

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TOCGINECOLOGIA

ANÁLISE DE 36 CASOS DE ADENOMIOSE

AUTORA: PATRICIA WETZEL

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1994

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA**

ANÁLISE DE 36 CASOS DE ADENOMIOSE

AUTORA: PATRICIA WETZEL *

ORIENTADOR: Dr. LUIZ FERNANDO SOMACAL **

*** DOUTORANDA DE 12ª FASE DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DA UFSC**

**** PROFESSOR AUXILIAR DEPARTAMENTO TOCOGINECOLOGIA UFSC**

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1994.

RESUMO

Analísaram-se, retrospectivamente, 36 casos de adenomiose ocorridos no Hospital Universitário de Santa Catarina, no período de janeiro de 1981 a dezembro de 1993.

A idade média das pacientes foi de 48 anos, e a maior incidência foi das pacientes com 1 a 3 partos prévios (36,1%), e a nuliparidade atingiu 13,9% das mulheres.

Os principais sintomas foram a dispareunia, 50% dos casos, metrorragia com 38,9% e dismenorréia com 25% dos casos. Ao exame físico o principal achado foi dor pélvica (52,8%) e útero aumentado de volume (27,8%). A associação de patologias foi constante, como a cervicite crônica alcançando 52,8% dos casos e leiomiomatose uterina, com 44,4% dos casos. A associação com endometriose ocorreu apenas em 8,3% dos casos.

A cesárea foi a via de parto empregada em 19,4% dos casos, e a histerectomia abdominal realizada em 72,2% das pacientes.

ABSTRACT

A retrospective study was carried on 36 cases of adenomyosis that occurred at "Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina", during the period from January 1981 to December 1993.

The average age of the patients studied was 48 years old. 36.1% had one to three previous pregnancies and 13,9% were nulliparous.

The most important signs were dyspareunia, in 50% of the cases; methrorage, in 38,9%; and dysmenorrhea, in 25% of the cases. At examination, pelvic pain was the most common finding, occurring in 52,8% of the cases, and uterus enlarged was also considerable, occurring in 27,8% of the cases. Another pathologies were usually associated with adenomyosis, like chronic cervicitis, with 52,8% of the cases and uterine leiomyomatosis, with 44,4%. Adenomyosis was found in association with endometriosis in 8,3% of the cases.

Cesarean section was the method of delivery in 19,4% of the cases, and abdominal hysterectomy was realized in 72,2% of the patients.

SUMÁRIO

RESUMO.....	i
ABSTRACT	ii
INTRODUÇÃO	01
MATERIAIS E MÉTODOS	03
RESULTADOS.....	04
DISCUSSÃO	11
CONCLUSÃO.....	15
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	16
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	19

INTRODUÇÃO

Adenomiose, também conhecida como endometriose interna (1), consiste numa desordem ginecológica comum, que afeta as mulheres durante a vida reprodutiva (2). Caracteriza-se pela presença de glândulas e estroma endometrial ectópico no miométrio, fora da camada serosa ^{mülleriana} uterina (1,2).

Historicamente, a adenomiose foi relatada primeiramente por Rokitansky em 1860. E em 1896 ^{Ver} Recklinghausen a descreveu como uma entidade patológica definida. Em 1908 Cullen publicou uma monografia desta doença relatando 92 casos. Ele reconheceu o "adenomioma difuso do útero", atualmente mais conhecido como adenomiose (3).

Quanto a origem, Cullen ofereceu uma teoria que o endométrio intramural tenha origem mülleriana, sendo uma proliferação direta da cavidade uterina (3).

A adenomiose apresenta uma frequência variável, atingindo geralmente mulheres na 5ª década de vida (4).

Pode ser um achado patológico casual e por vezes até assintomático. E, quando sintomático, caracteriza-se principalmente por sangramento uterino anormal e dor pélvica (3).

O diagnóstico de certeza desta entidade é realizado pela histopatologia de úteros removidos cirurgicamente (5). Este diagnóstico consiste na identificação de estroma endometrial ou de glândulas situadas entre os feixes de fibras musculares miométriais (6). Pode apresentar formas difusas ou focais (2). Porém, recentemente, várias técnicas seguras têm sido sugeridas que permitem diagnosticar adenomiose in situ (5, 7). Entre elas podemos citar a ultrassonografia transvaginal, representando um avanço no diagnóstico pré-operatório (8). Também a ressonância magnética pode desempenhar papel importante, sendo que num estudo comparativo destes métodos de imagem, a ressonância mostrou melhores resultados (2). Um diagnóstico não invasivo torna-se importante, pois, mesmo em candidatas a cirurgia, o acesso cirúrgico modifica-se com a constatação de adenomiose ou de outra patologia (2).

Já, como método invasivo, a biópsia do miométrio pode ajudar a estabelecer diagnóstico (6), assim como a laparoscopia (7),

O tratamento convencional para adenomiose é a histerectomia (2).

Procedimentos cirúrgicos conservadores, incluindo ressecção endometrial e redução miométrial podem reduzir a necessidade da histerectomia (9).

Estudos realizados sugerem a hormonioterapia como alternativa para tratamento de pacientes jovens (10, 11), podendo preservar a fertilidade das mesmas (2).

Este estudo visa apresentar as principais características clínicas, patologias associadas e sintomatologia, enfim, um esboço do perfil das pacientes acometidas de adenomiose no Hospital Universitário em Florianópolis.

MATERIAS E MÉTODOS

Este estudo retrospectivo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de janeiro de 1981 a dezembro de 1993, em 36 pacientes diagnosticadas histopatologicamente com adenomiose.

A pesquisa foi elaborada revendo-se catalogação dos livros de registro do serviço de Anatomia Patológica. Posteriormente, obtidos os respectivos prontuários, efetuamos o preenchimento de um protocolo para a coleta de dados.

Foram analisados dados sobre a idade da paciente, climatério, paridade e via de parto, realização de curetagem uterina prévia, principais sintomas e achados ao exame físico, patologias associadas e tipo de cirurgia realizada.

Houve certa dificuldade na coleta de dados devido ao fato de que vários profissionais da saúde terem acesso aos prontuários, diversificando os métodos de análise e realização da anamnese e exame físico.

RESULTADOS

Foram protocolados 36 pacientes com adenomiose, com idades que variaram entre 29 a 75 anos. A maior incidência ocorreu dos 40 aos 59 anos, com 24 casos (66,6%). Desta, se sobressaiu a faixa de 40 a 49 anos com 13 casos (36,1%). A idade média das pacientes estudadas foi de 48 anos, e pode ser observado na tabela I.

TABELA I: DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES COM ADENOMIOSE NO HU/UFSC SEGUNDO A IDADE.

IDADE (ANOS)	Nº DE PACIENTES	%
29 - 39	6	16,7
40 - 49	13	36,1
50 - 59	11	30,5
60 - 69	5	13,9
70 - 79	1	2,8
TOTAL	36	100

FONTE: HU/UFSC, JANEIRO, 1981 - DEZEMBRO, 1993

A maior incidência de paridade prevaleceu em pacientes com 1 a 3 partos, alcançando um índice de 36,1%. Nuliparidade ocorreu em 5 casos, com índice de 13,9%. (Tabela II)

TABELA II: DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES COM ADENOMIOSE NO HU/UFSC SEGUNDO A PARIDADE.

PARIDADE	Nº	%
0	5	13,9
1 - 3	13	36,1
4 - 6	7	19,5
7 - 9	8	22,2
+ de 9	3	8,3
TOTAL	36	100

SAME: HU/UFSC, JANEIRO, 1981 - DEZEMBRO, 1993.

A via de parto do tipo cesárea ocorreu em 7 casos, com um índice de 19,4%. Os demais partos realizaram-se via vaginal. (Tabela III)

TABELA III: DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES COM ADENOMIOSE NO HU/UFSC SEGUNDO A VIA DE PARTO.

VIA DE PARTO	Nº	%
Vaginal	29	80,6
Cesárea	7	19,4
TOTAL	36	100

SAME: HU/UFSC, JANEIRO, 1981 - DEZEMBRO, 1993.

A curetagem uterina prévia, ocorreu apenas em 8 casos, alcançando 22,2%. (Tabela IV)

TABELA IV: DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES COM ADENOMIOSE NO HU/UFSC SEGUNDO REALIZAÇÃO DE CURETAGEM UTERINA PRÉVIA.

CURETAGEM	Nº	%
Não	28	77,8
Sim	8	22,2
TOTAL	36	100

SAME: HU/UFSC - JANEIRO, 1981 - DEZEMBRO, 1993

Quanto a alteração menstrual, neste estudo foram confirmados 20 casos, perfazendo um índice de 55,6%, o que vem reforçar um dos sintomas característicos da adenomiose. (Tabela V)

TABELA V: DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES COM ADENOMIOSE NO HU/UFSC CONFORME A PRESENÇA DE ALTERAÇÃO MENSTRUAL.

ALTERAÇÃO MENSTRUAL	Nº	%
Não	16	44,4
Sim	20	55,6
TOTAL	36	100

SAME: HU/UFSC, JANEIRO, 1981 - DEZEMBRO, 1993

Dos sintomas observados, 50% dos casos a dispareunia esteve presente nos relatos, sendo o mais referido. Em relação as alterações do ciclo menstrual, a metrorragia sobressaiu-se, ocorrendo em 38,9% dos casos.

Outra queixa frequente foi dismenorréia, com incidência de 25%. Em muitos casos houve associação de mais de um sintoma. (Tabela VI)

TABEL VI: DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES COM ADENOMIOSE NO HU/UFSC SEGUNDO SINTOMA.

SINTOMAS	Nº *	% **
Dispareunia	18	50,0
Dismenorréia	9	25,0
Hipermenorréia	7	19,4
Menorragia	6	16,6
Metrorragia	14	38,9
TOTAL	54	149,9

SAME: HU/UFSC - JANEIRO, 1981 - DEZEMBRO, 1993

* Casos com mais de um sintoma.

** % calculada sobre 36 pacientes.

Pela média de idade das pacientes deste estudo, pode-se observar que muitas estavam no climatério, alcançando um índice de 36,1%. (Tabela VII)

TABELA VII: DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES COM ADENOMIOSE NO HU/UFSC SEGUNDO CLIMATÉRIO.

CLIMATÉRIO	Nº	%
Não	23	63,9
Sim	13	36,1
TOTAL	36	100

SAME - HU/UFSC - JANEIRO, 1981 - DEZEMBRO, 1993.

Ao exame físico, os principais achados consistiram em dor pélvica, em 19 pacientes. Outro achado significativo foi o útero aumentado de volume, em 10

pacientes; fatores que falam a favor de adenomiose. Em alguns casos houve associação dos dados do exame físico. (Tabela VIII)

TABELA VIII: DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES COM ADENOMIOSE NO HU/UFSC SEGUNDO DADOS DO EXAME FÍSICO.

EXAME FÍSICO	Nº *	% **
Útero aumentado de volume	10	27,8
Dor pélvica	19	52,8
Massa palpável	2	5,5
Cistocele	4	11,1
Prolapso uterino	5	13,9
TOTAL	40	111,1

SAME: HU/UFSC - JANEIRO, 1981 - DEZEMBRO, 1993.

* Casos com mais de um dado no exame físico.

** % calculada sobre 36 pacientes.

À avaliação anátomo-patológica, além da constatação de adenomiose, foram diagnosticadas outras patologias como a cervicite crônica (que foi a mais comum), ocorrendo em 52,8% dos casos. A leiomiomatose uterina, também muito frequente, ocorrendo em 44,4% dos casos, e a metaplasia escamosa do colo em 41,7% dos casos. A associação de adenomiose e endometriose ocorreu em 3 pacientes, perfazendo 8,3%. Houve associação de mais de um diagnóstico em algumas pacientes. (Tabela IX)

TABELA IX: DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES COM ADENOMIOSE NO HU/UFSC CONFORME O DIAGNÓSTICO ANATOMO PATOLÓGICO.

DIAGNÓSTICO	Nº *	% **
Leiomiomatose uterina	16	44,4
Hiperplasia endometrial	3	8,3
Endometriose pélvica	3	8,3
Polipose	2	5,6
Metaplasia escamosa de colo	15	41,7
Atrofia endometrial	9	25,0
Cervicite crônica	19	52,8
TOTAL	67	186,1

SAME: HU/UFSC - JANEIRO, 1981 - DEZEMBRO, 1993.

* Casos com mais de um diagnóstico.

** % calculada sobre 36 paciente.

Ressalva faz-se ao tipo de cirurgia realizada, visto que o diagnóstico de adenomiose é confirmado com análise histopatológica de peça cirúrgica, sendo que a histerectomia abdominal predominou no nosso estudo, alcançando um índice de 72,2%. (Tabela X)

TABELA X: DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES COM ADENOMIOSE NO HU/UFSC SEGUNDO O TIPO DE CIRURGIA REALIZADA.

CIRURGIA	Nº	%
Histerectomia abdominal	18	50,0
Histerectomia abdominal e anexectomia	8	22,2
Histerectomia vaginal	6	16,7
Histerectomia vaginal e colpoperineoplastia	4	11,1
TOTAL	36	100

SAME: HU/UFSC - JANEIRO, 1981 - DEZEMBRO, 1993.

DISCUSSÃO

Com nosso estudo concluímos que a idade média das pacientes foi de 48 anos, sendo que 13 delas (36,1%) estavam no climatério. No que tange a paridade, a maior incidência foi nas pacientes com 1 a 3 partos, com 13 casos, perfazendo um índice de 36,1%. A nuliparidade ocorreu em 5 pacientes (13,9%), o que diverge um pouco da literatura, referindo ser incomum o acontecimento de adenomiose em nulíparas (22).

A adenomiose apresenta uma freqüência variável, atingindo 8 a 27% das mulheres. A maior incidência é observada na quinta década e em múltiparas. A faixa etária de maior ocorrência está entre 44 a 49 anos (4).

A literatura demonstra que partos repetidos e curetagens uterinas podem atuar como fatores predisponentes para adenomiose (13). Em relação a curetagem uterina, 8 pacientes haviam realizado este procedimento previamente, perfazendo o total de 22,2%.

De acordo com outros autores, a adenomiose evolui espontaneamente a partir de uma proliferação descendente do endométrio superficial. Foi superada uma associação com cicatrizes, de cesariana e instrumentação intra-uterina prévia (1). Nosso estudo demonstrou que 19,4% dos partos foram cesariana.

A adenomiose frequentemente torna-se um achado patológico casual, podendo ser inteiramente assintomática, em particular quando presente em grau mínimo (3). Aproximadamente 70% dos casos sintomáticos e apenas 30% assintomáticos e seu achado acidental (12). O processo patológico parece compreender duas entidades distintas (Bird e Mc Elin, 1980) achado casual, secundário a outro que motivou a extirpação uterina ou doença progressiva que determina hemorragia e dor genital (4).

Em nosso estudo, no que tange a sintomatologia, todos os casos mostraram-se sintomáticos, e muitas vezes houve associação de mais de um sintoma. A queixa mais referida foi a dispareunia, com 18 casos (50%), seguida pela metrorragia, com 14 casos (38,9%) e ainda a dismenorréia, com 9 casos (25%). A hipermenorréia e a menorragia também foram referidas, porém com menor frequência, (19,4%) e (16,6%) respectivamente. É consenso na literatura os achados de sangramento uterino anormal e dor como sintomas mais comuns (1, 3, 14). Alguns autores consideram a menorragia como sintoma principal encontrada em aproximadamente 75% dos casos. É gradativamente progressiva durante vários anos e produzida pelo aumento de volume da cavidade uterina e por uma vascularização aumentada. Outras causas prováveis seriam a contratilidade prejudicada do miométrico e a associação com hiperplasia endometrial (15). A dismenorréia, presente em 30% das pacientes, seria causada principalmente por distúrbios da contração uterina (15). Num estudo realizado a dismenorréia apareceu como resultado da estimulação tônica de todo o útero pela adenomiose. Esta estimulação parece ter sido induzida quando a profundidade da invasão exceda 80% de toda camada muscular (16).

Outro estudo prospectivo demonstrou que adenomiose, referida como uma patologia não incomum, foi diagnosticada em mulheres multíparas, na

quinta década de vida e a queixa principal consistia em sangramento uterino (17). Numa análise realizada através da biópsia histeroscópica miometrial encontrou-se uma estatística significativa na correlação entre a profundidade da adenomiose e a severidade da menorragia (18).

Pela literatura, a hipermenorréia ocorre em aproximadamente 50% das pacientes e entre 30% apresentam dismenorréia. Porém apenas 20% apresentarão ambos sintomas (12).

Baseado em nossa pesquisa, os principais achados ao exame físico constaram de dor pélvica, em 19 casos (52,8%) e aumento de volume uterino, com 10 casos (27,8%). Outros achados foram o prolapso uterino, cistocele e massa palpável. A literatura é unânime no que diz respeito ao útero referindo o seu aumento difuso (1, 3).

Quando realizado o diagnóstico anatomo patológico de adenomiose, outras patologias foram associadas ao nosso estudo. A mais comum foi a cervicite crônica, com 19 casos (52,8%). A leiomiomatose uterina também apresentou alta incidência (44,4%) com 16 casos, e ainda a metaplasia escamosa do colo, com 15 casos (41,7%). A associação com endometriose ocorreu em apenas 3 casos (8,3%), assim como a hiperplasia endometrial, com 3 casos (8,3%). Houve mais de um diagnóstico anátomo-patológico em alguns casos.

A associação de adenomiose e endometriose seria uma das explicações para a sintomatologia desencadeada, assim como a associação com hiperplasia endometrial (1, 15). [Realizado levantamento e analisada determinada população, a associação de adenomiose e hiperplasia endometrial de 21,6% em 60 casos (19). Segundo alguns autores, a adenomiose pode coexistir em 12% dos casos com uma endometriose externa (4). Já outros mencionaram esta

associação variando entre 6,3 a 21,9% dos casos (4). Num estudo, no qual foram examinadas clínica e histologicamente 128 pacientes com adenomiose, sugeriu-se que a adenomiose subserosa possa ser uma possível variante da endometriose pélvica (20).

A alteração menstrual foi marcante neste estudo, ocorrendo em 20 casos, perfazendo uma média de 55,6%. A cirurgia mais utilizada pelos profissionais da saúde nestas pacientes foi a histerectomia abdominal, com uma frequência de 72,2%.

CONCLUSÃO

A idade média das pacientes foi de 48 anos. Houve predomínio das pacientes com 1 a 3 partos.

Os principais sintomas foram a dispareunia, metrorragia e dismenorréia. Ao exame físico a dor pélvica foi o principal achado, seguido pelo aumento de volume uterino.

As patologias mais comumente associadas foram a cervicite crônica e leiomiomatose uterina.

A cirurgia mais utilizada foi a histerectomia vaginal.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1 - STEPHEN, S. E. Leiomioma e adenomiose uterina. In: JONES, Howard W., WENTZ, Anne Colston, BURNETT, Lonnie S. Novak Tratado de ginecologia. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990. p.323-31.
- 2 - ASCHER, S. M., ARNOLD, L.L., PATT, R.H. et al. Adenomyosis: prospective comparison of MR imaging and Trans_vaginal sonography. Radiology, v. 190, n. 3, p. 803 - 6, Mar. 1994.
- 3 - WHARTON JUNIOR, Lawrence R. Endometriose. In: MATTINGLY, Richard F. Te Linde ginecologia operatória. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1979. p. 187 - 212.
- 4 - HALBE, H. W., Endometriose. In:—Tratado de ginecologia. São Paulo: Roca, 1987. v. 1, p. 749 - 52.
- 5 - VERCELLINI, P., RAGNI, G., TRESPIDI, L. et al. Adenomyosis: ^{je a vu?} a dEj a vu? Obstet. Gynecol. Surv., v. 48, n. 12, p. 784 - 94, Dec. 1993.
- 6 - POPP, L.W., SCHWIEDESSEN, J. P., GAETJE, R. Myometrial biopsy in the diagnosis of adenomyosis uteri. Am. J. Obstet. Gynecol., v. 169, n. 3, p. 546 -9, Sep. 1993.
- 7 - BROSENS, J. J., BARKER, F. G. Adenomyosis: time for a reappraisal. Lancet, v. 341, n.8838, p. 181 - 2, Jan. 1993.

- 8 - FEDELE, L., BIANCHI, S. DORTA, M. et al. Transvaginal ultrasonography in the diagnosis of diffuse adenomyosis. Fertil. Steril., v. 58, n. 1, p. 94 - 7, Jul. 1992.
- 9 - WOOD, C., MAHER, P., HILL, D. Biopsy diagnosis and conservative surgical treatment of adenomyosis. Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol., v. 33, n. 3, p. 319 - 21, Aug. 1993.
- 10 - PENG, Z., LIU, S., HE, B. et al. Study on estrogen and progesterone receptors in endometriosis and adenomyosis. Hua Hsi I Ko Ta Hsueh Hsueh Pao, v. 24, n. 3, p. 290 - 2, Sep. 1993.
- 11 - GROW, D.R.FILER, R.B., Treatment of adenomyosis with long-term GnRh analogues: a case report. Obstet. Gynecol., v. 78, n. 3 pt 2, p. 538 - 9, Sep. 1991.
- 12 - LACEY, Conley G. Benign disorders of the uterine corpus. In: PERNOLL, Martin L. (edit). Current: Obstetric and gynecology...7. ed. Philadelphia: Appleton & Lange, 1991. p. 732 - 45.
- 13 - RIBEIRO, Edgar da Rosa. Endometriose. In:— Ginecologia básica. São Paulo: Sarvier, 1981. p. 215 - 22.
- 14 - PSCHYREMBEL, W. Corpo uterino. In:— Ginecologia prática. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1975. p. 175 - 207.
- 15 - JEFFCOATE, Norman. Endometriose e estados afins. In:— Princípios de ginecologia. 4 ed. São Paulo: Manole, 1979. p. 433 - 50.
- 16 - NISHIDA, M. Relationship between the onset of dysmenorrhea and histologic findings in adenomyosis. Am. J. Obstet. Gynecol., v. 165, n. 1, p.229 -31, Jul. 1991.
- 17 - OJO, O. S., ONWUDIEGW, U., ODESANMI, W.O. Adenomyosis uteri in Ife, Nigéria. A - prospective clinicopathologic study. Trop. Geogr. Med.,

- v. 43, n. 1 - 2, p. 114 -6, Jan-Apr. 1991.
- 18 - MCCAUSLAND, A.M. Hysteroscopic myometrial biopsy: its use in diagnosing adenomyosis and its clinical application. Am. J. Obstet. Gynecol., v. 166, n. 6 pt 1, p. 1619 - 28, Jun. 1992.
- 19 - CHRYSOSTOMU, M., AKALESTOS, G., KALLISTROS, S. et al. Incidence of adenomyosis uteri in a greek population. Acta Obstet. Gynecol. Scand., v. 70, n. 6, p. 441 - 4, 1991.
- 20 - SAKAMOTO, A. Subserosal adenomyosis: a possible variant of pelvic endometriosis. Am. J. Obstet. Gynecol., v. 165, n. 1, p. 198 - 201. Jul. 1991.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1 - BERARDO, M. D., VALENTE, P. T., POWERS, C.N. Cytodiagnosis and comparison of none decidualized and decidualized endometriosis of the abdominal wall. A report of two cases. Acta Cytol., v. 36, n. 6, p. 957 - 62, Nov - Dez. 1992.
- 2 - FUJII, S. Secondary müllerian system and endometriosis. Am. J. Obstet. Gynecol., v. 165, n. 1. p. 219 - 25, Jul. 1991.
- 3 - HAYATA, T. Ultrastructural study of glandular epithelium in adenomyosis in comparison with those of proliferative endometrium and well-differentiated endometrial cancer. Am. J. Obstet. Gynecol., v. 165, n. 1, p. 225 - 8, Jul. 1991.
- 4 - ISHIKAWA, M., NAKATA, T., YAGINUMA, Y. et al. Expression of superoxide dismutase (SOD) in adenomyosis. Am.J. Obstet. Gynecol., v. 169, n. 3, p. 730 - 4, Sep. 1993.
- 5 - ISHIMARU, T., MASUZAKI, H. Peritoneal endometriosis: endometrial tissue implantation as its primary etiologic mechanism. Am.J. Obstet. Gynecol., v. 165, n. 1, p. 210 - 4, Jul. 1991.
- 6 - MANTHA, U. Audit in gynaecology. Br. J. Obstet. Gynaecol., v. 99, n. 12, p. 1029, Dec. 1992.

- 7 - MORI, T., SAKAMOTO, S., SINGTRIPPO, T. et al. Suppression of spontaneous development of uterine adenomyosis by a chinese herbal medicine, keishibukuyo-gan, in mice. Planta Med., v. 59, n. 4, p. 308 - 11, Aug. 1993.
- 8 - MORI, T., SINGTRIPPO, T. KAWASHIMA, S. Animal model of uterine adenomyosis: is prolactin a potent inducer of adenomyosis in mice? Am.J. Obstet. Gynecol., v. 165, n. 1, p. 232 - 4, Jul. 1991.
- 9 - OTA, H., MAKI, M., SHIDARA, Y., et al. Effects of danazol at the immunologic level in patients with adenomyosis, with special reference to autoantibodies: a multi-center cooperative study. Am.J. Obstet. Gynecol., v. 167, n. 2, p. 481 - 6, Aug. 1992.
- 10 - SINGTRIPPO, T., MORI, T. SAKAMOTO, S. et al. Suppression of the development of uterine adenomyosis by danazol treatment in mice. Life Sci, v. 51, n. 14, p. 1119 - 25, 1992.
- 11 - SUGIMURA, K., OKIZURA, H., IMAOKA, I. et al. Pelvic endometriosis: detection and diagnosis with chemical shift MR imaging. Radiology., v. 188, n. 2, p. 435 - 8, Aug. 1993.
- 12 - SUGINAMI, H. A reappraisal of the coelomic metaplasia theory by reviewing endometriosis occurring in unusual sites and instances. Am.J. Obstet. Gynecol., v. 165, n. 1, p. 214 - 8, Jul. 1991.
- 13 - UEKI, M. Histologic study of endometriosis and examination of lymphatic drainage in and from the uterus. Am. J. Obstet. Gynecol., v. 165, n. 1, p. 201 - 9, Jul. 1991.

- 14 - UGWUMADU, A. H., BOWER, D., HO, P. K. Tamoxifen induced adenomyosis and adenomyomatous endometrial polyp. Br. J. Obstet. Gynaecol., v. 100, n. 4, p. 386 - 8, Apr. 1993.
- 15 - YAMAMOTO, T., NOGUCHI, T., TAMURA, T. et. al. Evidence for estrogen synthesis in adenomyotic tissues. Am.J. Obstet. Gynecol., v. 169, n. 3, p. 734 - 8, Sep. 1993.

TCC
UFSC
TO
0004

N.Cham. TCC UFSC TO 0004
Autor: Wetzel, Patricia
Título: Análise de 36 casos de adenomios



972812273

Ac. 254150

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM