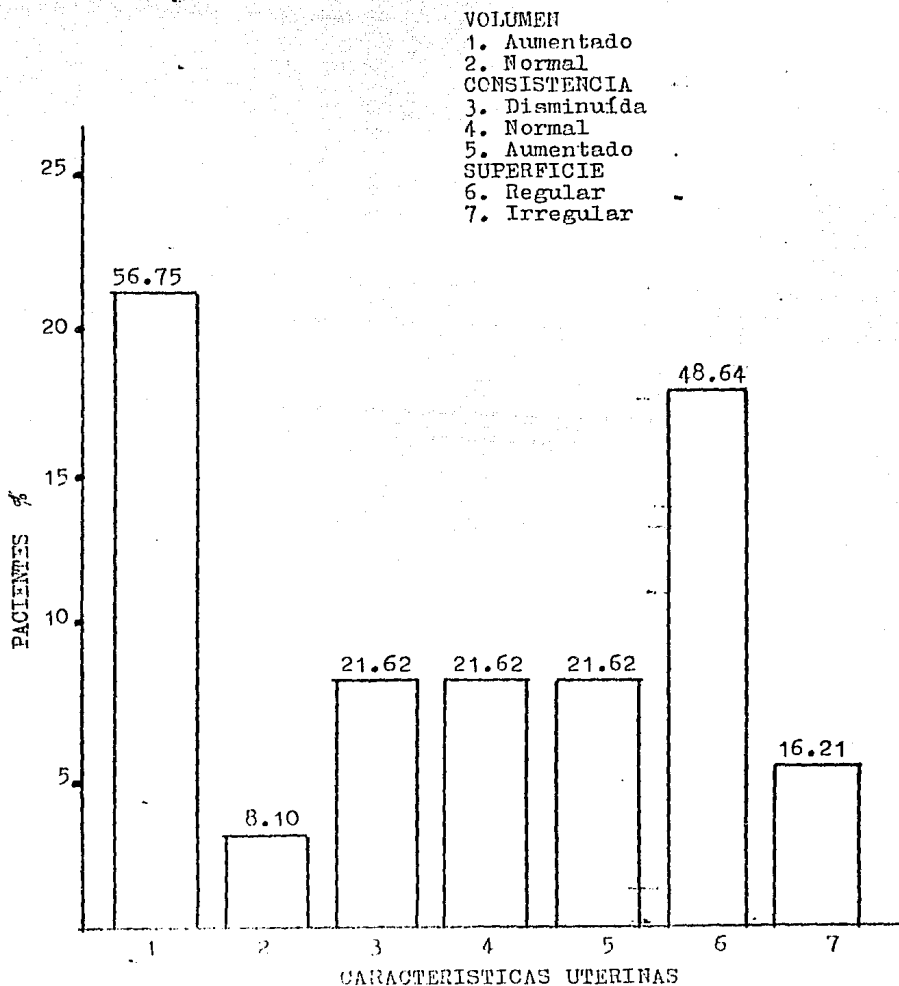
Fuente: Cuadra No. 8

NUMERO Y PORCENTAJE DE SINTOMAS Y/O SIGNOS EN  
13 PACIENTES NEGATIVAS A ADENOMIOSIS



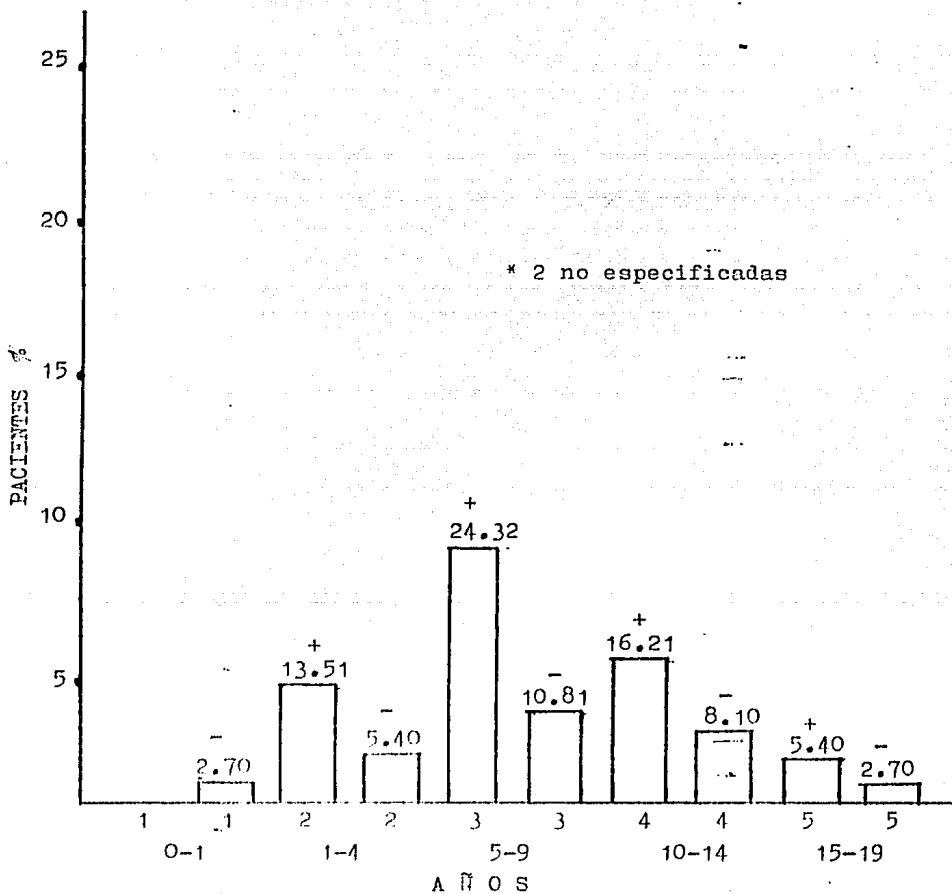
Fuente: Cuadro No. 9

NUMERO Y PORCENTAJE DE SINTOMAS Y/O SIGNOS EN  
24 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ADENOMIOSIS



Fuente: Cuadro No. 9

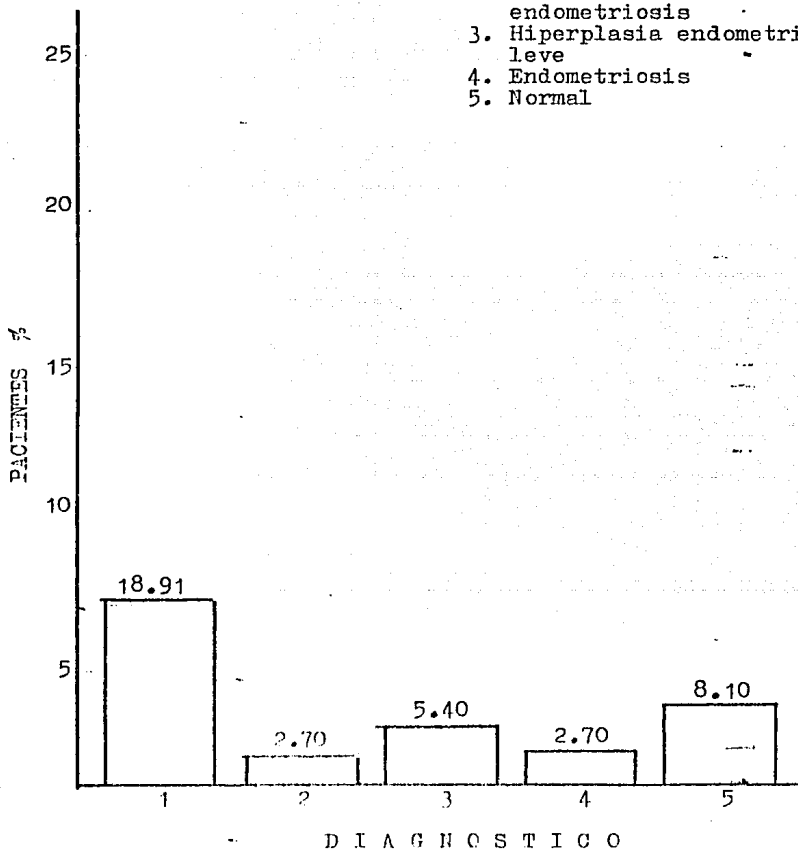
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL ULTIMO PARTO Y LA  
HISTERECTOMIA DE LOS 37 CASOS SELECCIONADOS



Fuente: Cuadro No. 10

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS 13 PACIENTES  
NEGATIVAS A ADENOMIOSIS

1. Fibroleiomioma
2. Fibroleiomioma más endometriosis
3. Hiperplasia endometrial leve
4. Endometriosis
5. Normal



Fuente: Cuadro No. 11

## CONCLUSIONES

El diagnóstico clínico de adenomiosis parece cobrar mayor relevancia como indicación de histerectomía ya que del total de pacientes estudiadas sólo a 6 se les realizó estudio ultrasonográfico y sólo en una paciente se sugirió el diagnóstico de adenomiosis que representó el 2.70% del total de pacientes estudiadas y el resto fue reportado como normal.

La edad promedio que se encontró en el grupo de pacientes con diagnóstico positivo fue de 40 años lo cual concuerda con lo estipulado en la Literatura Mundial que es de 35-45.

El embarazo y por consiguiente el parto parece tener relación con el diagnóstico de adenomiosis ya que todos los casos positivos tuvieron uno o más partos.

No se encontró diferencia significativa entre el aborto y el diagnóstico de adenomiosis ya que el intervalo de la fecha de último parto y la histerectomía fue de 5.5 años.

El sangrado uterino anormal, proiopolimenorrea es el principal signo que ocupó el 100% de todos los casos positivos.

La dismenorrea no presentó diferencia significativa entre los casos positivos y negativos y fue encontrada como segundo dato clínico en los casos positivos.

Se encontró dolor dorsolumbar en 21 pacientes, cabe mencionar que no tenía relación con la menstruación constituyendo el 56.75%, dato al cual no se le ha tomado la debida importancia con relación al diagnóstico de adenomiosis.

Los hallazgos clínicos, fueron obtenidos bajo anestesia, y que más relevancia tuvieron para integrar el diagnóstico fueron: el crecimiento uterino (56.75%), que se acompañó de consistencia disminuida (21.62%) ó nor-

mal (21.62%) y superficie regular que se encontró en el 48.64%.

Todo ésto correlacionándolo con el cuadro clínico no respuesta al tratamiento hormonal. El tejido endometrial obtenido por legrado fue negativo en todos los casos con diagnóstico de adenomiosis.

El tratamiento hoy por hoy sigue siendo la histerectomía.

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

- 1) Huguera RE y Garcilazo J. Adenomyosis, estudio clínico patológico. En Monografías de Ginecología y Obstetricia. México, D.F. AMERHGOUC 1985; 8-52.
- 2) Cullen TS: Adenomyosis of the uterus Philadelphia, WD; Saunders, 1908.
- 3) Nesbitt and Risk: Adenomyosis Am J. Obstet Gynecol -- 1971; 37-730.
- 4) Cohen MR: Advances in endometriosis management. The -- Female patient 1978; 3 (9).
- 5) Fichter ST, Siegler AM, Berhman EJ: Suggested classification for endometriosis: relationship to infertility. Fertil steril 1977; 28 (9): 1008.
- 6) Kistner RW: Endometriosis and infertility clin. Obstet Gynecol 1979; 22 (1): 101.
- 7) Deher LP: Primary uterina tumors and multiple endocrine adenomatosis Obstet Gynecol 1977; 49:41.
- 8) Hernández E. Woodruff DJ: Endometrial adenocarcinoma -- arising in adenomyosis Am J. Obstet Gynecol 1980; 138: 827.
- 9) Owolabi To, Strickler RC: Adenomyosis: A neglected -- diagnosis. Obstet Gynecol 1977; 50: 424.
- 10) Pentti, Kilkku, Risto, Erkkola: Acta Obstet Gynecol, -- Scand 63: 1984; 229-231.
- 11) Bullock JL, Massey FM, Gambrell RD: Symptomatic endometriosis in teenagers: A reappraisal: Obstet Gynecol 43: 896; 1974.