

# Hiperplasia Adenomatosa del Endometrio (Estudio Retrospectivo)

Rodolfo Vicente U.\*

## INTRODUCCION:

Cullen fue quien primeramente describió un cambio endometrial atípico coexistiendo con el carcinoma del endometrio, pero no fue sino hasta 1947 que esta anomalía, la Hiperplasia Adenomatosa del Endometrio, fue claramente definida y clasificada (3). La distinción, de este endometrio atípico, de la Hiperplasia Quística y del Adenocarcinoma fue luego establecida y la lesión, así fue identificada como precursora del Adenocarcinoma del Endometrio (4-5-6-7). Estudios prospectivos fueron llevados a cabo para confirmar los reportes previos, los cuales contribuyeron importantemente a la evidencia que ya existía (8-9-10). La evidencia de que esta lesión es precursora del Carcinoma Endometrial puede ser resumizada básicamente en dos conceptos:

—Coexistencia de esta lesión con el Carcinoma del Endometrio en el mismo espécimen.

—Progresión de Hiperplasia Quística a Hiperplasia Adenomatosa y a Adenocarcinoma han sido notadas, cuando legrados seridos se han llevado a cabo en una misma paciente.

Esta lesión del Endometrio se caracteriza microscópicamente por:

- aumento en el número de glándulas y agrupamiento de las mismas.
- pseudoestratificación del epitelio.
- epitelio pálido y eosinófilo.
- el estroma puede ser activo o atrófico, dependiendo de la edad de la paciente y del estado menstrual.
- aumenta en la vascularidad.
- Infiltración linfocítica.
- ocasionalmente se encuentran masas de epitelio simulando un sincicio, en la superficie de las glándulas.

—la lesión puede estar localizada a través de todo el endometrio o puede ser focal con endometrio normal o Hiperplasia Quística rodeándola.

## MATERIAL Y METODO:

Este es un estudio retrospectivo de 100 pacientes consecutivos, tratados por Hiperplasia Adenomatosa del Endometrio en el West. Penn. Hospital. El estudio empezó en julio de 1969 y concluyó en diciembre de 1972. Durante este período hubo 6150 admisiones en el Servicio de Ginecología.

## RESULTADOS

El patrón clínico que estas pacientes presentaron se resume en el tabla 1.

TABLA No. 1

RAZA:	Negra:	3 <sup>o</sup> /o
	Blanca:	97 <sup>o</sup> /o
STATUS ECONOMICO:	Privadas:	96 <sup>o</sup> /o
	Caridad:	4 <sup>o</sup> /o
EDAD:	25-29:	2 <sup>o</sup> /o
	30-39:	2 <sup>o</sup> /o
	40-49:	37 <sup>o</sup> /o
	50-59:	45 <sup>o</sup> /o
	60-69:	10 <sup>o</sup> /o
	70-79:	3 <sup>o</sup> /o
	80-84:	1 <sup>o</sup> /o
MENOPAUSIA:	Premenopáusicas:	55 <sup>o</sup> /o
	Postmenopáusicas:	45 <sup>o</sup> /o
PARIDAD:	Nulíparas:	16 <sup>o</sup> /o
	Primíparas:	17 <sup>o</sup> /o
	Múltiparas:	67 <sup>o</sup> /o

Médico Residente del West Penn. Hospital at Pittsburgh, Pa., U.S.A.

La mayor incidencia de esta enfermedad fue encontrada en la quinta y sexta década de la vida, con 82 por ciento de las pacientes en estos grupos de edad. La paciente más joven que se encontró fue de 25 años y la más vieja de 82 años, con una edad promedio de 52 años. A pesar de la distribución por edades de la enfermedad, el mayor número de casos fue encontrado en el grupo de pacientes premenopáusicas. La gran mayoría de estas pacientes eran de raza blanca, lo cual no corresponde con la población atendida en este hospital, pero sí coincide con la tendencia racial que tiene el Carcinoma del cuerpo uterino. Dos terceras partes de las pacientes habían sido fértiles y sólo un 16 por ciento eran nulíparas, lo cual concuerda con otros reportes. Del grupo de pacientes estudiadas, dos tenían el diagnóstico de Síndrome de Stein-Leventhal y estas fueron las dos únicas pacientes encontradas en el grupo de la tercera década de la vida. Otras patologías encontradas en estas pacientes fueron:

- Hipertensión Arterial en 11 pacientes.
- Obesidad en 35 pacientes.
- Enfermedad Cardíaca en 3 pacientes.

Es de notar que en este grupo de 100 pacientes no se encontraron tumores funcionantes del ovario, pero sin embargo 28 de las mismas estaban recibiendo estrogénos oxógenos por un período de tiempo mayor a un año. La sintomatología en el 89 por ciento de los casos estaba relacionada con sangrado uterino anormal. El patrón anormal de sangrado que fue encontrado con mayor frecuencia fue el de menometrorragia (36 casos) y le siguieron en frecuencia el sangrado intermenstrual y el sangrado postmenopáusico. En los dos casos que presentaron el síndrome de Stein Leventhal, el síntoma principal fue oligomenorrea. En nueve de los casos las pacientes estaban asintomáticas y el diagnóstico fue un hallazgo no sospechado. El tratamiento primario en este grupo de pacientes fue:

- Dilatación y curetaje en 82 casos.
- Histerectomía Vaginal en 13 casos.
- Histerectomía Abdominal en 5 casos.

El reporte de Patología de dichos especímenes quirúrgicos se resume en la tabla 2.

TABLA No. 2

### REPORTE DE PATOLOGIA

D & C: 82 casos

- Hiperplasia Quística y Adenomatosa del Endometrio: 30 casos
- Hiperplasia Adenomatosa del Endometrio: 40 casos
- Hiperplasia Quística y Adenomatosa con Adenocarcinoma in Situ del Endometrio: 2 casos
- Hiperplasia Adenomatosa con Adenocarcinoma in Situ del Endometrio: 8 casos.
- Adenocarcinoma in Situ del Endometrio: 2 casos.

HISTERECTOMIA: 18 casos

- Hiperplasia Quística y Adenomatosa del Endometrio: 7 casos
- Hiperplasia Adenomatosa del Endometrio: 8 casos
- Hiperplasia Quística y Adenomatosa con Adenocarcinoma del Endometrio: 2 casos
- Hiperplasia Adenomatosa con Adenocarcinoma del Endometrio: 1 caso.

En estos dos casos, cuando la terapia definitiva se llevó a cabo (Histerectomía) se encontró una Hiperplasia Adenomatosa del Endometrio, ésta es la razón por la que estos casos se incluyeron en esta serie. De los 82 casos, en los cuales se practicó el D & C como primera terapia, no hubo más tratamiento en diez casos por las siguientes razones:

- En 5 casos la lesión era focal y el clínico decidió observar a las pacientes.
- En 3 casos no hubo terapia posterior por razones médicas.
- En 2 casos, las referidas pacientes con el diagnóstico de Síndrome de Stein Leventhal. Se dio la terapia específica para dicha enfermedad.

En los restantes 32 casos hubo tratamiento definitivo y los procedimientos llevados a cabo se resumen en la tabla 3.

TABLA No. 3

Histerectomía Abdominal:	12 casos
Histerectomía Abdominal con Salpingo ooforectomía bilateral:	41 casos
Histerectomía Vaginal:	14 casos
Histerectomía Vaginal con Salpingo ooforectomía bilateral:	4 casos
Aplicación de Radium:	1 caso

El reporte de Anatomía Patológica de estos especímenes, se resume en la tabla 4.

TABLA No. 4

-Endometrio Negativo:	18 casos
-Hiperplasia Quística del Endometrio:	15 casos
-Hiperplasia Quística y Adenomatosa del Endometrio	12 casos
-Hiperplasia Adenomatosa del Endometrio:	21 casos
-Hiperplasia Quística y Adenomatosa con Adenocarcinoma del Endometrio:	1 caso
-Hiperplasia Adenomatosa con Adenocarcinoma del Endometrio:	1 caso
-Adenocarcinoma Invasivo del Endometrio:	3 casos

El reporte final de Patología reveló Adenocarcinoma del Endometrio en 18 casos. De los 72 casos en los cuales se practicó D & C, no se hizo el diagnóstico de esta patología maligna hasta que el espécimen de la Histerectomía fue examinado y en los 15 casos restantes ya el diagnóstico había sido hecho al practicarse el legrado. En dos casos se encontró Adenocarcinoma residual al examinar el espécimen quirúrgico. En 56 casos se encontró una relación definitiva entre Hiperplasia Adenomatosa e Hiperplasia Quística. En 13 casos se encontró asociación de Hiperplasia Adenomatosa con Adenocarcinoma del Endometrio y en 5 casos se vió la relación entre Hiperplasia Quística Hiperplasia Adenomatosa y Adenocarcinoma.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES:

Un estudio retrospectivo de 100 casos consecutivos de Hiperplasia Adenomatosa del Endometrio se llevó a cabo. Como ha sido reportado por otros autores, esta es una enfermedad de la edad perimenopáusica de la mujer, con una incidencia pico durante la quinta y sexta décadas de la vida. Los hallazgos soportan el criterio de progresividad de las Hiperplasias Endometriales del tipo más benigno, la Hiperplasia Quística, al tipo premaligno, la Hiperplasia Adenomatosa y luego probablemente a la lesión maligna, el Adenocarcinoma. En este reporte encontramos una relación definida entre la Hiperplasia Quística y la Hiperplasia Adenomatosa en 56 casos. En 13 casos se vió la relación entre Hiperplasia Adenomatosa y el Adenocarcinoma y en 5 casos la relación encontrada fue entre Hiperplasia Quística, Hiperplasia Adenomatosa y Adenocarcinoma. Este reporte soporta el criterio de que a una paciente a la cual se le hace el diagnóstico de esta patología se debe considerar como portadora de un potencial maligno y por lo tanto el tratamiento debe ser agresivo, de ser posible con extirpación del útero, conservando los ovarios sólo en aquellos casos en que la paciente es joven, no así cuando se encuentra en los años perimenopáusicos o postmeno páusicos. También debe hacerse incapié en el hecho de que el legrado por sí sólo no siempre da el diagnóstico exacto, sino que tiene un índice de error como se vió en este estudio, en el cual, en tres casos se falló en hacer el diagnóstico de una patología maligna.

## BIBLIOGRAFIA:

- 1.- CAMPBELL, P., J. Obst. and Gynec Brit Comm., 68:668, 1961.
- 2.- CAMBLAIN, D., Taylor, H., Obst. and Gynec., 36:659, 1970.
- 3.- GUSBERG, S.B., Amer. J. Obst. and Gynec, 54:905, 1947.
- 4.- GUSBERG, S., Amer J. Obst. and Gynec. 87:662, 1963.
- 5.- GUSBERG, S., Moore., D., Amer J. Obst. and Gynec., 68: 1472, 1954.
- 6.- HALL, K., Acta Obst. and Gynec. Scandinav, 36:306, 1957.
- 7.- HERTIG, A.T., Sommer, S., Cancer 2:946, 1949.

- 8.- HUNTER, C., Amer J. Obst. and Gynec., III:782, 1971.
  - 9.- KISTNER, R. Gynecology, Principles and Practice, Yearbook Medical Publisher Inc., 2d Ed., 1971, 247-257.
  - 10.-NOVAK, A.T., Rutledge, F. Amer. J. Obst. and Gynec., 55:46, 1948.
  - 11.-NOVAK, E., Woodruff, D., Gynecological and Obstetrics Pathology, 6<sup>th</sup> Ed., W.B. Saunder Co., 1970, 165-209.
  - 12.-SCHODER, R., Amer J., Obst. and Gynec., 68:294, 1954.
  - 13.-TELINDE, R., Jones, H., Amer J. Obst. and Gynec., 66:953, 1953.
-