

Adenomiosis, diagnóstico olvidado en nuestro medio

DR. ROMANO DELCORE S.*

DR. CARLOS ML. PRADA*

La adenomiosis, endometriosis interna o endometriosis directa, se caracteriza por la invasión histológicamente benigna de la musculatura uterina por el endometrio, el cual, normalmente, sólo se encuentra tapizando la cavidad uterina (7).

No es, como veremos más adelante, una condición patológica rara, sino, por el contrario, mucho más frecuente de lo que generalmente se cree; se diagnostica muy infrecuentemente debido a que se asocia a otras condiciones patológicas uterinas en gran número de casos y a que su sintomatología está poco comprendida.

Rokitansky, en 1860, la describió por primera vez (1). En 1896, von Recklinghausen reportó casos de adenomiosis y tuberculosis, de los cuales, hasta 1953, se habían reportado 38 (4). Sin embargo, Cullen (1-6-7) fue quien, en 1908, estudió y sentó las bases sobre histogénesis, histopatología y sintomatología de la adenomiosis.

La teoría de que el endometrio encontrado en el espesor del miometrio provenía de restos de los conductos de Wolff, según lo propuso von Recklinghausen, ya se abandonó (6), y desde Cullen, se cree proviene del endometrio normalmente implantado en la cavidad uterina (6-7).

Por último, aceptamos, siguiendo a Novak (6), la denominación de adenomiosis en vez de adenomioma, que da idea equivocada de tumor.

CRITERIO HISTOLOGICO

Por definición, se diagnostica adenomiosis al encontrar endometrio (estroma y glándulas) en el espesor del miometrio. Si bien este endometrio ectópico, habiendo invadido el músculo uterino, pierde la conexión con el de la cavidad uterina, en cortes seriados (5) se puede establecer que el primero derivó del segundo.

Para nuestro estudio hemos tomado todos aquellos casos en que el diagnóstico histopatológico fue adenomiosis, sin analizar si el tejido heterotópico tenía o no conexión con el endometrio. Las figuras N° 1 y 2 nos muestran zonas de adenomiosis características.

* Hospital San Juan de Dios.

ANALISIS CLINICO

Material e incidencia

Se revisaron los informes histopatológicos de los úteros extirpados en el Hospital San Juan de Dios de setiembre a agosto de 1960 inclusive, encontrándose un total de 3373 piezas operatorias. Entre éstas, 106 presentaron zonas de adenomiosis identificadas histopatológicamente, lo que representa una incidencia de 3.14%.

Israel y Woutersz encuentran el 10% entre sus 3090 hysterectomías y reportan de la literatura cifras variables entre el 8 y el 27%. Emge, que se caracteriza por su correcto diagnóstico de adenomiosis, encuentra 264 casos en 1412 hysterectomías (19.1%).

Un caso solitario de adenomiosis fue diagnosticado por legrado uterino en nuestra serie, afirmándose lo señalado por otros investigadores (5) de que el encuentro de adenomiosis en tejido extirpado por legrado de la cavidad uterina es excepcional.

EDAD

El 51.5% (5) se encuentra en mujeres entre los 40 y 49 años de edad, con promedio de 45 años. La edad de los casos aquí presentados se ve en detalle en la figura N° 3.

El 52.8% de nuestros casos estaban entre los 41 y 50 años de edad. Sin embargo, es bueno recordar que es también en esta década de la vida de la mujer en que se le practica, de preferencia, la hysterectomía y, además, que este estudio se hizo en úteros no seleccionados.

La más joven tenía 24 años de edad, la mayor 80; esta última fue hysterectomizada por polapso.

Es interesante señalar aquí que 15 eran mujeres post-menopáusicas (el 14.1%).

HISTORIA OBSTETRICA

Del total, 6 pacientes acusaban esterilidad conyugal; 1 caso, de soltera no virgen, sin embarazos.

No se pudo determinar la paridad en 7 casos. Cuatro, habían tenido abortos, pero no partos. Los 88 restantes tenían la paridad anotada en el Cuadro N° 1. El 52.3% eran multíparas y el 36.3% tenían más de 7 partos.

CUADRO No. 1

Paridad

Paridad	Número	%
Un hijo	10	11.3
Multíparas	46	52.3
Grandes multíparas	32	36.3

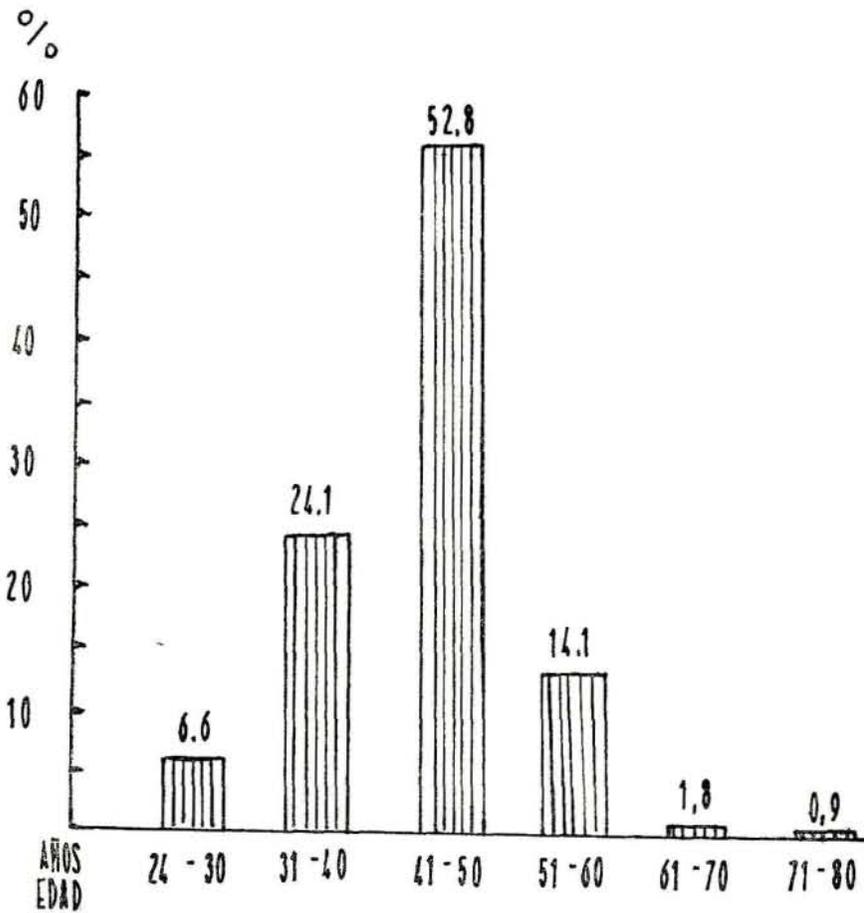


Fig. 3 Edad en 106 pacientes con adenomiosis

SINTOMATOLOGIA

Novak y Novak (6-7) señalan la tríada sintomática clásica: menorrágica, dismenorrea y aumento difuso en el tamaño del útero. A pesar de estos síntomas tan claros, el diagnóstico no se hace; creemos que parte de esta falla diagnóstica se debe a que estos son también síntomas presentes en condiciones más frecuentes, tales como miomas, cáncer, tumores ováricos, etc. Más a este respecto en el capítulo de Comentarios.

En nuestra serie, el síntoma más común fue la metrorragia, siendo una verdadera lástima el no encontrar, precisado, si era menor o metrorragia. Metrorragia, pues, presentó el 73.5%; trastornos menstruales de ritmo, el 16%; dolor abdominal, 17.9% (Cuadro N° 2). Algunas pacientes, por supuesto, presentaban dos o más síntomas.

CUADRO No. 2
Sintomatología

Síntoma	Número	%
Metrorragia	78	73.5
Dolor abdominal	19	17.9
Trastornos menstruales del ritmo	17	16.0
Hipermenorrea	9	8.4
Dismenorrea	7	6.6
Sangrado postmenopausia	8	7.4

INDICACION DE LA HISTERECTOMIA

Tomamos el diagnóstico pre-operatorio como la indicación formal de la histerectomía. Únicamente en tres casos se mencionó la posibilidad de que hubiese un proceso adenomiósico, pero en ningún caso se indicó la operación únicamente con el diagnóstico de adenomiosis. Esta falla diagnóstica queda en más evidencia aún, como veremos más adelante (Cuadro N° 4), cuando leemos, en 40 reportes histopatológicos, que la única patología encontrada en otros tantos úteros, era precisamente adenomiosis.

La indicación más frecuente de cirugía fue así: miomas uterinos, prolapso uterino, metropatía, fibrosis y adenocarcinoma del endometrio (Cuadro N° 3).

CUADRO No. 3
Diagnóstico pre-operatorio

Diagnóstico	No. de casos	%
Miomas	46	43.3
Prolapso	14	13.2
Metropatía	14	13.2
Fibrosis	8	7.4
Adenocarcinoma endometrio	6	5.6
Cáncer del cérvix	4	3.7
Adherencias post-op.	4	3.7
Hiperplasia endometrial	3	2.8
Pre cáncer cervix	2	1.8
Cáncer in situ cervix	1	0.9
Rectocele	1	0.9
Pólipo uterino	1	0.9
Ruptura uterina	1	0.9
Embarazo abdominal	1	0.9
TOTAL	106	

La comparación del diagnóstico pre-operatorio (sinónimo en estos casos de indicación quirúrgica) con el diagnóstico patológico, es sumamente interesante (Cuadro N° 4).

CUADRO No. 4

Comparación del diagnóstico pre-operatorio con el diagnóstico histopatológico

Diagnóstico	Pre operatorio	Histopatológico
Mioma	46	24
Prolapso	14	—
Metropatía	14	—
Fibrosis	8	9
Adenocarcinoma de endometrio	6	1
Cáncer del cervix	4	3
Adherencias post op	4	—
Hiperplasia endometrial	3	7
Pre cáncer cervix	2	—
Cáncer in situ cervix	1	—
Rectocele	1	—
Pólipo uterino	1	—
Pólipo cervical	—	2
Pólipo endometrial	—	6
Ruptura uterina	1	1
Embarazo abdominal	1	1
Cervicitis	—	12
ADENOMIOSIS	—	40
TOTAL	106	106

Obsérvese cómo se diagnosticó miomas en 46 casos, y estos se encontrarán únicamente en 24. En cambio, como ya se señaló, pero vale la pena repetirlo, no se diagnosticó adenomiosis de una manera enfática en ningún caso (se mencionó en tres) y ésta se encontró, como única patología uterina, en 40, el 38%.

El subtítulo de nuestro trabajo, está pues, plenamente justificado: en nuestro medio, no se piensa en la adenomiosis como diagnóstico diferencial en casos de metrorragias, dismenorreas o aumento de tamaño del útero.

Nótese como en ningún caso se reportó patología propia del foco adenomiósico. Colman y Rosenthal reportan haber visto epitelio atípico, hiperplasia atípica y carcinoma in situ en áreas de adenomiosis en 7 casos; Novak y Novak (6) reportan dos casos encontrados en la literatura de adenocarcinoma en focos de adenomiosis.

OPERACION PRACTICADA

En únicamente el 52.8% de los casos se hizo histerectomía total; en el 34.9%, la histerectomía fue subtotal (Cuadro N° 5).

CUADRO No. 5

Operación practicada

Operación	Número	%
Histerectomía total	56	52.8
Histerectomía subtotal	37	34.9
Histerectomía vaginal	11	10.3
Panhisterectomía	2	1.8

COMENTARIO

Al analizar, por primera vez en Costa Rica, una serie grande de histerectomías (3373) para ver la incidencia, edad, paridad, sintomatología y diagnóstico de la adenomiosis en nuestro medio, llaman poderosamente la atención dos hechos fundamentales: la falta, casi absoluta, de diagnóstico de la misma y el que todavía se hagan histerectomías subtotales en un gran porcentaje de casos (34.9%).

Al tratar de encontrarle una explicación a estos dos puntos y al revisar cuidadosamente las historias clínicas, nos encontramos con otro hecho que también tiene que llamar la atención, cual es, el de que ninguna de estas pacientes fue tratada en el lugar que le correspondía dada la índole de su padecimiento: en un servicio de ginecología. ¿La razón? Muy sencilla: no hay tal servicio en el Hospital San Juan de Dios.

Es lógico, pues, que al ser vistas en servicios no dedicados a esta disciplina médico-quirúrgica bien definida y especializada, las pacientes analizadas en este trabajo no fueran correctamente diagnosticadas (casi el 0% de diagnóstico correcto) y muchas (el 34.9%) fuesen tratadas incorrectamente, al practicárseles una operación incompleta, que no tiene, en la actualidad, justificación ninguna.

Creemos, pues, poder atribuir, sin temor a pecar por error, el olvido de diagnóstico diferencial en las 106 enfermas de nuestra serie, a la falta de un servicio de ginecología en la máxima institución hospitalaria del país y futura sede de los estudios clínicos de nuestra Escuela de Medicina. Emge (3) diagnostica correctamente el 64.6% de sus casos de adenomiosis; Israel y Woutersz (5) dan el 10% y encuentran en la literatura del 8 al 24% de diagnóstico exacto. Nosotros encontramos casi un 0% (únicamente, repetimos, en tres casos se menciona la posibilidad de adenomiosis, pero en ninguno se afir-

mó); la diferencia que existe entre los investigadores citados y los autores del presente trabajo consiste en que aquellos buscan sus datos en pacientes vistas en servicios ginecológicos, en tanto que nosotros nos vemos obligados a buscarlos en pacientes vistas en una multitud de servicios hospitalarios (cirugía general, maternidad, urología, etc.); casi en todos los del hospital, menos en el que debían estar: en ginecología.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se presentan y analizan 106 casos de adenomiosis encontrados en 3373 úteros de pacientes hysterectomizadas en 10 años en el Hospital San Juan de Dios.
2. La incidencia de adenomiosis en estos úteros fue de 3.14%, que es baja comparada con la encontrada por otros autores.
3. El diagnóstico pre-operatorio no fue hecho prácticamente en ningún caso.
4. El 52.8% fue en mujeres en la 5a. década de vida.
5. El 52.3% en mujeres multíparas y el 36.3% en grandes multíparas. El 83% tenían uno o más hijos.
6. Síntoma más frecuente: Metrorragia (73.5%).
7. Diagnósticos pre-operatorios más frecuentes: miomas (43.2%), prolapso (13.2%) y metropatías (13.2%).
8. Si bien el diagnóstico pre-operatorio en 46 casos fue de miomas, estos se encontraron únicamente en 24 casos.
9. El único hallazgo histopatológico en 40 casos fue adenomiosis.
10. La adenomiosis es un diagnóstico clínico olvidado en nuestro medio.
11. En 34.9% de los casos se hizo hysterectomía subtotal.
12. La deficiencia diagnóstica y el alto porcentaje de hysterectomías subtotales pueden y deben atribuirse a la falta de un servicio especializado en ginecología en el Hospital San Juan de Dios.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

1. 106 cases of uterine adenomyosis are presented and analyzed from 3373 hysterectomies performed in a 10-year period at the San Juan de Dios Hospital.
2. Incidence was 3.14%, which is lower than that reported by other authors.

3. A pre-operative diagnosis of adenomyosis was never made.
4. 52.3% in multiparous and 36.3% in grand-multiparous women, 83% had one or more children.
5. 52.8% was in women in the fifth decade of life.
6. The most frequent pre-operative diagnoses were: uterine myomata (43.2%), uterine prolapse (13.2%) and metropathia (13.2%).
7. The most frequent symptom was metrorrhagia (73.5%).
8. Even though the diagnosis of uterine myomata was made in 46 patients pre-operatively, these were found only in 24 cases.
9. Adenomyosis was found alone in 40 cases corroborated histopathologically.
10. Adenomyosis is a forgotten clinical diagnosis in our environment.
11. Subtotal hysterectomy was done in 34.9% of the cases.
12. The error in diagnosis and the high percentage of subtotal hysterectomies could and should be attributed to the lack of a Gynecology Service at the San Juan de Dios Hospital.

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

- 1.—BENSON, RALPH C.; SUEEDEN, VINTON D.
Adenomyosis: a reappraisal of symptomatology.
Am. J. of Obst. & Gynec. 76:1044-1061, 1958.
- 2.—COLMAN, HENRY I.; ROSENTHAL, ALEXANDER H.
Carcinoma developing in areas of adenomyosis.
Obst. y Gynec. 14:342-348, 1959.
- 3.—EMGE, LUDWING A.
Problems in diagnosis of adenomyosis uteri: with special reference to dysfunctional bleeding. *West. J. Surg.* 64:29-305, 1956.
- 4.—HOWELL, H. DORIS.
A report of these cases of adenomyosis associated with tuberculosis.
Am. J. of Obst. y Gynec. 66:1337-1340, 1953.
- 5.—ISRAEL, S. LEON; WOUTERSZ, THEODORE B.
Adenomyosis: A neglected diagnosis.
Obst. y Gynec. 14:168-173; 1959.
- 6.—NOVAK, EMIL; NOVAK, EDMUND R.
Gynecologic and obstetric Pathology. pp. 210-219. W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1958.
- 7.—NOVAK, EMIL; NOVAK, EDMUND R.
Textbook of Gynecology.
Fourth Ed. pp. 342-349. Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1952.

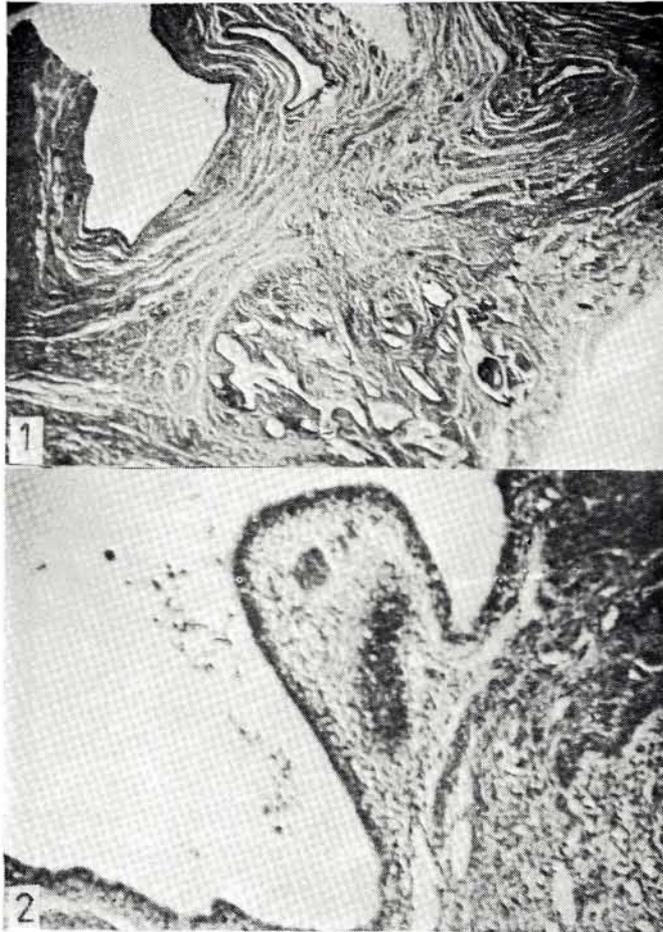


Figura 1.—Foco de adenomiosis en la pared tubaria. Pueden apreciarse varias glándulas de tipo endometrial en la subserosa.

Figura 2.—Detalle de una de las glándulas de tipo endometrial con epitelio cilíndrico y rodeada de estroma característico.