

Presentación atípica de adenomiosis

*Bibiana Pinzón, M.D.**, *Javier Romero, M.D.***, *Jorge E. Medina, M.D.****

Recibido: Noviembre 19/2001 - Revisado: Febrero 14/2002 - Aceptado: Febrero 22/2002

RESUMEN

El diagnóstico por imágenes de adenomiosis uterina ha sido ampliamente descrita, en especial los diferentes hallazgos de esta entidad en imágenes por resonancia magnética (I.R.M)

Presentamos un caso inusual de adenomiosis uterina en un leiomioma que en I.R.M simula la presencia de malformación uterina congénita del tipo Bicornios Unicolis.

PALABRAS CLAVE: adenomiosis, leiomioma, malformación uterina, miometrio, endometrio.

SUMMARY

The diagnosis by images of image uterine adenomyosis has been very well described, specially the findings of this entity in M.R.I

We present an unusual case of uterine adenomyosis in a leiomyoma, which in M:R:I resembles the presence of uterine malformation of the type Bicornis Unicolis

KEY WORDS: adenomyosis, leiomyoma, uterine malformation, myometrium, endometrium.

INTRODUCCIÓN

La adenomiosis es una enfermedad benigna caracterizada por la presencia de glándulas y estroma endometrial dentro del miometrio, asociada con hipertrofia del músculo que lo rodea. Es el resultado de una invasión directa al miometrio por la capa basal del endometrio. La causa de esta migración no es aún bien conocida.

En estudios en animales se ha postulado que un signo temprano es la proliferación de estroma fibroblástico dentro del miometrio, siguiendo ramas de vasos sanguíneos. Posteriormente, las glándulas uterinas invaden el miometrio, siguiendo

los fibroblastos y produciendo áreas de adenomiosis¹⁻².

Esta entidad afecta a mujeres premenopáusicas, especialmente multíparas y mayores de 30 años.

La adenomiosis es comúnmente difusa pero puede presentarse de manera focal, como masa, llamada adenomioma.

La adenomiosis difusa se define como un crecimiento ectópico difuso del endometrio dentro del miometrio con un engrosamiento de la zona de unión endometrio-miometrio.

La adenomiosis focal o adenomioma se define como una masa circunscrita dentro del miometrio.

* Residente de Radiología Fundación Santa Fe.

** Radiólogo. Departamento de Imágenes Diagnósticas Fundación Santa Fe.

*** Ginecólogo. Departamento de Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana, Fundación Santa Fe.

Las manifestaciones clínicas incluyen dolor pélvico, dismenorrea y metrorragia. Estos síntomas no son específicos y se presentan también en entidades como la hemorragia uterina disfuncional, leiomiomas y endometriosis. Por estas razones, es indispensable la realización de estudios por imágenes que permitan la adecuada aproximación diagnóstica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 38 años, GoPo, consulta por síntomas relacionados con síndrome premenstrual. El examen físico evidencia masa de posible origen anexial derecho de aproximadamente 5 - 6 cm. No dolorosa.

La ecografía transvaginal reporta imagen sugestiva de mioma hacia la región lateral derecha del útero. El Ca 125 (4.2) es normal.

Por embarazo temprano, se toma ecografía transvaginal donde se observa una masa hacia la región anexial derecha, en inmediata relación con el miometrio que mide 12x8.5x7.5 compatible con un gran mioma. Además una imagen de saco gestacional de implantación fúndica, sin identificar actividad fibrilar ni vesícula vitelina.

En control ecográfico diez días después se describe de nuevo la imagen de mioma subseroso en la región fúndica y lateral derecha. Existencia de una pobre progresión del embarazo con saco gestacional y sin presencia de embrión. Además disminución de los valores de la subunidad BHCG. Se realiza el diagnóstico de embarazo anembrionado.

Nueva ecografía muestra la masa en el aspecto lateral derecho del útero, la cual presenta en su porción central áreas con

componente quística y sólido, de ubicación central con bordes bien definidos, no permite descartar la posibilidad de malformación uterina congénita, recomendando RM complementaria. (Figura 1).

Para establecer la diferencia entre mioma subseroso -vs- malformación uterina congénita se decide realizar RM de pelvis: Útero de tamaño y morfología normal, desplazada a la izquierda, la zona de unión de características normales y pequeñas imágenes hipointensas en la cavidad endometrial. En el aspecto lateral derecho del cuerpo uterino se evidencia una masa de señal heterogénea, la cual presenta en su interior una cavidad que se comunica con el canal endocervical y que alrededor presenta un área hipointensa de características similares a la zona de unión. (Figura 2)

Con las consideraciones anteriores se decide llevar a histeroscopia con guía ecográfica y laparoscopia.

En la histeroscopia se logra canalización del "hemiútero derecho" evidenciando una cavidad lisa de donde se toma biopsia. Paso hacia el "hemiútero izquierdo" donde se logra visualizar los 2 ostium a lado derecho e izquierdo.

La laparoscopia muestra útero y anexos de características normales y una masa intraligamentaria, multinodular rosada, con dimensiones de 8x7.5x5. Se practica entonces laparotomía para extirpar esta masa, encontrándose en una de sus caras una cavidad irregular que mide 3x1x0.8 cm, y en su interior fragmentos de coagulo, que tiene comunicación con el canal cervical. Se decide realizar resección completa enviando la lesión a estudio anatomopatológico.

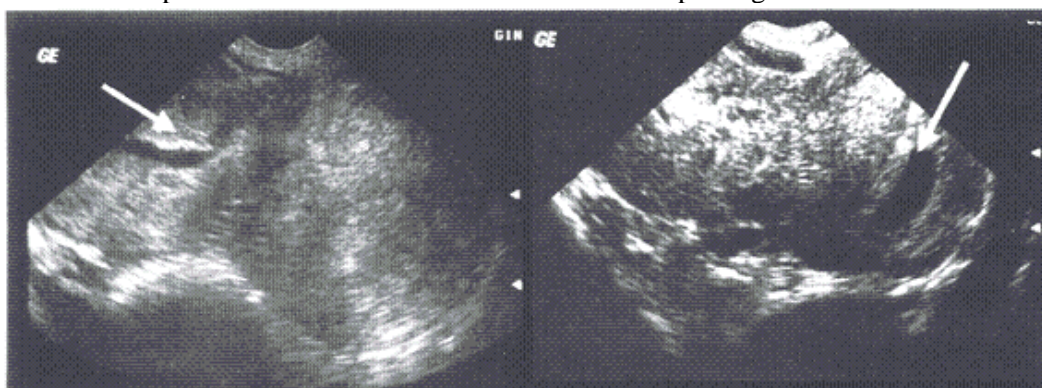


Figura 005i01

Ecografía transvaginal. Cortes axiales. Fig. 1A. Útero aumentado de tamaño con cavidad central de bordes bien definidos en el aspecto lateral izquierdo. Fig. 1B. Se observa cavidad endometrial en relación con el aspecto lateral derecho

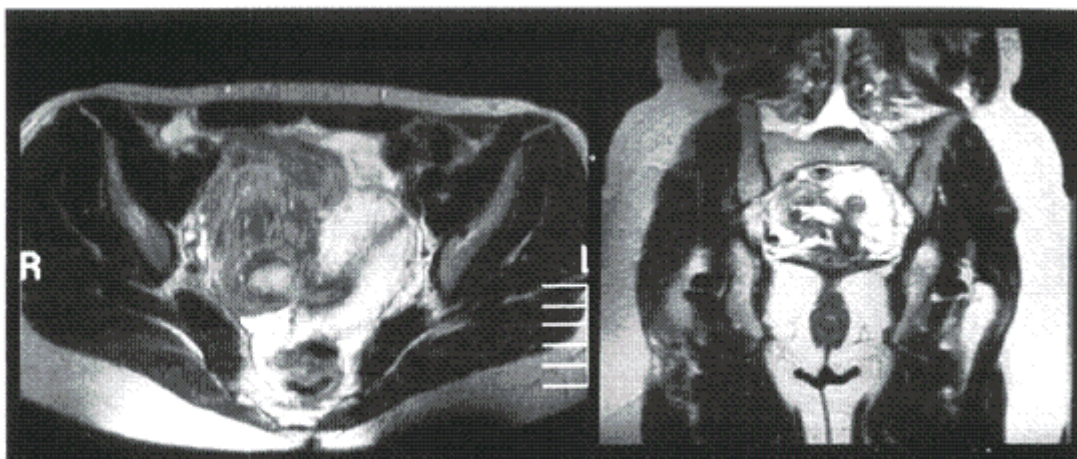


Figura 005i02

IRM de pelvis. Secuencias T2. Figura 2A. Corte axial. Se observa un miometrio homogéneo con cavidad endometrial central, comunicado con cavidad central del leiomioma. Figura 2B. Corte coronal. Se observa la cavidad del leiomioma con bordes hipointensos, simulando zona de unión (foco de adenomiosis).

El reporte de patología: 1. Biopsia de la cavidad: miometrio con restos hemorrágicos 2. Leiomioma con adenomiosis, con cambios quísticos y evidencia de hemorragia antigua. (Figura 3).

DISCUSIÓN

El diagnóstico clínico de adenomiosis es difícil porque los signos y síntomas son inespecíficos y frecuentemente coexisten con otras enfermedades pélvicas. Aunque la adenomiosis y los leiomiomas tienen similares características clínicas, el tratamiento es diferente. El manejo de los miomas incluye observación, resección (miomectomía) y en algunos casos histerectomía; mientras la adenomiosis en la mayoría de los casos se trata con histerectomía.

El rol de las imágenes en la evaluación de estas pacientes permite establecer una aproximación diagnóstica, determinar la profundidad y extensión de la penetración del miometrio, y monitorizar la evolución de las pacientes que reciban terapia conservadora

ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL

La ecografía transvaginal produce imágenes de alta resolución del útero, que facilita la detección de adenomiosis, que debe ser identificada durante un examen en tiempo real.

- La adenomiosis aparece como áreas hipocogénicas (75%) que corresponden a

áreas de hiperplasia del músculo liso en el análisis histopatológico³.

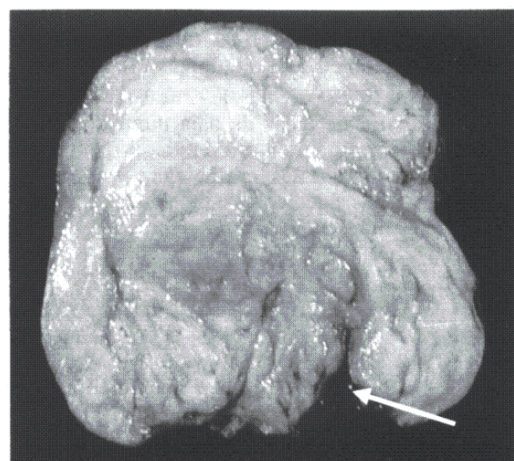


Figura 005i03

Especimen quirúrgico del leiomioma con cavidad central

- Área de ecogenicidad heterogénea (iso e hiperecoicas) que corresponde a pequeñas islas del tejido endometrial rodeado de músculo liso.

- Glándulas quísticas dilatadas o hemorragia, se presentan como quistes miometriales menores de 5 mm de diámetro aproximadamente en el 50% de las pacientes³.

- Nódulos ecogénicos o estriaciones lineales

- Pseudoengrosamiento del endometrio

- Pobre definición de la zona de unión.

- Aumento del tamaño uterino.

- Pobre definición de los bordes de la lesión.

El US transvaginal tiene una sensibilidad de 80 a 86%, especificidad de

50 a 96% y una exactitud diagnóstica del 68 a 86%³.

RESONANCIA MAGNÉTICA

Las imágenes deben ser adquiridas con una antena pélvica para una mejor resolución. Las secuencias en T2 y en cortes sagitales demuestran mejor la anatomía del útero y en especial de la zona de unión.

Las imágenes de adenomiosis en MR son vistas como áreas de baja intensidad en T2, con engrosamiento focal o difuso de la zona de unión mayor a 12 mm medido en corte sagital. Estas áreas de baja intensidad de señal corresponden a hiperplasia del músculo liso que acompaña las glándulas endometriales ectópicas¹.

Algunos focos de mayor intensidad que se observan dentro de áreas de baja intensidad en el miometrio, corresponden a dilatación quística de glándulas endometriales. También a estriaciones lineales radiadas que representan invasión directa del la basal del endometrio al miometrio.

Focos brillantes en T1, corresponden a áreas de hemorragia.

Otros signos de adenomiosis incluyen pobre definición de los bordes entre el miometrio normal y anormal, ausencia relativa de efecto de masa, forma elíptica anormal del miometrio⁴.

Varios estudios han demostrado que la exactitud de la RM en el diagnóstico de adenomiosis es del 85 al 90% con una sensibilidad y especificidad entre el 86 y 100%⁴.

En este caso particular, nos enfrentamos a una paciente en edad reproductiva, sin embarazos previos, con síntomas de dolor pélvico y dismenorrea. Los hallazgos imagenológicos iniciales sugerían la posibilidad de un mioma subseroso - vs - malformación uterina. Con la resonancia se establece que la masa en la región lateral derecha del útero, no es de características similares al miometrio (baja intensidad en las secuencias en T2); además, tiene una cavidad la cual está rodeada por una zona hipointensa que simula la zona de unión, correspondiente a focos de adenomiosis.

Este es un caso de presentación inusual de adenomiosis, ya que los focos de tejido endometrial, se localizan dentro del músculo miomatoso formando una pseudocavidad endometrial que podría llevar al diagnóstico de malformación uterina del tipo útero bicorne unicolis.

Un segundo interés radica en el hecho de encontrar adenomiosis dentro de un leiomioma. Revisando la literatura no hemos encontrado casos similares, únicamente, un caso de adenomiosis en el ligamento ancho, asociado al uso de tamoxifeno⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mon T, Nagasawa H. Mechanism of development of prolactin-induced adenomyosis in mice. *Acta Anat* 1983;116:46.
2. Azziz R. Current prospectives adenomyosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989;16:221-35.
3. Reinbold 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:S147-60.
4. Reinhold C, McCarthy S, Bret PM. Diffuse adenomyosis: comparison of endovaginal us and MR imaging with histopathologic correlation. *Radiology* 1996;199:151-8.
5. Chung YP, Lin HH, Sheu BC, Mao TL, Chang DY, Huang SC. Adenomyosis in the broad ligament and tamoxifen: report of a case. *J Obstet Gynaecol Res* 1997;23:69-73.
6. Murase E, Siegelman E, Outwater E. Uterine leiomyomas: Histopathologic features, MR imaging findings, differential diagnosis, and treatment. *Radiographics* 1999, 19: 1179-1197.
7. Mark AS, Hricak H, Heinrichs LW. Adenomyosis and leiomyoma: diagnosis with MR imaging. *Radiology* 1987;163: 527-9.
8. Togashi K, Nishimura K, Itoh K, Fujisawa I, Noma S, Kanaoka M, et al. Adenomyosis: diagnosis with MR imaging. *Radiology* 1988;166:111-4.
9. Lee J, Gersell DJ, Balfe DM, Worthington JL, Picus D, Gapp G. The uterus: in vitro MR-anatomic correlation of normal and abnormal specimens. *Radiology* 1985;157:175-9.