

CASOS CLÍNICOS

Adenomiosis quística uterina

N. Medina, W. Plasencia, I. Eguiluz, M.M. Goya y M.A. Barber

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. España.

ABSTRACT

Adenomyosis is a condition characterized by benign invasion of the endometrium to the myometrium, associated with reactive hypertrophy of the muscle fibres around the invasion. The ectopic endometrial is the basal type causing pain, and less frequently, vaginal bleeding. Cystic uterine adenomyosis has well circumscribed cystic lesions, which affect the myometrium which may produce differential haemorrhagic stages. We present a case of cystic adenomyosis treated with myomectomy.

Pelviperitonitis due to *Streptococcus pyogenes* in IUD users.

INTRODUCCIÓN

La adenomiosis quística del útero es un proceso patológico que se caracteriza por cursar con presencia de glándulas endometriales y estroma localizado profundamente dentro del miometrio, acompañado por hipertrofia compensatoria de fibras miometriales¹. La incidencia de esta entidad oscila entre un 5,7 y un 69,6%¹. La incidencia es máxima en la quinta década de la vida. Cursa clínicamente con algias pelvianas, cuadros de menorragia y aumento del tamaño uterino. La infertilidad no es habitual.

CASO CLÍNICO

Paciente remitida a la consulta de urgencias de nuestro centro por su ginecólogo de cupo, al presentar un cuadro de dolor en la fossa ilíaca derecha (FID) y una tumoración ginecológica de 3-4 cm, compatible con mioma uterino o tumoración anexial derecha.

Aceptado para su publicación el 11 de noviembre de 2003.

Previamente presentaba, desde hacía varios meses, un dolor inespecífico, leve, fijo en la FID, que no cedía con los analgésicos habituales, motivo por el que consultó con su ginecólogo.

En la anamnesis, la paciente presentaba, como antecedentes familiares, un padre cardiópata. Era alérgica a la penicilina, fumadora, y entre sus antecedentes destacaba una apendicitomía en la infancia. Dentro de los antecedentes ginecoobstétricos, presentaba: menarquía a los 13 años, fórmula menstrual 5/28-30, sin antecedentes de dismenorrea o trastornos menstruales. Era nulígrada, sin historia de esterilidad previa. Usaba el preservativo como método anticonceptivo.

En el ingreso, la paciente estaba consciente y orientada, normocoloreada, y normohidratada. El abdomen era blando y depresible, ligeramente doloroso a la palpación profunda en la FID, y sin signos de irritación peritoneal. En cuanto a la exploración ginecológica, presentaba los genitales externos normales, un cérvix de nulípara, con eritroplasia periorificial, sin dolor a su movilización. El útero se encontraba en anteverosflexión, con características normales; en la zona anexial derecha se palpaba una tumoración dura de aproximadamente 3 cm. Se procedió a realizar un estudio ultrasonográfico transvaginal, donde se evidenció un útero en anteverosflexión, ligeramente aumentado de tamaño, con imagen en la cara lateral derecha, quística, de contenido líquido espeso, de 33-34-31 mm de tamaño (fig. 1). Las posibilidades diagnósticas eran hematometra de un posible hemiútero o adenomiosis quística uterina. Ambos ovarios presentaban una ecoestructura dentro de la normalidad, y el fondo del saco de Douglas se visualizaba libre. En el estudio ecográfico abdominal se visualizaba la misma imagen descrita por la ecografía transvaginal. Se observaba una formación quística de unos 40 mm de diámetro, que formaba parte del útero y que estaba situada en la cara anterior, el fondo uterino y el cuerno derecho, y que era compatible con ade-

Fig. 1. Adenomiosis quística uterina. Imagen ecográfica transvaginal de la paciente.

Fig. 2. Adenomiosis quística uterina. Imagen ecográfica transabdominal de la paciente.

nomiosis quística uterina (fig. 2). La paciente pasó a ser controlada por su ginecólogo de cupo.

En función de los datos ecográficos, la anamnesis y la exploración, la pauta realizada fue: en primer lugar, una histeroscopia diagnóstica, con cavidad regular y endometrio descamativo, sin imágenes patológicas. Posteriormente, una laparoscopia diagnóstica, que presentó los siguientes hallazgos: tumoración uterina en el cuerno derecho, compatible con hemiútero ciego (fig. 3). Se procedió a la extirpación de la formación descrita, con pinzas bipolar y monopolar, y a la posterior sutura del lecho quirúrgico con puntos entrecortados. En cuanto a la anatomía patológica de la pieza, macroscópicamente se describe un fragmento irregular de 5,5 – 5 cm, lisa por una de sus caras; por la otra formaba una pequeña cavidad con paredes irregulares de coloración gris y zonas hemorrágicas; microscópicamente, se observa la presencia de glándulas endometriales y estroma, a una distancia de más de 5 mm



Fig. 3. Adenomiosis quística uterina. Imagen laparoscópica preoperatoria.

de la unión endometriomiometrial. El diagnóstico histológico definitivo es una formación uterina subserosa compatible con adenomioma quístico uterino. La evolución posterior de la paciente fue satisfactoria, con gran mejoría sintomática, y presentó únicamente una leve dismenorrea.

DISCUSIÓN

La adenomiosis quística del útero es un proceso patológico caracterizado por cursar con la presencia de glándulas endometriales y estroma localizado profundamente dentro del miometrio, y acompañada por hiperfroia compensatoria de fibras miometriales². La adenomiosis quística uterina se clasifica en: adenomiosis intramural encapsulada, que se asemeja a un leiomioma uterino, adenomiosis submucosa, que se suele asociar a endometriosis pelviana y puede producir diseminación linfática de fragmentos de endometrio, y adenomiosis difusa, que es la más frecuente².

Histopatológicamente, la adenomatosis quística uterina se presenta de forma macroscópica con úteros aumentados de tamaño (hasta al menos el 60% de su tamaño habitual), hiperémicos, con paredes engrosadas. Presenta una mayor afección de la pared posterior del cuerpo uterino, con focos adenomióticos difusos³.

Desde el punto de vista microscópico, se objetiva que las células que recubren las glándulas adenomióticas se parecen a las del endometrio basal; dichas glándulas pueden presentar metaplasia, y las atipias son raras. Rodeando dichas glándulas aparecen células musculares hipertróficas³.

Su presentación clínica más habitual es con la tríada de: hemorragia uterina disfuncional, dismenorrea secundaria, y útero aumentado de tamaño y doloroso⁴.

Otros síntomas menos frecuentes son: dispareunia y dolor pélvico crónico. El diagnóstico de sospecha se debe realizar en los casos en que se objetive un cuadro de dismenorrea y menorragia en la cuarta o la quinta década de la vida, asociado a un útero doloroso y aumentado de tamaño³. En todo caso, se debe realizar el diagnóstico diferencial de la adenomiosis uterina con la existencia de un útero rudimentario o con la degeneración de un leiomioma uterino^{5,6}. Entre las pruebas complementarias, la ecografía y la resonancia magnética nuclear (RMN) tienen un lugar importante⁷. En el diagnóstico ecográfico se visualizan masas únicas o múltiples, de diferente tamaño y de características anecoicas⁸, por lo que es necesario realizar el diagnóstico diferencial con otras masas de origen ginecológico, como quistes anexiales, endometriomas, carcinoma de ovario, leiomiomas y útero rudimentario. La RMN ha ido adquiriendo mayor importancia como prueba complementaria para el diagnóstico de la adenomiosis quística uterina, y tiene mucha trascendencia en el diagnóstico diferencial de dicha entidad. En ella se visualizan múltiples quistes en el cuerpo uterino de diferente tamaño; en ocasiones son de gran tamaño⁹. El diagnóstico definitivo de esta entidad se establece a través del estudio histopatológico, con la presencia de glándulas endometriales y estroma a una distancia mayor de 5 mm de la unión endometriometrial¹⁰. En cuanto al tratamiento de la adenomatosis quística uterina, es de sobra bien conocida la ineeficacia de los preparados de estrógenos y progestágenos orales. Los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), inicialmente hacen que desaparezcan los síntomas dolorosos y se produzca una disminución del volumen uterino en, al menos, un 65% de los casos; como ocurre normalmente al utilizar estos preparados, la sintomatología recidiva al suspender el tratamiento, y reaparecen la dismenorrea y la menorragia. Sin duda, el tratamiento definitivo es la histerectomía. Se puede optar por un tratamiento quirúrgico conservador con exéresis de la adenomiosis quística en el caso de pacientes nulígestas, en la adenomiosis quística localizada o la adenomiosis encapsulada¹¹.

RESUMEN

La adenomiosis es una entidad caracterizada por invasión de tipo benigno del endometrio en el miometrio, junto con hipertrofia reactiva de las fibras musculares alrededor de la invasión. El tejido endometrial ectópico es del tipo basal, y produce dolor y, con menos frecuencia, sangrado genital. La adenomiosis quística uterina presenta lesiones quísticas bien circunscritas, que afectan al miometrio y pueden presentar diferentes estadios hemorrágicos. Presentamos un caso de adenomiosis quística tratada con miomectomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Siegler AM, Camilien L. Adenomyosis. *J Reprod Med* 1994;39:841-53.
2. Bazot M, Deux JF, Dahbi N, Chopier J. Myometrium diseases. *J Radiol* 2001;82:1819-40.
3. Reinhold C, Tafazoli F, Mehio A, Wang L, Atri M, Siegelman ES, et al. Uterine adenomyosis: endovaginal US and MR imaging features with histopathologic correlation. *Radiographics* 1999;19:147-60.
4. Perrot N, Mergui JL, Frey I, Uzan M. Menorrhagia after age 40. Contribution of ultrasonic examination. *Gynecol Obstet Fertil* 2002;30:523-31.
5. Yang CC, Tseng JY, Chen P, Wang PH. Uterus didelphys with cervical agenesis associated with adenomyosis, a leiomyoma and ovarian endometriosis. A case report. *J Reprod Med* 2002;47:936-8.
6. Nagashio E, Toki N, Koyama C, Kashimura M. A case of large cystic adenomyosis of the uterus preoperatively diagnosed as an ovarian cancer. *Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi* 1996;48:901-3.
7. Kataoka ML, Togashi K, Konishi I, Hatabu H, Morikawa K, Kojima N, et al. MRI of adenomyotic cyst of the uterus. *J Comput Assist Tomogr* 1998;22:555-9.
8. Bromley B, Shipp TD, Benacerraf B. Adenomyosis: sonographic findings and diagnostic accuracy. *J Ultrasound Med* 2000;19:529-34.
9. Troiano RN, Flynn SD, McCarthy S. Cystic adenomyosis of the uterus: MRI. *J Magn Reson Imaging* 1998;8:1198-202.
10. Tanaka H, Harasawa A, Takeshita K, Yamauchi T, Furui S. A case of adenomyosis showing multiple large cysts on MR imaging. *Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi* 2002;62: 227-8.
11. Strizhakov AN, Davydov AI. Myomectomy; a method of choice for the therapy of adenomyosis patients in the reproductive period. *Akush Ginekol* 1995;5:31-3.