

ADENOMIOSIS UTERINA : ESTUDIO CLINICO EPIDEMIOLOGICO

Drs., Ernesto Sandoval Jimenez y Luz Jefferson Cortéz

RESUMEN

Se revisó 2150 hysterectomías practicadas durante los años 1984 a 1986 de las cuales 547 presentaron el diagnóstico de adenomiosis uterina por examen anatómico-patológico, se seleccionó 452 casos en los que fue posible evaluar características clínico-epidemiológicas.

Se demuestra un predominio en el grupo etario correspondiente a 41-50 años con una distribución preferente en edad premenopáusicas ($p < 0.05$). Los antecedentes del número de partos y ($p < 0.05$) de cirugía gineco-obstétrica; en particular la presencia de legrados uterinos va asociada a una mayor frecuencia de enfermedad ($p < 0.05$).

No se ha encontrado asociación estadísticamente significativa para la presentación de adenomiosis según: edad de aparición de menarquía, edad de inicio de relaciones sexuales, número de gestaciones por paciente y antecedente quirúrgico de cesárea previa.

La sintomatología clínica por la cual acudieron las pacientes fueron: hemorragia uterina anormal y dolor abdomino-pélvico.

Al examen clínico se consideró con frecuencia el útero dentro de límites normales y de superficie regular.

Se concluye que la presencia de adenomiosis uterina puede establecerse a partir de un alto índice de sospecha en pacientes sintomáticas, que se encuentran en edad, premenopáusicas con antecedentes de multiparidad y/o traumatismo quirúrgico directo sobre el útero.

SUMMARY

A total of 2150 hysterectomies were performed from 1984 to 1986, 547 of which presented pathology diagnosis of uterine adenomyosis; being 452 were chosen to assess clinical epidemiological characteristics.

Entity predominance was in the 41-50 years age group especially in the premenopausal age ($p < 0.05$). Number of deliveries and history of gynecologic obstetrical surgery mainly were also associated to a higher frequency of disease ($p < 0.05$).

No significant statistical association was found between adenomyosis and menarcheal age beginning of sexual activity, number of pregnancies previous caesarean section.

Common symptoms were abnormal uterine bleeding and pelvic abdominal pain. Uterus usually appeared of normal dimensions and regular surface.

Diagnosis of uterine adenomyosis can be suspected in symptomatic patients in premenopausal age with history of multipary and/or uterine surgical trauma.

INTRODUCCION

Uno de los problemas de patología ginecológica de mayor interés en la práctica clínica es la adenomiosis uterina.

Su diagnóstico oportuno escapa al médico a pesar de ser una patología bien definida, tanto en el aspecto funcional como morfológico (1, 4, 6, 8, 20), debido a que los síntomas que la caracterizan no son específicos (3, 21, 22, 26, 29).

Fue Carl Rockitansky quien, en 1860, describe por primera vez las características proliferativas del estroma endometrial glandular; pero no fue sino hasta 1912 cuando, Frankl utiliza el término adenomiosis para designar la proliferación heterotópica del endometrio, que penetraba la pared muscular del útero y se acompañaba de hiperplasia

de hipertrofia de la musculatura uterina asociada (1, 8, 20, 27). Se ha emitido innumerables hipótesis, tratando de explicar la histogenesis propia de la enfermedad, siendo aún difícil encontrar alguna que aborde el problema en forma satisfactoria.

Así, han sido señalados una serie de factores que favorecerían la presencia de la enfermedad; sea bien estimulando la proliferación de la capa basal del endometrio o disminuyendo la resistencia del miometrio a ser penetrada por la mucosa uterina (3, 4, 7, 8, 10, 12, 17, 19, 24, 26).

Por tanto la adenomiosis uterina se constituye en una entidad única cuya etiología aún no se encuentra aclarada, su incidencia es variable y las manifestaciones clínicas están dadas con sintomatología pleomorfa; lo que hace que su diagnóstico clínico sea difícil, llegando a ser un reto para el especialista.

* Hospital Arzobispo Loayza. Departamento Académico de Ginecología y Obstetricia. Universidad Peruana "Cayetano Heredia".

2. **EDAD:** Se ha encontrado una mayor frecuencia en el grupo etario correspondiente a 46-50 años (27.87%). La edad promedio encontrada fue de 47.12 ± 8.52 años. Es preciso señalar que, un 54.64% de las pacientes tenía entre 41-50 años; 24.55% corresponden a pacientes mayores de 50 años y sólo el 5.97% a pacientes menores de 35 años. Se demuestra un predominio en el grupo etario correspondiente a pacientes de 41-50 años, con distribución preferente en edad premenopáusica, con asociación significativa ($p < 0.05$).

TABLA No. 2

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN GRUPO DE EDAD

GRUPO DE EDAD (años)	No. CASOS	%
25 - 30	6	1.32
31 - 35	21	4.64
36 - 40	67	14.82
41 - 45	121	26.76
46 - 50	126	27.87
51 - 55	49	10.84
56 - 60	20	4.42
> 60	42	9.29

3. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

- a) **EDAD DE MENARQUIA:** El promedio de edad hallado fue de 13.2 ± 1.73 años. El 72.56% de pacientes tuvieron una edad de aparición de menarquia entre 11 y 14 años.
- b) **EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES:** Este dato sólo fue consignado en 146 pacientes, y correspondió la mayor incidencia al grupo de menores de 21 años, con 85.61%. El promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue 18.97 ± 3.54 años.
- c) **GRAVIDEZ:** El mayor porcentaje en esta distribución corresponde al grupo de 3-5 gestaciones por paciente (32.96%); señalamos a un 90.70% de pacientes multigestas ($G > 3$). Se presenta, también, 9 casos de pacientes nuligestas.

TABLA No. 3

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGUN GRAVIDEZ Y PARIDAD

	No. CASOS	%
Nuligravidas	9	1.99
Gravidas	443	98.01
Nuliparas	16	3.53
Paras	436	96.47

El presente estudio intenta establecer las características clínico-epidemiológicas propias de la adenomiosis uterina en nuestro medio.

MATERIAL Y METODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados como adenomiosis uterina en el Hospital Arzobispo. Loayza, en el periodo comprendido entre Enero de 1984 a Diciembre de 1986.

Se revisó los diagnósticos histopatológicos de 2150 histerectomías realizadas seleccionándose 452 casos de adenomiosis uterina, según criterio diagnóstico histopatológico.

Se evaluó las historias clínicas de las pacientes así seleccionadas, de acuerdo a parámetros clínico-epidemiológicos.

El análisis de los datos hallados fueron correlacionados según protocolo establecido en una ficha de trabajo.

Se ha considerado como criterio diagnóstico histopatológico de adenomiosis uterina la presencia de glándulas y estroma endometrial en el espesor de la capa miometrial, sin relación de continuidad con la capa basal del endometrio (20), separado de la línea endometrio-miometrio, por lo menos en un campo microscópico de bajo poder (8, 15, 16), y rodeada de reacción hipertrófica-hiperplásica del miometrio adyacente (1, 20).

Los términos estadísticos utilizados fueron: distribución de frecuencias por porcentajes, media aritmética, desviación estandar, diferencia de medias y prueba de chi cuadrado de independencia de variables.

RESULTADOS

1. **INCIDENCIA:** Durante los años 1984 a 1986, se ha reportado en el Hospital Arzobispo Loayza 547 casos diagnosticados de adenomiosis uterina por estudio anatómo-patológico, sobre un total de 2150 histerectomías no seleccionadas realizadas, encontrándose una incidencia global de 25.44%. Han sido estudiados 452 casos (82.63%), en los cuales fue posible la evaluación clínico-epidemiológica.

TABLA No. 1

FRECUENCIA DE CASOS DIAGNOSTICADOS Y CASOS ESTUDIADOS POR AÑOS

	AÑOS			TOTAL
	1984	1985	1986	
* Nº de casos diagnósticos	136	162	249	547
* Nº de Histerectomías realizadas	637	720	793	2150
* Incidencia (%)	21.35	22.50	31.39	25.44
* Nº de casos estudiados	112	135	205	452
* Nº de casos estudiados (%) Nº de casos diagnosticados	82.35	83.33	82.32	82.63

d) PARIDAD: Se ha encontrado un predominio en el grupo correspondiente a 3-5 partos por pacientes, con 42.03%/o; se señala 188 casos (41.59%/o de pacientes grandes multiparas ($p > 5$). El 83.62%/o del total tuvo una paridad mayor a 2.

Existieron 16 casos de pacientes nuliparas. El antecedente del número de partos se han encontrado asociado significativamente a una mayor frecuencia de presentación de adenomiosis uterina ($p < 0.05$).

e) ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD QUIRURGICAS: Correspondió a 219 casos presentar este antecedente (48.45%/o) 115 pacientes tuvieron antecedentes de legrado uterino previo, lo que correspondió al 25.44%/o del total de la población estudiada. Se reporta igualmente 30 casos con antecedente de cesárea, lo que corresponde a 6.63%/o. Se sugiere que el antecedente de cirugía gineco-obstétrica en particular la presencia de legrados uterinos vá asociada a una mayor frecuencia de enfermedad ($p < 0.05$).

TABLA No. 4

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES QUIRURGICAS

	No. CASOS	%o
Antecedente (*) de Enfermedades Quirúrgicas	219	48.45
Procedimiento Quirúrgicos Gineco-Obstétricos:		
Legrados Uterinos (*)	115	25.44
Cesárea	30	6.63
Ligadura Tubaria Bilateral	29	6.41
QX Distopia Genital	17	3.76
QX Quieste de Ovario	16	3.53
Otros	19	4.20

(*) El promedio del número de legrados ha variado desde 1 hasta 15 por paciente.

4. SINTOMATOLOGIA CLINICA: La hemorragia uterina anormal fue el síntoma de presentación mas frecuente con 82.30%/o, incluyendo la menometrorragia en 28.98%/o de los casos. El dolor abdomino-pélvico estuvo presente en 77.43%/o de las pacientes. Considerando el dolor abdominal hipogástrico en 32.30%/o, dismenorrea en 28.76%/o. Del total de pacientes solo 2 ingresaron sin sintomatología.

Con la finalidad de sensibilizar las características propias de la enfermedad, se consideró el grupo de 275 pacientes que presentaron adenomiosis uterina no asociada a otra patología en las que hubo un ligero predominio del sintoma dolor abdomino-pélvico (63.27%/o) sobre la hemorragia uterina anormal (61.45%/o).

TABLA No. 5

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN SINTOMAS AL INGRESO (*)

SINTOMAS	Adenomiosis Uterina Global incluidas Otras Patologías Asociadas (n: 452)	Solo Adenomiosis Uterina (n: 275)
HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL	372 (82.30)**	169 (61.45)
- Menometrorragia	131 (28.98)	55 (28.8)
- Hipermenorrea	118 (26.10)	58 (21.09)
- Menorragia	54 (11.94)	26 (9.45)
- Polimenorrea	35 (7.74)	18 (6.54)
- Hemorragia Post-menopausica	25 (5.53)	12 (4.36)
- Oligomenorrea	9 (1.99)	0 (0)
DOLOR ABDOMINO-PELVICO	350 (77.43)	174 (63.27)
- Dolor Abdominal Hipogástrico	146 (32.30)	112 (40.72)
- Dismenorrea	130 (28.76)	46 (16.72)
- Dolor Pélvico no Asociado a Menstruaciones	40 (8.84)	11 (4.0)
- Dispareunia	34 (7.52)	5 (1.81)

(*) En una misma paciente puede presentarse mas de un síntoma al ingreso.

(**) Valores de porcentaje correspondiente entre paréntesis (%o).

5. HALLAZGOS AL EXAMEN CLINICO: Debido a las características del diseño del estudio, al obtener los resultados provenientes del examen clínico en forma transversal, en un momento dado (al ingreso de la paciente al hospital), obtuvimos un sesgo evidente en los resultados, puesto que los exámenes fueron realizados por diferentes examinadores y no se realizó exámenes periódicos evolutivos en una misma paciente; lo cual desvirtuaba los resultados así obtenidos. Es por ello,

que se ha considerado variables correlacionadas al establecer las características del útero al examen y se tomó como examen de referencia el realizado por el especialista en el pre-operatorio.

TABLA No. 6

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN CARACTERISTICAS DEL UTERO AL EXAMEN CLINICO

CARACTERISTICAS	Adenomiosis Uterina Global Incluyendo Otras Patologías Asociadas (n: 452)	Solo Adenomiosis Uterina (n: 275)
- Utero de Tamaño Normal y Superficie Regular	177 (39.15)(*)	142 (51.63)
- Utero de Tamaño Normal y Superficie Irregular	14 (3.09)	2 (0.72)
- Utero Aumentado de Tamaño y Superficie Regular	101 (22.34)	76 (27.63)
- Utero Aumentado de Tamaño y Superficie Irregular	119 (26.32)	21 (7.63)
- Utero Disminuido de Tamaño Hipotrófico	38 (8.40)	32 (11.63)
- Datos no consignados	3 (0.66)	2 (0.72)

Utero Tamaño Normal: 7 – 8 cm.

Utero Aumentado de Tamaño: > 8 cm.

Utero Disminuido de Tamaño: < 7 cm.

(*) Valores de porcentaje correspondiente entre parentesis (o/o)

De lo que encontramos que, la mayor frecuencia está dada por un útero de tamaño normal y de superficie regular, en 177 casos (39.15o/o), seguida de un útero aumentado de tamaño y de superficie irregular, en 119 casos (26.32o/o) y, luego, un útero referido aumentado de tamaño y de superficie regular en 101 casos (22.34o/o).

Cuando son consideradas, igualmente, las características del útero al examen, en el grupo de pacientes que presentaban sólo adenomiosis uterina, expresadas igualmente en correlación, encontramos que, la mayor frecuencia se encuentra dada por un útero examinado de

tamaño normal y de superficie regular en 142 casos (51.63o/o) y, en segundo orden, un útero aumentado de tamaño y de superficie regular, en 76 casos (27.63o/o).

6. DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: Fue considerado miomatosis uterina, en 200 casos (44.24o/o), y la adenomiosis uterina sólo fue considerada en el diagnóstico en 9 casos, lo que hace un 1.99o/o.

DISCUSION:

La incidencia de adenomiosis uterina reportada en el presente estudio fue 25.44o/o, cifra comparable a lo reportado en la literatura por otros autores (3, 8, 10, 15); sin embargo debemos señalar que aún no se llega a hacer una precisión absoluta en lo que a incidencia se refiere, encontrando reportes totalmente contrapuestos, que señalan una incidencia de enfermedad que oscila desde un 5.4o/o (26) hasta un 61.5o/o (1) tales diferencias podrían justificarse en que no existe unanimidad acerca de los criterios usados para definir el diagnóstico histopatológico; además no existe uniformidad en la metodología para la obtención de muestras para estudio anatomopatológico. Así Bird y Colab. (1) señalan una incidencia de 31o/o pero si incluyen la variedad denominada "Sub-Basalis" que se trata de repliegues de mucosa endometrial, mas que de un verdadero tejido ectópico; su frecuencia se eleva al 61.5o/o al aumentar el número de cortes histopatológicos por pieza operatoria. De acuerdo a nuestros resultados la incidencia anual de adenomiosis es progresivamente mayor en los años estudiados, tal incremento es difícil de justificar, pero tal vez pudiesemos argumentar como razones el mayor número de exploraciones diagnósticas en ginecología (biopsia de endometrio, legrados uterinos, abortos terapéuticos, insuflaciones tuvo-ováricas, etc.) la mayor utilización de métodos mecánicos contraceptivos intrauterinos y un mejor estudio de las piezas operatorias por parte del patólogo.

Es difícil precisar la edad promedio de aparición de adenomiosis uterina podría ser entre los 40 y 50 años, época de la vida de la mujer, en la cual existe una mayor incidencia de tratamientos quirúrgicos realizados, lo que implica una mayor oportunidad de estudio patológico en las piezas operatorias de las pacientes.

Dentro del análisis de los antecedentes gineco-obstetro hemos estudiado la edad de aparición de menarquía encontrando que el 72.56o/o del total de pacientes estudiadas, había iniciado su menarquía entre los 11 a 14 años.

A. Emge (8) señala que desde los trabajos iniciales de Cullen y Frankl se indica que aquellas pacientes que van a desarrollar adenomiosis, presentan una edad de menarquía tardía lo que también ha sido señalado en nuestros medios.

En la actualidad se ha comprobado que la edad de aparición de menarquía ocurre, en promedio dentro de límites normales (14, 24, 26). La edad de inicio de relaciones sexuales fue considerada de importancia en el desarrollo posterior de adenomiosis ya que un inicio precoz de la vida sexual, lleva implícito un periodo de edad reproductiva mucho mayor, condicionando un estado de multipa-

ridad. Nosotros no encontramos diferencias significativas en la edad promedio de inicio de la vida sexual en el grupo de pacientes que presentaron adenomiosis uterina lo que es corroborado por otros autores (19, 24, 26).

Existe consenso en considerar que la enfermedad es mucho mas frecuente en pacientes con paridad que en nulíparas. Sin embargo, Owolabi Strickler (21) encuentran que el 93% de pacientes con adenomiosis en su estudio tuvieron paridad; haciendo la salvedad que un similar porcentaje de mujeres, sometidas a histerectomías por otras causas, durante los mismos años de estudio, también tuvieron paridad, con lo que pierde especificidad el hallazgo. En nuestro estudio reportamos un 83.62% de pacientes con una paridad mayor a dos; Ludmir y Recavarren (13) señalan un 94%; Soucci y colab. (26) 82.1%; y ambos concluyen que la multiparidad es tres a cuatro veces mas común que la primiparidad. Molitor (16) afirma que la proporción mayor de pacientes con paridad respalda a la hipótesis que el parto pueda desempeñar algún rol predisponente a la enfermedad. Rebolledo y García (24) tratan de explicar estos hallazgos sosteniendo que la invasión del miometrio por las glándulas endometriales puede hacerse durante la involución postparto del utero, en donde la pared del miometrio puede llegar a producir "pellizcamientos" parciales del endometrio, y éste, al encontrarse incorporado, desarrollarse a partir de estímulos hormonales.

Hernández Sánchez (12) concluye que existe un acuerdo unánime sobre la existencia de una gran proporción de múltiparas que padecen esta enfermedad, en comparación con la alta proporción de pacientes nulíparas infértiles afectas de endometriosis externa, lo cual apoya la diferencia clínica entre los dos procesos (5, 6, 9, 19).

Desde que Frankl expresara —en su trabajo original— un incremento en la frecuencia de presentación en edad premenopáusica, —citado por Ludmir y Recavarren (13)—, existe un acuerdo entre todos los autores al respecto. DaCunha y colab. (5) señalan que el proceso patológico de adenomiosis puede llegar a diferenciarse nítidamente de acuerdo a la edad de presentación de la menopausia, constituyendo así dos formas de presentación clínica: 1) el hallazgo patológico casual en paciente post-menopáusica sometida a histerectomía por alguna otra razón; 2) la enfermedad sintomática progresiva que es causante de hemorragia uterina y dolor pélvico en pacientes pre-menopáusicas.

Los antecedentes de enfermedades quirúrgicas, especialmente aquellos procedimientos que implican un traumatismo directo hacia el útero, han sido señalados en forma reiterada como factores determinantes para el desarrollo posterior de adenomiosis uterina (3, 4, 8, 11, 19, 20). Emge (8) afirma que es teóricamente aceptable que curetajes profundos y repetidos realizados en presencia de endometrio con actividad proliferativa, puedan llegar a implantar, directamente, fragmentos endometriales por dentro del miometrio o hacia canales linfáticos o venosos que permitan una implantación metastática. En la suposición que el implante así logrado sea capaz de responder a algún estímulo hormonal, esta hipótesis tiene mérito. Concluimos de nuestro estudio que los procedimientos quirúrgicos previos y, en especial,

los legrados uterinos, influyen de manera decisiva en la producción de adenomiosis; aunque, por las características de nuestro estudio, no podamos llegar a afirmar que existe una relación directa entre el número de legrados uterinos y la frecuencia de aparición de la enfermedad.

En forma similar resaltamos que el antecedente previo de cesárea no influye de manera directa en el desarrollo posterior de adenomiosis. Son conocidas las características clásicas de presentación de la adenomiosis uterina señalando a las alteraciones menstruales, dismenorrea y variaciones en el tamaño del utero, como las de mayor frecuencia. Es preciso advertir que no siempre es sencillo separar los síntomas aislados propios de la adenomiosis de la sintomatología debida a lesiones patológicas asociadas. Esto se complica aún mas puesto que la enfermedad no presenta un cuadro clínico específico, ya que por un lado se puede presentar asociación de síntomas en una misma paciente, y por otro lado, puede presentarse en forma asintomática y tan solo constituir un hallazgo anatómo-patológico en una pieza operatoria extirpada por otra razón (1, 3, 4, 8, 12, 27). De que el diagnóstico clínico haya sido motivo de controversia; incluso llegando a afirmar que el diagnóstico solo puede ser realizado finalmente por el patólogo (22, 29).

Debemos señalar que el examen ginecológico cuidadosamente practicado puede brindar valiosos datos para llegar a obtener el diagnóstico (1, 4, 8); el examen generalmente es poco llamativo para el inexperto incluso puede pasar desapercibido. De nuestros resultados, podemos establecer que lesiones iniciales generalmente no muestran alteraciones significativas en la morfología del útero; es decir fácilmente puede encontrarse adenomiosis uterina aún cuando el útero examinado se encuentre dentro de límites normales o quizás solo ligeramente agrandado. El signo de Halban, que es el crecimiento periódico del útero en cada menstruación señalado por Emge (8) para llegar al diagnóstico clínico es de utilidad demostrada.

La mayoría de autores coinciden en señalar un bajo porcentaje de diagnóstico clínico pre-operatorio en donde el tamaño del útero es referido como normal o ligeramente aumentado, casi siempre identificado como miomatosis uterina.

Por ello señalamos que aquellas pacientes sintomáticas con cambios morfológicos clínicamente demostrables, no han de ser diagnosticados apresuradamente han de ser examinadas en forma repetida, antes y después de la menstruación, para así poder llegar a definir el diagnóstico.

Estamos convencidos que una adecuada anamnesis con énfasis, en las características epidemiológicas, una exploración ginecológica evaluativa con controles periódicos y teniendo en mente un alto índice de sospecha, nos va a permitir llegar a afirmar el diagnóstico clínico.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de adenomiosis uterina fue 25.44%, con aumento progresivamente mayor en los años estudiados.
2. Se ha presentado, con mayor frecuencia, en el grupo de pacientes entre 41-50 años de edad, con distribución preferente en la edad pre-menopáusica.

3. Los antecedentes de número de partos y de cirugía previa gineco-obstétrica, en particular de legrados uterinos, van asociados a una mayor frecuencia de enfermedad.
4. No se ha encontrado asociación significativa con la edad de aparición de menarquía, edad de inicio de relaciones sexuales, número de gestaciones por paciente y antecedente quirúrgico de cesárea previa.
5. La sintomatología clínica mas frecuente fueron hemorragia uterina anormal y dolor abdomino-pélvico. El examen clínico demostró con mas frecuencia un útero dentro de límites normales y de superficie regular.
6. La presencia de adenomiosis uterina puede establecerse a partir de un alto índice de sospecha en pacientes sintomáticas, en edad pre-menopáusicas, con antecedentes multiparidad y/o traumatismo quirúrgico directo sobre el útero.

BIBLIOGRAFIA:

1. BIRD CH. C., McELLIN T.W., and MANALO-ESTRELLA P. The elusive adenomyosis of the uterus-revisited. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 112(5): 583-593, 1972.
2. CASQUERO B.J. Contribución al estudio clínico-patológico de la adenomiosis uterina. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina U.N.M.S.M. Lima, 1973.
3. CELORIO J.L. et al. Adenomyosis: Estudio anatómico-clínico. *Acta Obstétrica y Ginecológica Hispano-Lusitana*. 27(7): 443-464, 1979.
4. CHALMERS J.A. Endometriosis: Chap 18 Adenomyosis. London: Butterworths, 1975.
5. DA CUNHA, D.C. et al. Adenomyose: Particularidades anatómico-clínicas en 49 casos. *Jornal Brasileiro de Ginecología*. 91(4): 257-260, 1981.
6. DIAZ H.V. Endometriosis y adenomiosis: problema diagnóstico. *Ginecología y Obstetricia (Lima)*. 28: 26-32, 1983.
7. DOUGHERTY, C.M. y ANDERSON MARIE. Endometriosis and adenomyosis *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 89(1): 23-40, 1964.
8. EMGE, L.A. The elusive adenomyosis of the uterus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 83(12): 1541-1563, 1962.
9. FLORES, H.D.; BARBOZA, G.R., y SANCHEZ, U.H. Adenomyosis. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. Vol. XL. N° 2. 203-105, 1980.
10. FUKUMATSU, Y.; TSUKAHARA, Y. y FUKUTA, T. A clinico-pathologic study on adenomyosis uteri. *Acta Obstétrica Gynaecologica Japanese* 36(3): 431-436, 1984.
11. GAUTIER, C. et al. L'adenomyosis uterine: 246 case. *La Nouvelle Presse Médicale*. 6(39): 3621-3623, 1977.
12. HERNANDEZ SANCHEZ, P.A. et al. Adenomyosis: Estudio clínico de 155 casos. *Toko-Ginecología Práctica*. 43 (8): 437-441, 1984.
13. LUDMIR A. y RECAVARREN S. Adenomyosis. *Acta Médica Peruana*. Vol. XIII. N° 1-2: 46-49, 1986.
14. MARANGHI, V. y RUBINI, R.M. Adenomyosis uterina: Presentazione di 184 casi. *Minerva Ginecológica*. 34(6): 425-429, 1982.
15. MATHUR, B. SHAHB D. & BHENDE Y. Adenomyosis uteri: A pathologic study of 290 cases. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 84(12): 1820-1829, 1962.
16. MOLITOR, J. Adenomyosis: a clinical and pathology appraisal *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 110(2): 275-284, 1971.
17. MORALES, L.B.; GARCIA, C.U., y MIRO QUESADA, C.O. Probable origen de la adenomiosis. *Tribuna Médica*. Vol. XVIII. N° 1: A4-A7, 1971.
18. MORENO, J. et al. Adenomyosis uterina. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 35: 245-246, 1975.
19. NAVA y SANCHEZ, M.R. et al. Endometriosis y adenomyosis. *Ginecología y Obstetricia (México)* 35(207): 23-47, 1974.
20. NOVAK, E.R. Tratado de Ginecología. (Traducción de Novak's textbook of Gynecology. 9a. edic. Philadelphia. Williams & Wilkins). México. Edit. Interamericana, 1977.
21. OWOLABI, T.O. & STRICKLER, R.C. Adenomyosis: A neglected diagnosis. *Obstetrics and Gynecology*. 50(4): 425-427, 1977.
22. PENTTI KIKKU, RISTO ERKKOLA and MATTI GRON-ROSS. Non specificity of symptoms related to adenomyosis: prospective comparative survey. *Acta Obstetrica and Gynaecologica Scandinava* 63: 229-231, 1984.
23. RAO, B.N. y PERSAUD, V. Adenomyosis uteri: Report on a 15 years study at the University Hospital of the West Indies. *West Indies Medical Journal* 31: 205-212, 1982.
24. REBOLLEDO, C.M. y GARCIA, M.P. Adenomyosis: aspectos clínico-patológicos en 83 casos. *Ginecología y Obstetricia (México)*. 21: 19-31, 1966.
25. RODRIGUEZ DE SANTIAGO, J.D.; KARCHNER, S. y PINILLA, CH.P. Adenomyosis: estudio clínico-patológico de 103 casos. *Ginecología y Obstetricia (México)*. 29 (175): 525-532, 1971.
26. SOUCCI LARENAS, F. et al. Adenomyosis: aspectos epidemiológicos. *Ginecología y Obstetricia (México)*. 49(291): 47-53, 1981.
27. WARTHON, L.R. Endometriosis. En R.W. Linde-Ginecología. 5a. edic. Buenos Aires. El Ateneo, 1980: 185-220.
28. WEED, J.C. Adenomyosis of the uterus. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 9: 412-421, 1966.
29. WESELEY, A.C. The preoperative diagnosis of adenomyosis. *Diagnostic Gynecology and Obstetrics*. 4(2): 105-106, 1982.