

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“PREVALENCIA DE ADENOMIOSIS COMO HALLAZGO HISTOPATOLÓGICO
EN HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA DEL IMIEM PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2011”**

**HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL INSTITUTO MATERNO
INFANTIL DEL ESTADO DE MÉXICO**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

M. C. RICARDO ANTONIO MONTALVO MARTÍNEZ

DIRECTOR DE TESIS

E.G.O. Y O.G. GABINO HURTADO ESTRADA.

REVISORES DE TESIS:

DR en C y E. en GO VICTOR MANUEL ELIZALDE VALDES

E. en GO ROSA LUCIA ALVAREZ MERCADO

M. IC y E. en GO RUBENS DEL CARMEN TAPIA LIZARRAGA

M. en C. MIGUEL ANGEL KARAM CALDERON

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO. 2013

**PREVALENCIA DE ADENOMIOSIS COMO HALLAZGO
HISTOPATOLÓGICO EN HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN EL
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL IMIEM
PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2011**

ÍNDICE

RESUMEN	4
MARCO TEÓRICO.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
JUSTIFICACIÓN	20
OBJETIVOS	21
MÉTODO	22
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	24
IMPLICACIONES ÉTICAS	25
RESULTADOS	26
DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

RESUMEN

Antecedentes: La adenomiosis se caracteriza por la existencia de glándulas y estroma endometriales en el espesor del miometrio, junto con la hiperplasia y la hipertrofia de las fibras musculares lisas. El diagnóstico se realiza mediante estudio histopatológico posterior a la histerectomía siendo una patología condicionante para ésta cirugía. Los síntomas encontrados son dolor pélvico y sangrado uterino anormal por lo que se encuentra dentro de la clasificación de la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), como condicionante de éste último.

Objetivo: Identificar la prevalencia de adenomiosis como hallazgo histopatológico en histerectomías realizadas durante un año.

Pacientes y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, transversal para identificar la prevalencia de adenomiosis como hallazgo histopatológico en las histerectomías realizadas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México en el periodo Enero-Diciembre 2011.

Resultados: Se realizaron 261 histerectomías en este periodo, el 21% corresponden al diagnóstico histopatológico de adenomiosis (55 pacientes)

La edad promedio encontrada fue de 43 años, presentando un promedio de gestaciones de 3.6. La miomatosis fué el diagnóstico prequirúrgico más frecuente en el 81%. Otros hallazgos histopatológicos encontrados, son adenocarcinoma de endometrio 6%, hiperplasia de endometrio en 10%, tumor anexial en el 6%.

Los síntomas encontrados fueron el sangrado uterino anormal en 36 pacientes (65%), dolor en 6 pacientes (11%), dolor y sangrado en 8 pacientes (14%), dispareunia 2 pacientes (3%), asintomática en 4 pacientes (7%).

Conclusiones: La prevalencia de adenomiosis se encontró en el 21% de las hysterectomías realizadas durante 1 año. El diagnóstico se lleva a cabo mediante el estudio histopatológico. El dolor pélvico y sangrado uterino anormal es la sintomatología presente, se presenta en la quinta década de la vida, en pacientes multigestas.

ABSTRACT

Background: adenomyosis is characterized by the presence of endometrial glands and stroma in the thickness of the myometrium, with hyperplasia and hypertrophy of the smooth muscle fibers. The diagnosis is made by histopathology after hysterectomy remains a disease condition for this surgery. Symptoms are found pelvic pain and abnormal uterine bleeding which is within the classification of the FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics), as a condition of the latter.

Objective: To identify the prevalence of adenomyosis as histopathologic finding in hysterectomies performed for a year.

Patients and Methods: An observational, retrospective, cross to identify the prevalence of histopathological findings in adenomyosis as hysterectomies in the Hospital of Gynecology and Obstetrics, Maternal and Child Institute of the State of Mexico in the period January-December 2011 .

Results: 261 hysterectomies were performed in this period, 21% correspond to the histopathologic diagnosis of adenomyosis (55 patients)

The average age was 43 years found, showing an average of 3.6 pregnancies. The fibroid was the most frequent preoperative diagnosis in 81%. Other pathological findings found are 6% endometrial adenocarcinoma, endometrial hyperplasia in 10%, adnexal tumor in 6%.

The symptoms were abnormal uterine bleeding in 36 patients (65%), pain in 6 patients (11%), pain and bleeding in 8 patients (14%), (3%) dyspareunia 2 patients, asymptomatic (7%) in 4 patients.

Conclusions: The prevalence of adenomyosis was found in 21% of hysterectomies for 1 year. Diagnosis is performed by histopathology. Pelvic pain and abnormal uterine bleeding symptoms is present, occurs in the fifth decade of life, in multiparous patients.

MARCO TEÓRICO

La adenomiosis es un trastorno ginecológico frecuente que se caracteriza por la existencia de glándulas y estroma endometriales en el espesor del miometrio, junto con la hiperplasia y la hipertrofia de fibras musculares lisas de este último. Dada esta presencia de endometrio en el interior del miometrio, algunos autores también denominan a esta entidad endometriosis interna, y reservan el término endometriosis externa para el cuadro comúnmente llamado endometriosis.

Adenomioma es el nombre dado a un área de adenomiosis encapsulada por tejido endometrial, que debe ser diferenciado de un mioma (tumor fibroide).

La prevalencia de la adenomiosis, como hallazgo anatómico-patológico, es muy variable, desde un 5 a un 70% dependiendo del límite de profundidad que se considere en el hallazgo microscópico de focos en el espesor miometrial. La proporción de diagnóstico preoperatorio de la adenomiosis, según los hallazgos clínicos, es pobre, y oscila entre el 2,6 y el 26%. (1)

Es dependiente del estrógeno y, entre los factores predisponentes, se hallan la multiparidad y el antecedente de cirugías previas uterinas (cesáreas, legrados, histeroscopias). (1,2)

Se describen 2 formas de adenomiosis:

Adenomiosis difusa: la más frecuente. El útero presenta grados diversos de aumento de tamaño difuso. Aparecen nidos glandulares que se sitúan profundamente en el miometrio (2-8 mm), sobre todo en la pared posterior del útero, el cual presenta un patrón trabecular rodeándolos. En ocasiones la glándulas pueden ser hemorrágicas con contenido achocolatado o mixto. (1,3)

- Adenomyosis focal, de Cullen o adenomioma: formado por glándulas tejido conectivo y fibras musculares que constituyen un pseudo-nódulo con entidad propia, constituido por un núcleo central muchas veces necrosado y hemorrágico, que se diferencia de un mioma porque éste presiona el miometrio circundante; además suele ser ovalado, mientras que el mioma es redondeado. El límite entre el miometrio y el adenomioma es irregular y mal definido. Su localización es más frecuente en la pared uterina posterior pudiendo dar lugar a un crecimiento uterino irregular. (1,3)

- Alteración de la unión endometrio-miometrio: la adenomyosis provoca una alteración en la zona de unión entre el miometrio basal y el endometrio volviéndola difusa y con mala diferenciación. (1,3)

Profundizando algo más en la anatomía patológica de la adenomyosis, a continuación se hace hincapié en los siguientes hallazgos:

– La adenomyosis se debe a un crecimiento del endometrio en profundidad, que se extiende más allá de 2,5 mm en la profundidad del miometrio. Generalmente, se trata de endometrio basal, sólo ocasionalmente de zona de tipo funcional.

– Normalmente la unión endo-miometrial es irregular y carente de una muscular de la mucosa.

– Macroscópicamente los islotes se presentan como áreas ligeramente deprimidas, rosado-amarillentas o pardas, o como pequeños quistes con líquido pardo.

– El miometrio aparece hipertrófico.

– El cuerpo uterino es globuloso; la pared comprometida, engrosada y, con más frecuencia, se trata de la pared posterior y de los cuernos.

– La lesión en conjunto está mal delimitada. Rara vez consiste en un nódulo bien delimitado, con islotes de endometrio y tejido muscular liso desordenado (adenomioma).

Se ha descrito que invade los vasos sanguíneos en el 12.4% de los casos. (4,5)

La etiología y los mecanismos patogénicos causantes de la adenomiosis son mal conocidos. Tanto estudios en humanos como experimentales hablan a favor de la teoría de la invaginación endo-miometrial del endometrio, si bien el desarrollo de la adenomiosis desde restos müllerianos en una localización extrauterina es otra posibilidad. El prerrequisito para la adenomiosis puede desencadenarse o facilitarse por una «debilidad» del tejido muscular liso, por un incremento de la presión intrauterina o por ambos factores. (6,7,8)

Para el mantenimiento de la adenomiosis pueden ser necesarios concentraciones de estrógenos relativamente altas y un debilitado control del crecimiento inmunorrelacionado del endometrio ectópico. La hiperplasia e hipertrofia de las células del músculo liso son un reflejo de los cambios reactivos secundarios a la proliferación del endometrio ectópico. No obstante, muchos estudios serán necesarios para precisar la etiología y la patogenia de la adenomiosis. (6,7)

Se encuentra presente en pacientes con hemorragia uterina anormal siendo esta la segunda causa de consulta ginecológica después de las infecciones vaginales.(9) Se incluye a la adenomiosis dentro del sistema de clasificación de sangrado uterino anormal de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia el cual se encuentra estratificado en nueve categorías básicas que se ordenan de acuerdo con el acrónimo PALM-COEIN (pahm-koin): pólipos, adenomiosis, leiomioma, malignidad e hiperplasia, coagulopatía, trastornos

ovulatorios, trastornos endometriales, causas iatrogénicas y no clasificadas. En general, los componentes del grupo PALM son afecciones discretas (estructurales), medibles visualmente con el uso de técnicas de imagen o de histopatología, mientras el grupo COEIN está relacionado con afecciones que no se definen por imagen o histopatología (no estructurales). Las categorías se diseñaron para facilitar el desarrollo actual o subsecuente de sistemas de subclasificación. (10,11)

El sistema se construyó reconociendo que cualquier paciente podría tener una o varias afecciones que pueden causar o contribuir a las molestias del sangrado uterino anormal y que las afecciones definibles como la adenomiosis, los leiomiomas y los pólipos endocervicales o endometriales frecuentemente pueden ser asintomáticas y, por tanto, no contribuir con los síntomas de manifestación. (10,11)

No fue hasta finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX cuando se dió importancia a la patología ginecológica benigna, como miomas uterinos y adenomiosis, endometriosis y las infecciones y tumores malignos como el cáncer de cuello de útero y de endometrio. (12)

La introducción del término sangrado uterino disfuncional no se produjo hasta 1930. (12) La duración del flujo menstrual normal es generalmente de 5 días, y el ciclo menstrual normal dura típicamente entre 21 días y 35 días. Los términos descriptivos que tradicionalmente se han utilizado para caracterizar el sangrado menstrual anormal patrones incluyen menorragia, metrorragia, polimenorrea, y oligomenorrea. Menorragia, o sangrado menstrual abundante, se define como la pérdida de sangre menstrual mayor que 80 ml. Sin embargo, esta definición se

utiliza para fines de investigación y, en la práctica, la pérdida excesiva de sangre debe basarse en la percepción del paciente. Metrorragia se define como sangrado entre períodos menstruales. Polimenorrea se define como el sangrado que se produce con más frecuencia que cada 21 días, y oligomenorrea se define como el sangrado que ocurre con menos frecuencia que cada 35 días. (11)

La adenomiosis es una enfermedad uterina relativamente frecuente descubierta fundamentalmente en multíparas entre los 40 y los 50 años de edad; es un frecuente hallazgo anatómo-patológico en úteros extirpados por diferentes enfermedades. Su diagnóstico clínico es difícil, porque los signos y los síntomas son inespecíficos y con frecuencia coexisten con otras enfermedades pelvianas. Cerca de dos tercios de las mujeres son sintomáticas, y el síntoma más frecuente es la dismenorrea secundaria con un aumento progresivo de la intensidad, en tanto que la menorragia y el dolor pélvico son menos constantes. Cuando la adenomiosis es el único trastorno pélvico, los síntomas más comunes son la menorragia (40-50%), la dismenorrea (15-30%) y la metrorragia (10-12%). Además, es frecuente que la paciente refiera múltiples intentos terapéuticos previos. Todavía no se ha determinado claramente el mecanismo por el cual la adenomiosis induce un aumento del sangrado menstrual. Se han propuesto varias hipótesis. Si bien el sangrado directo de los focos de adenomiosis parece improbable, la menorragia podría originarse en el aumento de la superficie endometrial resultante, a su vez, del agrandamiento global uterino. La función contráctil endometrial podría estar comprometida, en parte, por las interdigitaciones de los focos de adenomiosis y por la hiperplasia muscular

reactiva que distorsiona la arquitectura uterina. Un 80% de los casos de adenomiosis están asociados con miomas uterinos, y el aumento de volumen uterino es un signo común con esta entidad. También en mujeres con adenocarcinoma endometrial, la adenomiosis es relativamente frecuente. En ocasiones, se han descrito casos de adenomiosis en mujeres posmenopáusicas con carcinoma de mama, casos inducidos por su terapia adyuvante con tamoxifeno; en estos casos de adenomiosis inducidos por el uso de tamoxifeno, los hallazgos por imagen son similares a los descritos en mujeres en edad fértil.^(1,7)

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico definitivo se lleva a cabo en el estudio histológico de las piezas de histerectomía, aunque se está realizando una tentativa seria de diagnóstico preoperatorio mediante las biopsias miometriales y el diagnóstico por la imagen (ecografía transvaginal y resonancia magnética). A pesar de que la adenomiosis se presenta en el 5-70% de las pacientes y que se asocia hasta en un 80% de los casos con miomas, los informes de ultrasonografía raramente informan de adenomiosis. En este sentido, el rol de las imágenes en la evaluación de estas pacientes permitirá establecer una aproximación diagnóstica, determinar la profundidad y la extensión de la penetración del miometrio y monitorizar la evolución de las pacientes que reciban terapia conservadora. La ecografía transvaginal (ETV) no solamente permite identificar claramente el endometrio, sino también el miometrio, y puede diagnosticar con gran precisión la enfermedad uterina benigna. ^(1,12)

En la adenomiosis, se considera la ETV una modalidad diagnóstica razonablemente eficaz en su diagnóstico, con una sensibilidad del 80% y una especificidad del 74% en la adenomiosis difusa, y del 87 y el 98%, respectivamente, para la forma focal. (1,12,13)

Además, la ETV ha demostrado ser un método eficaz en el diagnóstico diferencial entre un mioma y la adenomiosis. Así, la adenomiosis focal afecta preferentemente al miometrio posterior; en cambio, los miomas no tienen tal localización preferente. El límite entre la lesión y el miometrio subyacente no está bien definido, y la anatomía normal de la zona a menudo se ve interrumpida por la adenomiosis, hecho que distingue a ésta de los miomas, que suelen tener bordes definidos. Se puede afirmar, pues, que, en general, los miomas se definen claramente como masas identificadas fácilmente, mientras que la adenomiosis es un proceso infiltrativo difuso. Además, en el caso de la adenomiosis, en su interior existen áreas anecoicas de 2 a 8 mm (quistes miométricos), con frecuencia en ubicación subendometrial y que corresponden a las criptas glandulares endometriales dilatadas, que aparecen y desaparecen durante el ciclo menstrual y que le dan un aspecto típico de miometrio poliquístico en «panel de abeja» o como «manchas de leopardo», mientras que los miomas, aunque pueden experimentar una degeneración quística, no es éste un fenómeno común. Son también frecuentes en la adenomiosis: (1,12)

- La presencia de calcificaciones que dejan sombra acústica.
- Nódulos ecogénicos (en caso de adenomiosis localizada).
- Estriaciones lineales.
- Seudoengrosamiento del endometrio.

- Agrandamiento uterino difuso. La presencia de endometrio intramiometrial, generalmente localizado en el área corporal, da al útero un aspecto globuloso, aumentando su volumen y reduciendo su reflectividad.
- Engrosamiento de la pared posterior.
- Cavidad excéntrica.
- Aunque los focos de adenomiosis no presentan variaciones cíclicas sobrepuestas a las del endometrio, es posible observar, al final del ciclo, una corona ecogénica endometrial que, en ocasiones, puede rellenar las microcavidades.

En definitiva, la ETV se revela como un buen método diagnóstico de detección de la adenomiosis pero dado que la visualización de las criptas glandulares en el interior del endometrio es inconstante, la ETV sólo tendrá un valor positivo en su diagnóstico. ⁽¹²⁾

Las características del Doppler color ante la adenomiosis son un aumento de la vascularidad por el índice de resistencia vascular (IR) moderado dentro del miometrio ($IR = 0,56 \pm 0,12$), mientras que el IR de las arterias uterinas muestra una disminución del valor comparado con mujeres control. El Doppler color es útil para diferenciar la adenomiosis de los tumores malignos uterinos, ya que tanto para el IR como para la velocidad máxima se han identificado diferencias estadísticamente significativas entre ambas enfermedades. Sin embargo, no se han observado diferencias significativas entre la adenomiosis y los miomas, aunque se ha evidenciado una ligera diferencia en la velocidad máxima. ^(1,12)

Por otro lado, diversos estudios han demostrado que la exactitud de la resonancia magnética (RM) en el diagnóstico de la adenomiosis es del 85 al 90%, con una

sensibilidad y una especificidad entre el 86 y el 100%. Los hallazgos por RM característicos de adenomiosis son: (1,14,15)

- Engrosamiento focal o difuso de la zona de unión mayor a 12 mm medido en corte sagital y pequeñas imágenes redondeadas en su seno, hiperintensas en las series potenciadas en T2, algunas de ellas con halo hipointenso a su alrededor y sin captación de contraste, y otras sin este halo característico, que dan la imagen de quistes subendometriales.

- Las áreas observadas de baja intensidad de señal corresponden a hiperplasia del músculo liso que acompaña las glándulas endometriales ectópicas.

- Algunos de los focos de mayor intensidad que se observan dentro de áreas de baja intensidad en el miometrio corresponden a dilatación quística de glándulas endometriales; también a estriaciones lineales radiadas que representan invasión directa de la basal del endometrio al miometrio.

- Focos brillantes en T1, que corresponden a áreas de hemorragia.

- Por lo general, útero aumentado de tamaño.

- Otros signos de adenomiosis incluyen pobre definición de los bordes entre el miometrio normal y anormal, ausencia relativa de efecto de masa y forma elíptica.

Mediante la RM se clasifica de la siguiente forma:

Subtipo I (intrínseco), la enfermedad se desarrolla en contacto directo a la unión subyacente al endometrio y las estructuras musculares se conservan sanas

Subtipo II (extrínseca), se encuentra adenomiosis en la superficie exterior del útero. La zona de unión se mantiene intacta, sin alteración; se encuentran zonas musculares sanas entre la adenomiosis y la zona de unión.

Subtipo III (intramural), La RM sin relación geográfica con la zona de unión o serosa.

Subtipo IV (indeterminado) no cumplen los criterios para ninguno de los primeros 3 subtipos ⁽¹⁶⁾

Otros métodos diagnósticos que pueden tener validez son:

- La histeroscopia.
- La histerosalpingografía, que permite detectar el signo de Dionisi (contorno de la cavidad uterina con bordes en borla o en nebulosa).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se establece, fundamentalmente, con aquellas otras entidades –mioma uterino y útero hipertrófico– que tienen en común la existencia de un útero aumentado de tamaño y que pueden asociarse a hipermenorrea. También se diferenciará la adenomiosis de la hipertrofia idiopática del miometrio, que es un engrosamiento difuso del miometrio, de más de 20 mm de espesor, que produce un abombamiento simétrico del útero y en el que, histológicamente, no se encuentran otras alteraciones uterinas, como leiomiomas, adenomiosis o miometritis. La hipertrofia idiopática es causa de dolor y alteraciones menstruales. ⁽¹⁷⁾

También se establece diagnóstico diferencial con aquellos cuadros capaces de producir un cuadro de algia pelviana crónica cíclica, tales como:

- Endometriosis: Es la más frecuente, y está presente hasta en un 15-40% del dolor pélvico crónico. La endometriosis es considerada como una enfermedad distinta de la adenomiosis.
- Malformaciones genitales.

– Presencia de un dispositivo intrauterino (DIU), sin olvidar otros cuadros causantes de dolor pélvico (p. ej., enfermedad pélvica inflamatoria).

También, con el adenocarcinoma endometrial y con la contracción miometrial. (18)

TRATAMIENTO

El tratamiento de la adenomiosis está limitado por la dificultad y retraso asociado en el diagnóstico, con frecuencia no realizado hasta después de la histerectomía.

Ya se ha señalado que la ETV, la RM y la biopsia uterina están mejorando la detección más temprana de la adenomiosis, con la consiguiente mejoría en el tratamiento. La evaluación diagnóstica deben estar indicadas siempre en pacientes que presenten dolor o menorragia y que no respondan al tratamiento médico. El tratamiento médico puede ser efectivo para controlar los síntomas, pero la frecuente coexistencia de endometriosis y la carencia de estudios controlados hacen que su eficacia no esté cuantificada. En este sentido, el tratamiento médico dependerá fundamentalmente de la sintomatología y de la edad de la paciente:

anti-inflamatorios no esteroideos, anticonceptivos hormonales orales, danazol, análogos de hormona liberadora de gonadotropinas. (8,19)

La eficacia del DIU-LNG, puede atribuirse, el efecto directo del progestágeno sobre los focos de adenomiosis y la decidualización y la posterior atrofia del endometrio ectópico. Este último fenómeno fue indirectamente confirmado por los hallazgos ecográficos obtenidos durante el seguimiento de las pacientes, que demostraron la existencia de un endometrio extremadamente delgado sólo 3 meses después de la inserción del DIU-LNG. (20).

La cirugía conservadora, incluyendo la ablación endo-miometrial, la electrocoagulación o excisión miometrial laparoscópica, ha demostrado ser efectiva en más del 50% de las pacientes. Es importante reseñar que la ablación debe ser endo-miometrial, puesto que la adenomiosis profunda es una de las causas más frecuentes del fracaso de la ablación únicamente endometrial; así, si se sospecha una adenomiosis profunda, la ablación exclusivamente endometrial no será el tratamiento de elección de esa paciente. En definitiva, la adenomiosis ya existente en el momento de la indicación es prácticamente imposible de erradicar mediante ablación-resección, salvo que sea focal o muy superficial y se emplee el asa de resección.⁽²¹⁻²³⁾ También la embolización arterial uterina es una prometedora alternativa no quirúrgica para pacientes con menorragia y adenomiosis.⁽²⁴⁾ En efecto, una mejoría significativa de los síntomas y una mejor calidad de vida están asociadas con la disminución lograda del tamaño uterino y del grosor de la zona funcional, aunque son necesarios estudios prospectivos para establecer la seguridad y la eficacia de este proceder terapéutico para pacientes con adenomiosis. También se ha intentado el tratamiento de la adenomiosis sintomática con la ligadura de la arteria uterina mediante cirugía laparoscópica, pero los resultados obtenidos son poco satisfactorios.^(23,24) La histerectomía, considerada como el único procedimiento mediante el cual la enfermedad se puede curar definitivamente, será necesaria en pacientes con adenomiosis grave y cuya edad no esté cercana a la menopausia. ^(21,23)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adenomiosis es una patología descrita en la literatura presente hasta en el 70% de las histerectomías ginecológicas realizadas. Se desconoce la prevalencia en nuestro medio, debido a la dificultad de incluirla como diagnóstico prequirúrgico de las histerectomías realizadas. Presenta síntomas inespecíficos como dolor pélvico y sangrado uterino anormal por lo que se confunde con la presencia de otra patología ginecológica condicionante a la histerectomía. No se da un adecuada seguimiento a estas pacientes para evaluar el diagnóstico definitivo, dado por el estudio histopatológico. Por lo que se desconocen tanto los factores de riesgo, características clínicas y antecedentes gineco-obstétricos; con lo que se podría tener un panorama más amplio dentro de la semiología de estas pacientes. Por lo que se decidió llevar a cabo este estudio para conocer la presencia de esta enfermedad entre nuestras pacientes y sus características clínicas y factores de riesgo para ésta patología.

JUSTIFICACIÓN

La adenomiosis no se diagnostica de forma oportuna previo al tratamiento quirúrgico ya que presenta características clínicas muy inespecíficas en relación con otras patologías ginecológicas tratadas mediante histerectomía ginecológica. Mediante la determinación de la prevalencia de esta patología dentro de las histerectomías realizadas, se pretende tenerla en cuenta a para llevar a cabo su diagnóstico prequirúrgico de acuerdo a las características clínicas encontradas y minimizar la presencia de histerectomías innecesarias, lo que conlleva a incrementar la morbilidad de las pacientes, así como repercusión en gastos de salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la Prevalencia de Adenomiosis como hallazgo histopatológico en pacientes sometidas a histerectomías en el periodo de enero-diciembre de 2012.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la sintomatología que presentan las pacientes sometidas a histerectomía en las que se encuentra como hallazgo histopatológico a la adenomiosis
- Identificar la edad de presentación de la adenomiosis.
- Identificar la presencia de antecedentes obstétricos en pacientes con diagnóstico histopatológico de adenomiosis

MÉTODO

Se realizó un estudio Observacional, Retrospectivo, Descriptivo y Transversal. Donde se identificó la prevalencia de adenomiosis en las histerectomías ginecológicas realizadas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México. Durante el periodo enero a diciembre de 2011. Se revisaron los reportes de patología de las histerectomías realizadas, encontrando 55 pacientes con diagnóstico de adenomiosis, de las cuales los 55 expedientes presentaron los datos completos de las pacientes sometidas a histerectomía ginecológica durante éste periodo y se vaciaron los datos en hoja de captura de datos.

Previa autorización del comité de enseñanza, investigación y ética del Hospital de Ginecología y obstetricia IMIEM, y cumpliendo criterios de inclusión se ingresaron a las pacientes al estudio, realizándose revisión de expedientes para la obtención de datos generales y antecedentes ginecológicos. Así como el resultado histopatológico de la pieza quirúrgica. Los datos se registraron en la hoja de captura de datos previamente diseñada para el estudio para codificación de respuestas y elaboración de base de datos. Se utilizó el software estadístico SPSS 20.

Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión, para las variables cuantitativas se obtuvieron media y desviación estándar, para las cualitativas nominales se obtuvieron frecuencia y porcentaje. Los resultados se presentan en texto, tablas y gráficas La prevalencia se determinó dividiendo el

total de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía ginecológica entre el número de reportes de histopatología con adenomiosis.

Los gastos derivados del proyecto se absorbieron por el tesista.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES				
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
EDAD	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Edad en años cumplidos	Cuantitativa Discreta	Años enteros
SINTOMAS	Manifestación subjetiva de una enfermedad que no es observable por el médico	Características clínicas, por lo que un paciente acude a consulta.	Cualitativa Nominal	Dolor Sangrado Dolor más sangrado Dispareunia Asintomática
GESTAS	Llevar y sustentar la madre en su vientre al feto hasta el momento del parto:	Número de embarazos que ha presentado una paciente.	Cuantitativa Discreta	Número
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	Proceso que se realiza en un objeto determinado, para solucionar un PROBLEMA	Identificación de la enfermedad, mediante un razonamiento analógico por la que va ser sometido un paciente a la cirugía.	Cualitativa Nominal Politémica	Miomatosis Hiperplasia Adenomiosis Adenocarcinoma Tumor anexial
ADENOMIOSIS	Infiltración de tejido endometrial en la musculatura del útero.	Infiltración de tejido endometrial en la musculatura del útero.	Cualitativa Nominal Dicotómica	+/-

IMPLICACIONES ETICAS

El estudio está basado en el Código de Nüremberg de 1947, y las pautas internacionales para la investigación biomédica relacionadas con seres humanos de 1982 por ser un estudio observacional no tiene implicaciones éticas y los datos obtenidos se manejaron en forma confidencial y anónima.

RESULTADOS

Se realizaron 261 histerectomías ginecológicas durante el periodo enero a diciembre 2011. En los reportes de patología se encontró el diagnóstico de adenomiosis en 55 expedientes, de los cuales; los 55 contaban con el expediente completo para su evaluación e inclusión en este estudio por lo que no hubo exclusión de pacientes

TABLA 1. DISTRIBUCION DE LA POBLACION HISTERECTOMIZADA Y LA PRESENCIA DE ADENOMIOSIS.

	NUMERO	PORCENTAJE
OTRO DIAGNOSTICO	206	79%
ADENOMIOSIS	55	21%
TOTAL	261	100

FUENTE.- EXPEDIENTES

Durante el periodo enero-diciembre 2011 se realizaron 261 histerectomías ginecológicas dentro de las cuales en 55 se encontró el diagnóstico de adenomiosis en el reporte de patología, correspondiente al 21 %.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE EDAD DE LA POBLACION EN ESTUDIO

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Est.
EDAD	55	22.00	67.00	42.32	6.86

FUENTE: EXPEDIENTES

Del total de la población podemos enunciar como se aprecia en la tabla 1 que la edad media de las pacientes fue de 42.32 años con una D.S. de 6.86 años de edad.

TABLA 3. GESTACIONES

Variable	N	Media	Mediana	Moda	Desv. Est.
GESTA	55	3.60	3	3	2.34

FUENTE: EXPEDIENTES

Al valorar el número de gestaciones se puede observar que se tuvieron un predominio de multigestas con una media de 3.6 gestaciones en nuestra población, con mediana y moda de 3 gestas. Se encontró antecedente de cesárea en 24 pacientes (43.6%) y de legrado uterino instrumentado solo en 8 pacientes (14.5%).

TABLA 4: CUADRO CLINICO PRESENTE EN LA POBLACION SOMETIDA A HISTERECTOMIA EN EL PERIODO DE ESTUDIO

SINTOMA	NUMERO	PORCENTAJE
DOLOR PÉLVICO	6	10.9 %
SANGRADO UTERINO ANORMAL	35	63.6 %
DOLOR PELVICO MAS SANGRADO UTERINO ANORMAL	8	14.5 %
DISPAREUNIA	2	3.7 %
ASINTOMÁTICAS	4	7.3 %
TOTAL	55	100 %

FUENTE: EXPEDIENTES

Dentro de la sintomatología se encontraron los siguientes resultados: dolor pélvico en 6 pacientes (10.9%) sangrado uterino anormal en 35 pacientes (63.6%), sangrado uterino acompañado de dolor pélvico en 8 pacientes (14.5%), con presencia de dispareunia 2 pacientes (3.7%) y asintomáticas en 4 pacientes (7.3%) histerectomías indicadas por otra causa.

TABLA 5: DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN EL DIAGNOSTICO PREOPERATORIO DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

DIAGNÓSTICO PREQUIRÚRGICO	NUMERO	PORCENTAJE
MIOMATOSIS UTERINA	42	76.5 %
HIPERPLASIA ENDOMETRIO	6	10.9 %
TUMOR ANEXIAL	3	5.4 %
CA. ENDOMETRO	3	5.4 %
ADENOMIOSIS	1	1.8 %

FUENTE: EXPEDIENTES

El principal diagnóstico prequirúrgico encontrado fue la miomatosis uterina 42 pacientes (76.5%), hiperplasia endometrio 6 pacientes (10.9%), tumor anexial 3 pacientes (5.4%), cáncer de endometrio 3 pacientes (5.4%) y adenomiosis solo en una paciente (1.8%).

DISCUSIÓN

Durante el periodo enero a diciembre de 2011, se realizaron 261 histerectomías ginecológicas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México con diversas patologías, presentaron adenomiosis 55 pacientes (21%), con una edad media de 43 años. Se realizó un estudio en el Hospital de Jordania, por Saleh y cols. Donde se presenta un promedio de edad de 49 años; similar a nuestro estudio. ⁽²⁵⁾

Dentro del número de gestaciones que observamos en nuestra población generalmente estas eran tercigestas, se encontró antecedente de cesárea en el 43.6 %, ya en otros estudios como el realizado por Yaniel y cols. en la Universidad de Turquía detectó a la cesárea previa como factor de riesgo para adenomiosis. ⁽²⁶⁾ El diagnóstico prequirùrgico encontrado fue de miomatosis uterina en 212 casos (81%), similar a lo observado en el estudio de Mejía W. y cols. realizado en el Hospital de Nuestra señora de Altagracia en República Dominicana. ⁽²⁷⁾

Las pacientes incluidas en este estudio fueron las que presentaron como hallazgo histopatológico adenomiosis las cuales son 55 representan el 21 %. De las histerectomías realizadas, lo cual se encuentra acorde al estudio de Mejia W, donde su prevalencia fue del 18%. ⁽²⁷⁾

Dentro los diagnósticos histopatológicos asociados en nuestra muestra encontramos a la miomatosis uterina en el 74% de los casos similar a lo encontrado en el estudio Mejia W. donde se encontró el 66 % de los casos. ⁽²⁷⁾

Otros hallazgos histopatológicos encontrados, son adenocarcinoma de endometrio en 3 casos correspondiente al 6% , así como de hiperplasia de endometrio en 5 casos 10%, en el estudio de Saleh, se reporta porcentajes similares de 5 % y 8 %, ⁽²⁷⁾ respectivamente; estas histerectomías fueron realizadas con diagnóstico realizado mediante biopsia endometrio. Las histerectomías que se realizaron en pacientes en las que como diagnóstico prequirúrgico se reporta tumor anexial es en 3 casos correspondiente al 6%.

La principal sintomatología encontrada en el grupo de pacientes estudiado fue el sangrado uterino anormal en 36 pacientes 65%, dolor en 6 pacientes 11%, dolor y sangrado en 8 pacientes 14%, dispareunia 2 pacientes 3%, asintomática en 4 pacientes 7%. En el estudio realizado en la Clínica Mayo en el 2010, por Tarán y cols. reportan dentro de la sintomatología de la adenomiosis a la presencia de dolor pélvico y depresión siendo diferente a la encontrada en la presencia de miomatosis uterina. ⁽²⁸⁾

CONCLUSIONES

- La adenomiosis es una patología presente y frecuente en las pacientes que se les realiza histerectomía ginecológica en nuestro hospital con una prevalencia del 21%.
- La edad de presentación de esta patología es en el transcurso de la quinta década de la vida.
- Se encuentra a la multiparidad, (más de 3 gestas), y principalmente con antecedente de cesárea en las pacientes en las que se encontró adenomiosis.
- El dolor pélvico (11%) como causa de consulta y sobretodo si se acompaña con sangrado uterino anormal (14%) es la sintomatología más frecuente encontrada en este padecimiento.
- El diagnóstico se realiza mediante estudio histopatológico de la pieza quirúrgica. No encontrando a la adenomiosis dentro del diagnóstico prequirúrgico de la histerectomías realizadas.

RECOMENDACIONES

- Que la presente investigación sea del conocimiento de los médicos dedicados a la salud de la mujer y tener en cuenta a la adenomiosis dentro de la patología benigna que padecen nuestras pacientes a las que se les realiza histerectomía ginecológica, para que se lleve a cabo una adecuada evaluación
- Que se realicen estudios enfocados a la correlación de diagnóstico prequirúrgico mediante los distintos estudios de gabinete y de esta forma correlacionar con el hallazgo histopatológico de esta patología con el fin de obtener una visión completa como condicionante de histerectomía ginecológica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Gallo J. L., Pérez-Herrezuelo I., Díaz M. A., Tirado P. y Montoya F. Adenomyosis: una afección uterina frecuente. *Clin Invest Gin Obst.* 2006; 33(2):59-63
- 2.- Uma R. Panganamamula, MD, Ozgur H. Harmanli, MD, Ebru F. Isik-Akbay, MD, Chad A. Grotegut, MD, Vani Dandolu, MD, and John P. Gaughan, PhD Is Prior Uterine Surgery a Risk Factor for Adenomyosis? *Obstet Gynecol* 2004;104:1034–8.
- 3,. Recarte E., Martínez Pérez Ó., López Freire D. Adenomyosis: An approach to diagnosis and treatment *Toko-Gin Pract*, 2011; 70 (2): 51-57
- 4.- Meenakshi Meenakshi, M.D., and W. Glenn McCluggage, F.R.C.Path. Vascular Involvement in Adenomyosis: Report of a Large Series of a Common Phenomenon With Observations on the Pathogenesis of Adenomyosis *Int J Gynecol Pathol*, 2010. Vol. 29, No. 2
- 5.- Debra S. Heller, MD. Pathologic basis for abnormal uterine bleeding with organic uterine pathologies. *Menopause*, 2011. Vol. 18, No. 4
- 6.- Leyendecker G, Wildt L, Mal G. The pathophysiology of endometriosis and adenomyosis: tissue injury and repair *Arch Gynecol Obstet* (2009) 280:529–538
- 7.- Ferenczy A. Pathophysiology of adenomyosis *Hum Repr Update* 1998 . Vol. 4, No. 4, p.312-322

- 8.- Khaleque N. Khan, Michio K, Koichi H, Akira F, Ichiro S, Tadayuki I, and Hideaki M. Changes in tissue inflammation, angiogenesis and apoptosis in endometriosis, adenomyosis and uterine myoma after GnRH agonist therapy. *Human Reproduction*, 2010 Vol.25, No.3 pp. 642–653,
- 9.- Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Uterina Disfuncional, México. *Secretaría de Salud*, 2009.
- 10.-Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS, FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;113:3-13.
- 11.- Diagnosis of Abnormal Uterine Bleeding in Reproductive-Aged Women. ACOG Practice Bulletin No. 128. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* July 2012. vol. 120, No. 1, 197-206.
- 12.- Rochelle F. Andreotti, MD and Arthur C. Fleischer, MD The Sonographic Diagnosis of Adenomyosis *Ultrasound Quarterly* 2005;21:167–170
- 13.- Sakhel K. MD, Abuhamad A. MD. Sonography of Adenomyosis *J Ultrasound Med* 2012; 31:805–808
- 14.- Ascher S. M.D., Reena C. Jha, M.D., and Reinhold C, M.D. Benign Myometrial Conditions: Leiomyomas and Adenomyosis *Topics in Magnetic Resonance Imaging* 2003 14(4): 281–304

- 15.- Dueholm M. and Lundorf Erik. Transvaginal ultrasound or MRI for diagnosis of Adenomyosis. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007 19:505–512.
- 16.- Kishi Y, Suginami H, Kuramori R, et al. Four subtypes of adenomyosis assessed by magnetic resonance imaging and their specification. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207:114.e1-7.
- 17.- Dietrich Jennifer E. An update on adenomyosis in the adolescent *Curr Opin Obstet Gynecol* 2010 22:388–392
- 18.- Ismiil Nadia D., M.D., F.R.C.P.C., Golnar Rasty, M.D., Zeina Ghorab, M.D., Nofech-Mozes Sharon, M.D., Bernardini Marcus, M.D., Gillian Thomas, M.D., Adenomyosis is Associated With Myometrial Invasion by FIGO 1 Endometrial Adenocarcinoma *Int J Gynecol Pathol*, 2007, July Vol. 26, No. 3,
- 19.- Malcolm G. Munro, MD, Nakia Mainor, MD, Romie Basu, MD, Mikael Brisinger, MD, and Lorena Barreda Oral Medroxyprogesterone Acetate and Combination Oral Contraceptives for Acute Uterine Bleeding *Obstet Gynecol* 2006;108:924–9
- 20.- Pinkerton JoAnn V. MD. Pharmacological therapy for abnormal uterine bleeding *Menopause*. 2011. Vol. 18, No. 4.
- 21.- Mohamed K Mehasseb / Marwan A Habiba. Review Adenomyosis uteri: an update *The Obstetrician & Gynaecologist* 2009;11:41–47

- 22.- Hisao Osada, Sherman Silber, Toshiyuki Kakinuma, Masaji Nagaishi, Keiichi Kato, Osamu Kato. Surgical procedure to conserve the uterus for future pregnancy in patients suffering from massive adenomyosis. *Reproductive BioMedicine Online* (2011) 22, 94– 99.
- 23.- Litha Pepas, Christine Deguara, and Colin Davis Update on the surgical management of adenomyosis. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2012, 24:259–264.
- 24.- Martin Popovic, BSc, Stefan Puchner, MD, Dominik Berzaczy, MD, Johannes Lammer, MD, and Robert A. Bucek, MD Uterine Artery Embolization for the Treatment of Adenomyosis: A Review *J Vasc Interv Radiol* 2011; 22:901–909
- 25.- Saleh S. S, Fram K. Histopathology diagnosis in women who underwent a hysterectomy for a benign condition *Arch Gynecol Obstet* (2012) 285:1339–1343
- 26.- Yeniel O, Cirpan T, Ulukus M, Ozbal A, Gundem G, Ozsener S. Adenomyosis: prevalence, risk factors, symptoms and clinical findings. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2007; 34(3):163-7.
- 27.- Mejía M. Wilson, Guzmán M. Auxiliadora, Domingo De J. Carlos, Paredes R. July, Mendoza R. Martha Correlacion entre el diagnóstico clínico e histopatológico en una población de mujeres hysterectomizadas *Rev Med Dom*. 2003 Vol.64No. 1
- 28.- Tarán F. Andrei , M.D, Amy L. Weaver, M.S., Coddington Charles C. , M.D., and Elizabeth A. Stewart, M.D.. Understanding adenomyosis: a case control study *Fertil Steril*. 2010 September; 94(4): 1223–1228.