

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
UNAN – LEÓN**



**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**ADENOMIOSIS: CONCORDANCIA CLÍNICA Y
ULTRASONOGRÁFICA CON RESULTADOS
HISTOPATOLÓGICOS EN EL SERVICIO GINECOLOGÍA
HEODRA DURANTE EL AÑO 2001 A OCTUBRE 2002.**

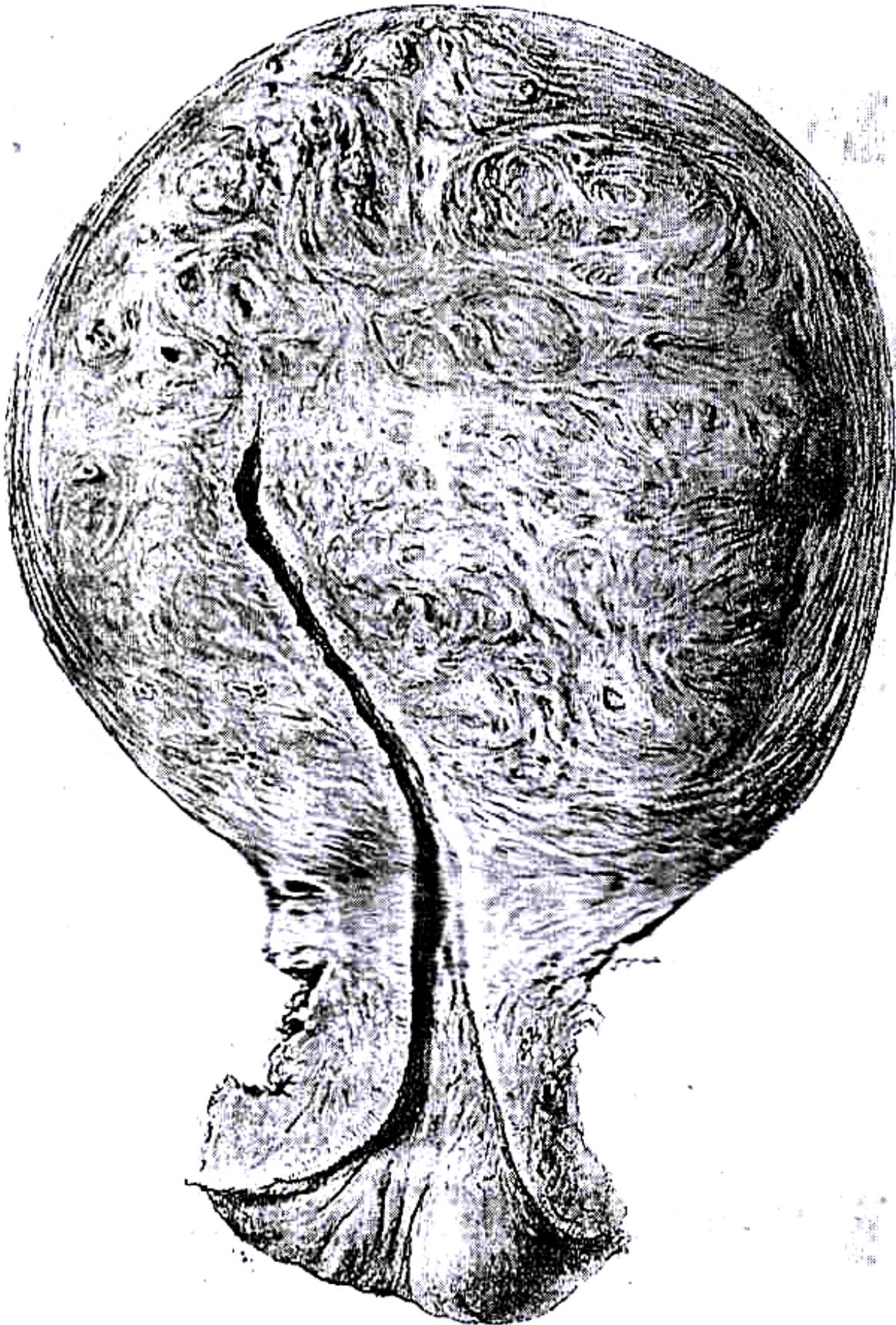
Autor: Dra. Martha Casco Úbeda

**Tutor: Dr. Marcio Montoya
Gineco-Obstetra**

**Asesor: Dr. Edgar Delgado Téllez
Médico Internista Toxicólogo
Master en Salud Pública**

León, 2003.

E



Anterior

AGRADECIMIENTO

A DIOS: ser supremo, fuente de inspiración, que me ha regalado la vida y me ha permitido llegar hasta el día de hoy, alcanzando mis metas.

A mi tutor: Dr. Marcio Montoya, por sus enseñanzas, el tiempo y la paciencia dedicados.

A mis maestros: por las enseñanzas brindadas.

A mi asesor: Dr. Edgar Delgado, por sus enseñanzas.

A mi hija: por todo el tiempo que me ha esperado.

A mis hermanas, y a Cruz del Carmen por su apoyo brindado.

ÍNDICE

	Páginas
Introducción	1-2
Objetivos	3
Marco teórico	4 - 13
Material y método	14 -16
Resultados	17 - 19
Discusión	20 - 22
Conclusiones	23
Recomendaciones	24
Referencias bibliográficas	25 –27
Anexos	28

INTRODUCCIÓN

La adenomiosis es una enfermedad de alta prevalencia en las mujeres en edad reproductiva. Es una entidad patológica cuya incidencia varía desde un 8% hasta un 47%, dependiendo de los criterios diagnósticos, así como también de la minuciosidad con la que se estudia el útero extirpado. ^{1,2,3}

La adenomiosis es causa de dismenorrea, sangrados menstruales abundantes y prolongados, dolor pélvico, por lo cual acuden a consulta muchas pacientes. Afecta principalmente a mujeres en edad fértil, por lo general después de los 30 años de edad, aunque puede ser causa de dismenorrea secundaria en adolescentes. ^{4,5,6}

A pesar del amplio conocimiento de los síntomas mayores de adenomiosis, el diagnóstico preoperatorio se hace correctamente en menos de la tercera parte de todas las enfermas. Su diagnóstico definitivo se confirma sólo después de que un patólogo examine una muestra de la pared de un útero extirpado. ^{1,7}

En un estudio monográfico sobre diagnósticos post operatorio, en pacientes a las que se les realizó histerectomía (HEODRA año 1998), por reportes histopatológicos se encontró un 57.1% de adenomiosis que coincidió con el diagnóstico prequirúrgico. ⁸

Esta patología constituye una de las primeras cinco causa de ingreso al Servicio de Ginecología, por la cual se realiza histerectomía. Pretendemos con el presente trabajo conocer la incidencia de adenomiosis con los resultados histopatológicos y su correlación con la clínica y ultrasonográfica, ya que es una causa frecuente de morbilidad en las pacientes ingresadas en el servicio de ginecología; para de esta

manera evaluar la calidad diagnóstica clínica auxiliándose de la ecografía, que es un medio disponible en el Hospital, esto nos servirá de auto-evaluación y nos incentivará a superarnos en el ejercicio diario de nuestra profesión.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer la concordancia clínica y ultrasonográfica de adenomiosis con los hallazgos histopatológicos en el Servicio de Ginecología HEODRA, durante el período de enero del año 2001 a octubre 2002.

Objetivos Específicos:

- 1- Describir el perfil epidemiológico-clínico y los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes estudiadas.
- 2- Determinar los patrones clínicos de las pacientes con adenomiosis.
- 3- Registrar los diagnósticos preoperatorios de las pacientes de estudio.
- 4- Conocer las patologías asociadas a adenomiosis en el reporte histopatológico.
- 5- Estimar la concordancia clínica y ultrasonográfica con los hallazgos histopatológicos en el diagnóstico de adenomiosis.

MARCO TEORICO

La adenomiosis es definida como la existencia de áreas de glándulas y estroma endometriales en el espesor del miometrio, junto con la hiperplasia de las fibras musculares lisas de este último.^{1, 2, 3,9}

La incidencia estimada de adenomiosis varía ampliamente en las distintas instituciones, dado que el diagnóstico es esencialmente histopatológico, la frecuencia informada de este trastorno oscila ampliamente (8-47%) en el muestreo sistemático de los úteros extirpados; no solamente depende de los criterios diagnósticos, sino también de la minuciosidad con la cual se estudia el útero extirpado. Benson y Sneed sugirieron un criterio diagnóstico estricto: la adenomiosis debe extenderse en el seno del miometrio una distancia de por lo menos dos campos de bajo aumento (8mm) desde la capa basal.^{3, 7, 9,10}

Se desconoce la causa de la adenomiosis. Las hipótesis que se han planteado para explicar la génesis de la adenomiosis son numerosas. La teoría mas aceptada postula que el tejido endometrial en el miometrio proviene de los conductos de Müller y que representa una proyección directa desde el endometrio de la cavidad del útero. Cullen, que fue quien originalmente describió esta condición, creía que el endometrio (glándulas y estroma), invadía directamente el miometrio durante la involución del útero después de repetidos embarazos.

Él demostró mediante cortes seriados una comunicación directa entre la porción basal del endometrio y los islotes endometriales en el seno de áreas de adenomiosis. En algunos casos, las extensiones de endometrio pueden ser rastreadas a través del espesor completo del miometrio hasta la superficie serosa del útero.^{1, 5,7}

Estos islotes intramurales por lo general presentan el aspecto histológico de la capa basal endometrial y usualmente responden a la estimulación estrogénica con un patrón proliferativo o, en ocasiones con una hiperplasia quística. El efecto de la progesterona sobre el endometrio ectópico es menos previsible. Los cambios secretorios a nivel de las glándulas son menos frecuentes, mientras que en el embarazo puede anticiparse una reacción decidual del estroma.

El tejido endometrial ectópico, al igual que el del endometrio uterino, puede ser sensible a las hormonas. En ausencia de estimulación hormonal, el endometrio ectópico experimentará una atrofia durante la menopausia. Si bien el endometrio ectópico puede ser estrógeno dependiente y experimenta una hiperplasia quística, la adenomiosis raramente se asocia con una hiperplasia atípica y su transformación maligna es un hallazgo aun más raro.^{2, 4,5}

También se le ha relacionado a la adenomiosis con cicatrices de cesáreas y con instrumentaciones intrauterinas previas y endometritis.^{1, 10,11}

La adenomiosis puede presentar dos formas distintas: difusa y local. La adenomiosis difusa afecta las paredes del útero en grado diverso, si bien este proceso es por lo general difuso, también puede estar relativamente localizada, aunque nunca encapsulado. El útero propiamente dicho está ligeramente aumentado de tamaño, pero no suele ser mayor al correspondiente a 12 semanas de gestación, y es relativamente simétrico. Al corte, la pared uterina revela un patrón macroscópico trabecular con un entrelazamiento de tejido muscular y fibroso con pequeños islotes de endometrio a menudo de colores oscuros y hemorrágicos. Por el contrario, un adenomioma es un proceso localizado en la pared uterina y presenta una cápsula similar a la de un leiomioma intramural.^{1, 2, 3,6, 22, 23}

El engrosamiento uterino producido por la adenomiosis es difuso y de consistencia uniforme y no nodular e irregular (como sucede con los miomas). El fondo uterino por lo general es el sitio de la adenomiosis. Puede afectar a una o a ambas paredes del útero, creando una masa globulosa de 10 a 11 cm de diámetro. La superficie al corte tiene un patrón trabecular lleno de vórtices, y puede haber pequeñas zonas de hemorragia que representan islotes endometriales en los cuales ha ocurrido hemorragia menstrual.

Existe acuerdo general de que los miomas coexisten con adenomiosis, en 36 a 50 % de los casos. Emge identificó la presencia de adenomiosis en la mayor parte de los úteros extirpados por hiperplasia endometrial y en 33 % de los extirpados por carcinoma endometrial; por otro lado, Greenwood encontró adenomiosis concurrente únicamente en 20% de sus pacientes con los mismos diagnósticos primarios, en comparación con 17% en pacientes con relajación pélvica.

El útero está crecido (a menudo en forma simétrica) irregularmente firme y vascularizado. La incisión revela trabéculas granulares o moteadas en forma burda con pequeños espacios quísticos de color amarillo o pardo que contienen líquido o sangre, la superficie de los cortes aparecen convexa, haciendo prociencia y exudando suero. A menudo es imposible distinguir la unión endometrio – miometrio.^{1, 2, 7}

El patrón microscópico es de islotes endometriales diseminados a través del endometrio. La profundidad de penetración puede ser graduada, y las opiniones varían en relación a la extensión superficial del endometrio basal. La adenomiosis se ha clasificado en tres grados: leve, moderada y severa dependiendo de la profundidad de penetración del endometrio en el miometrio: la adenomiosis leve es cuando se encuentran de 1-3 islas de endometrio por campo de bajo poder; moderada: de 1-10 islas de bajo poder; severa: >10 islas de bajo poder.

La hipertrofia y la hiperplasia del miometrio casi invariablemente están presentes alrededor de los islotes de endometrio, y la hemosiderina fagocitada 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; pero en la mayoría de las enfermas el tejido aberrante parece responder muy bien a la administración de estrógenos aunque no a la progesterona. Cuando la hiperplasia endometrial afecta a la mucosa, puede observarse el mismo patrón histológico en los islotes ectópicos; el endometrio invasor también puede participar en los cambios deciduales característicos del embarazo.^{3,5,7}

El dolor y la hemorragia uterina anormal puede 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 proceso.

La hemorragia intramiometrial probablemente no ocurra durante la menstruación, por la sangre o la hemosiderina que está en la profundidad del miometrio en ocasiones se observa casi al final del ciclo. Las glándulas ectópicas por lo general se parecen a las de la capa basal; responden a la progesterona sólo aproximadamente en 20% de las enfermas. Desde el punto de vista histológico, se observa una variedad rara de adenomiosis cuando el estroma endometrial, carente de elementos glandulares, se localiza en el miometrio en forma ectópica. El estroma benigno se denomina adenomiosis del estroma o estromatosis.

El estroma con más de 10 mitosis por campo de gran aumento debe considerarse como sarcoma endometrial con extensión miometrial y tiene pronóstico sombrío. La

miosis del estroma endolinfático tiene un pronóstico intermedio y es una lesión agresiva con menos de 10 mitosis por campo de gran aumento. Esta lesión muestra bordes infiltrantes que pueden invadir los conductos linfáticos y vasculares y provocar metástasis. Esta neoplasia tiene una tasa de mortalidad baja. ^{1, 3, 4, 6, 7, 12}

La adenomiosis se presenta en mujeres mayores de 30 años que han tenido niños, rara vez ocurre en mujeres que no han tenido un embarazo a término. La adenomiosis es por lo general un hallazgo patológico accidental y puede ser enteramente asintomático en aproximadamente 35 % de las enfermas.

Grados importantes de adenomiosis se acompañan de hipermenorrea casi en 50 % de las enfermas, y alrededor de 30 % tienen una forma adquirida de gravedad creciente de dismenorrea. En aproximadamente 20 % de las mujeres con adenomiosis es probable que tenga ambos síntomas clásicos. A pesar del amplio conocimiento de los síntomas mayores de adenomiosis, el diagnóstico preoperatorio se hace en menos de la tercera parte de todos los casos de histerectomía.

Los síntomas asociados con la adenomiosis en orden de importancia son: metrorragia disfuncional, dismenorrea, sensación de presión pélvica. En general esta enfermedad no es diagnosticada en forma específica ya que este perfil clínico es también característico de otras enfermedades ginecológicas como la miomatosis, la endometriosis, el síndrome de congestión pélvica, la inflamación pélvica. ^{1, 2, 3, 6, 9, 10, 23}

La metrorragia disfuncional que acompaña a la adenomiosis tiene ciertas características que la diferencian de otras metropatías: es resistente a la terapia hormonal y al raspado uterino. Ocurre más comúnmente en el período reproductivo

tardío y continúa en los años de climaterio, siendo automáticamente limitada por la menopausia.

La dismenorrea es el segundo síntoma importante de cuadro clínico, es usualmente de carácter cólico, debido a las contracciones dolorosas del músculo uterino, inducida por la distensión menstrual de los islotes endometriales. Aproximadamente en un tercio de las pacientes, la dismenorrea está directamente relacionada con la profundidad de penetración y el grado de afección, y sin duda alguna, resulta de las contracciones del miometrio provocada por la hinchazón premenstrual y la hemorragia menstrual en los islotes del endometrio. Por lo general, el útero está hipersensible y ligeramente blando al hacer el examen bimanual antes de la menstruación (signo de Halban) ^{1, 2, 3, 6, 9,10, 21}

La sensación de peso, ya sea en la región de la vejiga o en el recto, se explica por la presencia de un útero aumentado de tamaño que en ocasiones produce polaquiuria y dificultad en la defecación.

Aunque el diagnóstico generalmente no se establece hasta después del examen anatomopatológico del útero, hay casos en los cuales se puede plantear el diagnóstico, clínico presuntivo.

Se debe sospechar adenomiosis en una mujer con dismenorrea y menorragia de severidad creciente, durante la cuarta o quinta década de la vida. El examen pélvico debe hacerse antes o durante la fase inicial de la menstruación. El útero puede estar muy firme y por lo general aumentado de tamaño. Este aumento usualmente no supera el doble del tamaño normal. Según la descripción clásica, hay mayor compromiso de la pared posterior del órgano.

En la adenomiosis difusa el aumento de tamaño puede ser simétrico, el útero de éstas pacientes presentará una configuración globulosa. En presencia de un adenomioma capsulado el útero puede ser irregular o asimétrico, similar a un útero leiomiomatoso. A veces, sobre todo durante la menstruación, el útero aumentado de tamaño es doloroso a la palpación. ^{1, 6, 10,13}

El ultrasonido sobre todo transvaginal es de ayuda para establecer el diagnóstico de adenomiosis, tiene una sensibilidad de 80% y una especificidad de 50 – 75 %. La resonancia magnética es más sensible y específica, pero tiene el inconveniente del costo económico, posee una sensibilidad de 100 % y una especificidad de 80 %.

La histerografía de contraste puede ser diagnóstica en algunos casos, pero el rendimiento es muy bajo para justificar su utilización sistemática, así como el histerosalpingograma. ^{1, 9, 10,13, 23}

El diagnóstico se hace definitivamente posterior a la histerectomía, un estudio de 200 especímenes consecutivos de histerectomía reveló adenomiosis en el 31 %, sin embargo, cuando 6 nuevas muestras de tejidos miometrial fueron examinadas además de las muestras de rutina, la incidencia aumentó al 61 %. ^{1,9}

El diagnóstico diferencial de la adenomiosis se debe hacer en primer lugar con la presencia de un embarazo, que debe descartarse mediante una prueba de GCH fracción β .

Mioma submucoso: hay miomas en 50 a 60 % de las enfermas con adenomiosis, las dos entidades puede tener síntomas similares y también diferentes. Los miomas

pueden causar menorragia excesiva, prolongada y dolor. El útero está firme y no hipersensible, inclusive durante la menstruación. Ocurre malestar si el mioma está pedunculado y en proceso de procidencia. El diagnóstico se confirma con D y R.^{5,7,12}

El diagnóstico diferencial con cáncer endometrial se debe hacer con D y R. En la hipertrofia idiopática del útero, debe pensarse si ocurre menorragia sin dismenorrea o hipersensibilidad uterina. El síndrome de congestión pélvica (síndrome de Taylor): deben tomarse en cuenta las molestias crónicas, a menudo dolor pélvico continuo y metrorragia, en las pacientes histéricas. En tales casos el útero está crecido, simétrico y con reblandecimiento mínimo, el cuello está cianótico y algo permeable.

En la endometriosis pélvica son típicas la dismenorrea premenstrual e intramenstrual, las masas anexiales adherentes y los nódulos en perdigones en el fondo de saco. El trastorno se acompaña de adenomiosis aproximadamente en 15 % de las enfermas.

Prevención: La adenomiosis no puede prevenirse

Tratamiento: En la adenomiosis el tratamiento de elección es la histerectomía cuando se trata de pacientes sobre 35 años que han completado su familia. Así como también en pacientes jóvenes con síntomas incapacitantes o con útero que crece rápidamente, esta cirugía también está indicada como tratamiento y como diagnóstico. La vía vaginal es la preferida si lo permite el tamaño del útero y no existen otras anomalías pélvicas.^{1, 2, 3, 7, 10, 16, 17}

La preservación o la extirpación de los ovarios debe ser basada en el análisis individual de cada caso y debe ser decidida tomando en cuenta factores, tales como la edad de la paciente y la presencia o ausencia de patología anexial.

En la mujer premenopáusica que sólo tiene síntomas menores, la posibilidad de anomalías endometriales o de un fibromioma submucoso debe ser eliminada con raspado uterino diagnóstico y el uso de analgésicos. En mujeres jóvenes en edad reproductiva y con deseos de procreación, se puede considerar la enucleación de un adenomioma encapsulado.

En la terapia médica: se puede utilizar los agonistas GnRH como son: El acetato de Leuprolida de depósito aplicando una dosis 3.75 mg intramuscular mensualmente o Goserelina a dosis 3.6 mg subcutáneo mensualmente ó Nafarelina a dosis de 200 a 400 mg intranasal dos veces al día; todos por un período de 6 meses.

Estos preparados tienen las ventajas de producir amenorrea secundaria, disminución del tamaño del adenomioma y algunos casos reportados de concepción posterior a esta terapia. Las desventajas son los efectos del hipoestrogenismo como son: los bochornos y la sequedad vaginal, desmineralización de huesos reversible en un 3%, se debe usar calcio complementario a dosis de 1500 mg diarios, vitamina D 400 UI diariamente y el uso de contracepción por los menos 6 semanas de iniciada la terapia y por el tiempo necesario.^{1, 7, 10}

Quimioterapia: se han ensayado diversos regímenes de hormonas sexuales en mujeres con síntomas y otros datos que se suponen son debidos a la adenomiosis. La mayor parte de tales intentos han sido totalmente inútiles. Los anticonceptivos orales no son recomendados, por lo general acentúan el dolor o la hemorragia.

Radiación: en teoría la radiación pélvica es suficiente para suspender la producción hormonal ovárica, lo que aliviará por completo los síntomas de la adenomiosis, y puede considerarse dicha terapéutica en una mujer premenopáusica con contraindicación

médica al tratamiento quirúrgico mayor. En la práctica actual, rara vez acontece esta combinación de circunstancias. ^{5, 7, 14,23}

Pronóstico: La histerectomía es curativa. ^{1, 3, 5,7}

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio: Es un estudio descriptivo de serie de casos.

Área de Estudio: El estudio se realizó en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, en la sala de Ginecología ubicada en el II piso.

Población de Estudio: Pacientes que estuvieron hospitalizadas en el Servicio de Ginecología a las cuales se les realizó histerectomía, tanto vaginal como abdominal y cuyo reporte histopatológico fue el diagnóstico de adenomiosis en el período de enero año 2001 a octubre 2002, siendo un total de 120 casos.

Fuente de datos: Fuente de recolección de datos secundaria, obteniéndose la información de los reportes histopatológicos del libro de registros del departamento de patología del HEODRA y el resto de datos de los expedientes clínicos.

Instrumento: Ficha de recolección de datos (ver anexo).

Procedimiento: Con la autorización de la dirección del HEODRA, se procedió a la revisión de los reportes histopatológicos del libro de registros del servicio de patología y posteriormente a la revisión de los expedientes clínicos. Para recolectar la información se aplicó una ficha clínica de recolección de datos, previo pilotaje de la misma. Llenadas las fichas se procedió posteriormente al análisis de la información.

Plan de análisis: La información fue procesada en el programa epidemiológico Epi-Info versión 6.04. para efectuar cruce de variables y expresarse en tablas y gráficos para su mejor comprensión.

A las variables categóricas se les calculó proporciones, en cambio a las variables numéricas se utilizó el promedio y desviación estándar. Para medir el grado de concordancia se utilizó la prueba de Kappa. Los resultados se presentan en tablas y gráficos.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA	VALOR
Edad	Años cumplidos al revisar el expediente	Menor 30 años 30-50 años Mayor 50 años	Años
Procedencia	Lugar de donde procede la paciente.	Urbana Rural	-
Estado Civil	Estado Civil de la paciente al momento de la revisión de los expedientes.	Acompañada Casada Soltera Viuda	-
Escolaridad	Grado de escolaridad alcanzado al momento del estudio	Ninguno Primaria Secundaria Universidad	Años de estudio
Gesta	Número de embarazos, ya sea que halla terminado en parto, aborto o cesárea.	Nuligesta (0 Emb.) Uno-tres gestas Multigesta (4-6 Emb.) Gran multigesta (Mayor de 6 Emb.)	Número
Menarca	Edad de la primera menstruación	-	- Años
IVSA	Edad de inicio de vida sexual activa	Menor de 18 años Mayor de 17 años	Años
Dismenorrea	Dolor pélvico asociado a ciclos menstruales.	Sí No	-
Dispareunia	Dolor genital que ocurre antes, durante o después del coito.	Sí No	-
Sangrado post coito	Sangrado durante o posterior al coito que no se relacione con el ciclo menstrual.	Sí No	-
Dolor Pélvico	Dolor en hipogastrio no relacionado con la menstruación.	Sí No	-
Sangrado Uterino Anormal	Todo sangrado que se presenta fuera del ciclo menstrual	Sí No	-
Masa Pélvica	Presencia de masa en hipogastrio referida o encontrada al examen físico.	Sí No	-

RESULTADOS

Durante el período de enero del 2001 a octubre del 2002 se hospitalizaron un total de 437 pacientes en la sala de Ginecología a las cuales se le realizó histerectomía tanto vaginal como abdominal, de ellas 120 (27.5) tenían el diagnóstico de adenomiosis en el reporte histopatológico, hechos por el Departamento de Patología del HEODRA.

En relación con la edad de las pacientes con adenomiosis, el grupo etario mayoritario fue el de 30 a 50 años, con 93 (77.5%) casos y 27 (22.5%) casos para las mayores de 50 años. La procedencia urbana de las pacientes estudiadas predominó con 68 (56.7%) casos sobre los del área rural con 52 (43.3%) casos.

En cuanto al estado civil, el mayor porcentaje (44.2%) lo ocuparon las mujeres acompañadas con 53 casos y las casadas con 36 (30%) casos, 24 (20%) eran solteras y 7(5.8%) viudas. Con respecto a la escolaridad de las pacientes 76 (63.3%) alcanzaron nivel primario, ya sea completa o incompleta, 12 (10%) la secundaria y 32 (26.7%) ninguna (Ver tabla 1).

Refiriéndonos a los antecedentes Gineco-Obstétricos de mayor importancia, la menarca en promedio fue de 13.4 años con una desviación estándar de 1.5. El inicio de la vida sexual activa en menores de 18 años fue de 64 (53.3%) casos y 56 (46.7%) casos para las mayores de 17 años. Con respecto a la paridad de las pacientes estudiadas 99 (82.5%) de ellas eran multigestas o gran multigestas, siendo la categoría que predominó la multigestas con al menos 65 (54.2%); 20 (16.7%) tuvieron entre 1 – 3 embarazos y una de ellas no tuvo ningún embarazo. El promedio de partos fue de 5.6 partos con una desviación estándar de 3.3. De las pacientes 65 (54.2%) tuvieron al menos un aborto con un promedio de un 1.7 y a 12 (10%) de ellas se les había

realizado al menos una cesárea con un promedio de 1.8. Los anticonceptivos hormonales fueron usados por 24 (20%) de las pacientes. (Ver tabla 2).

Los síntomas clínicos de adenomiosis en orden de frecuencia fueron los siguientes: en primer lugar dolor pélvico en 97 (80.8%) casos, seguido de dismenorrea 76 (63.3%) casos, sangrado uterino anormal con 70 (58.3%) casos, dispareunia 33 (27.5%) casos, masa pélvica en 8 (6.7%) casos y sensación de peso en 5 (4.2%) casos. (Ver Gráfico 3).

Los diagnósticos de ingreso de las pacientes en orden de frecuencia fueron: miomatosis uterina en 48 (40%) pacientes, trastornos de estática pélvica en 24 (20%) pacientes, adenomiosis 12 (10%) pacientes, tumor de ovario en 4 (3.3%) pacientes, hiperplasia endometrial en 3 (2.5%) pacientes, dolor pélvico crónico, sangrado uterino anormal y displasia cervical en 2 (1.7%) pacientes para cada uno (Ver tabla 4(a)). Esto hace un total de 97 pacientes; en las 23 pacientes restantes se encontró más de un diagnóstico de ingreso: trastornos de estática pélvica con miomatosis uterina en 8 (6.7%) casos, adenomiosis con miomatosis en 4 (3.3%) casos, trastorno de la estática pélvica con adenomiosis, trastorno de estática pélvica con dolor pélvico crónico en 3 (2.5%) casos, miomatosis con tumor de ovario en 2 (1.7%) casos, adenomiosis con hiperplasia endometrial, tumor de ovario con adenomiosis, trastorno de estática pélvica con tumor de ovario en 1 (0.8%) caso para cada uno (Ver tabla 4(b))

En las patologías asociadas al diagnóstico histopatológico de adenomiosis encontramos en primer lugar: la asociación de adenomiosis con miomatosis 44 (36.6%) casos, en segundo lugar adenomiosis con trastorno de estática pélvica 39 (32.5%) casos, asociadas a cáncer in Situ e hiperplasia endometrial en 3 (2.5%) casos respectivamente en 2 (1.7%) casos para cada uno, asociada a cistoadenoma de

ovario y teratoma benigno de ovario, y en 1 (0.8%) caso asociada a endometriosis (Ver Gráfico 5).

En cuanto a la concordancia clínica y ultrasonográfica con el diagnóstico histopatológico de adenomiosis observamos que clínicamente 21 casos (17.5%) concordaron con el diagnóstico histopatológico y ultrasonográficamente 20 casos (16.7%) con una prueba de Kappa de 0.28 y 0.21 respectivamente (Ver tabla 6).

DISCUSIÓN

En el presente trabajo sobre concordancia clínica y ultrasonográfica con diagnóstico histopatológico de adenomiosis, se encontró que esta patología es más frecuente en mujeres en edades de 30 a 50 años, lo que se corresponde con lo reportado en la literatura consultada que señala que la adenomiosis es una enfermedad de mujeres mayores de 30 años y disminuye después de la menopausia. ^{1, 2, 3, 6, 7, 14,23}

El hecho de que la población urbana tenga más acceso a los servicios de salud, justifica el mayor porcentaje de pacientes procedentes del área urbana con respecto al área rural. En su mayoría las mujeres del estudio tenían unión estable (acompañadas y casadas) y habían alcanzado algún nivel de primaria, que son características propias de la población del país.

En los antecedentes Gineco-Obstétricos de importancia el promedio de la menarca fue de 13.4 años, un mayor número de las pacientes estudiadas iniciaron su vida sexual activa antes de los 18 años lo que nos da una referencia de la probabilidad de un embarazo a temprana edad, lo que tiene relación con mayor número de partos, abortos o cesáreas de las pacientes, siendo estos considerados como factores desencadenantes de adenomiosis. En su gran mayoría las pacientes eran multigestas o gran multigestas y de acuerdo a la literatura consultada en una de las hipótesis sobre la etiología de la adenomiosis; Cullen describió que el endometrio invade el miometrio durante la involución del útero después de repetidos embarazos ^{3,5,7}; así como también se señala como factores vinculados al desarrollo de adenomiosis el antecedente de instrumentaciones uterinas, por ejemplo legrados por abortos y antecedentes de cesáreas ^{9,11}; en nuestro estudio se encontró que el 54.2% de las pacientes había tenido al menos un aborto, con un promedio de 1.7 abortos y un promedio 1.8 cesárea. Cabe señalar que el dato sobre legrados uterinos tanto instrumentales como por

aspiración no se logró recolectar por falta de información en los expedientes. Se reporta en la literatura que los focos ectópicos de endometrio pueden responder a estímulos hormonales, por lo que el uso de anticonceptivos hormonales puede causar en las pacientes los síntomas característicos de adenomiosis, nuestro estudio reporta 24(20%) pacientes con un promedio de 4 años de uso de anticonceptivos hormonales

6, 10, 13,15

Los síntomas encontrados en las pacientes del estudio concuerdan con los síntomas característicos de adenomiosis, excepto por la dispareunia. Cabe señalar que estos síntomas no son solo propios de adenomiosis sino de otras patologías como miomatosis, dolor pélvico crónico, endometriosis, displasia cervical; y otras que se encontraron asociadas a la adenomiosis en el reporte histopatológico. Como señala la literatura revisada los síntomas más frecuentemente asociados a adenomiosis son metrorragia y dismenorrea ^{7, 12,14}. En el estudio se encontró que los tres principales síntomas referidos por las pacientes fueron: dolor pélvico, dismenorrea y sangrado uterino anormal. Hasta en un 35 % las pacientes con adenomiosis son asintomáticas y esta enfermedad es un hallazgo post – histerectomía como en los casos de pacientes que fueron operadas por trastorno de estática pélvica o masas anexiales ^{2, 3, 16,17}

La patología que se encontró más frecuentemente asociada a adenomiosis en el reporte hispatológico fue la miomatosis, en la literatura se reporta que los miomas coexisten hasta en un 50 % de los casos con adenomiosis y en un 17-33% la adenomiosis se encuentra en úteros extirpados en pacientes con relajación pélvica ^{1, 6,12} en nuestro estudio se asoció en 36.6% y 32.5% respectivamente.

Se encontró en el estudio que no existe concordancia clínica y ultrasonográfica con los reportes histopatológicos de adenomiosis, ya que la prueba de kappa fue de 0.28 y 0.21 respectivamente, lo que se interpreta que de cada 100 mujeres solo el 28% y

21%, se pueden diagnosticar por clínica o ultrasonografía respectivamente, los que tendrían una pobre sensibilidad en el diagnóstico de la adenomiosis; lo que concuerda con lo reportado en la literatura que señala que a pesar del amplio conocimiento de los síntomas mayores de adenomiosis, el diagnóstico preoperatorio se hace en menos de la tercera parte de todos los casos de histerectomía. ^{1, 2, 3, 5, 6}

Es de hacer notar que el diagnóstico histopatológico de adenomiosis, depende en gran manera del número de cortes que se le hagan a la pieza en estudio; y en nuestro Hospital se realizan entre 4 y 6 cortes según el tamaño de la pieza en estudio. Según señala la literatura consultada con 6 nuevos cortes que se le hagan al útero extirpado la incidencia de adenomiosis aumenta hasta en un 30%. ^{1, 6, 7, 16,23}

CONCLUSIONES

- 1- La mayoría de pacientes estaban comprendidas en las edades de 30 a 50 años, procedían del área urbana, tenían unión estable y escolaridad primaria.
- 2- En los antecedentes Gineco-Obstétricos la menarca en promedio fue de 13.4 años, iniciaron su vida sexual activa mayoritariamente antes de los 18 años, eran en su mayoría multigestas o gran multigestas, con un menor uso anticonceptivos hormonales.
- 3- Los síntomas más frecuentemente encontrados en estas pacientes en orden de frecuencia fueron: dolor pélvico, dismenorrea, sangrado uterino anormal.
- 4- Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron: miomatosis uterina, trastorno de estática pélvica, adenomiosis, tumor de ovario.
- 5- La patología más frecuentemente asociada en el reporte histopatológico a la adenomiosis fue la miomatosis uterina.
- 6- No se encontró concordancia clínica y ultrasonográfica con el reporte histopatológico en la adenomiosis.

RECOMENDACIONES

- 1- Tener mayor sospecha clínica de adenomiosis en pacientes que presentan metrorragia, dolor pélvico y dismenorrea.
- 2- Dar mayor seguimiento a través de la consulta externa del Hospital y de los Centros de Salud a las pacientes que se les realizó histerectomía.
- 3- Llevar un registro computarizado de cada patología ginecológica diagnosticada por reporte histopatológico en el departamento de patología del HEODRA.
- 4- Implementar la realización de mayor número de cortes de las piezas operatorias en el Servicio de Patología.

REFERENCIAS

- 1) Entman S. Miomatosis Uterina y Adenomiosis. En: Jones H. W. Wenntz A. C. Bumett L. S. Tratado de Ginecología de Novak 11 edición Interamericana McGraw Hill, México 1988 Pág. 397 – 401.
- 2) Pérez– Sánchez A. Ginecología 3ra edición Publicaciones Técnicas Mediterránea, Buenos Aires Argentina, 1998 Pág. 429 – 431.
- 3) Williams T. Endometriosis. En: Te linde, Ginecología Quirúrgica 8va. Edición Editorial Barcelona, Buenos Aires, Argentina. 1995 Pág. 608 – 618.
- 4) Adenomiosis Información general, síntomas, tratamiento Pág. 1 –3 (Pág. WEB [http:// pcs adam. Com/ ency/ article/ 001615htm](http://pcs.adam.com/ency/article/001615htm)).
- 5) Gant Norman F. Manual de Ginecoobstetricia Editorial El Manual-Moderno SA de CV, México 1995. Pág. 235 – 236.
- 6) Benson/ Pernoll Manual de Obstetricia y Ginecología 9na. Edición Interamericana Mc Graw Hill, México, 1994 Pág. 40, 641, 655, 686, 693 - 695.
- 7) Soto Alvarado M.C. Concordancia Clínico Patológica en Pacientes con Histerectomía en el HEODRA, II Semestre 1998, León, 1999.
- 8) Pinzón B. y col. Presentación Atípica de Adenomiosis Fundación Santa Fé. Bogotá, Colombia 16 Enero 2003.
www.encolombia.com/medicus/ginecología/53102-servespresent.htm13k

- 9) Michael A Davis/ MD. Adenomyosis Virtual Medical Library Home of the National Medical Society. 2003.
www.medical-library.org/journals2^{da}/adenomyosis.htm
- 10) Whitted R. Does Cesarean Delivery Increase the Prevalence of Adenomyosis? *Obstetrics and Gynecology*. Suppl 2000; May 24 (95): 83 – 85.
- 11) Dale R. Dunihoo. *Fundamentals of gynecology and obstetrics*, I.B. Lippincott Company Philadelphia. 1990 Pág. 192 – 193.
- 12) Ubandizaga Calprson M. Mioma Uterino. Adenomyosis. Útero hipertrófico. Hospital Son Pureta, Palma de Mayorca (Baleares) 2002.
- 13) Michael A Davis / MD. Abnormal Uterine Bleeding. Virtual Medical Library Home of the National Medical Society. 2003.
www.medical-library.org/journals2^{da}/adenomyosis.htm
- 14) Benson / Pernoll *Diagnóstico y Tratamiento* 7ma edición Editorial Interamericana Mc Graw Hill, México 2001 Pág. 671 – 674.
- 15) Kikku P. Erkkola R. Gronroos M, Nonspecificity of Symptoms Related to Adenomyosis *Acta Obstet Gynecol Scand Georgia Atl*. 1984; 63: 229.
- 16) Gambone J C. Validation of Hysterectomy Indications on the Quality Assurance Process. *Obstetrics and Gynecology* 1989; 13 (6): 28-31.
- 17) Stovazi Thomas G. Hysterectomy for Chronic Pelvic Pain of Presumed Uterine Etiology. *Obstetrics and Gynecology*. 1990; 75 (4): 1 – 5.
- 18) Cabañez J.A Ginecólogo Badajoz *Ginecología de la Adolescencia* Pág. 1 – 3 (Pág. WEB [http:// pcs.adam.com/ency/article/001513htm](http://pcs.adam.com/ency/article/001513htm)).

- 19) ACOG Practice Bulletin- Management of Anovulatory Bleeding Obstetrician Gynecologist 2000; (14): 36-44.
- 20) Ezaki K, Motoyama H. Inmunohistologic Localization of Estrone Sulfatase in Uterine Endometrium and Adenomyosis. Obstetrics and Gynecology 2001; (98): 815 – 819.
- 21) Beard R, Belsy E, Lieberman B. Pelvic pain in women. Am J Obstet Gynecol 1986; (68): 13 – 15.
- 22) Botero J. Jubiz H. Henao G. Obstetricia y Ginecología. 4ta Edición. Carvajal S. A. Colombia. 1990. Pág. 572 – 578.
- 23) González J. M. Ginecología. 7ma Edición. Masson. Barcelona, España. 2000. Pág. 222 – 271.

ANEXOS

**TABLA 1 CARACTERISTICAS GENERALES DE PACIENTES CON
ADENOMIOSIS HEODRA ENERO 2001 OCTUBRE 2002**

VARIABLE	NUMERO	PORCENTAJE
EDAD		
30 – 50 años	93	77.5
> 50 años	27	22.5
PROCEDENCIA		
URBANA	68	56.7
RURAL	52	43.3
ESTADO CIVIL		
ACOMPañADA	53	44.2
CASADA	36	30.0
SOLTERA	24	20.0
VIUDA	7	5.8
ESCOLARIDAD		
PRIMARIA	76	63.3
SECUNDARIA	12	10.0
NINGUNA	32	26.7

n = 120

Fuente: Expediente clínico, Registro de Patología

**TABLA 2 ANTECEDENTES GINECO – OBSTETRICOS EN PACIENTES
CON ADENOMIOSIS HEODRA ENERO 2001 OCTUBRE 2002**

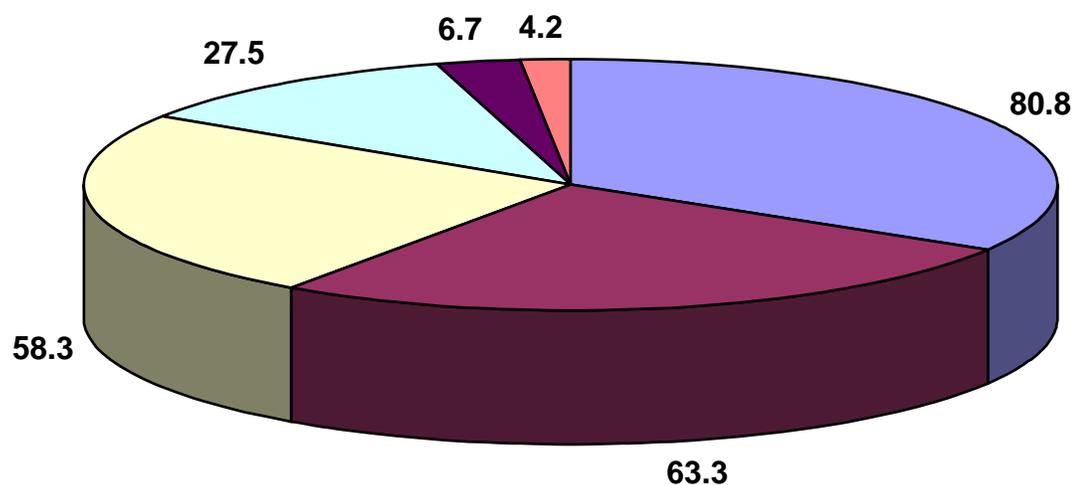
VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
MENARCA			13.4	1.5
IVSA				
< 18 años	64	53.3		
> 17 años	56	46.7		
GESTA				
Nuligesta	1	0.8		
1 – 3 Gestas	20	16.7		
Multigestas	65	54.2		
Gran Multigestas	34	28.3		
Para			5.6	3.3
Aborto	65	54.2	1.7	1.2
Cesárea	12	10	1.8	1.1
Anticonceptivos Hormonales	24	20		

n = 120

Fuente: Expediente clínico, Registro de Patología

IVSA: Inicio de vida sexual activa.

**Gráfico 1 Síntomas en Pacientes con Adenomiosis HEODRA
Enero 2001 - Octubre 2002**



Dolor Pélvico	Dismenorrea	Sangrado Uterino Anormal
Dispareunia	Masa Pélvica	Sensación de Peso

n = 120

Fuente: Expediente clínico, Registro de Patología

**TABLA 4(a) DIAGNOSTICOS DE INGRESO EN PACIENTES CON
ADENOMIOSIS HEODRA ENERO 2001 OCTUBRE 2002**

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
MIOMATOSIS	48	40
TRASTORNO DE LA ESTATICA PELVICA	24	20
ADENOMIOSIS	12	10
TUMOR DE OVARIO	4	3.3
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	3	2.5
DOLOR PELVICO CRÓNICO	2	1.7
SANGRADO UTERINO ANORMAL	2	1.7
DISPLASIA CERVICAL	2	1.7

n = 97

Fuente: Expediente clínico, Registro de Patología

**TABLA 4(b) DIAGNOSTICOS DE INGRESO EN PACIENTES CON
ADENOMIOSIS HEODRA ENERO 2001 OCTUBRE 2002**

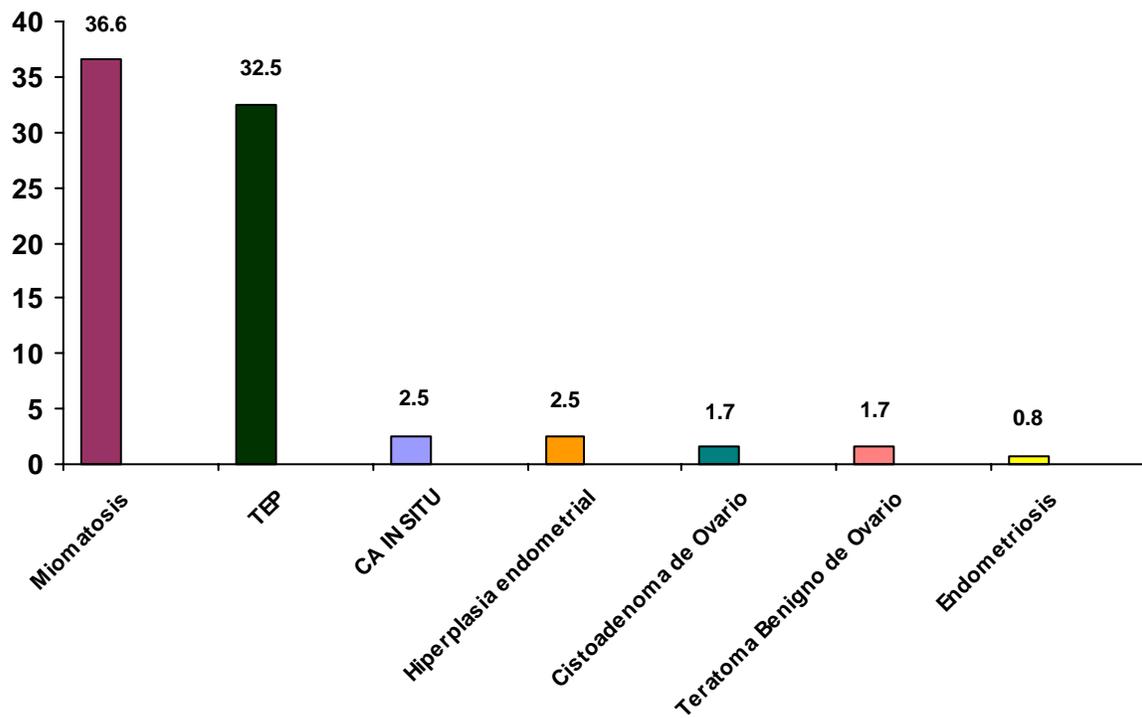
DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
TEP + MIOMATOSIS	8	6.7
ADENOMIOSIS + MIOMATOSIS	4	3.3
TEP + ADENOMIOSIS	3	2.5
TEP + DOLOR PÉLVICO CRÓNICO	3	2.5
MIOMATOSIS + TUMOR DE OVARIO	2	1.7
ADENOMIOSIS + HIPERPLASIA COMPLEJA	1	0.8
TUMOR DE OVARIO + ADENOMIOSIS	1	0.8
TEP + TUMOR DE OVARIO	1	0.8

n = 23

Fuente: Expediente clínico, Registro de Patología

TEP: Trastorno de estática pélvica

Gráfico 2 Patologías Asociadas a Adenomiosis en Casos Estudiados HEODRA Enero 2001 - Octubre 2002.



n = 120

Fuente: Expediente clínico, Registro de Patología

TEP: trastorno de estática pélvica

**TABLA 6 CONCORDANCIA CLINICA Y ULTRASONOGRAFICA CON
EL DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE ADENOMIOSIS HEODRA
ENERO 2001 OCTUBRE 2002**

METODO	NUMERO	PORCENTAJE	KAPPA
CLINICO	21	17.5	0.28
ULTRASONOGRAFICO	20	16.7	0.21

n = 120

Fuente: Expediente clínico, Registro de Patología

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°

Expediente #

Nombre.

Procedencia

Edad.

Estado civil.

Escolaridad.

Antecedentes Gineco-obstétricos:

Menarca:

Dismenorrea.

IVSA:

Dispareunia.

Sangrado post coito.

G:

P:

A:

C:

Uso de anticonceptivos hormonales:

Sí _____
No _____

Duración.

Sintomatología:

Sangrado Uterino Anormal.

Masa Pélvica

Dolor Pélvico:

Otros.

Dismenorrea:

Métodos Diagnósticos:

HxCx.

Examen ginecológico

Ultrasonografía:

LUI-LUA

Diagnóstico de Ingreso

Reporte Histopatológico