

INTRODUCCIÓN

La primera descripción conocida y muy detallada del daño orgánico y síntomas constitucionales de las pacientes con adenomiosis, se realizó por el médico alemán, Daniel Shroen, en 1690, en su libro “*Disputatio inauguralis Medica de Ulceribus Uteri*”¹

El primer patólogo en describir un caso de adenomiosis, fue Carl Rokitansky, en 1860, en el cual encontró glándulas endometriales en el miometrio, designando a este hallazgo como “cistosarcoma adenoide uterino”, posteriormente, en 1898, Iwanoff, informo la publicación de un artículo en Rusia, en el que se realizó una evaluación microscópica de las glándulas que se encontraron en un mioma con degeneración quística, afirmó que estas se derivaron del epitelio de la serosa.

En 1903, Mayer, describió la teoría de “heterotopia epitelial” apoyando así, la teoría de Orlooff, quien en 1985, describió la presencia de tejido glandular debajo de la serosa de miomas uterinos, que él consideraba, como resultado de células embrionarias.¹

La primera descripción sistemática, de lo que se conoce hoy como, adenomiosis es obra de Thomas Stephen Cullen, quien investigó la “invasión a la mucosa”, sus primeras observaciones, se remontan a 1893 ,lo que parece sorprendente es su declaración que, de los 1.283 casos de miomatosis, encontró 73 con adenomiosis, descritos como, intersticiales, subperitoneales y submucosos.

En un libro dedicado a la miomatosis y publicado en 1909, Kelly y Cullen, describen la presencia de células epiteliales y del estroma, glándulas heterotópicas, declarando: "En los casos de adenomiomas, por lo general se encuentran un engrosamiento difuso en el musculo uterino, este puede limitarse a las paredes anterior, posterior o lateral del mismo, pero en otros casos, rodea completamente la cavidad uterina." ^{1,2}

La adenomiosis es una enfermedad benigna, caracterizada por la presencia de glándulas y estroma endometrial, en el espesor del miometrio, asociada con hiperplasia e hipertrofia del musculo liso que lo rodea, dada esta presencia de endometrio en el espesor del miometrio, algunos autores también la denominan "endometriosis interna" siendo resultado de invasión directa al miometrio por la capa basal del endometrio, la causa de esta migración no es bien conocida, se ha postulado que un signo temprano es la proliferación del estroma fibroblástico dentro del miometrio, siguiendo ramas de vasos sanguíneos, posteriormente las glándulas invaden el miometrio, siguiendo los fibroblastos y produciendo adenomiosis^{3,4}. Esta entidad afecta pacientes premenopáusicas, especialmente multíparas y entre 35-50 años ^{3,4}, es un hallazgo anatomopatológico frecuente en úteros extirpados por diferentes enfermedades.^{3, 4}.

La prevalencia como hallazgo histopatológico, es muy variable hasta un 8.1-61.5%, dependiendo del límite de profundidad que se considere en el hallazgo microscópico de focos en el espesor miometrial. ^{2,4} La proporción de diagnóstico preoperatorio, según hallazgos clínicos, es pobre, y oscila de 2.6 a 26%. ⁵, suele

asociarse a lesiones pélvicas hormonodependientes, como los leiomiomas, endometriosis externa e hiperplasia endometrial ^{2, 4}.

Entre los factores de riesgo para la presencia de adenomiosis está la multiparidad. Sin embargo, este hecho puede deberse a que si nos basamos en el diagnóstico anatomopatológico para establecer la existencia de dicha enfermedad, la población a la que haríamos referencia serían mujeres al final de su edad reproductiva sometidas a histerectomía. Otro factor de riesgo lo constituye la presencia de otros procesos patológicos uterinos, como son los leiomiomas, endometriosis y pólipos endometriales.

Se ha estudiado así mismo la relación entre la presencia de adenomiosis y la cirugía uterina previa. Así, en un estudio retrospectivo realizado en el Temple University Hospital (Philadelphia, EEUU) se llevó a cabo un estudio retrospectivo estudiando a todas aquellas pacientes sometidas a histerectomía por procesos benignos entre Enero de 1995 y Junio de 2002. Los resultados referentes al hallazgo de adenomiosis en el estudio anatomopatológico fueron comparados mediante test de Fisher, objetivándose una relación estadísticamente significativa entre la existencia de cirugía uterina previa (incluyendo cesárea, miomectomía, ablación endometrial, dilatación y curetaje para legrado diagnóstico, o por último legrado evacuador por aborto) y la presencia de adenomiosis.²

Es frecuente en mujeres de edad avanzada, aunque los problemas durante el embarazo son raros, Azziz (1986) efectuó una revisión y encontró que esta

patología se había relacionado con rotura uterina, embarazo ectópico, atonía uterina y placenta previa.⁶

La etiología y los mecanismos patogénicos causantes de la adenomiosis son mal conocidos. El prerrequisito para la adenomiosis pueda desencadenarse o facilitarse es por una «debilidad» del tejido muscular liso, por un incremento de la presión intrauterina o por ambos factores. 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.⁴

La adenomiosis está asociada, a activación de diversos fenómenos inmunes, tanto celulares como humorales, es decir una fuerte expresión de antígenos de superficie, moléculas de adhesión, aumento de macrófagos, inmunoglobulinas y elementos del complemento, en estas pacientes se presenta una elevación de autoanticuerpos en sangre periférica, las células endometriales parecen estar bajo estrés inmunológico, el entorno del endometrio en pacientes con adenomiosis difiere de pacientes sin esta patología.^{4,5}

Existen varias teorías para explicar la aparición de adenomiosis⁵

1. **Teoría de los Restos Wolfianos.** Estos habían quedado en es espesor del miometrio

2. **Teoría de SNOO.** Defiende la existencia de los “gonadoblastos”, como células indiferenciadas pluripotenciales, que originaría el aparato genital femenino, si en la mujer adulta estas se diferencian en tejido miometrial originarían miomatosis, si lo hacen en sentido endometrial se origina adenomiosis.
3. **Teoría de COOLEY.** La adenomiosis se produce por invasión endometrial directa, hematógica o linfática

Los estrógenos y la progesterona parecen tener un papel importante en la fisiopatología de esta enfermedad. Esta conclusión se desprende de la existencia de respuesta al tratamiento hormonal. En un estudio publicado por Green, AR. Et al, se estudió la posible relación entre la exposición temprana a estrógenos con un mayor riesgo de presentar la enfermedad.⁵

Se describen dos formas; una focal, localizada o de Cullen, se define como una masa circunscrita, encapsulada por tejido endometrial dentro del miometrio,^{3, 4,5} que se presenta como pequeños focos, nódulos endometriales en el espesor del miometrio, alguno de los cuales puede ser de mayor tamaño, mal delimitado y sin cápsula, lo que puede orientar en el diagnóstico diferencial en comparación con tumor fibroide (mioma)⁴, y una forma difusa, la más frecuente, se define como crecimiento ectópico del endometrio dentro del miometrio con un engrosamiento de la zona de unión endometrio-miometrio, en la que el útero se encuentra aumentado de tamaño y en la que se puede apreciar múltiples criptas glandulares pequeñas (2-8 mm) que infiltran el miometrio alrededor de la cavidad (miometrio paracavitario) –el lugar más frecuente es la pared posterior del útero–^{3,4,5,6.}

Su diagnóstico clínico es difícil, porque los signos y los síntomas son inespecíficos y con frecuencia coexisten con otras enfermedades pelvianas.⁴ 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 pelviano son menos constantes.⁴

Cuando la adenomiosis es el único trastorno pelviano, 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.^{4, 5}

Aun no se ha determina claramente el mecanismo, por el cual la adenomiosis induce un a trastornos menstruales. Se han propuesto varias hipótesis.

- Hemorragia directa de los focos de adenomiosis parece improbable
- 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.⁵

La respuesta hormonal en la zona de unión endometrio-miometrial, difiere en la adenomiosis, debido a una dislocación en el endometrio basal, la evidencia muestra que la adenomiosis, está fuertemente relacionada, con la endometriosis aproximadamente, en un 90%, siendo mayor causa de infertilidad en estas mujeres.^{6, 7} la adenomiosis, también puede alterar la fertilidad, por alteración de la contractilidad de miometrio así como defectos en la implantación y placentación deficiente. La actividad peristáltica del útero no gestante, tiene funciones fundamentales en el proceso inicial de reproducción, tales como transporte de espermatozoides, implantación del embrión así como posible causa de menstruación retrograda, este hiperperistaltismo se asocia frecuentemente a adenomiosis, desprendiendo fragmentos de endometrio basal, trasportado a la cavidad peritoneal induciendo la proliferación del endometrio en el miometrio.⁷

Se describe la nueva Clasificación PALM-COEIN de las Causas del Sangrado Anormal desarrollada por el Grupo de Trastornos Menstruales de la FIGO, el sistema se desarrolló con las contribuciones de un grupo internacional de investigadores clínicos y no clínicos de 17 países en seis continentes. El FMDG describió un sistema para la nomenclatura de síntomas en otras publicaciones que recomendaban nomenclaturas estandarizadas, así como el abandono de los términos menorragia, metrorragia y sangrado uterino disfuncional. Sistema básico de clasificación. El sistema básico engloba cuatro categorías que se definen por criterios estructurales visualmente objetivos (PALM: pólipos, adenomiosis, leiomioma y malignidad o hiperplasia); cuatro (COEI) que no están relacionados con anomalías estructurales y una (N) reservada para las afecciones que aún no

se han clasificado. La categoría de leiomioma (L) se subdivide en las pacientes que tienen al menos un mioma submucoso y quienes tienen miomas que no tienen efecto en la cavidad endometrial.⁸

El diagnóstico definitivo se lleva a cabo en el estudio histológico de las piezas de histerectomía, pudiéndose realizar mediante biopsia endometrial y por imagen ya sea con ultrasonido trasvaginal y resonancia magnética.^{3, 4.}

En esta patología, los autores consideran la ecografía trasvaginal como una modalidad diagnóstica razonable, con sensibilidad 80% y especificidad de 74% para la adenomiosis difusa, y del 87 y 98% respectivamente, para la forma focal. También ha demostrado ser un método eficaz en el diagnóstico diferencial, entre un mioma y adenomiosis, entendiendo así, que la adenomiosis focal, afecta preferentemente al miometrio posterior.

Así como también, se presentan áreas anecóicas de 2 a 8 mm, ubicadas debajo del endometrio, las cuales corresponden a criptas glandulares endometriales dilatadas las cuales aparecen y desaparecen durante el ciclo menstrual, dando el aspecto típico de miometrio poliquísticos “panel de abeja” o “manchas de leopardo“(Fig.1)⁴ también son frecuentes la presencia de calcificaciones que dejan sombra acústica, nódulos ecogénicos, estriaciones lineales, pseudoengrosamiento del endometrio, agrandamiento uterino difuso, presencia de áreas hipocóicas intramiometriales, localizado en el área corporal, engrosamiento de la pared posterior, cavidad excéntrica, borramiento de la línea de unión endometrio- miometrio (78%), vascularización interna difusamente elevada^{4,7}



Figura 1.

En la ecografía doppler color trasvaginal, las características son, un aumento de la vascularidad por índice de resistencia vascular moderado dentro del miometrio ($IR = 0.56 \pm 0.12$), mientras que el IR de las arterias uterinas muestra una disminución, este método diagnóstico es útil para diferenciar esta patología con enfermedades malignas.^{6, 4}

Por otro lado, distintos estudios, demuestran que la resonancia magnética nuclear es la mejor técnica diagnóstica, tiene una sensibilidad de 85-90% y especificidad de 86-100%, las áreas de adenomiosis se presentan como (Fig. 2); engrosamiento focal o difuso de la zona de unión mayor a 12 mm, medido en corte sagital y pequeñas imágenes redondeadas en un seno, hiperintensas en las series potenciadas en T2 algunas de ellas con halo hipointenso a su alrededor y sin captación de contraste que dan la imagen de quiste subendometriales, las áreas observadas de baja intensidad de señal, son debidas a hiperplasia de músculo liso que acompaña las glándulas endometriales ectópicas, algunos focos de mayor intensidad dentro de áreas de menor intensidad en el miometrio

corresponden a dilatación quística de glándulas endometriales, las estriaciones lineales radiadas represente invasión directa de la basal del endometrio al miometrio, los focos brillantes en T1, corresponden a áreas de hemorragia, otros signos incluyen pobre definición de los bordes entre miometrio normal y anormal, ausencia relativa de efecto de masa y forma elíptica. La administración de medio de contraste no aumenta la precisión diagnóstica de adenomiosis.^{4,6}



Figura 2.

Bazot y colaboradores, compararon, la ecografía trasvaginal con la resonancia magnética, en el diagnóstico de adenomiosis, y correlación histopatológica, llegando a la conclusión, que la ecografía trasvaginal, es tan eficiente como la resonancia magnética, en adenomiosis sin patología asociada, así como la resonancia magnética, en paciente con adenomiosis con patología asociada.⁹

Otros métodos diagnósticos son; histerosalpingografía (1949 se describen imágenes características signo de Dionisi): contorno de la cavidad uterina con bordes en borla o en nebulosa), biopsia de endometrio (presencia de aromatasa P-450)^{9,10}

Los niveles séricos de VEGF-A en pacientes con adenomiosis son significativamente más elevados, pudiéndose utilizar como un marcador bioquímico, sin embargo, aún no está probado, esto parece ser debido a una alteración, en la actividad angiogénica de tejido endometrial ectópico.¹¹

Ecografía 3d: al igual que en el caso de la endometriosis profunda, la ecografía 3d puede ser útil para el diagnóstico de la adenomiosis; sin embargo, todavía no hay estudios acerca de su sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de la misma.¹²

Histeroscopia: No se considera como un método diagnóstico de adenomiosis, pero sí de metrorragias, por lo tanto, a veces se encuentran como hallazgo casual, imágenes de divertículos e invaginaciones endometriales sugerentes de adenomiosis, y se toma una muestra para biopsia dirigida.^{13, 14}

Marcadores tumorales: En 1985 Takahasi y colaboradores reportaron elevados niveles séricos preoperatorios de CA-125.

Profundizado algo más en la anatomía patológica de la adenomiosis, se hará hincapié en los siguientes hallazgos.¹⁵

- El crecimiento del endometrio se extiende más allá de 2.5 mm de profundidad del miometrio, generalmente de tipo basal, solo ocasionalmente de la zona funcional.
- La unión endometriometrial es irregular y carente de una muscular de la mucosa

- Macroscópicamente los islotes se presentan como áreas ligeramente deprimidas, rosado amarillentas pardas, o pequeños quistes con líquido pardo.
- Miometrio hipertrófico
- Cuerpo uterino globoso, pared comprometida, engrosada, con más frecuencia de 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).

En cuanto al tratamiento, tenemos que se han llevado a cabo estudios con análogos de GnRH, progestágenos e inhibidores de la aromatasa; la mejoría es escasa, y en la mayoría de los casos temporal. De todos ellos el que obtiene un mejor resultados, principalmente en el control del dolor, parece ser el DIU de LNG con un 39% de eficacia según un estudio de publicado en enero 2007. A los 6 meses de su uso, la mayor parte de los pacientes presenta oligomenorrea. En un estudio publicado por SiHyun Cho acerca de la eficacia a largo plazo del DIU de LNG, llegaron a la conclusión de que su efecto beneficioso en el tamaño uterino empieza a disminuir a los 2 años de su inserción, por lo que para el manejo de la adenomiosis debería cambiarse el mismo cada 3 años.^{15, 16,17}

Mientras que en estos últimos años, se han producido considerables avances en el diagnóstico no invasivo de la adenomiosis, gracias a la resonancia magnética y la ecografía trasvaginal¹⁸⁻¹⁹, queda por definir el tratamiento de

referencia para las mujeres que deseen preservar o mejorar su fertilidad, los progresos en las técnicas de diagnóstico por imagen, deben permitir tratamientos menos agresivos. En las mujeres jóvenes con un diagnóstico precoz, están indicadas la hormoterapia y cirugía endoscópica.²⁰ La cirugía conservadora (reducción de tamaño uterino, excéresis de adenomioma) y los tratamientos de corta duración mediante análogos de la hormona liberadora de la hormona luteinizante son tratamientos preferentes.^{21, 22, 23,24}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El diagnóstico de adenomiosis es difícil porque los signos y síntomas son inespecíficos y frecuentemente coexisten con otras patologías pélvicas.

Se desconocen con precisión las causas de esta enfermedad, aunque hay diversas teorías al respecto.

Si bien es cierto que el diagnóstico de adenomiosis es un reto, se considera que la clínica acuciosa, de la mano de un adecuado estudio de gabinete, diagnostican la enfermedad previa a la cirugía, por lo que se considera importante, realizar el presente estudio, en esta institución, para conocer la validez del diagnóstico, que se está realizando a través de la clínica, apoyada por exámenes de gabinete, tratando con esto de obtener resultados que permitan mejorar el diagnóstico de la adenomiosis, con el objetivo de disminuir costos, ya sea por un adecuado manejo conservador sin exponer a estas pacientes a un riesgo quirúrgico innecesario, o por otro lado, indicar un tratamiento quirúrgico a pacientes con manejo conservador sin remisión a patología.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de adenomiosis como hallazgo histopatológico en pacientes con histerectomía total en el Hospital Regional ISSEMYM Tlalnepantla?

JUSTIFICACIÓN

Es importante verificar por estudio histopatológico, si existe una buena correlación entre éste y la clínica; ya que, en el Hospital Regional Tlalnepantla, es una causa frecuente de consulta externa de ginecología, en pacientes entre la cuarta y quinta década de la vida.

Debido a la falta de conciencia de los trastornos subyacentes a esta patología, ha sido por mucho tiempo una condición subdiagnosticada, y por desgracia, muchas mujeres tienen que someterse a un trauma emocional, físico y financiero, es decir a un tratamiento quirúrgico, específicamente realización de histerectomía, desconociendo que existen tratamientos conservadores.

Por otro lado, en esta institución existe dificultad para realizar un diagnóstico precoz, ya que los estudios de gabinete que se realizan son de baja calidad, así como también, la carencia de estudios complementarios específicos para apoyo en el diagnóstico de esta enfermedad, por ejemplo la resonancia magnética.

Por lo anterior, se conlleva a gastos hospitalarios, ya sea por empleo de manejos inespecíficos, sin remisión a la sintomatología, o indicación quirúrgica innecesaria.

Se considera que es de valiosa ayuda, conocer la frecuencia de adenomiosis, y si el diagnóstico, es bien dirigido, para ofrecer un tratamiento adecuado, en un tiempo razonable, debido a esto, es importante realizar el presente estudio.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la frecuencia de adenomiosis mediante estudio histopatológico en pacientes con histerectomía total.

ESPECÍFICOS

Conocer el grupo de edad con mayor frecuencia en esta patología

Fundamentar los factores de riesgo para presentar esta patología

Identificar las patologías concomitantes

Determinar los datos clínicos en pacientes con diagnóstico histopatológico de adenomiosis.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y transversal. Incluyendo 89 pacientes, a quienes se les realizó histerectomía total en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional ISSEMyM Tlalnepantla en el período comprendido Octubre 2012 a Agosto 2013. Se utilizó instrumento de recolección de datos (anexo 2), se llenó por medio de expedientes, en base a historia clínica y resultado de estudio histopatológico.

Se incluyeron, pacientes a las que se les realizó histerectomía total y con reporte de estudio histopatológico. Se excluyeron, pacientes que no contaban con reporte de estudio histopatológico y a las que se les realizó histerectomía obstétrica.

Se eliminaron, pacientes de las cuales no se envió pieza quirúrgica a estudio histopatológico y las que no contaban con historia clínica.

La captura y análisis de datos se hizo en una base de Microsoft Excel, utilizando estadística descriptiva.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION CONCEPTUAL	MEDICION	TIPO DE VARIABLE
EDAD	Años cumplidos en la fecha que se le realizó la histerectomía	Duración de la vida desde el nacimiento hasta el momento actual	21-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años 61-70 años 71 -80 años	Independiente Cuantitativa Discreta
PARIDAD	Número de partos o cesáreas referidos por la paciente	Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un producto mayor a 500 g	1,2,3,4,5,6,7,8 9,10,11,12,13	Dependiente Cuantitativa Discreta
DISMENORREA	Síntoma referido por la paciente al momento del interrogatorio (historia clínica)	Presencia de dolor o dificultad durante el ciclo menstrual	Presente o ausente	Dependiente Cualitativa Nominal
CIRUGIA GINECOOBSTETRICA PREVIA	Número de procedimientos quirúrgicos referidos por la paciente antes de esta cirugía	Acto quirúrgico utilizado para el diagnóstico y/o tratamiento de patología ginecológica y/ o resolución de embarazos	Cesárea Legrado Uterino Instrumental Oclusión Tubaría Bilateral Excresis de tumoración	Dependiente Cualitativa Nominal
DOLOR PELVICO CRONICO	Síntoma referido por la paciente al momento del interrogatorio	Experiencia sensitiva o emocional desagradable asociada o no a daño tisular , que se localiza a nivel de abdomen inferior , la pelvis o estructuras intrapelvicas , persistiendo durante menos de seis meses ,que se presenta de forma con continua o intermitente , no asociada	Presente o ausente	Dependiente Cualitativa Nominal

		exclusivamente con el ciclo menstrual		
TRASTORNO MENSTRUAL	Síntoma referido por la paciente al momento del interrogatorio	Cualquier alteración en la duración , frecuencia y cantidad del ciclo menstrual	Oligomenorrea Polimenorrea Hipermenorrea o menorragia Metrorragia Menometrorragia Hipomenorrea Hemorragia Intermenstrual Hemorragia posmenopáusica ²⁵	Dependiente Cualitativa Nominal

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 126 pacientes con antecedente de Histerectomía Total del servicio de Ginecología y Obstetricia las cuales fueron atendidas en el Hospital Regional ISSEMYM Tlalnepantla, de 01 de Octubre 2012 a 31 de Agosto de 2013. Del total de 126 pacientes, solo 89 (70.6%) contaban con reporte de patología, excluyendo del estudio a 37(29.4%). La moda de edad fue 46 años, siendo el grupo etario más afectado, el que se encontraban entre 41- 50 años en un 43 % (Tabla y Gráfico 1).

De las 89 pacientes, se encontró una frecuencia de adenomiosis en 48 (54%), de éstas pacientes, 20 (23%) fue de presentación única, no obstante 28 (31%) se presentaron concomitante a otras patológicas (Ver tabla 2 y Grafico 2)

La adenomiosis se encontró aunada a Leiomiomatosis en 25 pacientes, a cervicitis Crónica en 13 y a Endometritis crónica únicamente en 3 (Ver tabla 3 y grafico 3).

Dentro de los datos clínicos, motivo de consulta, se encontró que 75 pacientes, presentaron trastornos menstruales, predominando el del tipo hiperpolimenorrea en un 77.3%, asociado a dismenorrea en 55 pacientes y dolor pélvico crónico en 57 (64%) (Ver tabla 4 y grafico 4).

El antecedente de procedimientos quirúrgicos se presenta de manera importante, ya que se encontró en 53 pacientes, con un predominio de cesárea en 29 (55%), seguido del legrado uterino instrumental en 11(21%), y 12(23%) de estas

pacientes tuvieron el antecedente de cesárea y legrado uterino instrumental (Ver tabla 5 y Grafico 5).

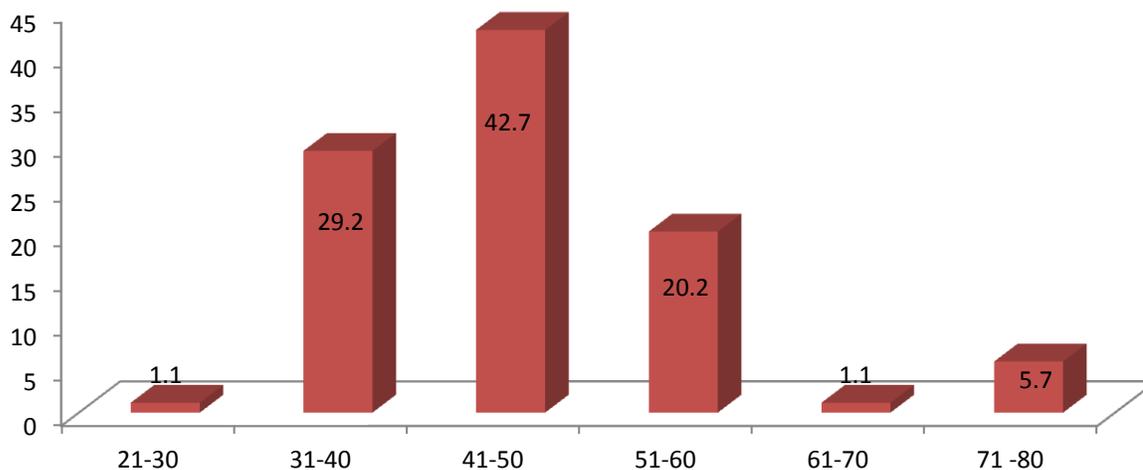
En cuanto a los antecedentes de paridad, se encontró que, de 89 pacientes, 22 tenían antecedente de 2 partos y 56 habían tenido 3 o más.(Ver tabla y gráfico 6).

TABLA 1. Grupo de edad y frecuencia Adenomiosis e histopatológico HRT-ISSEMyM 2013

AÑOS	N	PORCENTAJE
21-30	1	1.1
31-40	26	29.2
41-50	38	42.7
51-60	18	20.2
61-70	1	1.1
71 -80	5	5.7
TOTAL	89	100.0

Fuente: Hoja de recolección de datos, HRT ISSEMyM

GRÁFICO 1. Grupo de edad en porcentaje Adenomiosis e histopatología HRT-ISSEMyM 2013



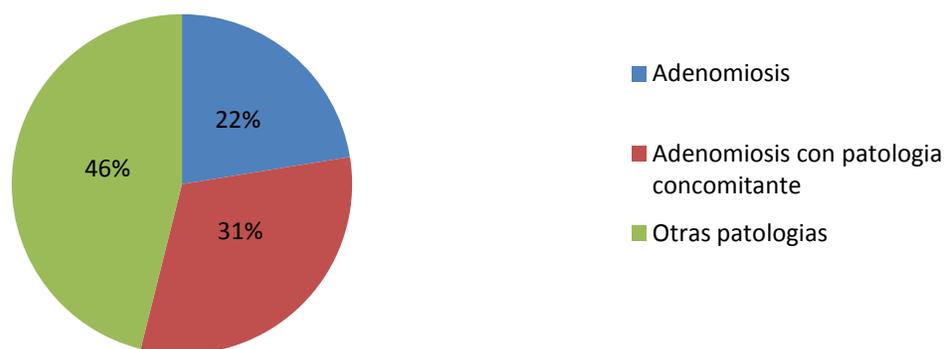
Fuente. Tabla 1

TABLA 2. Frecuencia de Adenomiosis como hallazgo histopatológico HRT- ISSEMyM 2013

FRECUENCIA	<i>N</i>	%
Adenomiosis	20	23%
Adenomiosis con patología concomitante	28	31%
Otras patologías	41	46%
TOTAL	89	100

Fuente: Hoja de recolección de datos. HRT ISSEMyM

GRÁFICO 2. Frecuencia de adenomiosis



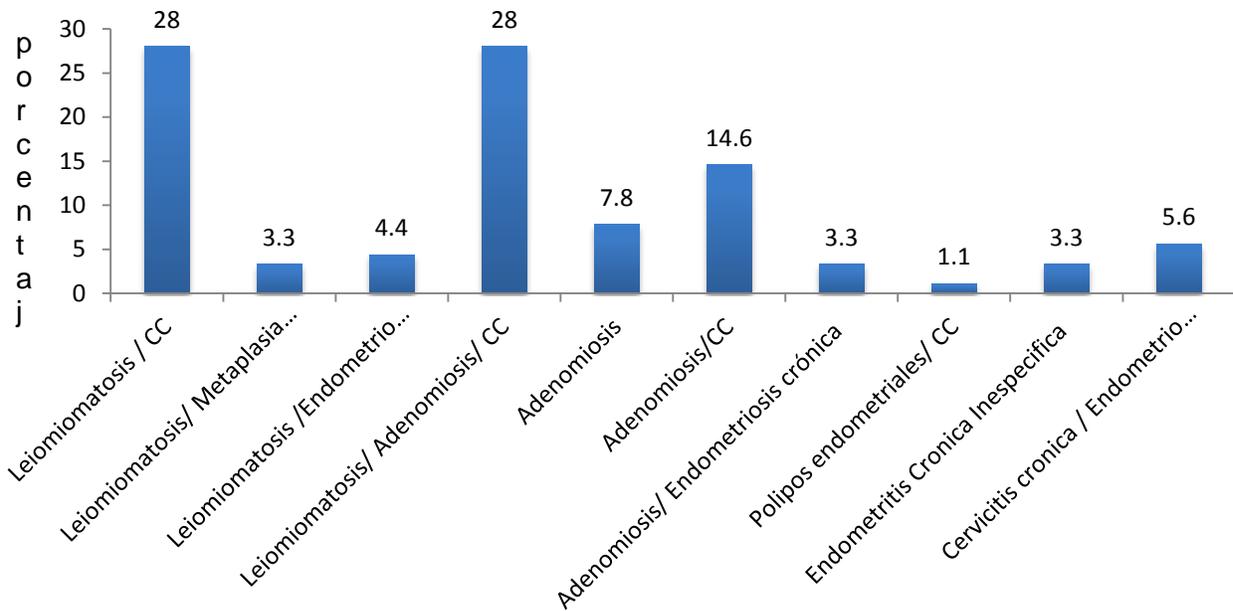
Fuente: Tabla 2

**TABLA 3. Reporte de estudio histopatológico
HRT-ISSEMyM 2013**

	N	%
Leiomiomatosis / CC	25	28
Leiomiomatosis/ Metaplasia Escamosa	3	3.3
Leiomiomatosis /Endometrio Proliferativo	4	4.4
Leiomiomatosis/ Adenomiosis/ CC	25	28
Adenomiosis	7	7.8
Adenomiosis/CC	13	14.6
Adenomiosis/ Endometriosis crónica	3	3.3
Pólipos endometriales/ CC	1	1.1
Endometritis Crónica Inespecífica	3	3.3
Cervicitis crónica / Endometrio Proliferativo	5	5.6
TOTAL	89	100.0

Fuente: Hoja de recolección de datos. HRT ISSEMyM

**GRÁFICO 3. Reporte de estudio histopatológico
HRT-ISSEMyM 2013**



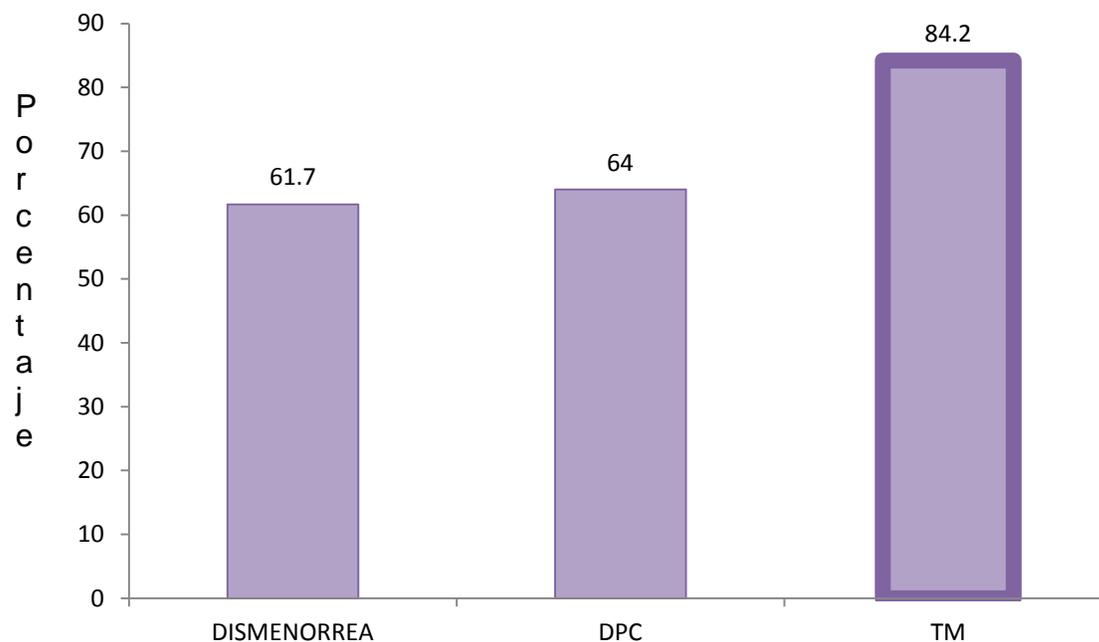
Fuente: Tabla 3

TABLA 4. Datos clínicos en pacientes con adenomiosis HRT-ISSEMyM 2013

DISMENORREA	55	61.7
DOLOR PELVICO CRÓNICO	57	64
TRASTORNOS MENSTRUALES	75	84.2

Fuente: Hoja de recolección de datos. HRT ISSEMyM 2013

GRÁFICO 4. Datos clínicos en pacientes con adenomiosis HRT-ISSEMyM 2013



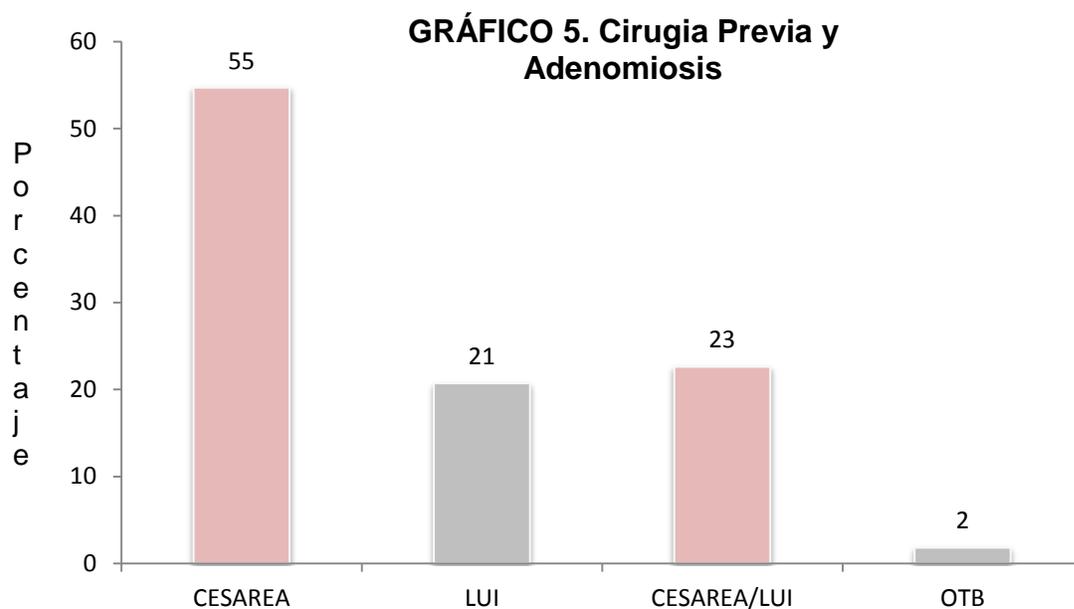
DPC. Dolor Pélvico Crónico
 TM. Trastornos Mestruales

Fuente: Tabla 4

**TABLA 5. Antecedente de cirugía ginecobstetrica y Adenomiosis
HRT-ISSEMyM 2013**

CIRUGIA PREVIA	N=53	FRECUENCIA
CESAREA	29	55%
LUI	11	21%
CESAREA/LUI	12	23%
OTB	1	2%

Fuente: Hoja de recolección de datos. HRT ISSEMyM 2013



Fuente: Tabla 5.

TABLA 6. Paridad y Adenomiosis. HRT-ISSEMyM 2013

Paridad	N=	%
P0	4	4.5
P1	7	7.9
P2	22	24.7
P3 o más	56	62.9
TOTAL	89	100.0

Fuente: Hoja de recolección de datos. HRT ISSEMyM 2013

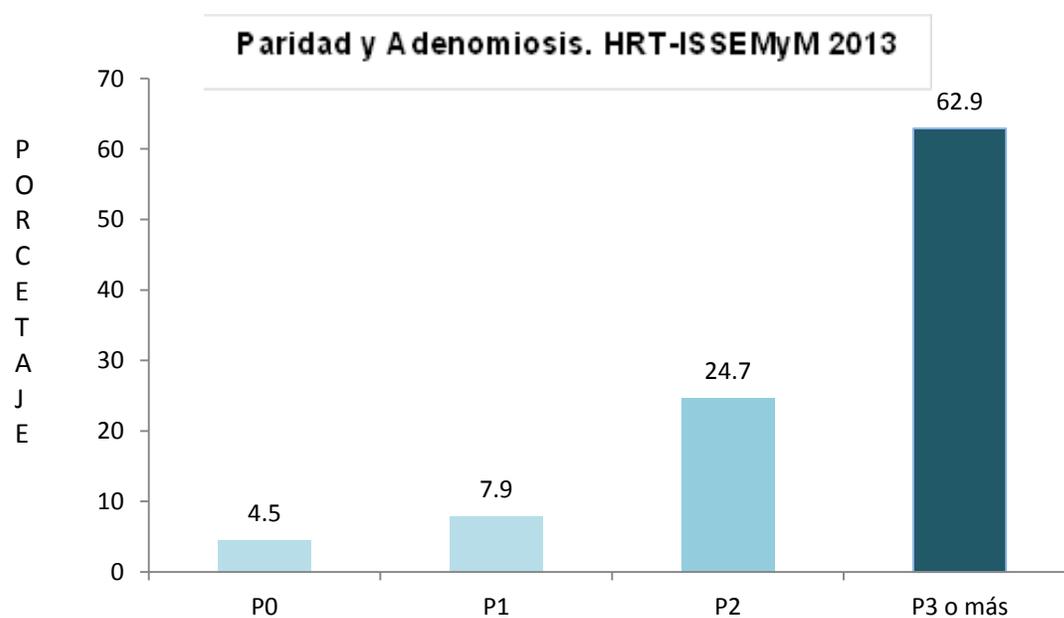


GRÁFICO 6. Fuente: Tabla 6

DISCUSIÓN

La adenomiosis es una enfermedad uterina relativamente frecuente que afecta fundamentalmente a multíparas entre los 40 y 50 años de edad; Novak describe que la edad promedio de las consultas sintomáticas suele ser de 40 o más años, en el presente estudio el grupo etario más afectado fue de 41 a 50 años con una moda de 46 años.

Los resultados referentes al hallazgo de adenomiosis en el estudio histopatológico, fueron comparados, observando una relación entre la existencia de cirugía uterina previa y la presencia de adenomiosis, siendo de manera específica el procedimiento quirúrgico con mayor frecuencia, la cesárea en 55 %, seguido de Legrado Uterino Instrumental en 21% y aunados en un 23%, estos datos son afirmados por algunos estudios que refieren que la invasión benigna del endometrio puede ocurrir secundariamente a la debilidad del endometrio posterior al trauma, apoyando así, el estudio retrospectivo que se llevó a cabo en Hospital de Philadelphia, EEUU, entre Enero 1995 a Junio 2002, en donde se menciona.

En el presente estudio el número de partos se encontró asociado a una mayor frecuencia de adenomiosis; con paridad mayor o igual a dos en un 62.9%, existen múltiples estudios, los cuales refieren que cada embarazo aumenta las probabilidades de invasión endometrial en el miometrio debido a la carencia de submucosa en el útero, las glándulas endometriales penetran el miometrio

fácilmente y quedan atrapadas dentro del mismo hipertrofiado cuando se contrae después del parto

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 pelviano son menos constantes. En este estudio la hemorragia uterina anormal estuvo presente en 84% de los casos, siendo la manifestación principal la hiperpolimenorrea.

De acuerdo a las evidencias, Yusoff en el 2006, describe que, en la dismenorrea existe sobreproducción de prostaglandinas en el tejido endometrial, en altas concentraciones, específicamente la prostaglandina F2 alfa, teniendo una correlación directamente proporcional a la intensidad del dolor. En este estudio la dismenorrea fue referida en 62% de las pacientes con adenomiosis y 61% de estas pacientes presentaron dolor pélvico crónico. Esto es apoyado por Bettendorf en el 2008, en donde se menciona que la dismenorrea secundaria así como el dolor pélvico crónico se asocia a anomalías pélvica, dentro de las cuales se identifica a la adenomiosis.

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.

CONCLUSIONES

- El 54% de las pacientes posoperadas de histerectomía presentan diagnóstico histopatológico de adenomiosis
- La adenomiosis se presenta en un 31% concomitante a otras patológicas como son: leiomiomatosis, endometritis y cervicitis crónica.
- Ninguna de las pacientes del presente estudio, tuvo diagnóstico clínico previo a la cirugía.
- La adenomiosis afecta en su mayoría a mujeres multíparas y en la cuarta década de la vida.
- Se presenta en un 55% y 21% en pacientes con antecedentes de legrados y cesáreas previas respectivamente.
- El 84% de las pacientes cursa con hemorragia uterina anormal con manifestación principal hiperpolimenorrea.
- Es importante la clínica acuciosa, ya que la dismenorrea y el dolor pélvico crónico se presentan en un 62% y 61% respectivamente.

RECOMENDACIONES.

- Realizar una historia clínica y un examen físico dirigido tomando en cuenta los signos y síntomas que son más frecuentes y característicos que sirvan como base de datos para próximos estudios.

- Ya que en esta investigación se realizó, el estudio de pacientes poshisterctomía por situaciones diferentes a la adenomiosis, nos damos cuenta que la principal indicación de cirugía no fue adenomiosis, fue leiomiomatosis, por lo que es importante ; Crear un instrumento puntual y sencillo que contenga un espacio en donde se marque si están presentes o no las principales signos y síntomas con los que se presenta la enfermedad y los cambios uterinos que se pueden encontrar a la exploración que faciliten al examinador orientar o descartar la patología e indicar un manejo adecuado

BIBLIOGRAFÍA

1. Benagrano G, Brosens I; History of Adenomyosis; Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology; 2006; Vol. 20 No. 4 pp 449-463.
2. Berghotl T, Eriksen L, Berendt N; Prevalence and Risk factors of adenomyosis at hysterectomy ; Human Reproduction ; 2011 ; Vol 16, No. 11; pp 2418-2421
3. Pinzón B, Romero J, Medina J ; Presentación Atípica de Adenomiosis ; Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia ; Vol 53 ; No 1; pp 96-101.
4. Gallo J, Pérez I, Díaz M, Tirado P, Montoya F; Adenomiosis una afección frecuente, Servicio de Ginecología y Obstetricia; Granada España; Clin Invest Gin Obst: 2006; 33(2) 59-63.
5. Ramírez J.; Teorías de Adenomiosis; Ginecología; 2008; pp 901-913.
6. Silva S. Unidad de Ginecología Complejo Asistencial; Dr. Sótero del Río. Normas de Ginecología y Obstetricia ; 2009; 76-84
7. Kunz G, Beil D, Huppert P et al. Adenomyosis in endometriosis; Prevalence and impact on fertility. Evidence from magnetic resonance imaging. Human Reproduction 2006; 20; 2309-16.
8. Munro M, Critchley H, Fraser I; La clasificación FIGO de causas de sangrado uterino anormal en los años reproductivos; Revista del Climaterio 2011;15(85):9-17
9. Keckstein J. Hysteroscopy and adenomyosis; Contrib Gynecol Obstetric; 2009; Vol 20; pp 41-50.

10. Kitawaki J, Kusuki I, Koshihara H; Detection of aromatase cytochrome P -450 in endometrial biopsy specimens as diagnostic test for endometriosis fertile steril; 2009; 72; 1100-6.
11. Purandare C, Adenomyosis and Reproduction, Obstetric Gynecol; India; Vol 56:5; September 2006; pp 387-389.
12. Leyendecker G, Kunz G, Herbertz M, et al ; Uterine peristaltic activity and the development of endometriosis; Ann NY Acad Sci ; 2008; 1034: 338-55.
13. Britton R; Adenomyosis, diagnóstico y tratamiento; Centro Medico Paitilla; Revista médica Panamá; 2007; Vol 22; 24-27.
14. Recarte E., Martínez O., López D.; Adenomyosis: An approach to diagnosis and treatment; Servicio de Obstetricia y Ginecología de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid; Toko - Gin Pract, 2011; 70 (2): 51-57
15. Berek J. Ginecología de NOVAK. 14ª edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. México; 2007.
16. Waleed E, Ehab M, Mahdi E; Comparative study of transvaginal sonography and hysteroscopy for the detection of pathological endometrial lesions in women with perimenopausal bleeding; Middle East Fertility Society Journal (2011) 16, 77–82
17. Bazot M, Cortez A, Darai E, Rougert J, Antonine, et al; Ultrasonography compared with Magnetic Resonance Imaging for diagnosis of adenomyosis, correlation with histopathology; Human Reprod; 2009; Vol 16; pp 2427-33.

18. Cejas C, Binda M, Bordegaron S, Importancia de la Resonancia Magnética en la patología Uterina; Servicio de Diagnóstico por imágenes; Hospital Francisco Argentina; 2007, Vol 71; No 2; pp 183-194.
19. Sun Y, Wang C, Lee C, Wun T, Lin P; Transvaginal sonography criteria for the diagnosis of adenomyosis based on histopathology correlation; Taiwan J Obstet Gynecol ; March 2010; Vol 49; No 1; pp 40-44.
20. Pineros J, Rivero B; Fernández M; Hysterectomy in the perimenopause, Adenomyosis; Complejo Hospitalario Donostia; San Sebastián España; Vol 48 2005; pp 513-520.
21. Toledo G; Clinical and epidemiological characteristics of patients with total abdominal hysterectomy at the Carlos Lanfranco Hospital, 2005 to 2010; Revista Horizonte Medico; 2011; Vol 11
22. Cravello L, Adenomiosis; Ginecología y Obstetricia: EMC; 2006; Vol 10; pp 1281
23. Ezcurra M, Lamberto N, Peñas V; Abdominal-pelvic pain in gynaecology; An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 49-58.
24. Schorge J, Schaffer J, Halvorson L; Williams Ginecología; Capitulo 10; pp 225-244.
25. Vergara G; Simancas W; ESE Clinica Maternidad Rafael Calvo ; Hemorragia Uterina Anormal; 2009; 20-24

ANEXO 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	2010												2011												2012												2013																														
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre																							
Selección del Tema	█	█	█	█	█	█	█	█																																																											
Delimitación del Tema										█	█	█	█	█	█	█	█	█	█																																																
Preguntas de Investigación																				█	█	█	█	█	█	█																																									
Elaboración del Protocolo																																																																			
Autorización del Protocolo																																																																			
Realización de la Investigación																																																																			
Análisis estadístico																																																																			
Reporte preliminar																																																																			
Reporte definitivo																																																																			

