

I N D I C E

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. OBJETIVOS
- IV. HIPOTESIS
- V. MATERIAL Y METODOS
- VI. REVISION DE LITERATURA
- VII. PRESENTACION DE DATOS
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. RECOMENDACIONES
- X. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

El presente trabajo investigará en forma retrospectiva la incidencia de la entidad clínica conocida como Adenomiosis Uterina en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General S. Juan de Dios, durante un período de cinco años 1975- 1979, Pretendo conocer además de su frecuencia, el grupo etáreo en que es más común. su relación con la paridad, su sintomatología y el hallazgo clínico más frecuente, la correlación del diagnóstico clínico con el anatomopatológico; todo cual se realizará mediante la revisión de los hallazgos histológicos encontrados en las Histerectomías realizadas durante dicho período, así como con el estudio de los registros clínicos de las pacientes a quienes se les efectuó dicho diagnóstico.

Quiero contribuir además, a un mejor conocimiento de esta patología, y comparar los resultados obtenidos con los que nos presenta la literatura extranjera. Así como también el tomar conciencia en descartar la presencia de esta entidad en las personas que acuden a nuestra emergencia aduciendo dolor pélvico, hemorragia vaginal ó el hallazgo de una tumoración pélvica, que son síntomas y signos que se encuentra asociada. Además es bien conocida la dificultad diagnóstica que pueda haber entre Adenomiosis y un Adenocarcinoma endometrial en su fase de invasión inicial, de allí que radica su importancia en conocerla.

ANTECEDENTES

Revisando las tesis ó trabajos efectuados - sobre el tema, no existen antecedentes de estudio efectuados a nivel nacional. Los autores extranjeros consultados, como John C. Weed y John W. - Holland en su estudio realizado en el Ochsner Foundation Hospital-New Orleans- 1974, así como el mismo J. Weed y Bryan con su estudio; Adenomiosis: Twenty year's experience-'963, y más recientemente el Dr. Robert Kistner de la Universidad de - Harvard, Boston, en su presentación realizada en el volumen I de las clínicas gineco-obstétrica - de Norteamérica 1979, sin menospreciar los libros de texto tradicionales de Benson, Novack, Gumpell, todos ellos nos presentan sus experiencias y estadísticas sobre el problema descrito, utilizando - en algunos casos (Weed), el empleo de medio de - contraste intra-uterino como medio diagnóstico y obteniendo éste en un 25% de los casos, método que es bien sabido, de rutina no se utiliza en nuestro hospital. En síntesis éstas estadísticas necesitan ser comparadas con estudios hechos en nuestra patria, lo cual es uno de los fines primordiales de dicha investigación.

OBJETIVOS

generales:

- 1) Establecer la incidencia de esta patología en nuestro medio.
- 2) Contribuir a un mejor conocimiento de dicha entidad.

Específicos:

- 1) Conocer el período de vida de la mujer en que es más frecuente esta patología.
- 2) Establecer su relación con la paridad de la paciente.
- 3) Conocer la sintomatología más frecuente.
- 4) Correlacionar el diagnóstico clínico con el anatomo-patológico.
- 5) Determinar la patología asociada a esta entidad clínica y la frecuencia con que se presenta.
- 6) Determinar cual es el tratamiento apropiado.
- 7) Comparar nuestros resultados, con los obtenidos en otros países.

HIPOTESIS

"La incidencia de Adenomiosis Uterina fue mayor que la de Leiomiomatosis Uterina, en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital San Juan de Dios, durante el período comprendido de 1975 a 1979.-

MATERIAL Y METODOS

Material:

Los casos clínicos de Adenomiosis Uterina encontrados durante el período de tiempo estudiado. Además la literatura recopilada sobre el tema.

Recursos Humanos: - Residente de primer año del depto. de Gineco-Obst. del HSJD.

- Estudiante del último año (ya cursado), de la Facultad de Medicina de la USAC de Guatemala.

b) Institucionales: - Depto. de Gineco-Obst.
Depto. de Patología.
Depto. de Archivo.

c) Otros: Registros médicos.
Registros histopatológicos.

Metodología:

Se utilizará el método deductivo, en esta forma:

- a) Revisión de todos los informes de Anatomía Patología del año de 1975 al año de 1979.
- b) Elección dentro de los informes, los correspondientes a Adenomiosis Uterina.
- c) Tabulación de resultados en un año y en cinco años.
- d) Revisión de Archivos Clínicos y Registros Médicos.

Análisis Estadístico:

Incluirá el recuento de los casos obtenidos y el porcentaje de los mismos respecto al total de Histerectomías, así como en relación al cumplimiento de los objetivos.

Duración Aproximada del Trabajo: Dos meses.

ADENOMIOSIS DEL UTERO

La Adenomiosis del útero es una enfermedad que ha sido reconocida como entidad patológica -- desde 1,860 cuando Rokitansky descubrió un caso de adenomioma. Subsecuentemente von Recklinhausen -- publicó una monografía sobre "Hallazgos Clínicos Patológicos de Adenomiosis", en 1,906. La clásica descripción de Cullen clarificó el proceso patológico y separó las entidades como adenomioma y adenomiosis interna. (1)

DEFINICION:

La mayoría de autores consultados coinciden básicamente en que es una enfermedad en la cual islotes de tejido endometrial -glándulas y estromaheterotópico se encuentra presente en el miometrio o en el ligamento redondo del útero, ya sea en una forma difusa, lo que se define como endometriosis interna o adenomiosis, o en una forma localizada, lo que se describe como adenomioma. (1,3,5,9,11,--12).

Las dos formas descritas son actualmente diferentes, aún cuando glándulas endometriales son encontradas en ambos.

El adenomioma es mucho más parecido a un leiomioma y es diagnosticado como tal. La adenomiositis, en la forma difusa infiltra el músculo y es imposible de encontrar una línea de demarcación entre el proceso y el resto de la pared uterina. (1,5,11.). Histológicamente presentan caracteres

benignos. (1).

ANATOMIA PATOLOGICA:

Macroscópicamente el útero está generalmente aumentado de tamaño y es pesado, aun que algunas veces puede ser atrófico.

Mathur y colaboradores en 1962, examinó 290 casos y encontró que 8.3% eran atróficos (menos que 70grs.), 15.5% eran de peso normal y 75.8% pesaron más de 80grs. Tyrone --- (1963), encontró que todos los úteros pesaban más de 150 grs.

Efectuando una disección sobre el útero las lesiones pueden ser encontradas en una o varias formas: a) un engrosamiento difuso de la pared uterina, el cual generalmente es asimétrico y tiene un patrón ordinario en forma de espiral (4). b) Una masa localizada, parecida a un leiomioma, pero con un margen menos definido, o c) Una masa polipoidé (polipoadenomiomatosa) proyectado dentro de la cavidad del útero o desde el cérvix (4). La forma difusa es la más común, de los 239 casos de Tyrone, encontró 228 casos de forma difusa y únicamente 11 de forma localizada - (4).

El engrosamiento de la paredn uterina - tiene una apariencia granular, con puntos -- quísticos amarillentos u oscuros, que con-- tienen un líquido seroso o sanguinolento antiguo (5). La Adeniosis generalmente en-- vuelve los dos tercios uterinos del miome-- trio, en cualquier lugar de la pared uterina,

pero si está confinada en el tercio externo, probablemente se convierte en una endometriosis extrauterina al envolver indefectiblemente la serosa. (4,5).

Microscópicamente el hallazgo patognomónico es la presencia de islotes de endometrio consistentes en glándulas y estroma, situados profundamente en el miometrio. Algunos autores insisten en requerir que el endometrio ectópico se halle al menos en un campo de bajo poder separado del - margen endometrial normal, para otros que éste se halle profundamente o en al menos dos campos de - bajo poder. La variación en los criterios explica las diferencias en la prevalencia reportada por varios autores (1,3,5,9,11,12).

Frecuentemente el endometrio ectópico es de tipo basal, pero cambios cíclicos son algunas veces observados, como por ejemplo cambios de tipo secretor, o hiperplasia de tipo adenomatoso o --- quístico (11,12). Gardner (1958) estableció que un 50% de los caos presentaban actividad de tipo secretor en las glándulas correlacionadas con las del endometrio.

Además cambios deciduales han sido observados en el estroma de las áreas adenomióticas; han sido reportados en el embarazo, así como la - ruptura espontánea de estas áreas (12).

Actualmente se considera que hay una amplia variación en la respuesta funcional del endometrio ectópico a la estimulación hormonal. Una completa hiperplasia glandular quística, puede ser evidente

en todas o en unas pocas glándulas aisladas, pero la mayor parte de las áreas ectópicas, responden a la estimulación estrogénica (5). Otro hallazgo histológico es la presencia de tejido fibroso, distribuido en forma difusa y no localizada como se presenta en los leiomiomas.

INCIDENCIA:

Ya que el diagnóstico de Adenomiosis puede ser establecido únicamente por estudio histológico del miometrio, su incidencia ha sido grandemente estudiada por el estudio de piezas de hysterectomías, su incidencia varía del 8 al 27% (12). Su existencia puede no ser descubierta hasta que el útero es removido por otra causa. Cuando el útero es examinado microscópicamente la incidencia generalmente notada es del 20% (11,12). La mayor serie es la de Benson y Sneddon, quienes reportaron 3,276 hysterectomías, tanto vaginales como abdominales, con 701 casos de Adenomiosis.

Su incidencia en registros de autopsia no es conocida. Entre enero de 1942 y el 31 de diciembre de 1964; fueron encontrados 447 casos de Adenomiositis entre las piezas quirúrgicas y las provenientes de autopsia en el Ochsner Foundation Hospital and Ochsner Clinic. La mayor parte de pacientes eran caucásicos y en número insignificante eran negras.

Todas fueron pacientes privadas, con edad comprendida entre los 24 y 76 años. A la menor paciente de 24 años, se le había --

realizado una excisión de un Adenomioma, y en la paciente de mayor edad -76 años- el hallazgo fue accidental, encontrado en la autopsia de un Carcinoma de la Mama (12).

Mujeres solteras fueron el 2.9% de los primeros 415 casos de esta serie. Cuando se combinaron con el grupo de mujeres casadas nulíparas, 16% del grupo refirieron haber tenido problemas de infertilidad. La incidencia de esterilidad es menor que la encontrada para Endometriosis. Únicamente el 4% pertenecieron al grupo de gran multiparas. Como su incidencia es más alta en mujeres alrededor de los 40 años de edad, un largo intervalo entre el último embarazo y el momento de la cirugía puede ser observado. En las multiparas, 65% no tenían un embarazo dentro de los últimos diez años y únicamente dentro de los 5 años.

Cuando el hallazgo de Adenomiosis es accidental, se le puede observar relacionada con cáncer de cérvix, de endometriosis de ovario, hemorragia uterina post-menopáusica, fibromatosis uterina (11).

FRECUENCIA:

Entre los diferentes autores consultados, se encuentra una gran variabilidad, la mayor parte coinciden que la Adenomiosis es una enfermedad de mujeres añosas (1,2,3,4,5,8,9,11,12).

Se le considera una enfermedad del peripodo reproductivo, siendo más frecuente entre las edades de 41 y 50 años (11).

McElin reportó que 50% de sus pacientes se encontraban en la quinta década de la vida de las cuales 27% se encontraban en el período pre-menopáusico, 18% en el período post-menopáusico (11,12).

ETIOLOGIA:

La patogénesis de la enfermedad se desconoce (1,4,5). Cullen (1908) con sus estudios histológicos supuso que el origen de la Adenomiosis, se debía a la invasión directa del epitelio glandular del endometrio al miometrio durante la involución uterina después de embarazos repetidos. Esta sugerencia de Cullen, tiene un buen soporte en la observación de -- que esta entidad es tres o cuatro veces más -- común en mujeres multíparas que en nulíparas (9,11).

Dougherty y Anderson (1964), han sugerido que la Adenomiosis puede originarse debido a una metaplasia del músculo uterino o tejido conectivo y puntualizaron que el endometrio ectópico parece entonces emerger del músculo uterino (12).

Otras teorías aceptadas, indican que el endometrio ectópico provenga de remanentes ocultos del epitelio del conducto de Mueller; otra teoría es que provenga del tejido mesonefrico del conducto de Wolff (metaplasia celómica). Se han postulado incluso que su origen se deba a diseminación linfática o hematogena de las glándulas endometriales dentro --

del músculo uterino (5). Ringrose (1,962), postuló la posibilidad de que debido a un vigoroso legrado se pudiera dañar la pared uterina, dejando así una vía de acceso al endometrio (12). El estímulo para la invasión benigna de los elementos glandulares es desconocida, por lo que ha sido sugerido que este proceso es el resultado de un exceso de la presencia de un factor normal de crecimiento y de la respuesta exagerada a este factor. Los estrógenos, siendo las hormonas esenciales para el crecimiento endometrial y miometrial, han sido implicados en la patogénesis. (4, 5, 11). Además como se le ha encontrado asociada a Hiperplasia Glandular Quística, puede postularse que un desbalance hormonal, particularmente exceso de estrógenos, puede contribuir en la etiología (12).

Como puede observarse, la histogénesis del endometrio aberrante ha sido muy discutida, pero en la actualidad ha quedado establecido claramente, como resultado de los trabajos de Cullen y -- otros autores que se origina del endometrio superficial (12).

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Los principales síntomas producidos por la presencia de Adenomiosis son hemorragia uterina anormal y dismenorrea severa. (3,5,11). Incluso ha sido axiomático el considerar la presencia de Adenomiosis como el diagnóstico más probable cuando hemorragia uterina disfuncional y severa disme-

norrea se acompañan de un agrandamiento firme del útero en mujeres pertenecientes al grupo de 40 a 50 años de edad (3,5,11).

La explicación de el dolor probablemente queda establecida en que las áreas de endometrio ectópico continuamente responden a la estimulación hormonal como un endometrio normal.

Incluso se ha observado que estas áreas comunmente menstruan cada mes bajo la influencia de las hormonas ováricas. (esto que es debatible) porque frecuentemente el endometrio es encontrado en fase proliferativa, cuando cambios secretorios son esperados, pero ciertos cambios pueden tener lugar acompañados de edema del estroma.) La limitación al crecimiento dada por la pared uterina hace que aparezca el dolor. Así como también el aumento de la vascularidad del útero comunmente observado en la Adenomiosis. (1,5,11,12).

La hemorragia uterina es generalmente la regla con Adenomiosis (Menorragia). Puede observarse alguna anormalidad en el patrón de la hemorragia en dos tercios de los casos. Frecuentemente toma la forma de un prolongado flujo menstrual en forma de una hemorragia profusa. La explicación de esta hemorragia, se debe a la interferencia creada por el endometrio aberrante con el mecanismo hemostático uterino

normal (1,4,5,9,11), así como un inadecuado control de la vascularización miometrial y endometrial (11). La hipermenorrea puede deberse simplemente a un generalizado agrandamiento del útero y de la cavidad endometrial con una mayor área disponible para la hemorragia. (11). Desafortunadamente muchos pacientes con hallazgos anatómicos extensos son asintomáticos y otros con Adenomiosis mínima ó afuncional se encuentran incapacitados por el dolor (5).

DIAGNOSTICO:

Por lo general el diagnóstico no se establece sino hasta después de haber realizado el examen anatomopatológico del útero, aunque en ciertos casos es posible hacer un diagnóstico presuntivo en base a ciertos síntomas:

En muchos pacientes son síntomas comunes hipermenorrea, dismenorrea adquirida, polimenorrea, así como dispaureunia asociada a un grado de retroversión uterina.

Entonces, el diagnóstico puede ser sospechado con uno ó más de esos síntomas, descritos por pacientes multíparas entre la edad de 35 a 50 años; y con hallazgos al examen físico de un útero aumentado de tamaño, globular, firme el cual tiene nodulos finos superficiales, pudiendo palpase incluso nodulos finos en la región correspondiente a los ligamentos útero sacros. El útero puede encontrarse fijo en la pelvis, y su dureza aumenta con la presencia de leiomiomas aso-

ciados ó en la fase premenstrual (5,9,11).

PATOLOGIA ASOCIADA:

Ocasionalmente la Adenomiosis puede encontrarse asociada con malformaciones uterinas, aunque una significativa relación es incierta - (5). Mathur y colaboradores reportaron la concomitante ocurrencia de Adenomiosis y leiomiomas (1,962) en un 19%, Weed y col. en 1,966, - encontró asociación en un 53.2% de sus casos y en la literatura varía de un 8 a 100% (4). Alguna confusión puede ser causado por la dificultad en distinguir un "fibroide", localizado conteniendo focos de endometrio ectópico de un -- verdadero leiomioma (5).

Algunas veces, la superficie del epitelio muestra un Hiperplasia Quística; encontrando - Marcus (1,961), una Hiperplasia Endometrial en 39%, de sus casos y Mathur (1,962) en un 48.3%. Además Spatt (1,946), reportó una asociación que variaba alrededor de un 13% (12). Sin embargo, la interpretación de algunos autores respecto a la Hiperplasia Endometrial es muy pobre y esos reportes deben aceptarse con cautela. (12). - Bettinger y Anderson (1,961), encontró la Adenomiosis del útero más comúnmente en pacientes con carcinoma endometrial que en pacientes sin ésta lesión; la evidencia de una significativa asociación entre esas dos lesiones es conflictiva (5). Cambios malignos en Adenomiosis son infrecuentes. Kumar y Anderson (1,958) mencionan las

dificultades en realizar este diagnóstico: Es - necesario primero el demostrar un estado transicional ó continuidad entre el tejido benigno y - el ectópico maligno para probar un posterior desarrollo de la formación y segundo el excluir una metástasis ó directa diseminación desde un tumor al endometrio normalmente situado. Lesiones Tuberculosas son ocasionalmente vistas en focos de Adenomiosis. McIntosh y Richmond (1,959) sugirieron que la presencia del endometrio ectópico facilitaba la diseminación del proceso tuberculoso (12).

RELACION ENTRE ADENOMIOSIS Y ENDOMETRIOSIS EXTERNA:

Adenomiosis y Endometriosis externa a menudo han sido consideradas conjuntamente (Gompel y Silverberg, 1,969), pero probablemente son dos - entidades diferentes por las siguientes observaciones:

- 1) Novak y Wooddruff (1,967) puntualizaron que en algunos casos el útero puede estar adherido a órganos circundantes, especialmente los anexos y el recto, siendo esto por la relación entre estas dos entidades, la cual en la experiencia de estos autores coexiste en un 40% de los casos (4). Esto es variable - en base a la experiencia de otros autores, - como en el caso de Mathur que encontró únicamente dos casos de endometriosis ovárica en 209 casos de Adenomiosis (1,962); Weed (1,966)

encontró la asociación de éstas dos condiciones en 15.5% de sus casos. (4).

- 2) La Endometriosis extrauterina ocurre preferentemente en mujeres más jóvenes que la Adenomiosis (4).
- 3) La Endometriosis externa esta acompañada de esterilidad en un 45 - 50% de los pacientes, siendo la infertilidad no común en la Adenomiosis (Weel y col., 1,966) (4).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

En el diagnóstico diferencial, deben ser consideradas las entidades siguientes:

- 1) Endometriosis.
- 2) Leiomiomas múltiples.
- 3) Salpingitis ístmica Nodosa.
- 4) Hipertrofia uterina idiopática.
(fibrosis uterina)
- 5) Síndrome congestivo pélvico (3,11).

Como se ha descrito, el diagnóstico de Adenomiosis es por lo general hecho en base al examen general (historia clínica-examen físico), y es a menudo incluido como una de los posibles diagnósticos por los ginecólogos.

El legrado uterino no tiene significación el diagnóstico de ésta. Rayos X empleando medio de contraste intrauterino ha sido reportado, proveiendo el diagnóstico en un 25%, de los casos. Mars hak y Eliashop, usando diatrizoato de sodio (Hypaque), pudieron demostrar la diseminación del medio de contraste en las diferentes áreas adenomioticas. Sin embargo, la posterior comunicación entre la cavidad endometrial y esta fue difícil al momento de la sección histológica. (5,11)

Se puede deducir entonces, lo dificultoso de hacer un exacto diagnóstico pre-operatorio para esta entidad; por la frecuencia de asociación con otras enfermedades pélvicas y por la imposibilidad de atribuir síntomas específicos ni para adenomiosis, ni para las enfermedades asociadas.

Los úteros fibroides son a menudo acompañados por cambios en el ritmo menstrual y en cantidad y su presencia obviamente hará obscura la presencia de Adenomiosis. Similarmente Endometriosis, cuando es palpable, puede parecer la causa obvia de los síntomas y la presencia de Adenomiosis que dar desapercibida.

Hemorragia anovulatoria, deficiencia de fase lutea ó síndrome de congestión pelviana pueden confundirse con Adenomiosis, y en esas condiciones el útero puede ser suave, posiblemente pequeñamente aumentado a la palpación y de consistencia dura.

La medida del útero en el examen ha sido demostrado no ser consistente en la Adenomiosis.

Hipertrofia Idiopática ó subin-volución crónica pueden producir síntomas que sugieran Adenomiosis.

Como un componente emocional han sido encontrado con ésta en un 21%, de los pacientes, - en lo que respecta a la exageración de los síntomas, se le ha relacionado con "neurosis de ansiedad", ó "problemas ambientales", y los cuales han sido tratados con sedación o drogas ataráxicas. El manejo del componente emocional en relación a la Adenomiosis es dificultoso, y la --exageración de los síntomas no pueden demostrarse con hallazgos al exámen pélvico.

El exámen durante el período menstrual, puede de diferenciar claramente un útero fibroso, endometriosis pélvica y Adenomiosis. Los agrandamientos debido al útero fibroso y leiomiomas generalmente son firmes y no dolorosos.

El dolor pélvico de la endometriosis puede a menudo ser diferenciado, pues se produce exclusivamente en nódulos ligeramente dolorosos encontrados en el exámen rectovaginal.

El útero suave del Síndrome de Congestión - Pelviana puede ser difícil de distinguir del simétrico pero doloroso, irregularmente contraído útero de la adenomiosis.

En nuestra experiencia un útero doloroso durante la menstruación es sugestivo de Adenomiosis (5,11).

TRATAMIENTO:

El tratamiento definitivo para Adenomiosis - puede ser una Histerectomía total con conservación de los ovarios (7). Varias terapéuticas hormonales han sido empleadas y han resultado insatisfactorias. El uso de agentes progestacionales como un pseudoembarazo ha provocado un aumento del dolor pélvico, pudiendo deberse al marcado edema y distorsión de las áreas adenomióticas con el subsecuente aumento de la motilidad uterina. (5,9, - 11).

CUADRO No. 1

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGIA DEL H. S. J. D., DE LOS UTEROS PROVENIENTES DE HISTERECTOMIAS REALIZADAS DEL - MES DE ENERO DE 1975 AL MES DE DICIEMBRE DE 1979.

DIAGNOSTICO	CASOS	PORCENTAJE
Leiomiomatosis Uterina	237	19.5
Carvicitis Crónica Glandular	220	18.1
Metaplasia Escamosa	162	13.3
Inflamación Crónica y Fibrosis	101	8.3
Adenomiosis Uterina	93	7.7
Cáncer de Cervix	88	7.3
Atrofia Senil	82	6.8
Cervicitis Crónica Glandular más Metaplasia escamosa	48	3.9
Hiperplasia Endometrial	46	3.8
Utero Histológicamente normal	26	2.1
Displasia Cervical	24	1.9

Continuación del Cuadro No. 1

pólipos Endometriales	20	1.6
Inflamación Aguda y Crónica	20	1.6
Adenocarcinoma de Endometrio	11	0.9
Metaplasia Escamosa más Inflamación Crónica	11	0.9
Otros	27	2.22
TOTAL	1214	100%

ANALISIS:

Los presentes hallazgos Histológicos fueron encontrados en los úteros que prevenían de las Histerectomías realizadas, siendo éstas, un total de 1,214. Por lo que la Entidad Patológica más frecuente fue Leiomiomatosis uterina con 237 casos, correspondiéndole un porcentaje de 19.5%.

Sólo en un caso se encontró Degeneración Sarcomatosos (Leiomiomasarcoma). (0.4%)

Cervicitis Crónica Glandular con 220 casos - (18.1%), y Metaplasia Escamosa con 162 (13.3%) - fueron hallazgos encontrados en la porción cervical del útero.

El Cáncer Cervical se encontró en 89 casos - (7.2%), distribuyéndose así: Ca. Institu 62, Ca. Cel. Escamosas 6 (referido así), Ca. Micro Inva-

sivo, 5, Ca. Moderadamente Invasivo 1, Ca. Invasivo 11, Adenocarcinoma Primario 2, y Adenocarcinoma Invasivo 11.

El Cáncer Endometrial se encontró e 11 casos (0.9%) distribuyéndose así: Adenocarcinoma Primario 10, Adenocarcinoma Mestastásico 1, en un caso se encontró asociación con Leiomioma Uterino.

En 2 casos se encontró Sarcoma Uterino (0.16%), siendo uno definido como Sarcoma Mixto Mulleriano.

Adenomiosis Uterina se encontró en 93 casos - correspondiéndole una frecuencia de 7.7%.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE ADENOMIOSIS POR GRUPOS DE EDAD, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL S.J.D., DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO 1975 A DICIEMBRE 1979.

GRUPO ETAREO	CASOS	PORCENTAJE
* 20-25a.	2	2.15
26-30a.	3	3.22
31-35a.	11	11.82
36-40a.	18	19.35
* 41-45a.	19	20.43
* 46-50a.	19	20.43
51-55a.	11	11.82
56-60a.	5	5.37
* 61-65a.	1	1.07
* 66-70a.	4	4.30
TOTAL	93	100%

ANALISIS

La mayor concentración de los casos estudiados corresponde a los grupos etáreos de comprendidos entre 41-45 a y de 46-50a. presentando un porcentaje de 20.43%, cada uno y ofreciendo el 40.8%, del total de casos (93).

En las edades extremas; se presentaron en el grupo de 20 a 25 años dos casos (2.15%), que corresponde a pacientes de 24 años de edad siendo el motivo de Histerectomía, un diagnóstico -

diferente de Adenomiosis. En el otro grupo etáreo extremo de 66 a 70a. se presentaron 4 casos (4.30%), siendo la causa Histerectomía respectivamente sin ser nuevamente el diagnóstico Adenomiosis.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE ADENOMIOSIS POR PARIDAD DE LAS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO 1971 a DICIEMBRE 1979.

PARIDAD	CASOS	PORCENTAJE
0 - 1	5	5.37
2 - 3	19	20.43
4 - 5	24	25.80
6 - 7	10	10.75
8 - 9	5	5.37
10 - 11	3	3.22
TOTAL	93	100%

ANALISIS

Se puede observar que la paridad que corresponde de 6 a 7 partos tiene el mayor número de casos de Adenomiosis con 27, siendo el porcentaje de 29.03. Seguidamente el grupo de mujeres con paridad de 4-5 partos ocupa el segundo lugar con 24 casos (25.30%).

En los grupos extremos, tenemos que del grupo 0-1 parto se presentaron 5 casos, en los que la causa de Histerectomía fue consecuente: a un Diagnóstico clínico dado de la siguiente forma: Leiomioma pediculado, Leiomiomatosis uterina vrs. degeneración sarcomatosa, Leiomiomatosis uterina más quiste ovárico, Embarazo ectópico roto, pólipo en

docervical sangrante.

Y en el otro grupo que corresponde de (10 a 11 partos), se obtuvo 3 casos (3.22%), siendo la causa de Histerectomía: prolapso uterino grado II, Prolapso uterino grado IV y de Hiperplasia endometrial.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE ADENOMIOSIS UTERINA SEGUN EL MOTIVO DE CONSULTA (SINTOMATOLOGIA) DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO 1971 A DICIEMBRE 1979

SINTOMA (S)	CASOS	PORCENTAJE
- Hemorragia vaginal	20	21.50
- Relación pélvica acompañada de incontinencia uterina	19	20.43
- Dolor pélvico	18	19.35
- Hemorragia vaginal acompañada de dismenorrea	15	16.12
- Incontinencia uterina	12	12.90
- Fiebre acompañado de dolor pélvico	4	4.30
- Asintomáticas	3	3.22
- Sensación de masa en región pélvica	2	2.15
TOTAL	93	100 %

ANALISIS

La sintomatología principal definida como

Hemorragia vaginal como única molestia se presentó en 20 casos, correspondiéndole un 25.50% del total; siendo su duración mínima de un día de evolución y la duración máxima de 12 años de evolución.

La sintomatología correspondiente a relación pélvica (sensación de pesantez en genitales, salida de masa por la vagina e incontinencia urinaria se presentó en 19 casos (20.43% del total); no presentando ningún caso sintomatología correspondiente a Adenomiosis Uterina.

En lo que corresponde a Hemorragia vaginal acompañada de Dismenorrea (sintomatología clásica de Adenomiosis), se presentó en 15 casos - (16,12% del total). Siendo la sintomatología de duración mínima de 22 días y la máxima de 3 años.

La Sintomatología que presenta el menor número de casos referida como sensación de masa de región pélvica (hipogastrio), es de 2 con un porcentaje de 2.15

CUADRO No. 5

HALLAZGOS EXAMEN FISICO DE LOS CASOS DE ADENOMIOSIS UTERINA. EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO 1971 a DICIEMBRE 1979

	CASOS	PORCENTAJE
Utero aumentado de tamaño:	40	43.01
Prolapso uterino más Cistorectocèle:	26	27.95
Utero aumentado de tamaño más -		
Masa Anexial:	5	5.37
Utero Normal:	5	5.37
Masa Anexial:	4	4.30
Cistocèle:	4	4.30
Masa Hipogástrica:	3	3.22
Pólipo endocervical:	3	3.22
Masa endocervical:	2	2.15
Fístulo uretro-vaginal:	1	1.07
TOTAL	93	100%

ANALISIS

El hallazgo más común encontrado al examen ginecológico lo constituyó el útero aumentado de tamaño en 40 casos, correspondiéndole un 43.01%

En segundo lugar, el hallazgo de prolapso -- uterino acompañado de Cistorectocèle se presentó en 26 casos, correspondiéndole un 27.9% que como se puede deducir fue la causa que condujo a la realización de la Histerectomía.

En los 2 casos, referidos como Masa Endocervical, se encontró que ambos correspondieron a -- pólipo Adenomatoso.

De los 5 casos, en que se encontró útero aumentado de tamaño con Masa Anexial palpable, esta última resulto ser: Abceso tubo-ovárico Quiste - folicular ovárico (2), Cistadenoma seroso y Embarazo ectópico.

CUADRO No. 6

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO DE LOS CASOS DE --
ADENOMIOSIS UTERINA REVISADOS. EN EL DEPARTA-
MENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENE-
RAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE EL PERIODO COM-
PRENDIDO DE ENERO 1971 a DICIEMBRE DE 1979.

DIAGNOSTICO	CASOS	PORCENTAJE
Leiomiomatosis uterina	38	40.86
Prolapso Uteri- no	25	26.88
Infección Pélvi- ca	5	5.37
Cistocele	5	5.37
Hiperplasia endo- metrial	4	4.30
Quiste ovárico	3	3.22
Hemorragia uteri- na disfuncional	3	3.22
Pólipo endocervi- cal	2	2.15
Adenomiosis Uteri- na	2	2.15
Embarazo ectópico	2	2.15
Adenocarcinoma de endometrio	1	1.07
Fístula uretro-va- ginal	1	1.07
Obstrucción tubári- ca	1	1.07
Displasia severa	1	1.07
TOTAL	93	100%

ANALISIS

El diagnóstico principal fue de Leiomiomato-
sis uterina en 38 casos, correspondiendo a 40.86%
del total de casos estudiados.

Llama la atención que únicamente en 2 casos
(2.15%), se pensó en Adenomiosis uterina como en
la primera posibilidad diagnóstica.

CUADRO No. 7

HALLAZGOS HISTOLOGICOS ENCONTRADOS EN LOS -
UTEROS Y OTRO (S), ORGANOS PELVICOS DE LOS -
CASOS REVISADOS. EN EL DEPARTAMENTO DE GINE
CO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN
DE DIOS DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE E-
NERO 1971 a DICIEMBRE DE 1979.

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	CASOS	PORCENTAJE
Adenomiosis	25	26.9
Adenomiosis más Leiomi _o matosis	21	22.6
Adenomiosis más Cervici tis crónica glandular	21	22.6
Adenomiosis más enferme dad inflamatoria pélvica aguda y/o crónica	9	9.7
Adenomiosis más pólipos adenomatosos	4	4.3
Adenomiosis más quistes ováricos	4	4.3
Adenomiosis más atrofia endometrial	3	3.2
Adenomiosis más Hiperpla sia glandular	2	2.1
Adenomiosis más Embarazo ectópico roto	2	2.1
Adenomiosis más Endometri _o sis ovárica	1	1.1
Adenomiosis más Hidátide de Morgagni	1	1.1
TOTAL	93	100%

ANALISIS

En todos los casos (100%), la Adenomiosis -
uterina fue descrita como: Focos de Adenomiosis
difusos en el miometrio.

Como único Hallazgo (focos de Adenomiosis),
se encontró en 21 casos (26.9%).

La patología que más se asoció fue: Leiomi_o
matosis uterina con 21 casos (22.6%), y Cervicitis
crónica glandular con 21 casos (22.6%).

En relación con enfermedad inflamatoria pel
viana: 4 casos correspondieron a la crónica y 5
a la aguda; total 9 casos (9.7%).

En relación con Hiperplasia glandular: uno
corresponde a la quística y el otro a la prolifera
tiva (2.1%).

Y como dato interesante, se tiene que solo en
un caso se encontró asociada con Endometriosis y
en este con localización ovárica correspondiéndole
un porcentaje de 1.1%.

Con relación a Quiste ovárico, uno correspon
dió a un Cistadenoma seroso y los otros tres a Fo
liculares, (4.3%).

CONCLUSIONES

- 1.- La Incidencia de Leiomiomatosis Uterina fue mayor que la de Adenomiosis Uterina, correspondiéndole a la primera 237 casos (19.5%), y a la segunda 93 casos (7.7%).
- 2.- La edad en que la Adenomiosis Uterina - fue más frecuente corresponde al período entre la 4a. y 5a. década de la vida con 38 casos (40.8%).
- 3.- Las pacientes con Paridad, Comprendida - entre 4 y 5 partos presentaron la mayor parte de los casos de Adenomiosis (27%).
- 4.- La frecuencia de Adenomiosis para la paridad de 0 a un parto es baja (5.37%).
- 5.- La sintomatología más frecuente fue Hemorragia Vaginal (37.6%). Presentándose - únicamente Hemorragia Vaginal como síntoma principal (21.5%), y asociada con Dismenorrea en 15 casos (16.1%).
- 6.- El hallazgo más frecuente al examen físico fue la percepción de un útero aumentado de tamaño en 45 casos (48.38%). De - estos casos, en 5 se encontró como hallazgo concomitante una Masa Anexial (5.37%).

- 7.- El diagnóstico pre-operatorio de Adenomiosis Uterina es bajo (2.15%).
- 8.- El Diagnóstico pre-operatorio más frecuente fue Leiomiomatosis (40.86%).
- 9.- La forma de Adenomiosis Difusa (focos), predominó en todos los casos.
- 10.- La Asociación más frecuente encontrada al examen Histológico fue de Adenomiosis con Leiomiomas Uterinos, en 21 casos (22.6%).
- 11.- Se encontró Adenomiosis Uterina en asociación con Endometriosis Ovárica en un caso.

RECOMENDACIONES

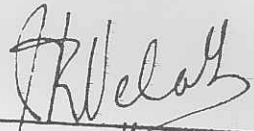
- 1.- Promover entre el profesional de la Medicina el conocimiento de la Entidad Clínica Adenomiosis Uterina, especialmente en los delicados a la práctica Gineco-Obstetrica, con el objeto de mejorar la atención médica.
- 2.- En toda paciente multipara, que presenta sintomatología de Hemorragia vaginal, dismenorrea y útero aumentado de tamaño a la palpación de sospecharse que padezca de - Adenomiosis Uterina.
- 3.- Debe incentivarse, la realización de Técnicas Diagnósticas, en este caso ((Histerosalpingogramas)) para comprobar el pordentaje de cierto diagnóstico.

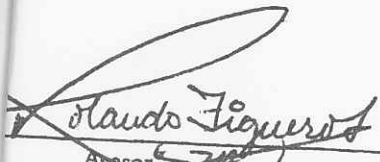
BIBLIOGRAFIA

- 1.- Benson R.C. and Sneedon E.D., Adenomyosis a Repraisal of Syntomatology. Amer., J. Obstet. Gynec. 76 : 1044, 1958.
- 2.- Carlotina Carlos, Terapéutica Ginecológica 827, 837, Octava Edición 1,970. Buenos Aires Arg.
- 3.- Castro Hector Federico Dr., Comunicaciones Personales, Jefe del Departamento de Patología del Hospital General San Juan de Dios.
- 4.- Dew Hurst C.J. Integrated Obstetrics and Gyneacology for Post Graduates, 563, 575 Second Edition, 1976.
- 5.- Fof H. and Langey F. A., Post Graduate Obstetrical and Gynaecologycal Pathology, 1562, First Edition. 1973.
- 6.- Kistner R. W. Gynecology, Principles and Practice 221-225, Third Edition, Year Book Medical, Publishers, Chicago 1978.
- 7.- Marshak R.H. and El-iasoph J., Roetgen Findings in Adenomyosis, Radiology 62-846, 1975.
- 8.- Mc Elint T.W. Et. Al. Obstet and Gynecology Annu. 425-41, 1974.

- 9.- Nava y Sánchez et al., Gynecology and -
Obstet. Mex. 35: 47, 1979.
- 10.- Novak R. Edmund, Ginecología, 366-69, -
Novena Edición, Edit. Interamericana 1977.
- 11.- Owalabi T. O., Et. Al. Obstet-Gynecology
424: (4) Oct. 1977.
- 12.- Parsons and Sommers, Gynecology, 1269-74
Second Edition, 1978.
- 13.- Weed C. John, Clinical and Gynecology, --
413-21, 1974.

Br. _____


Jorge Rolando Vela Galindo.


Asesor.
Rolando Figueroa Anzueto.

Dr. _____

Revisor.

Dr. Hector Federico Cast


Director de Fase III

ctor Nuila Ericastilla.

Dr. _____

Secretario

Dr. Raul Castillo Rodas

Dr. _____

Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo.