



11217
90
24

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

ASOCIACION DE ADENOMIOSIS Y
COMPLICACIONES OBSTETRICAS

Para Obtener la Especialidad en:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



Presenta:

FALLA DE ORIGEN

Dra. María Esther Meza López

MEXICO, D. F.

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Indice	1	001
Introducción	2	
Definición y antecedentes	3	
Etiología y anat. patológica	4	
Manifestaciones clínicas	5	
Adeniosis y embarazo	6	
Estudio clínico		
Material y métodos	9	
Resultados	10	
Cuadros de resultados	14	
Discusión y comentarios	23	
Conclusión	24	
Resumén	25	
Bibliografía	26	

ASOCIACION DE ADENOMIOSIS Y COMPLICACIONES OBSTETRICAS

Introducción:

La adenomiosis es una enfermedad sobremente entendida no es maligna ,no ocasiona la muerte de las nacientes y su morbilidad no ha sido adecuadamente valorada motivos por los cuales ha recibido poca atención en la literatura médica.

El diagnóstico es poco realizado y generalmente retrospectivo.

En relación al embarazo existen pocos reportes y algunos contradictorios ,en los que se ha mencionado como rara y sin embargo frecuente la asociación de adenomiosis y embarazo.Se ha reportado desde 1926,que la presencia de esta patología aumenta el riesgo de rotura atonia uterina y placenta acreta ,pero con reportes de casos aislados nunca en una población evaluando la verdadera morbilidad de esta patología ,en relacion a complicaciones obstétricas ,además de que los pocos reportes no son actualizados.

El objetivo de este trabajo es aclarar si existe en realidad -- la asociación de adenomiosis y embarazo ,la frecuencia de las complicaciones obstétricas ,del tipo de la atonia ,rotura uterina y placenta acreta además valorar la presencia de factores asociados

A continuación se efectúa una breve reseña de lo más importante publicado sobre esta entidad ,hasta la fecha.

DEFINICION:

La adenomiosis es la inclusión de tejido endometrial funcional en la musculatura uterina de carácter benigno que se acompaña de un crecimiento difuso del miometrio.

Anteriormente a la adenomiosis se le llamaba endometriosis interna para diferenciarla de endometriosis externa (8)

ANTECEDENTES HISTORICOS

Fue descrita por primera vez por Rokitansky en 1860 Green le atribuye a Cullen, en 1897, la descripción del tejido endometrial aberrante en la pared uterina Meyer e Ivanoff en 1895, proponen la teoría de la metemiasis celómica en 1908 Cullen publica su monografía clásica sobre este proceso.

FRECUENCIA

Hablando de su frecuencia es muy variable y de acuerdo a diferentes autores va desde un 10 % hasta un 62 % (23)

En nuestro medio estudios realizados en oleas quirúrgicas hablan desde un 5.4 % a un 14.6 % (8) (18)

TIPO DE PACIENTES AFECTADAS

La edad en la que se presenta con mayor frecuencia es un promedio de 45 años dando un 70 % entre los 35 y 50 años datos que concuerdan con otros estudios que reportan hasta un 76 % en este mismo rango de edad (8) y 51.8 % entre los 41 y 50 años (18).

Se han mencionado como antecedentes de importancia para este padecimiento la multíparidad en nuestro país se ha reportado que un 46.4 % tiene antecedente de más de 5 partos (8)

Igualmente se ha dado importancia al antecedente de cirugía uterina encontrándose este en un 5-10% de los casos algunos investigadores mexicanos han reportado que el número de antecedentes de abortos es el

doble en pacientes con esta patología, así mismo la incidencia de legrados es el triple (8).

ETIOLOGIA

Esta es desconocida, se acepta que existe una proliferación de la capa del endometrio y que penetra siguiendo los intersticios musculares a favor de esta teoría están los hallazgos de Cullen en 1908, quien -- encontró continuidad entre los focos de adenomiosis y la capa basal en cortes seriados, además de los trabajos de Marshall, los cuales realizó con rayos X, encontrando continuidad entre el material opaco inyectado en la cavidad uterina y los espacios glandulares de la adenomiosis (22) (23)

Esta también la teoría de Goodall en la que se menciona como etiología los implantes dejados directamente durante la cirugía.

Actualmente se cree que podría ser importante en su desarrollo el estímulo estrogénico. El endometrio carece de submucosa, la cual podría ser una barrera eficaz que impidiera el crecimiento hacia el miometrio. La invasión podría iniciarse por proliferación de las células basales -- que destruyen el tejido conectivo elástico y las miofibrillas adyacentes, penetrando en el estroma; otra forma de invasión indirecta sería -- por la vía linfática y/o venosa (21)(22)

La polaridad del crecimiento podría ser alterada, por procesos -- hiperplásicos de origen hormonal, traumatismos quirúrgicos como legrados cesáreas, procesos infecciosos o multiparidad; en relación a ésta se -- trata de explicar de una forma mecánica, ya que en la gestación hay -- aumento de la profundidad y superficie del endometrio disgregándose -- la fibras del miometrio. Insinuándose entre ellas la decidua, facilitando la solución de continuidad (19).

ANATOMIA PATOLOGICA

A la inspección macroscópica se encuentra ligeramente aumentado --

de tamaño, el cual se debe a la resección perifocal hiperplásica ----
miometrial, generalmente este crecimiento se localiza en la pared ----
posterior (20)

Al corte puede adoptar tres formas: como un engrosamiento difuso;
siendo esta la forma más frecuente; otra presentación semejando a un -
mioma o como una masa polipode.

Al estudio microscópico se encuentran islotes endometriales for-
mados por glándulas y estroma, algunas veces llamadas mantos citogéné-
ticos (21). los cuales estan por debajo de la mucosa. en la profundi-
dad del músculo (deben encontrarse por lo menos a una distancia igual
a un campo de gran aumento. puesto que normalmente las glándulas pen-
tran a una corta distancia en los intersticios musculares) (20)(21)-
(22).

En algunas ocasiones se han mencionado adenocarcinomas. especial-
mente de células claras, desarrollados en estos islotes aberrantes. -
siendo rara su presentación.

Entre la patología que más comunmente se asocia a está: la mio-
matosis uterina variando de 30 a 58 %, la hiperplasia de endometrio-
13-20 % (8) (18). Ca de endometrio hasta en un 20 % y el Ca Cu en un
5,2 % (8).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En su presentación clínica destacan principalmente dos síntomas
la dismenorrea, se presenta como dolor tipo cólico. no se hace eviden-
te desde la juventud, aumenta con la edad y la paridad. se presenta -
en la década de los 30. o más tarde. este síntoma se encuentra hasta -
un 25 a 40 % de las pacientes con adenomiosis (20)(21). Cada foco ---
adenomiosico actua como un pequeño útero que no comunica al exterior
lo que motiva la contractura persistente de los focos musculares que
rodean al tejido endometrial (excitadas por la hipertensión del con-

tenido menstrual del mismo) además, el aumento de la vascularidad del útero puede contribuir al dolor, por ingurgitación venosa de la pared uterina (19) (20).

El otro síntoma principal, las metrorragias se encuentran no con tanta intensidad como en la miomatosis, pero es resistente a la terapia hormonal, y al legrado, la menopausia la detiene, el patrón más común es la hiperpolimenorrea, pero hasta en un 51.8% puede presentarse un sangrado normal.

Además se puede encontrar como dato clínico el aumento del volumen uterino hasta en un 33 %, siendo generalizado y simétrico.

Elaborar el diagnóstico preoperatoriamente es difícil puede variar de un 2,6 a un 66%, lo más común es que se realice con el estudio de la pieza quirúrgica. Para elaborarlo es necesario el cuadro clínico de dismenorrea, metrorragia, puede presentarse además dispareunia. A la exploración física puede encontrarse un útero aumentado de tamaño y consistencia, fijo doloroso. Como estudio de gabinete puede ser útil la HSG en la que se puede encontrar el signo de Dionisi, el cual es una imagen diverticular poco frecuente, o signos indirectos como el aumento de tamaño uterino, otro estudio importante la ultrasonografía nos hablaría del volumen uterino y el grosor de su pared o podría mostrar una imagen en panal de abeja en el miometrio, debida a dilataciones quísticas de las glándulas.

ADENOMIOSIS Y EMBARAZO

Se ha mencionado que puede encontrarse esta asociación

Desde 1918, los datos más antiguos, se menciona que esta patología incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas se publicó un caso de ruptura uterina, en el cual se mostraba microscópicamente un foco adenomiosico con reacción decidual. (13). Richardson en 1919 publicó el

reporte patológico de un caso de ruptura espontánea de útero, el cual mostraba células endometriales con reacción decidual (9), Schugt en 1926 y Stone en 1938 reportaron casos de ruptura uterina y focos adenomiósicos (12)(16). Schweitzer y Szenes en 1927 y 1928 reportaron casos de atonía uterina que terminarían en histerectomía obstétrica, cuyos reportes mostraban focos adenomiósicos con cambios deciduales. (15)(17). Sackett en 1941 presenta un caso de atonía uterina y menciona que la adenomiosis podría interferir con la contracción uterina y su respuesta a oxitócicos (10), Haydon para 1942 reporta como frecuente la ruptura y atonía uterina, (6) Scott en 1944 menciona a ambas como las más graves complicaciones, Azzis en 1957 reporta asociada la adenomiosis y la placenta acreta (14)(1) Sanderberg en 1962, menciona que existe una baja incidencia de adenomiosis y embarazo (11). Nuevamente Azzis en 1986 en una revisión de la literatura habla de esta baja asociación de adenomiosis y embarazo y como raras sus complicaciones (1).

Diversos autores han realizado estudios para investigar los cambios sufridos por los focos adenomiósicos durante el embarazo, concluyendo que dichos focos sufren cambios progesteronales como el tejido endometrial eutóxico (3)(4)(5).

Con los datos antes mencionados me surgió la inquietud de investigar la importancia de esta afección, como causa de complicaciones obstétricas en nuestra institución.

Como ya se ha referido, los estudios más recientes datan de 1962, ya que en 1986 se realizó una revisión bibliográfica, en la cual se evaluaron los datos ya reportados, pero sin dar valores estadísticos concluyentes que sean satisfactorios, no se cuenta con reportes generales ni investigaciones de una población, ni si las complicaciones se correlacionan con el grado o extensión de la adenomiosis.

Por lo tanto el objetivo de este estudio es resolver las incógnitas antes mencionadas así como su frecuencia, edad gestacional de aparición, antecedentes ginecológicos importantes para dicha asociación o bien la presencia de patologías asociadas. Además valorar si el hecho de que útero tenga tejido endometrial en la capa muscular, podría favorecer un debilitamiento de la pared uterina durante el embarazo, lo cual ayudaría a una ruptura uterina; o bien a un grado mayor de invasión por parte del trofoblasto, lo que ocasionaría una placenta acreta o una atonía uterina.

MATERIAL Y METODOS

Para determinar la asociación entre la adenomiosis y complicaciones obstétricas, se revisaron los expedientes y estudios anatomopatológicos de todos los casos de histerectomía obstétrica por atonía ruptura uterina y placenta acreta, realizadas en el Hospital de la Mujer S.S. en un período comprendido de 6 años; a partir del 1 de enero de 1983 a el --- 31 de diciembre de 1988.

Fueron seleccionados los casos, en que se realizaron histerectomías obstétricas por las causas antes mencionadas, y que contarán con estudio histopatológico, fueron eliminadas pacientes con histerectomía obstétrica por; endometritis, por útero de Couvelaire (secundario a D.P.P.-N.I.), dehiscencias de histerorrafia, desgarros producidos por manobras externas, perforaciones o pacientes que no contarán con estudio histopatológico.

Los expedientes de dichas pacientes se estudiaron consignándose -- como datos de importancia; edad, menarca, ritmo, gestas, paridad abortos cesáreas, edad gestacional, peso del producto horas de trabajo de parto- forma de terminación del embarazo, diagnóstico clínico antes de la cirugía, hallazgos quirúrgicos, diagnóstico histopatológico, patología asociada complicaciones postoperatorias días de estancia el uso y tiempo de uso de oxitocina.

En el estudio histopatológico se hizo el diagnóstico de adenomiosis si se encontraban islotes de endometrio en músculo a una distancia igual a un campo de gran aumento. se detectaron también patologías asociadas.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 59 casos, divididos en tres grupos; 31 correspondieron a placenta acreta, 19 a atonía uterina y 9 a ruptura uterina.

Del primer grupo de pacientes con el diagnóstico de placenta acreta, cuyas edades variaron de 18 a 41 años con un promedio de 29.9 años en cuanto a gestas, paras, abortos, cesáreas, tuvieron el 5.3/4.9/ 1.9 -- como promedio respectivamente. La edad de la menarca fué de 12.7 y para J.W.S.A. de 18.5, lo ciclos menstruales fueron normales de 29x3. En relación a antecedentes gestacionales el 54.8 % eran multigestas (más de 3 embarazos) ninguna era primigesta el 67.7 % tenían cesarea el 45 % LUI y el 12 % solo habfan tenido partos.

En relación a horas de trabajo de parto hubo dos pacientes sin actividad uterina, el máximo tiempo reportado fue de 17 hrs con un promedio de 7 hrs, la edad gestacional, y el peso de los productos tuvieron como valor prom. 34.3 sem y 2528 gr respectivamente.

El diagnóstico clínico de placenta acreta fue realizado transcesárea en un 64.17% post parto en el 32.3 % y post LUI en el 3.2 %

El diagnóstico clínico quirúrgico se confirmó al estudio histopatológico en un 61.2 %. Se asoció con cervicitis en el 54.8 % a endometritis en el 16.1 % y con miometritis en el 16.1 % ningún caso presentó como hallazgos adenomiosis.

Se les realizó histerectomía total abdominal más salpingo ooforectomía unilateral en el 77% de los casos histerectomía subtotal en el 9.6 % y se realizó histerectomía total abdominal más salpingo ooforectomía bilateral en el 3.2 % de los casos.

Como complicación en este grupo se presentó la muerte en dos pacientes 6% y un caso respectivamente de absceso de pared, lesión de vejiga y choque séptico, equivalente a el 3% respectivamente.

El segundo grupo correspondió a 19 pacientes con el diagnóstico de atonía uterina, se encontró una edad promedio de 29.3 años, en relación a gestas, paras. abortos, cesareas presentaron el 4.9/4.8/1.6/1.5 en promedio respectivamente, la edad de la menarca fué de 12.8 IVSA a los 19 años y con ritmo menstrual normal de 29x3. De este grupo el 57.8% eran multigestas, 15% primigestas. El 36.8% tenían solo antecedentes de partos, el 47.3 de cesárea y el 15.7% antecedente de LUI.

El promedio de horas de trabajo de parto fue de 9.2 hrs variando de 0 a 26 hr. Un embarazo fue gemelar 5%, una paciente tuvo antecedente de uso de oxitocina por menos de 6 hrs correspondiendo a 5%. En relación a la edad gestacional de acuerdo a fecha de última menstruación se presentó en promedio a las 39.2 sem y un peso de 3002 gr.

El diagnóstico clínico y quirúrgico de atonía uterina configurado al estudio histopatológico fue de placenta acreta en el 10.5% el 68.4% mostró como hallazgo edema intersticial. Se asoció a cervicitis en el 52.6% a endometritis en el 16.5% y a miometritis en el 5.2%. En ningún caso se reportó adenomiosis.

Se realizó histerectomía total abdominal mas salpingo ooforectomía unilateral en el 52.6%, histerectomía total abdominal mas salpingo ooforectomía bilateral en el 47.3%, el 5.2 fué histerectomía subtotal.

Como complicaciones se presentó la muerte en dos paciente 10% un caso de absceso de pared y uno de coagulación intravascular diseminada en un 5% respectivamente.

El tercer grupo de paciente correspondió a 9 casos de ruptura uterina; la edad de las pacientes en promedio fue de 28.8 años en cuanto a gestas paras. abortos y cesárea tuvieron el 4.4/3.7/2/1.6 como promedio

respectivamente. La edad de la menarca fue de 12.5 años en cuanto a IVSA fue de 15.4, el ritmo menstrual de 28x4 normal. El 44 % eran multigestas el 11% primigestas el 66 % tenían antecedente de cesárea el 22 % solo habían tenido partos.

En cuanto a horas de trabajo de parto el promedio fué de 12.5 Hrs una paciente tuvo antecedente de uso de oxitocina por menos de 6 hrs El peso de producto fue en promedio de 2301 gr y para la edad gestacional de 34 semanas, de acuerdo a fecha de última menstruación

El diagnóstico clínico y transoperatorio se confirmó al reporte de patología en el 100% de los casos

El estudio histopatológico mostró en el 51 % cervicitis crónica placenta acreta en el 11.1 % así como miometritis y endometriosis en la misma proporción, se asoció a un 22 % de deciduitis, un caso presentó miomatosis y una adenomiosis extensa con un 11% para ambas patologías respectivamente.

Se realizó histerectomía total abdominal mas salpingo ooforectomía unilateral en el 44 % histerectomía total abdominal mas salpingo ooforectomía bilateral en el 11.1 %

Como complicaciones se encontró un caso de sangrado transvaginal no se reportó ninguna defunción

Los resultados globales mostraron que el número total de histerectomías obstétricas realizadas; el 52.8% correspondió a placenta acreta el 32 % para atonía uterina y el 15.2 % para ruptura uterina con una proporción de 0.5.0.32 y 0.15 para cada complicación obstétrica respectivamente, en relación a este tipo de cirugía referida

El estudio histopatológico solo mostró un caso de adenomiosis profunda con cambios secretorios, correspondiendo a ruptura uterina dando a su vez una proporción de 0.11 para esta relación de adenomiosis y ruptura uterina.

A continuación se muestran los resultados obtenidos en tablas --- no se incluirán en el texto anterior en forma secuencial, ya que se desea presentar los datos obtenidos asociando los hallazgos de cada patología y mostrarlos en conjunto para valorar los resultados comparándolos entre las tres complicaciones obstétricas

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS EN PACIENTES CON
HISTERECTOMIA OBSTETRICA**

Patología	Gestas \bar{X}	Paras \bar{X}	Abortos \bar{X}	Cesáreas \bar{X}
ACRETA	5.3	4.9	1.7	1.9
ATONIA	4.9	4.8	1.6	1.5
RUPTURA	4.4	3.7	2.0	1.6

Cuadro No. 1

ANTECEDENTES DE PACIENTES CON HISTERECTOMIA OBSTETRICA

PATOLOGIA	MENARCA años	I.V.S.A. años	RITMO días
ACRETA	12.7	18.5	25x7
ATONIA	12.8	19	25x3
RUPTURA	12.5	15.4	28x4

Cuadro No. 2

FORMA DE TERMINACION DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON
HISTERECTOMIA OBSTETRICA

PATOLOGIA	No. de pac.	CESAREA %	PARTO %	L.U.I. %
ACRETA	31	64.7	32.2	3.2
ATONIA	19	52.6	47.0	---
RUPTURA	9	55.5	22.2	22.2
TOTAL	59			

Cuadro No. 3

ANTECEDENTES EN PACIENTES CON HISTERECTOMIA OBSTETRICA

PATOLOGIA	HORAS DE T.DEP. \bar{x}	USO OXITOCINA		PESO PRODUCTO \bar{x} gr.	EDAD GESTACIONAL sem	GEMELA no. ca
		- 6 hrs (no. pac.)	6-12 hrs			
ACRETA	7.0	-----	1	2528	34.3	-
ATONIA	9.2	1	-----	3002	39.2	1
RUPTURA	12.5	1	-----	2300	34.0	--

Cuadro No. 4

CONFIRMACION DEL DIAGNOSTICO CLINICO EN PACIENTES CON
HISTERECTOMIA OBSTETRICA

PATOLOGIA	número de pacientes totales	DIAGNOSTICO		HISTOPATOLOGICO	
		No. casos ACRETA	%	No. casos EDEMA INTERSTICIAL	%
ACRETA	31	19	61.2	19.3	
ATONIA	19	2	10.5	68.4	
RUPTURA	9	1	11.1	0	0.0
TOTAL	59	22	37.2		

cuadro no. 6

ANTECEDENTES EN PACIENTES CON HISTERECTOMIA OBSTETRICA

PATOLOGIA	No. pacientes	ANTECEDENTE:		ANTECEDENTE SOLO:		
		MULTIGESTAS %	PRIMIGESTAS %	CESAREA %	PARTOS %	L.U.I. %
ACRETA	31	54.8	-----	67.7	12.0	45.0
ATONIA	19	57.8	15.0	47.3	42.1	15.7
RUPTURA	9	44.0	11.0	66.6	22.2	22.2
TOTAL	59					

- 18 -
cuadro 7

PATOLOGIA DIAGNOSTICADA POR HISTOPATOLOGIA EN PACIENTES CON HISTERECTOMIA OBSTETRICA

PATOLOGIA	No. de pacientes	ENDOMETRITIS %	MIOMETRITIS %	CERVICITIS %	DECIDUITIS %	MIOMATOSIS %	ADENOMIOSIS %
ACRETA	31	16.1	16.1	54.8	-----	-----	-----
ATONIA	19	10.5	5.2	52.6	-----	-----	-----
RUPTURA	9	11.1	11.1	55.1	22.2	11.0	11.0
TOTAL	59						

19 Cuadro No. 8

CON TEXTO NO DEBE
DEJAR DE LA BIBLIOTECA

TRATAMIENTO QUIRURGICO EN PACIENTES CON HISTERECTOMIA OBSTETRICA

PATOLOGIA	No. de pacientes	HTA+SOB %	HTA+SOU %	HST+SOU %	LIG.HIPOGASTRICAS %
ACRETA	31	3.2	77.0	9.9	9.6
ATONIA	19	47.3	52.6	5.2	-----
RUPTURA	9	21.1	77.0	11.1	-----
TOTAL	59				

Cuadro No. 9

COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS EN PACIENTES CON HISTERECTOMIA OBSTETRICA

PATOLOGIA	No de pacientes	LESION VESICAL no.	C. I. D. no.	CHOQUE SEPTICO no.	ABSCESO DE PARED no.	MUERTE no.	TOTAL
ACRETA	31	1	1	1	1	2	8
ATONIA	19	-	1	-	1	2	4
RUPTURA	9	-	-	-	-	-	0
TOTAL	59						

cuadro 10

RELACION DE PACIENTES CON HISTERECTOMIA OBSTETRICA

PATOLOGIA N=59	No. de pacientes	%	PROPORCION ⁺	PROPORCION DE ADENOMIOSIS*
ACRETA	31	52.5	0.5	-----
ATONIA	19	32.0	0.32	-----
RUPTURA	9	15.2	0.15	0.11

+ En relación a Histerectomía Obstétrica

* En relación a cada patología
cuadro 12

DISCUSION Y COMENTARIOS

De acuerdo a los resultados obtenidos no se encontraron diferencias significativas, en cuanto a los antecedentes de gestas. para abortos y cesáreas en los tres grupos; se obtuvieron resultados semejantes en cuanto a menarca I.V.S.A. y ritmo que nos hablan de nos ser antecedentes importantes para la presentación de estas complicaciones obstétricas.

En relación a horas de trabajo de parto se encuentra un mayor número de horas en los casos de ruptura uterina. sin caer dentro de los rangos reportados como anormales de los conocidos como límites para horas de trabajo de parto. Referente al uso de oxitocina tampoco represento un factor para la presentación de estas complicaciones; en cuanto al peso del producto y edad gestacional, no se encontraron diferencias significativas, entre los tres grupos de complicaciones obstétricas.

En cuanto a la confirmación del diagnóstico de acretismo placentario, fué demostrado en las pacientes de este grupo en el 61,2 % y en los grupos de atonía y ruptura se corroboró histopatológicamente en el 10,5 % y el 11,1% respectivamente. por lo que el diagnóstico de placenta acreta confirmado en los casos de histerectomía obstétrica correspondió a 22 pacientes dando un 37,2%

En relación al antecedente de paridad en los tres grupos fue el mayor porcentaje para pacientes con tres o mas partos, como ya esta referido en la literatura, para estas complicaciones obstétricas pero sin que los resultados tengan diferencias significativas entre los diferentes grupos de estudio. lo mismo ocurre con antecedente de cesárea o abortos al evento obstétrico estudiado.

Al análisis de los resultados histopatológicos, mostró que más de la mitad de las pacientes presentaban cervicitis, solo se presentó un caso de adenomiosis el cual correspondió a los casos de ruptura uterina, en un mismo porcentaje que la miomatosis uterina.

En relación al manejo quirúrgico el mayor porcentaje correspondió a la histerectomía total más salpingo ooforectomía unilateral el mayor número de complicaciones se presentó en los casos de placenta acreta.

En cuanto al interés básico de este estudio, las complicaciones obstétricas, se obtuvo una proporción de 0.5 para placenta acreta 0.32 para miomatosis uterina, y 0.15 para ruptura uterina en relación a histerectomía obstétrica, como ya se mencionó anteriormente, solo se presentó un caso de adenomiosis, en las pacientes con ruptura uterina dando una proporción de adenomiosis para esta complicación de 0.11

Por lo que si se presenta un caso de histerectomía obstétrica --- existe un 15 % de posibilidades que sea por ruptura uterina o una proporción de 0.15 de esta patología y a su vez una proporción de 0.11 para adenomiosis, por lo tanto la probabilidad de que exista adenomiosis como causa de histerectomía obstétrica es inferior al 1%

CONCLUSION

La presencia de adenomiosis en casos de ruptura, atonía uterina o placenta acreta es poco frecuente y menor a 1%. Resultado que está en desacuerdo con los reportes presentados en la literatura universal desde 1918 en que mencionan a la adenomiosis como una causa de estas tres graves complicaciones obstétricas.

Con los resultados obtenidos se ha confirmado que esta patología no se asocia a un incremento en los casos de ruptura atonía uterina -- y/o placenta acreta.

RESUMEN

La presencia de adenomiosis y embarazo se ha asociado con un incremento del riesgo de ruptura uterina, atonía uterina y placenta acreta. Para determinar la existencia de esta asociación se realizó un estudio retrospectivo en el que se revisaron 59 casos de pacientes a las que se les realizó histerectomía obstétrica por atonía -- ruptura uterina y placenta acreta, en el Hospital de la Mujer S.S. - en un periodo de 6 años, se excluyeron los casos de histerectomía por procesos infecciosos, perforación uterina, dehiscencia de histerorrafia y desgarros, las piezas quirúrgicas se enviaron a estudio histopatológico y se valoró la presencia de adenomiosis. Se propuso como análisis estadístico porcentaje y proporciones. Los resultados muestran 31 casos de placenta acreta el 52,5% 19 casos el 32 % para atonía uterina y 9 casos el 15, 2 % para ruptura uterina, con una proporción de 0,5, 0,32 y 0,15 para cada complicación respectivamente en relación a histerectomía obstétrica. Al estudio histopatológico solo 1 caso mostró adenomiosis profunda con cambios secretorios, correspondiente a los casos de ruptura uterina, con una proporción en relación a esta de 0,11, por lo tanto la posibilidad de que exista adenomiosis como causa de histerectomía obstétricas es inferior al 1%.

Concluyendo que esta patología es poco frecuente en estas complicaciones obstétricas, estando este resultado en desacuerdo con los reportes anteriores de la literatura mundial.

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

- 1.- AZZIS , R., Adenomyosis in Pregnancy
The Journal of reproductive medicine 31;4 1986
- 2.- BRINNES, B., Adenomyosis of the uterus
Surg. Gynecol. Obstet. 76:197 1943
- 3.- CASPER, D.J., Progesterational changes in areas of adenomyosis
Obstet. Gynecol. 24:111 1964
- 4.- EMNGE, L.A., The elusive adenomyosis of the uterus
Am Journal Obst. and Gynecol. 83:1541 1962
- 5.- GAINNEY, H., Endometriosis in pregnancy, clinical observations
Am Journal Obst. and Gynecol. 63:3 1952
- 6.- HAYDON, G.B., A study of 569 cases of endometriosis
Am Journal Obstet. and Gynecol. 43:704 1942
- 7.- JOSSELYN, U., Die endometriosen des weiblichen genital apparatus
Arch. F. Path. anat. 257:23 1925
- 8.- NAVA, R., Endometriosis
Ginecol. Obstet. de México 35:207 1974
- 9.- RICHARDSON, A., Ruptured uterus with decidual cell infiltration
of the uterine wall
Proc. Path. Soc. Phila. 22:53 1919
- 10.- SACKETT, R., Adenomyosis Interna uteri a cause of uncontrollable
atony and hemorrhage following cesarea section for
sacculatation pregnancy hysterectomy.
Am Journal Obstet. Gynecol. 42:894 1941
- 11.- SANDERBER, E.C., Adenomyosis in the gravid uterus at term
Am. Journal Obstet. Gynecol. 47:608 1944
- 12.- SCHUGT, E., Spontan ruptur des uterus im vierten monat der
schwangerschaft zentralbl
F Gynak 50:1135 1926
- 13.- SCHAFER, P., Zur a efiologie der schwangerschaftsrupturen
Arch. F. Gynäk 109:284 1918
- 14.- SCOTT, R.B., Endometriosis and pregnancy
Am. Journal Obstet. and Gynecol. 47:608 1944
- 15.- SCHWEITZER, H., Heterotrope echte deciduoma zentralbl
F. Gynäk. 51:938 1927
- 16.- STONE, A., Adenomyosis in a primipara resulting in a spontaneous
rupture of the uterus at the onset of labor
Am. Journal Obstet. Gynecol. 35:883 1938

- 17.- SZENË G., Adenomiösi Interna bei sweater blutwng in der nachgeburt periode und post partum
Arch. F. Gynäk. 136:546 1928.
- 18.- WALS, R., Adenomiösi relación con otras alteraciones
Ginecología y Obstetricia de México 54:217 1986
- 19.- BOTELLA, U., Tratado de Ginecología Vol III cap XXI
Barcelona España 1974
- 20.- CALATRONI, R., Terapeütica Ginecológica Ed Panamericana 9a Ed
Buenos Aires 1969
- 21.- DEXEUS, U., Tratado de Ginecología Salvat Ed.
Barcelona, España 1970
- 22.- GONZALEZ, M., Ginecología Salvat Ed
Barcelona, España 1985
- 23.- NOVAK, A., Tratado de Ginecología Interamericana
México 1977.