



# Diagnóstico de la adenomiosis

J.-L. Brun, Z.A. Botolahy, M. Benjoar, M. Marty, M. Bazot

*La adenomiosis se define por la presencia de islotes de tejido endometrial en el espesor del miometrio. Esto suele provocar una hipertrofia difusa o localizada del útero. La etiología y la patogenia no se han definido con precisión: invaginación endometrial provocada por traumatismos uterinos (cesárea, raspado, miomectomía) o metaplasia mülleriana. Los factores hormonales facilitarían el desarrollo de estas lesiones. Su papel en la infertilidad no se ha dilucidado con claridad, pero la adenomiosis podría perjudicar la implantación por fenómenos mecánicos, inflamatorios o inmunológicos. La prevalencia de la adenomiosis varía entre el 5 y el 70%, con un promedio de un 40%. Afecta sobre todo a mujeres de 35-50 años. Provoca dolores pélvicos y menorragias, pero es asintomática en alrededor de un tercio de los casos. El diagnóstico de certeza es anatomopatológico. Sin embargo, la ecografía endovaginal y la resonancia magnética permiten orientar el diagnóstico con una sensibilidad y especificidad adecuadas. Los criterios diagnósticos son la heterogeneidad miometrial difusa o localizada (adenomioma) y la presencia de quistes intramiometriales. En la resonancia magnética, un engrosamiento de la zona de unión superior a 12 mm también es un dato a favor del diagnóstico. Las otras pruebas de laboratorio o endoscópicas no aportan nada.*

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Adenomiosis; Dolor; Menorragias; Ecografía; RM

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Anatomía patológica</b>	1
Aspectos macroscópicos	1
Aspectos microscópicos	2
■ <b>Etiología y patogenia</b>	2
Adenomiosis y signos clínicos	3
Adenomiosis e infertilidad	3
■ <b>Epidemiología</b>	3
Epidemiología descriptiva	3
Epidemiología etiológica	3
■ <b>Clínica</b>	3
Síntomas	3
Exploración física	4
■ <b>Pruebas de imagen</b>	4
Histerografía	4
Ecografía	4
Resonancia magnética	5
■ <b>Otras exploraciones</b>	8
■ <b>Conclusión</b>	8

## ■ Introducción

La adenomiosis, denominada previamente endometriosis interna, es una patología benigna que se define por la presencia de tejido endometrial (glándulas endometriales y corion citógeno) en el miometrio<sup>[1]</sup>. Afecta esencialmente a mujeres de 30-49 años<sup>[1,2]</sup> y suele manifestarse por hemorragias y dolor pélvico, pero también puede ser asintomática y descubrirse en una pieza de histerectomía. Se ha sugerido su papel en la infertilidad<sup>[2]</sup>. Los progresos de las pruebas de imagen deberían mejorar el diagnóstico peroperatorio.

## ■ Anatomía patológica

### Aspectos macroscópicos

Una pieza de histerectomía con adenomiosis puede tener un tamaño y peso normales, sobre todo si las lesiones son discretas (o superficiales).

En la mayoría de los casos sintomáticos, el útero está aumentado de volumen, bien por un engrosamiento parietal difuso o bien por lesiones focales con un aspecto seudotumoral que puede simular al de los leiomiomas (adenomiomas).



**Figura 1.** Aspecto macroscópico de una adenomiosis. Hipertrofia adenomiomatosa heterogénea, de aspecto fasciculado, con focos grisáceos microquísticos.



**Figura 2.** Aspecto microscópico de una adenomiosis. Islotes de adenomiosis (asteriscos) que separan los fascículos musculares lisos del miometrio.

Este aumento de tamaño se relaciona más con una hipertrofia del músculo liso que con los propios islotes endometriósicos. Esto explica el aspecto macroscópico, que en ocasiones es característico al corte: la hipertrofia es heterogénea, mal delimitada, fasciculada, con el músculo liso separando focos grisáceos de endometrio, de aspecto petequial y a veces quístico, que pueden contener un líquido hemorrágico (Fig. 1).

El aspecto de los adenomiomas es distinto al de un leiomioma, que es un nódulo bien delimitado, también fasciculado, pero más firme y blanquecino, abombado al corte.

## Aspectos microscópicos

El diagnóstico histológico suele ser sencillo si se identifican los islotes de tejido endometrial que disocian los fascículos musculares lisos del miometrio (Fig. 2). Sin embargo, en un estado normal, la unión entre el endometrio y el miometrio no está claramente definida (ausencia de membrana basal) y a menudo se encuentran glándulas endometriales (con estroma) en la parte más superficial del miometrio; en tal caso, suele utilizarse el término de adenomiosis superficial.

Se han propuesto distintos criterios para definir la profundidad en el miometrio a partir de la que se puede hablar de adenomiosis. Uno de estos criterios es la distancia hasta la que se admite la presencia de endometrio en el miometrio y por encima de la cual se puede hablar de adenomiosis. Esta profundidad de penetración puede expresarse en porcentaje de grosor del miometrio y se ha

sugerido el umbral arbitrario del 25% [3]. Es más corriente medir esta profundidad de manera absoluta a partir de la unión endometrio-miometrio. En una pieza de histerectomía, la mayoría de los patólogos aceptan el umbral de 2,5 mm [4,5]. En un estudio en el que se ha evaluado la profundidad de la adenomiosis en cortes de resección histeroscópica, se ha propuesto un umbral de 2 mm [6]. Este umbral influiría en la sintomatología y el tratamiento. Las mujeres que tienen una adenomiosis profunda (penetración endometrial >2 mm) tienen más dolores pélvicos y anemia que las demás. Por otra parte, son refractarias a la reducción endometrial, al contrario que aquéllas con una adenomiosis superficial [6].

Los islotes de adenomiosis están constituidos por dos componentes: glándulas endometriales y estroma (corion citógeno). En la mayoría de los casos, el componente glandular es quiescente e inactivo, a diferencia de la endometriosis, donde a menudo es funcional y responde al ciclo hormonal. Esto puede explicar las presentaciones clínicas diferentes: la adenomiosis provoca síntomas relacionados esencialmente con el aumento de tamaño del útero, mientras que los síntomas de la endometriosis se relacionan con la descamación del endometrio. Sin embargo, pueden producirse modificaciones: las glándulas pueden ser focalmente secretoras y el corion puede sufrir una transformación decidual en caso de gestación. El músculo liso que está en contacto con estas lesiones es hiperplásico y a veces adopta un aspecto nodular.

Conviene saber identificar dos situaciones particulares para no establecer un diagnóstico erróneo. La primera es una dificultad diagnóstica cuando las estructuras glandulares son poco numerosas, incluso están ausentes. En tal caso, el aspecto es el de nódulos de estroma endometrial que infiltra el miometrio y se puede observar tejido endometrial en las luces vasculares. Estos aspectos pueden hacer que se establezca por error el diagnóstico de sarcoma del estroma endometrial [7]. En esta situación, hay dos criterios útiles para el diagnóstico de adenomiosis: las lesiones son difusas en la mayoría de los casos y no existe tumor macroscópico [8]. La segunda situación no es infrecuente y consiste en la asociación de adenomiosis con un adenocarcinoma endometrial, sobre todo de tipo endometriode. Los islotes de adenomiosis colonizados por la proliferación carcinomatosa pueden interpretarse erróneamente como focos infiltrantes, lo que falsea el estadio de la enfermedad. Además, se pueden desarrollar lesiones de hiperplasia atípica, incluso de adenocarcinoma, en un auténtico foco de adenomiosis [9,10].

## “ Punto importante

El diagnóstico de certeza de la adenomiosis es anatomopatológico: islotes de tejido endometrial en el espesor del miometrio.

## ■ Etiología y patogenia

Se han sugerido dos teorías respecto a la aparición de la adenomiosis. La primera consiste en la invaginación de la parte profunda del endometrio a través de los fascículos de las fibras musculares lisas de escasa resistencia a lo largo de los conductos linfáticos. Esto se debería a traumatismos uterinos (antecedentes quirúrgicos u obstétricos) y los factores hormonales (estrógenos, progesterona, tamoxifeno) facilitarían el desarrollo de estas lesiones, con un papel de promotores [11]. La segunda teoría sugiere una metaplasia de implantes müllerianos situados en la zona de unión

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3919146>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3919146>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)