

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE 32A 201

FACULTAD DE MEDICINA

CORRELACION CLINICA, ULTRASONOGRAFICA E
HISTOPATOLOGICA DE LA MIOMATOSIS UTERINA,

TRABAJO DE INVESTIGACION
T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
QUE PRESENTA:

DR. JOSE I. CARLOS DAMIAN ZAMACONA

TESIS CON
FALLA DE CREDITO

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO.

- I.- RESUMEN.
- II.- INTRODUCCIÓN.
- III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.
- IV.- JUSTIFICACION.
- V.- HIPOTESIS.
- VI.- OBJETIVOS.
- VII.- METODOLOGIA.
- VIII.- CRITERIOS.
- IX.- PROCEDIMIENTO.
- X.- RESULTADOS.
- XI.- CONCLUSIONES.

RESUMEN.

CORRELACION CLINICA, ULTRASONOGRAFICA E HISTOPATOLOGICA DE LA MIOMATOSIS UTERINA.

UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, - S.S.

ESTE PROTOCOLO PRETENDE VALORAR LA CERTEZA DIAGNÓSTICA DE LA MIOMATOSIS UTERINA EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA DE ÉSTE HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, S.S., MEDIANTE - EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS PACIENTES QUE SE INTERVINIERON QUIRÚRGICAMENTE CON EL DIAGNÓSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL 1° DE ENERO AL 31 DE OCTUBRE DE 1988, PACIENTES QUE SE ESTUDIARON EN LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA, SE HOSPITALIZARON Y SE INTERVINIERON QUIRÚRGICAMENTE POR MÉDICOS DE BASE Y RESIDENTES DEL - SERVICIO DE GINECOLOGÍA.

SE TRATA DE VALORAR EL MARGEN DE ERROR CLÍNICO Y ULTRASONOGRÁFICO EN UNA DE LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN GINECOLOGÍA, - COMO LO ES LA MIOMATOSIS UTERINA; CORROBORÁNDOSE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y ULTRASONOGRÁFICO CON EL DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO FINAL, CON LO QUE SE TENDRÁN RESULTADOS DEMOSTRATIVOS -- PARA EL PROPÓSITO DEL PROTOCOLO.

SE ANALIZARON REPORTES FINALES DE CADA UNA DE LAS PACIENTES - INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE CON EL DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO DE MIOMATOSIS UTERINA DE LOS MESES DE ENERO A OCTUBRE DE 1988 REPORTES QUE SE REALIZARON PARA CONTROL POSTOPERATORIO DE LAS PACIENTES UNA VEZ QUE ERAN DADAS DE ALTA, ASIMISMO, SE ANALI-

ZARON LOS REPORTES ULTRASONOGRÁFICOS DE CADA UNA DE LAS PACIENTES, REPORTES QUE SE REQUIRIERON COMO ESTUDIO PREOPERATORIO EN TODAS LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA.

SE REVISARON Y ESTUDIARON CADA UNA DE LAS VARIABLES DEL PROTOCOLO COMO SON: EDAD DE LAS PACIENTES, NÚMERO DE EMBARAZOS DE CADA PACIENTE, DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO, CIRUGÍA PROGRAMADA CIRUGÍA REALIZADA, DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA, COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS, SANGRADO TRANSOPERATORIO, TIEMPO QUIRÚRGICO. LOGRÁNDOSE LOS RESULTADOS QUE NOS INTERESAN PARA TENER UN PARÁMETRO QUE NOS PERMITA LOGRAR SUPERARNOS, A MÉDICOS DE BASE Y RESIDENTES DE LA UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, S.S.

I.- INTRODUCCION.

ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS.

EN FEBRERO DE 1983, EN LA REVISTA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO, EL DR. VARGAS LÓPEZ Y COL., REPORTÓ UN ESTUDIO TITULADO: MIOMATOSIS UTERINA, ASPECTOS CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS; REALIZADO EN 151 PACIENTES. REPORTÓ, UNA FRECUENCIA MAYOR DE MIOMATOSIS UTERINA EN MUJERES ENTRE LOS 31 Y LOS 50 -- AÑOS DE EDAD. 65 PACIENTES TENÍAN SANGRADOS UTERINOS ANORMALES.

EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO SE ESTABLECIÓ EN EL 59.60% DE LAS PACIENTES; EN EL 20'53% DE LAS PACIENTES, EL DIAGNÓSTICO FUE - TRANSOPERATORIAMENTE, EL RESTO DE LOS DIAGNÓSTICOS FUERON RESULTADOS DE HISTOPATOLOGÍA. NO SE DETERMINAN INFORMES DE ULTRASONOGRAFÍA.

LLAMA LA ATENCIÓN QUE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO SOLO SE REALIZÓ EN EL 59.60% DE LAS PACIENTES. (20)

EN SEPTIEMBRE DE 1985, EN LA MISMA REVISTA DE GINECOLOGÍA Y - OBSTETRICIA DE MÉXICO, EL DR. ROSALES ESTRADA Y COL., REPORTA UNA CORRELACIÓN CLÍNICA, ULTRASONOGRÁFICA E HISTOPATOLÓGICA - EN GINECOLOGÍA, ESTUDIANDO A 50 PACIENTES; REALIZÓ DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE MIOMATOSIS UTERINA EN 37 CASOS, DIAGNÓSTICO ULTRASONOGRÁFICO EN 35 CASOS.

EL DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DEFINITIVO REPORTÓ MIOMATOSIS UTERINA EN 28 CASOS.

SE OBSERVA UN MARGEN DE ERROR TANTO PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

CO COMO PARA EL ULTRASONOGRÁFICO (15).

EN LA REVISTA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, S.S., VOL. 50, NO. 2, ABRIL-MAYO-JUNIO DE 1987, EL DR. VALLE GAY Y COL., EN UN ESTUDIO DE 360 HISTERECTOMÍAS, ENCONTRÓ COMO PRINCIPAL CAUSA DE HISTERECTOMÍA A LA MIOMATOSIS UTERINA, 245 CASOS. REPORTA ERRORES DE DIAGNÓSTICO EN 64 CASOS, 17.7% NO SE MENCIONAN REPORTES ULTRASONOGRÁFICOS EN ÉSTE ESTUDIO (19).

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

CORRELACION CLINICA ULTRASONOGRAFICA E HISTOPATOLOGICA DE LA MIOMATOSIS UTERINA.

MIOMATOSIS UTERINA.

EL TUMOR MÁS COMÚN EN LA MUJER, ES EL MIOMA UTERINO, LA ACOMPAÑA PROBABLEMENTE DESDE SUS ORIGENES PREHISTÓRICOS, EN 1983 EN NUEVA ZELANDA, SE DESCUBRIÓ UN GRUPO DE ESQUELETOS HUMANOS DE 5,000 AÑOS DE ANTIGÜEDAD, ENTRE LOS CUALES SE ENCONTRABA UNA MASA DE 5,6 X 5,2 X 4,5 CM. DE DIÁMETRO QUE CORRESPONDIÓ A UN MIOMA UTERINO (9). SE ESTIMA QUE EL 20% DE LA TOTALIDAD DE LAS MUJERES QUE PASAN DE LOS 30 AÑOS LLEGAN A PRESENTAR ÉSTA PATOLOGÍA (7). LA FRECUENCIA DE LOS MIOMAS ES MUCHO MAYOR EN LA RAZA NEGRA QUE EN LA BLANCA. SE OBSERVA CON MAYOR FRECUENCIA ENTRE LOS 30 A LOS 45 AÑOS DE EDAD (14). DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA NO SUELEN APARECER NUEVOS TUMORES Y LOS YA EXISTENTES DISMINUYEN DE TAMAÑO, AUNQUE NO DESAPARECEN. EN AGOSTO DE 1983, APARECE UN ARTÍCULO EN LA REVISTA - OBSTETRICS AND GYNECOLOGY REPORTÁNDOSE QUE DE 649 000 HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN 1980, UNA DE LAS PRIMERAS CAUSAS ESTABA DADA POR LA MIOMATOSIS UTERINA (6).

CON FRECUENCIA SE LLAMA A LOS MIOMAS UTERINOS "TUMORES FIBROIDES", PERO ESTE TÉRMINO ES INCORRECTO, YA QUE SON TUMORES DE ORIGEN MUSCULAR Y NO DERIVAN DE TEJIDO FIBROSO. LA NOMENCLATURA MÁS APROPIADA SERÍA LA DE LLAMARLOS LIOMIOMAS, POR QUE SE DERIVAN DE MÚSCULO LISO (7).

LOS MIOMAS UTERINOS PUEDEN SER ÚNICOS O MÚLTIPLES, SU TAMAÑO PUEDE SER MICROSCÓPICO O PUEDEN LLEGAR A ALCANZAR GRANDES DI-

MENSIONES, SU ESTRUCTURA ES DENSA, SE ENCUENTRAN BIEN ENCAPSULADOS Y FORMAN NÓDULOS PEQUEÑOS O GRANDES QUE PUEDEN SEPARARSE DE LA PARED MUSCULAR DEL ÚTERO. AL CORTAR UNO DE ESTOS TUMORES SU SUPERFICIE PRESENTA COLOR BLANQUESINO BRILLANTE Y UNA ESTRUCTURA TRABECULAR EN FORMA DE ESPIRAS. PUEDEN LOCALIZARSE EN EL CUELLO DEL ÚTERO O BIÉN EN EL CUERPO, SIENDO ÉSTA ÚLTIMA MODALIDAD LA MÁS COMÚN. TOMANDO COMO BASE LA POSICIÓN QUE PUEDEN OCUPAR LOS MIOMAS EN LAS DISTINTAS CAPAS QUE FORMAN LA PARED UTERINA, SE DIVIDEN EN 3 GRUPOS; SUBMUCOSOS, CONSTITUYEN EL 5% DE LA TOTALIDAD DE LOS MIOMAS, SE DESARROLLAN INMEDIATAMENTE POR DEBAJO DEL MIOMETRIO, SON LOS MÁS PROPENSOS A PRODUCIR SANGRADOS UTERINOS ANORMALES. MIOMAS INTERSTICIALES O INTRAMURALES, SE ENCUENTRAN LOCALIZADOS EN LA PARED MUSCULAR DEL ÚTERO, CUANDO SON DE GRAN TAMAÑO O MÚLTIPLES, DAN LUGAR A GRAN AUMENTO DE VOLUMEN DEL ÚTERO AL CUAL IMPRIMEN UN CONTORNO Y CONSISTENCIA MODULAR. LOS TUMORES SUBSEROSOS, POR LO GENERAL ÉSTOS TUMORES SE LOCALIZAN ENTRE LOS REPLIEGUES DEL LIGAMENTO ANCHO LLAMÁNDOSELES INTRALIGAMENTARIOS, CREANDO PROBLEMAS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. EN OCASIONES, EL TUMOR RECIBE CADA VEZ MAYOR CANTIDAD DE SANGRE DE LOS VASOS EPIPLOICOS Y MENOR CANTIDAD DE LOS VASOS UTERINOS SEPARÁNDOSE EL TUMOR DEL ÚTERO COMPLETAMENTE, DANDO LUGAR A UN MIOMA PARÁSITO, LOS CUALES SON RAROS PERO CUANDO SE PRESENTAN REPRESENTAN COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS (13). VARGAS L Y COL., ENCONTRARON QUE EN 151 PACIENTES CON ÚTEROS MIOMATOSOS, EN 45 CASOS LA LOCALIZACIÓN FUE INTRAMURALES, LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE EN SU ESTUDIO (20).

LA IMAGEN HISTOLÓGICA CARACTERÍSTICA DEL MIOMA CONSISTE EN CÉLULAS MUSCULARES LISAS FUSIFORMES SEPARADAS POR UNA CANTIDAD

MAYOR O MENOR DE TEJIDO CONECTIVO Y USUALMENTE BIEN VASCULARIZADAS, FRECUENTEMENTE SE LLEGAN A ENCONTRAR CÉLULAS CEBADAS EN EL MIOMETRIO DEL ÚTERO MIOMATOSO.

LOS MIOMAS NO POSEEN CÁPSULA DEFINIDA, PERO A MENUDO SE ENCUENTRAN PERFECTAMENTE LIMITADOS DE LA MUSCULATURA UTERINA QUE LOS RODEA, POR UNA FALSA CÁPSULA DE TEJIDO AREOLAR ESCASO.

EN CUANTO A LA ETIOLOGÍA, LA MAYOR PARTE DE LOS INVESTIGADORES ACEPTAN LA OPINIÓN DE QUE LOS MIOMAS SE ORIGINAN DE ELEMENTOS MUSCULARES INMADUROS. LOS DATOS ACERCA DE UN POSIBLE PAPEL DE LAS HORMONAS OVÁRICAS EN LA ETIOLOGÍA DEL MIOMA, NO SON COMPLETAMENTE CONVINCENTES, SIN EMBARGO, SE ACEPTA QUE EL CRECIMIENTO DEL MIOMA DEPENDE DE ESTÍMULOS ESTROGÉNICOS. LA CONDICIÓN ABSOLUTA PARA QUE UN MIOMA SEA DEPENDIENTE DE ESTRÓGENOS, ES QUE EXISTA TANTO RECEPTORES ESTROGÉNICOS EN EL CITOSOL CELULAR COMO ACEPTORES NUCLEARES EN LA FIBRA MUSCULAR (21).

EN CUANTO A LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, LOS MIOMAS UTERINOS PUEDEN SER ASINTOMÁTICOS, PUEDEN MANIFESTARSE SOLO COMO UNA TUMORACIÓN PALPABLE, SIN EMBARGO, EL SANGRADO UTERINO ANORMAL ES EL PRINCIPAL SÍNTOMA QUE CARACTERIZA A LA MIOMATOSIS UTERINA,, SIEMPRE DEBE ESTAR EL CLÍNICO ALERTA A UNA LESIÓN CONCOMITANTE COMO POR EJEMPLO UN ADEHOCARCINOMA DE ENDOMETRIO, UN PÓLIPO O UN FACTOR FUNCIONAL, YA QUE LOS MIOMAS SUELEN ACOMPAÑARSE DE HIPERPLASIA ENDOMETRIAL (20).

SE DISCUTE EL MECANISMO MEDIANTE EL CUAL LOS MIOMAS PRODUCEN HEMORRAGIA, LA CAVIDAD UTERINA ESTÁ NOTABLEMENTE EXPANDIDA POR LOS TUMORES, ESTE EFECTO PRODUCE UNA SUPERFICIE ENDOME--

TRIAL MUY AMPLIA QUE PUEDE SER CAUSA DE SANGRADO UTERINO -- ANORMAL. ALGUNOS AUTORES SUGIEREN QUE LA CONGESTIÓN VENOSA DEL ENDOMETRIO DEPENDE DE MIOMAS INTRAMURALES, SIN EMBARGO, ES PELIGROSO SUPONER QUE TODA HEMORRAGIA ANORMAL ES CAUSADA POR MIOMATOSIS UTERINA, POR LO QUE SE DEBE ESTUDIAR ADECUADAMENTE A TODA PACIENTE MEDIANTE TOMAS DE BIOPSIAS DE ENDOMETRIO.

EL DOLOR NO ES UN SÍNTOMA CARACTERÍSTICO DEL MIOMA, A PESAR DE QUE CASI SIEMPRE SE ENCUENTRA PRESENTE, HAY QUE DESCARTAR SIEMPRE UNA PROBABLE ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA O EN -- UNA ENDOMETRIOSIS CONCOMITANTE CON MIOMATOSIS. LA APARICIÓN DE DOLOR SE DEBE POR LO GENERAL A TRASTORNOS CIRCULATORIOS, UNIDOS PROBABLEMENTE A PROCESOS NECRÓTICOS LOCALES. PUEDE -- PENSARSE EN TORSIÓN DE UN MIOMA PEDICULADO O PUEDE ESTAR OCASIONADO POR COMPRESIÓN SOBRE TRONCOS NERVIOSOS CON IRRADIACIÓN DEL DOLOR A LA ESPALDA Y A LAS EXTREMIDADES INFERIORES. OTRA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE MIOMATOSIS, ES EL EFECTO DE -- COMPRESIÓN SOBRE LA VEJIGA, PRODUCIENDO IRRITABILIDAD VESICAL, POLIURIA Y DISURIA, PUEDE LLEGAR A PRODUCIRSE HIDROURETER, EN OCASIONES PUEDE PRODUCIRSE EFECTOS DE COMPRESIÓN INTESTINAL CON ESTREÑIMIENTO Y DOLOR AL DEFECAR. EN CASO DE -- TUMORACIONES MUY GRANDES PUEDE MANIFESTARSE EDEMA DE MIEM--BROS INFERIORES POR COMPRESIÓN DE LA VENA CAVA Y VENAS ILIACAS. COMO SÍNTOMAS SECUNDARIOS PUEDE HABER: ANEMIA, POR SAJGRADOS UTERINOS ANORMALES, ASTENIA, ADINAMIA, CEFALÉA. EN CUANTO A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, PUEDE ESTABLECERSE UN -- DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN AL PALPARSE A TRAVÉS DE LA PARED - ABDOMINAL UNA O VARIAS TUMORACIONES DE CONSISTENCIA DURA, DE

2 CONTORNOS NODULARES E IRREGULARES MÓVILES Y GENERALMENTE NO -
DOLOROSOS, PUEDE ENCONTRARSE CRECIMIENTO UTERINO E IRREGULA-
RES EN SUS PAREDES CUANDO SE EFECTÚA EXPLORACIÓN VAGINAL.

ACTUALMENTE SE CUENTA CON EL ULTRASONIDO COMO AUXILIAR PARA
EL DIAGNÓSTICO DE LA MIOMATOSIS UTERINA, CONSIDERANDO QUE EL
VALOR INTRÍNSECO DEL ULTRASONIDO DEPENDE DE LOS SIGUIENTES -
FACTORES: EXPERIENCIA DEL CLÍNICO Y DEL ULTRASONOGRAFISTA,
CARACTERÍSTICAS INTRÍNSECAS DE LA PATOLOGÍA A ESTUDIAR, DEFI-
NICIÓN, TIPO Y MODO DE CADA APARATO DE ULTRASONIDO, UBICA-
CIÓN ANATÓMICA Y CARACTERÍSTICAS TISULARES DE LOS ÓRGANOS A
OBSERVAR. LA OBSERVACIÓN ULTRASONOGRAFICA EN GINECOLOGÍA, -
REVISTE MAYOR DIFICULTAD, DEBIDO A LA UBICACIÓN DE LOS ÓRGA-
NOS GENITALES Y A LA LIMITACIÓN QUE IMPLICA NO TENER UNA ZO-
NA DE IMPEDANCIA ACÚSTICA CONTRASTABLE EN LA PÉLVIS. EN LA
MAYORÍA DE LOS ESTUDIOS PRESENTES EN LA LITERATURA EL PORCEN-
TAJE DE ACIERTOS DIAGNÓSTICOS ULTRASONOGRÁFICAMENTE DE MIOMA-
TOSIS UTERINA ES DE UN 82% PROMEDIO. LAS GRANDES TUMORACIO-
NES SON MÁS FÁCILMENTE DETECTABLES, NO ASÍ LAS PEQUEÑAS TUMO-
RACIONES QUE PUEDEN SER CONFUNDIDAS POR SUS CARACTERÍSTICAS
DE DENSIDAD ULTRASONOGRÁFICAS CON OTROS PROCESOS COMO: PLA-
CAS DE ATEROMA, CRECIMIENTO FOLICULAR NORMAL O ANORMAL, PRO-
CESOS ANEXIALES INFLAMATORIOS ANEXIALES. NO ES POSIBLE DIFE-
RENCIAR ECOGRÁFICAMENTE MIOMAS DE TUMORES MALIGNOS DEL TIPO
DEL CARCINOMA DEL CUERPO UTERINO, O EN UNA MUJER POSTMENOPÁU-
SICA, UN AUMENTO DE ECOS EN LA LÍNEA MEDIA Y EN EL INTERIOR
DEL ÚTERO PUEDE SER UN SIGNO DE NEOPLASIA ENDOMETRIAL (17),
ACTUALMENTE SE CUENTA CON LA RESONANCIA MAGNÉTICA CUANDO EL
ULTRASONIDO NO ES CONCLUYENTE EN ESTUDIOS PÉLVICOS (1).

EL HECHO DE QUE UNA MUJER CON MIOMAS UTERINOS TENGA SANGRADO ANORMAL NO DEMUESTRA QUE EL MIOMA SEA LA CAUSA DEL SANGRADO, LA HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL PUEDE DEPENDER DE CAUSAS TOTALMENTE DIFERENTES, A VECES DE PROCESOS MALIGNOS, POR LO QUE OTRO ESTUDIO IMPORTANTE EN ÉSTAS PACIENTES ES LA TOMA DE -- BIOPSIAS DE ENDOMETRIO Y SU ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO.

EN CUANTO AL TRATAMIENTO DE LA MIOMATOSIS UTERINA, NO TODOS LOS MIOMAS REQUIEREN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, EN OCASIONES PA-CIENTES QUE LLEGAN A LA MANOPAUSIA DEJAN DE TENER MANIFESTACIONES CLÍNICAS, MUCHAS VECES LOS MIOMAS INVOLUCIONAN, ASÍ - PUES EN LA MUJER PERIMENOPÁUSICA SE RECOMIENDA VIGILANCIA PE-RIÓDICA CUANDO LA SINTOMATOLOGÍA ES LIGERA. EN TODOS LOS CA-SOS SE DEBEN CONSIDERAR PARA EL TRATAMIENTO, FACTORES COMO - EDAD DE LAS PACIENTES, DESEO DE EMBARAZO, SINTOMATOLOGÍA PRE-SENTE.

LA MIOMECTOMÍA SE EFECTÚA EN LOS CASOS EN LOS CUALES SE RE-- QUIERE CONSERVAR LA CAPACIDAD REPRODUCTORA, Y EN LOS CUALES TANTO LA SINTOMATOLOGÍA COMO EL DAÑO AL ÚTERO ASÍ LO PERMI-- TAN, EN PRESENCIA DE MÚLTIPLES TUMORACIONES O GRANDES MIOMAS SON POCAS LAS POSIBILIDADES QUE TIENE LA MUJER DE QUEDAR EMBARAZADA, Y SON MUCHAS LAS POSIBILIDADES DE ABORTO EN ESTOS CA-SOS LA HISTERECTOMÍA ES EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MÁS SENSATO CON LA CONSERVACIÓN DE UNO O DE LOS DOS OVARIOS EN MUJERES JÓVENES PARA EVITAR LA APARICIÓN DE UNA MENOPAUSIA TEMPRANA. HECHA UNA SEMBLANZA DE LA MIOMATOSIS UTERINA NO QUEDA AGRE-- GAR QUE EL PRESENTE ESTUDIO TRATA DE LLEVAR UNA CORRELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO, EL REPORTE ULTRASONOGRÁFICO Y EL REPORTE HISTOPATOLÓGICO FINAL, CON EL PROPÓSITO DE ANALI-

ZAR EL RANGO DE CERTEZA DIAGNÓSTICA QUE SE ESTÁ TENIENDO EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE MIOMATOSIS UTERINA; SE PRETENDE ANALIZAR LA CALIDAD CLÍNICA QUE SE ESTÁ REALIZANDO EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA DE ESTE HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, S.S., ANALIZANDO PARTICULARMENTE A UN PADECIMIENTO FRECUENTE COMO LO ES LA MIOMATOSIS UTERINA. EL RESULTADO -- HISTOPATOLÓGICO FINAL DE LAS PIEZAS QUIRÚRGICAS ETIQUETADAS COMO ÚTEROS MIOMATOSOS, DEMOSTRARÁ CLARAMENTE LA CALIDAD CLÍNICA Y LA CALIDAD ULTRASONOGRÁFICA QUE TENEMOS EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA, PARA CON LAS PACIENTES QUE EN ELLA SE ATIENDEN.

III.- JUSTIFICACION.

EL PRESENTE ESTUDIO SE REALIZÓ PARA CONOCER LA CERTEZA EN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA MIOMATOSIS UTERINA EN LA UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, S.S.

SE TOMAN EN CUENTA, PARA TAL EVALUACIÓN, FACTORES COMO: EDAD DE LAS PACIENTES, NÚMERO DE EMBARAZOS DE CADA PACIENTE, DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO, DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO, CIRUGÍA PROGRAMADA, CIRUGÍA EFECTUADA, COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS, SANGRADO TRANSOPERATORIO, TIEMPO QUIRÚRGICO, DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA. POR MEDIO DE ÉSTE ESTUDIO SE PODRÁN TOMAR MEDIDAS ADECUADAS PARA MEJORAR ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS Y MEJORAR LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA DE LAS PACIENTES QUE SE INTERVIENEN QUIRÚRGICAMENTE EN LA UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA.

ES POR ÉSTA RAZÓN, UN ESTUDIO DIDÁCTICO ÚTIL PARA EL PERSONAL MÉDICO QUE LABORA EN ÉSTA UNIDAD.

SE TRATA ADEMÁS DE DEMOSTRAR QUE LA CLÍNICA SIGUE SIENDO EL PRINCIPAL ELEMENTO EN EL DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER PADECIMIENTO, ENFOCÁNDOSE PARTICULARMENTE ÉSTE ESTUDIO A LA MIOMATOSIS UTERINA, QUE ES UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE CIRUGÍA EN CUALQUIER HOSPITAL QUE MANEJA PACIENTES GINECOLÓGICAS.

SE TRATA DE UN ESTUDIO RETROSPECTIVO QUE SE BASA EN REPORTES HISTOPATOLÓGICOS DEFINITIVOS DE LAS PIEZAS QUIRÚRGICAS, POR TAL MOTIVO ES UN ESTUDIO DEMOSTRATIVO DE LOS PARÁMETROS QUE SE DESEARON CONOCER.

IV.- HIPOTESIS.

SI LA CLÍNICA ES EL PRINCIPAL ELEMENTO EN EL DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, PRINCIPAL ELEMENTO PARA PROPONER EL MEJOR TRATAMIENTO A EFECTUAR, PRINCIPAL FACTOR PARA PREEVER EL PRONÓSTICO A ESPERAR DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO EFECTUADO, - DEBE SER POR LOS ANTERIORES MOTIVOS, EL ELEMENTO MÁS IMPORTANTE PARA EL DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER PADECIMIENTO EN GINECOOBSTETRICIA.

V.- OBJETIVOS.

CONOCER LA CERTEZA DIAGNÓSTICA CON RESPECTO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN LAS PACIENTES DE LA UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA - DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, S.S.

TENER UN PARÁMETRO PARA BUSCAR LA SUPERACIÓN EN EL MANEJO DE LAS PACIENTES EN LA UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, S.S.

DEMOSTRAR LA IMPORTANCIA DE LA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA MIOMATOSIS UTERINA, PADECIMIENTO FRECUENTE EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA DE CUALQUIER CENTRO HOSPITALARIO QUE MANEJE - PACIENTES GINECOLÓGICAS.

CONOCER QUE TANTO SE DEJA INFLUENCIAR EL CLÍNICO POR LOS EXÁMENES DE GABINETE, LOS CUALES NO SIEMPRE SON DETERMINANTES - PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA MIOMATOSIS UTERINA, PARTICULARMEN-

TE SE ANALIZA AL ULTRASONIDO PÉLVICO.

VI.- METODOLOGIA.

1. - POBLACION Y MUESTRA.

SE REVISARON Y ESTUDIARON LAS HOJAS DE RESUMEN DE ALTA DE TODAS LAS PACIENTES EN LAS QUE SE DIAGNOSTICÓ MIOMATOSIS UTERINA, QUE FUERON HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y QUE SE LES REALIZÓ TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (HISTERECTOMÍA), PARA RESOLUCIÓN DE SU PADECIMIENTO, DEL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 10. DE ENERO AL 31 DE OCTUBRE DE 1988.

2.- CRITERIO.

A.- INCLUSION. TODAS LAS PACIENTES CON MANIFESTACIONES DE SANGRADOS UTERINOS ANORMALES, CRECIMIENTO UTERINO URREGULAR MÓVIL Y GENERALMENTE NO DOLOROSO EN LAS QUE SE DIAGNOSTICA CLÍNICAMENTE MIOMATOSIS UTERINA.

PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ULTRASONOGRÁFICO DE MIOMATOSIS UTERINA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL PADECIMIENTO.

B.- EXCLUSION. PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SANGRADO -- UTERINO DISFUNCIONAL, PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA CON SOSPECHA O DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE CARCINOMA AGREGADA: CARCINOMA DE ENDOMETRIO, CARCINOMA CERVICO UTERINO, CARCINOMA DE OVARIO.

PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA ASINTOMÁTICA--

CAS.

PACIENTES EN LAS QUE POR PADECIMIENTOS CONCOMITANTES SE CONTRAINDICA LA CIRUGÍA; CARDIÓPATAS, NEFRÓPATAS, DIABÉTICAS NO CONTROLADAS, PADECIMIENTOS NEUROLÓGICOS O HEPÁTICOS, ETC.

PROCEDIMIENTO.

SE RECOLECTARON LOS DATOS DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO, ANALIZANDO LAS HOJAS DE ALTA DE LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS EN LA UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, S.S., DEL PERÍODO COMPRENDIDO DEL 10. DE ENERO AL 31 DE OCTUBRE DE 1988, EN LAS CUALES SE REALIZÓ ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA RESOLUCIÓN DE SU PROBLEMAS (MIOMATOSIS UTERINA). SE LLEVÓ A CABO SU ESTUDIO MEDIANTE RECUESTO POR CÓMPUTO ELECTRÓNICO, PRESENTANDO LOS RESULTADOS EN TABLAS Y GRÁFICAS DE ACUERDO A LA VARIABLE EN TURNO. SE LLEVA A CABO LA PRESENTACIÓN DE UNA DISCUSIÓN Y DE LAS CONCLUSIONES LOGRADAS EN EL ESTUDIO.

RESULTADOS.

SE REVISARON Y ANALIZARON LAS HOJAS DE RESUMEN DE ALTA DE -- LAS PACIENTES INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE EN LA UNIDAD DE - GINECOOBSTETRICIA DE ESTE HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL 10. DE ENERO AL 31 DE OCTUBRE DE -- 1988, OBTENIÉNDOSE LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

SE INTERVINIERON QUIRÚRGICAMENTE UN TOTAL DE 286 PACIENTES, CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS PREOPERATORIOS: MIOMATOSIS UTERINA, 139 PACIENTES; CISTO/RECTOCELE CON INCONTINENCIA UTERINARIA DE ESFUERZO, 89 PACIENTES; TUMORES DE -- OVARIO, 18 PACIENTES; PROLAPSO UTERINO TOTAL, 17 PACIENTES; ADENOMIOSIS, 6 PACIENTES; HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO, 5 PA-- CIENTES; OTB VAGINAL, 3 PACIENTES; DISPLASIA SEVERA, 2 PA-- CIENTES; PÓLIPO ENDOCERVICAL, 2 PACIENTES; EMBARAZO ECTÓPICO ORGANIZADO, 1 PACIENTE; QUISTE DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN, 1 - PACIENTE; SANGRADO UTERINO ANORMAL, 1 PACIENTE; HEMATOCOLPO/ HEMATOMETRA, 1 PACIENTE; GRANULOMA ABDOMINAL, 1 PACIENTE, - (TABLA 1).

CONSIDERANDO ESPECÍFICAMENTE A LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTI-- CO CLÍNICO Y/O ULTRASONOGRÁFICO DE MIOMATOSIS UTERINA, SE OB-- SERVARON LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

SE INTERVINIERON QUIRÚRGICAMENTE A 139 PACIENTES CON DIAGNÓ-- TICO CLÍNICO DE MIOMATOSIS UTERINA. ULTRASONIDO CORROBORÓ - EL DIAGNÓSTICO EN 134 PACIENTES Y EN LAS 5 RESTANTES, NEGÓ - EL DIAGNÓSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA.

A LAS 139 PACIENTES SE LES REALIZÓ HISTERECTOMÍA TOTAL ABDO-- MINAL, SE ENVIARON LAS PIEZAS QUIRÚRGICAS A PATOLOGÍA PARA -

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO. PATOLOGÍA, REPORTÓ 73 DIAGNÓSTICOS DE MIOMATOSIS UTERINA Y REPORTÓ OTROS DIAGNÓSTICOS EN LAS 66 PIEZAS QUIRÚRGICAS RESTANTES. REPORTÓ: 28 CASOS DE CERVICITIS INESPECÍFICA; 7 CASOS DE ADENOMIOSIS; 6 CASOS DE METAPLASIA EPIDERMÓIDE; 6 CASOS DE INFECCIÓN DE VIRUS DEL PA PILOMA HUMANO; 6 TUMORES DE OVARIO, 5 PÓLIPOS ENDOMETRIALES; 2 CASOS LOS REPORTÓ COMO ÚTEROS NORMALES Y REPORTÓ UN CASO - DE CÁNCER CERVICO/UTERINO. (TABLA II).

EN LAS 139 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA - SE ENCONTRÓ COMO EDAD MÁS TEMPRANA: 25 AÑOS. COMO EDAD MÁS TARDÍA: 7 AÑOS. COMO EDAD PROMEDIO SE DETERMINÓ: 42,35 AÑOS (TABLA III).

EN EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS 139 PACIENTES SE ENCONTRARON LOS SIGUIENTES GRUPOS DE EDAD:

EN EL GRUPO DE 20 A 30 AÑOS, SE ENCONTRARON 5 PACIENTES. EN EL DE 31 A 40 AÑOS, 48 PACIENTES. EN EL DE 41 A 50 AÑOS, 76 PACIENTES. POR ÚLTIMO, EN EL DE 51 AÑOS Y MÁS, SE ENCONTRARON 10 PACIENTES. (TABLA IV).

SE ANALIZÓ EL NÚMERO DE EMBARAZOS DE CADA UNA DE LAS 139 PACIENTES, ENCONTRANDO LOS SIGUIENTES GRUPOS: 16 PACIENTES CON 0 EMBARAZOS; 15 PACIENTES CON 1 Ó 2 EMBARAZOS; 41 PACIENTES, CON 3 Ó 4 EMBARAZOS; 67 PACIENTES CON 5 Ó MÁS EMBARAZOS. (TABLA V).

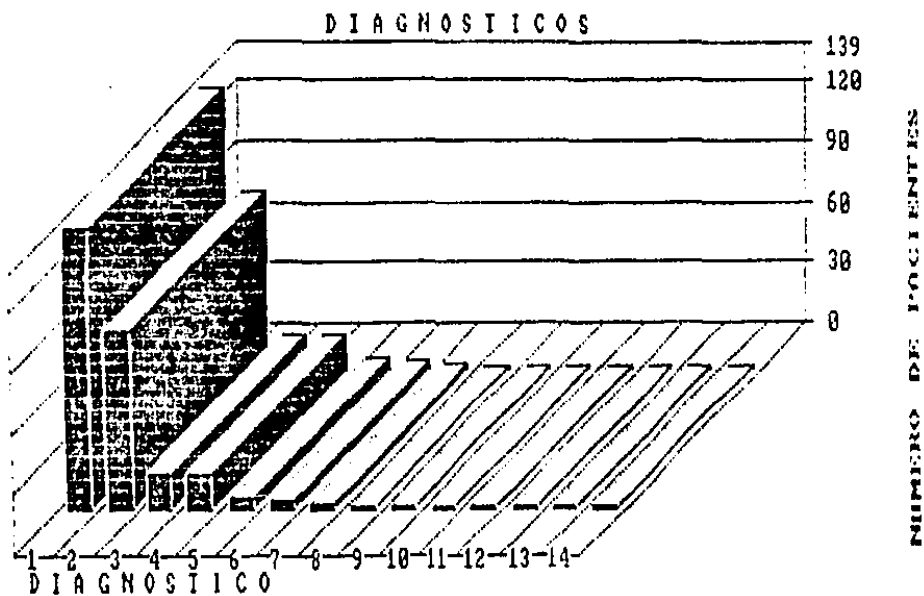
T A B L A I

DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS.

TOTAL DE PACIENTES INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE DEL 10. DE ENERO AL 31 DE OCTUBRE DE 1988, UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA, HGM.

1.- MIOMATOSIS UTERINA	139 pacientes	48.60%
2.- CISTO/RECTOCELE CON IUE	89 "	31.11%
3.- TUMORES DE OVARIO	18 "	6.29%
4.- PROLAPSO UTERINO TOTAL	17 "	5.94%
5.- ADENOMIOSIS	6 "	2.09%
6.- HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO	5 "	1.74%
7.- OTB VAGINAL	3 "	1.04%
8.- DISPLASIA SEVERA	2 "	0.69%
9.- POLIPO ENDOCERVICAL	2 "	0.69%
10.- EMBARAZO ECTOPICO ORGANIZADO	1 "	0.34%
11.- QUISTE DE GLANDULA DE BARTHOLIN	1 "	0.34%
12.- SANGRADO UTERINO ANORMAL	1 "	0.34%
13.- HEMATOCOLPOS/HEMATOMETRA	1 "	0.34%
14.- GRANULOMA ABDOMINAL	1 "	0.34%

TOTAL: 286 pacientes 100.0%



DIAGNOSTICOS CLINICOS

- 1 MIOMATOSIS UTERINA - 139 PACIENTES
- 2 CISTO-RECTOCLEL. IUE - 80 PACIENTES
- 3 TUMORES DE OVARIO - 18 PACIENTES
- 4 FLECLAPSO UTERINO TOTAL - 17 PACIENTES
- 5 ASEMOMIOSIS - 8 PACIENTES
- 6 HIPERPLASIA DE ENOMETRIO - 5 PACIENTES
- 7 DTA VAGINAL - 3 PACIENTES
- 8 DISPLASIA SEVERA - 2 PACIENTES
- 9 POLIPO ENDOCERVICAL - 2 PACIENTES
- 10 EPS. ECTOPICO ORGANIZADO - 1 PACIENTE
- 11 QUISTE DE GLAND. DE BARTHOLIN - 1 PACIENTE
- 12 SANGRADO UTERINO ANORMAL - 1 PACIENTE
- 13 HEMATOCOLPOS/HEMATOMETRA - 1 PACIENTE
- 14 GRANULOMA ABRIGINAL - 1 PACIENTE

T A B L A I I

RESULTADOS DE ESTUDIOS HISTOPATOLÓGICOS EN LAS 139 PIEZAS --
QUIRÚRGICAS ETIQUETADAS COMO MIOMATOSIS UTERINA.

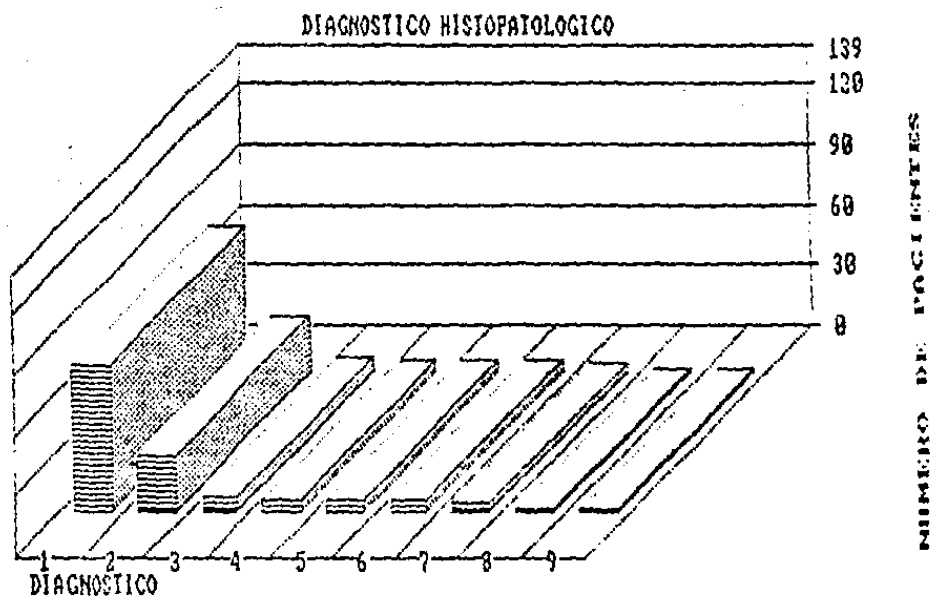
1.- MIOMATOSIS UTERINA	73 Diagnósticos	52.51%
2.- CERVICITIS INESPECIFICA	28 "	20.14%
3.- ADENOMIOSIS	7 "	5.03%
4.- METAPLASIA EPIDERMOIDE	6 "	4.31%
5.- INFECCION DEL VPH	6 "	4.31%
6.- TUMORES DE OVARIO	6 "	4.31%
7.- POLIPOS ENDOMETRIALES	5 "	3.59%
8.- UTEROS NORMALES	2 "	1.43%
9.- CANCER CERVICO/UTERINO	1 "	0.71%
TOTAL:		139 Diagnósticos 100.00%

T A B L A I I I

EDAD DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO DE MIOMATOSIS UTERINA.

EDAD MAS TEMPRANA	22 años.
EDAD MAS TARDIA	77 años.
EDAD PROMEDIO	42.35 años

Desviación Estandar	6.97	Varianza	48.71 años
---------------------	------	----------	------------



DIAGNOSTICOS HISTOPATOLOGICOS

- 1 HIDRATOSIS UTERINA - 73 CASOS
- 2 CERVICITIS/ENDOCERVICITIS CRONICA INERP. - 26 CASOS
- 3 ADENOMIOSIS - 7 CASOS
- 4 METAPLASIA EPITELIOIDE - 8 CASOS
- 5 INFECCION POR VPH - 8 CASOS
- 6 TUMORES DE QUARTO - 8 CASOS
- 7 POLIPO ENDOMETRIAL - 8 CASOS
- 8 UTERO NORMAL - 2 CASOS
- 9 CANCER CERVICID/UTERINO IN SITU - 1 CASO

T A B L A I V

EDAD DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO DE MIOMATOSIS UTERINA. GRUPOS DE EDAD.

De 20 a 30 años	5 pacientes	3.59%
De 31 a 40 años	48 pacientes	34.53%
De 41 a 50 años	76 pacientes	53.95%
De 51 y + años	10 pacientes	7.19%

TOTAL: 139 pacientes 100 %

T A B L A V

NÚMERO DE EMBARAZOS EN LAS 139 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO DE MIOMATOSIS UTERINA.

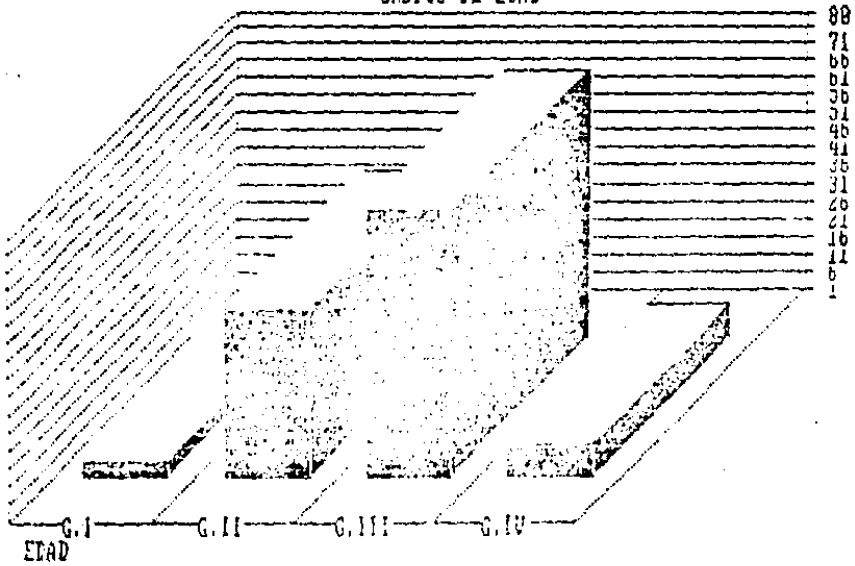
0 Embarazos	16 pacientes	11.51%
1 ó 2 Embarazos	15 pacientes	10.79%
3 ó 4 Embarazos	41 pacientes	29.49%
5 ó + Embarazos	57 pacientes	48.20%

TOTAL: 139 pacientes 100 %

Desviación Estandar 3.18 Varianza 10.15 Embarazos

Promedio: 4.70 Embarazos

GRUPOS DE EDAD

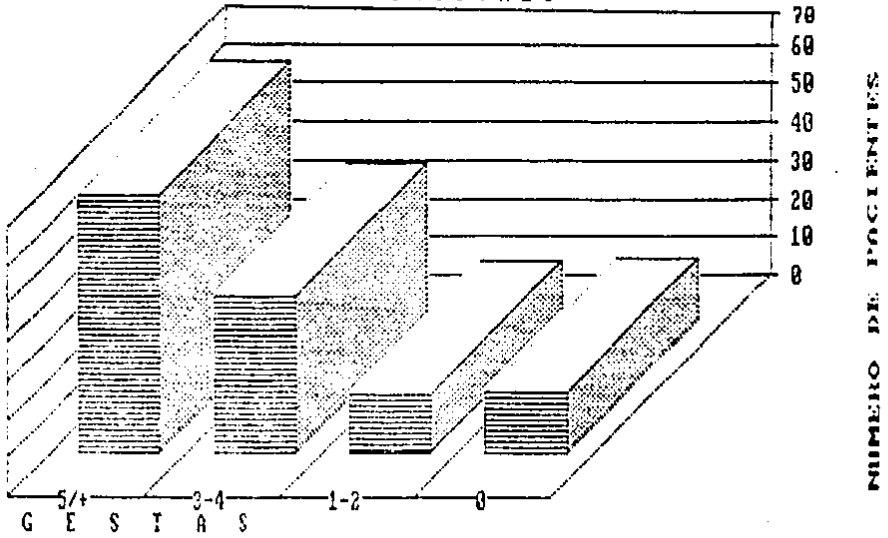


CONSUMO

GRUPO I : 1 - 10 AÑOS
 GRUPO II : 11 - 20 AÑOS
 GRUPO III : 21 - 30 AÑOS
 GRUPO IV : 31 - 40 AÑOS

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

GESTACIONES



GESTAS 5/+ 67 PACIENTES
GESTAS 3/4 43 PACIENTES
GESTAS 1/2 15 PACIENTES
GESTAS 0 16 PACIENTES

ANALIZANDO LOS DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA, SE ENCONTRARON LOS SIGUIENTES DATOS:

LA MÍNIMA ESTANCIA HOSPITALARIA FUE DE 2 DÍAS; LA MÁXIMA ESTANCIA FUE DE 34 DÍAS, Y COMO PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA FUE DE 4.72 DÍAS. (TABLA VI).

EN CUANTO AL ANÁLISIS DEL SANGRADO TRANSOPERATORIO, SE ENCONTRÓ QUE EL SANGRADO MÍNIMO FUE DE 100 CC EN 4 PACIENTES; EL SANGRADO MÁXIMO FUE DE 3 000 CC EN 1 PACIENTE. EL PROMEDIO DE SANGRADO FUE DE 474.74 CC (TABLA VII).

EL ANÁLISIS DEL TIEMPO QUIRÚRGICO REPORTÓ LOS DATOS SIGUIENTES:

TIEMPO MÍNIMO DE CIRUGÍA 30 MINUTOS; TIEMPO MÁXIMO DE CIRUGÍA 210 MINUTOS; TIEMPO PROMEDIO DE CIRUGÍA 111.07 MINUTOS.

SE REGISTRARON 10 COMPLICACIONES. 7 DE ELLAS FUERON TRANSOPERATORIAS Y 3 COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS. LAS COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS FUERON: SANGRADO DE ARTERIA UTERINA EN 2 PACIENTES; SANGRADO DE ARTERIAS CERVICOVAGINALES EN 3 PACIENTES; PERFORACIÓN DE VEJIGA EN 1 PACIENTE E HIPERTENSIÓN ARTERIAL REACTIVA EN UNA PACIENTE. LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS FUERON: HEMATOMA SUBFRENICO POR SANGRADO DE CÚPULA VAGINAL EN 1 PACIENTE; ÁBSCESOS DE CÚPULA VAGINAL EN 2 PACIENTES, UNA DE ELLAS CON PERITONITIS GENERALIZADA.

T A B L A VI

DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA.

2 días de Estancia	1 paciente
3 días de Estancia	4 pacientes
4 días de Estancia	98 pacientes
5 días de Estancia	24 pacientes
6 días de Estancia	6 pacientes
7 días de Estancia	1 paciente
8 días de Estancia	2 pacientes
9 días de Estancia	1 paciente
29 días de Estancia	1 paciente
34 días de Estancia	1 paciente

Promedio: 4.72 días de Estancia

Desviación Estandar: 3.36 días de Estancia

Varianza: 11.32 días de Estancia

T A B L A V I I

SANGRADO TRANSOPERATORIO.

100 cc	4	pacientes
150 cc	6	pacientes
200 cc	11	pacientes
250 cc	4	pacientes
300 cc	35	pacientes
350 cc	15	pacientes
400 cc	15	pacientes
450 cc	4	pacientes
500 cc	13	pacientes
600 cc	3	pacientes
650 cc	1	paciente
700 cc	9	pacientes
750 cc	1	paciente
800 cc	4	pacientes
850 cc	1	paciente
900 cc	1	paciente
1000 cc	6	pacientes
1200 cc	2	pacientes
1400 cc	1	paciente
1900 cc	1	paciente
2250 cc	1	paciente
3000 cc	1	paciente

Promedio: 474.74 cc TOTAL: 139 pacientes

Desviación Estandar: 380.16 cc

Varianza: 144524.2 cc

ANALIZADOS LOS RESULTADOS DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO, SE OBSERVÓ LA SIGUIENTE CORRELACIÓN.

DE LAS 139 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE MIOMATOSIS - UTERINA, PATOLOGÍA CONFIRMÓ EL DIAGNÓSTICO EN 73 CASOS Y EN LOS 66 RESTANTES REPORTÓ DIAGNÓSTICOS DIFERENTES. POR LO TANTO EXISTE UNA CORRELACIÓN CLÍNICA/PATOLÓGICA EN 73 CASOS. (52.51%). CON 66 ERRORES DIAGNÓSTICOS (47.48%).

ULTRASONIDO DIAGNÓSTICO 134 CASOS DE MIOMATOSIS UTERINA Y EN 5 CASOS NEGÓ EL DIAGNÓSTICO. POR LO TANTO, LA CORRELACIÓN - ULTRASONIDO/PATOLOGÍA FUE DE 76 CASOS (EN 3 DE LOS 5 CASOS - REPORTADOS POR ULTRASONIDO COMO NEGATIVOS, PATOLOGÍA TAMBIÉN LOS REPORTÓ NEGATIVOS PARA MIOMATOSIS). POR LO TANTO, ULTRASONIDO TUVO 63 ERRORES DIAGNÓSTICOS.

T A B L A VIII

CORRELACIÓN CLÍNICA - ULTRASONOGRÁFICA Y PATOLÓGICA.

Correlación Clínica / Patológica	73 casos	52.51%
Errores Clínicos	66 casos	47.48%
<hr/>		
TOTAL:	139 casos	100.00%
<hr/>		
Correlación Ultrasonido / Patología	76 casos	54.67%
Errores Ultrasonográficos	63 casos	45.32%
<hr/>		
TOTAL:	139 casos	100.00%

CONCLUSIONES.

SIENDO LA MIOMATOSIS UTERINA UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS - DE CONSULTA GINECOLÓGICA Y UNO DE LOS DIAGNÓSTICOS PREOPERATORIOS MÁS FRECUENTES EN CUALQUIER CENTRO HOSPITALARIO QUE MANEJE PACIENTES GINECOLÓGICAS; DEBE SER UN PADECIMIENTO EN EL CUAL SE DEBE PONER ESPECIAL INTERÉS EN CUANTO A SU DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, ASÍ COMO EL PONER INTERÉS EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON OTRAS ENTIDADES NOSOLÓGICAS QUE SE MANIFIESTAN POR SANGRADO UTERINO ANORMAL AL IGUAL QUE LA MIOMATOSIS UTERINA.

COMO SE OBSERVA EN LOS RESULTADOS DEL PRESENTE ESTUDIO; DE LAS 139 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREOPERATORIO DE MIOMATOSIS UTERINA Y A LAS QUE SE LES REALIZÓ HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL, PATOLOGÍA SÓLO CORROBORÓ EL DIAGNÓSTICO EN EL 52.51% DE LOS CASOS (73 CASOS). CON UN 47.48% DE ERRORES CLÍNICOS (66 CASOS). EN ÉSTOS 66 CASOS, SE REPORTAN DIAGNÓSTICOS COMO: CERVICITIS INESPECÍFICA, ADENOMIOSIS, PÓLIPOS ENDOMETRIALES Y UN CASO DE CA CU; ENTIDADES QUE SON CAUSA DE SANGRADO UTERINO ANORMAL. DE AQUÍ, QUE SE TIENE QUE PONER ESPECIAL INTERÉS EN EL ESTUDIO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL EN TODAS LAS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA CON ÉSTE SIGNO CLÍNICO Y NO COMETER EL ERROR DE DIAGNOSTICAR MIOMATOSIS UTERINA EN TODA PACIENTE CON SANGRADO UTERINO ANORMAL, ANTES DE UN ESTUDIO CLÍNICO COMPLETO Y BIÉN EFECTUADO.

EN CUANTO AL REPORTE DE CORRELACIÓN CLÍNICA / PATOLÓGICA DEL 52.51% DE LOS CASOS; CON UN 47.48% DE ERRORES, CONCUERDA CON

REPORTES PREVIOS EN LA LITERATURA (20). SIN EMBARGO, ESTAS CIFRAS SE PUEDEN MEJORAR, ES EL OBJETIVO DE ESTE PROTOCOLO, - TENER UN PARÁMETRO PARA ANÁLISIS POSTERIORES.

EL ULTRASONIDO PÉLVICO ES UN ESTUDIO DE GABINETE NECESARIO - COMO ESTUDIO PREOPERATORIO EN TODA PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA QUE SE PROGRAMA PARA CIRUGÍA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, SIN EMBARGO, DEBE SER UN ESTUDIO COMPLEMENTARIO PARA LA CLÍNICA Y NO DEBE TOMARSE COMO DETERMINANTE PARA DIAGNOSTICAR MIOMATOSIS UTERINA. COMO SE OBSERVA EN LOS RESULTADOS; DE 139 ESTUDIOS DE ULTRASONIDO PÉLVICO -- POR MIOMATOSIS UTERINA QUE SE REALIZARON, SÓLO EXISTE UNA CORRELACIÓN CON PATOLOGÍA EN 76 CASOS (54.67%). CON 63 ERRORES DIAGNÓSTICOS (45.32%), POR DEBAJO DEL PORCENTAJE DE -- ACIERTOS DIAGNÓSTICOS DE LA LITERATURA QUE ES DEL 82% (1). LOS ESTUDIOS DE GABINETE SON COMPLEMENTARIOS Y AUXILIARES -- PARA LA CLÍNICA, PERO NO SON MÁS IMPORTANTES QUE ÉSTA. POR TAL RAZÓN LA ULTRASONOGRAFÍA ES UN ESTUDIO NECESARIO, PERO - NO SIEMPRE DETERMINANTE PARA EL DIAGNÓSTICO DE MIOMATOSIS, - SOBRE TODO CUANDO CONFUNDE AL CLÍNICO EN LUGAR DE AUXILIARLO.

DOS OBSERVACIONES INTERESANTES EN ESTE PROTOCOLO SON: QUE - LA EDAD MÁS FRECUENTE DE LA PACIENTE CON MIOMATOSIS UTERINA EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, - S.S., ES DE 41 A LOS 50 AÑOS, EN COMPARACIÓN CON LA LITERATURA QUE REPORTA COMO EDAD MÁS FRECUENTE DE 30 A 45 AÑOS (1).

LA OTRA OBSERVACIÓN, ES QUE LAS MUJERES CON MIOMATOSIS UTERINA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, S.S., SON PACIENTES CON

5 Ó MÁS EMBARAZOS (48.20% DE LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS).
OTROS DATOS COMO: DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA DE 4.72 DÍAS
PROMEDIO SE PUEDE MEJORAR EN EL FUTURO.

EN CUANTO A LOS RESULTADOS OBSERVADOS EN EL ESTUDIO DE LOS --
EVENTOS QUIRÚRGICOS; TIEMPO QUIRÚRGICO PROMEDIO DE 111.07 MI-
NUTOS Y SANGRADO TRANSOPERATORIO DE 474.74 EN PROMEDIO, SON -
SATISFACTORIOS PERO SE PUEDEN MEJORAR, SOBRE TODO EL SANGRADO
TRANSOPERATORIO PROMEDIO.

EN CUANTO A LAS COMPLICACIONES, TANTO TRANSOPERATORIAS EN 7 -
PACIENTES (5.03%), Y POSTOPERATORIAS EN 3 PACIENTES (1.57%).
LOS RESULTADOS SON SATISFACTORIOS, SOBRE TODO POR QUE NO SE -
REGISTRARON DEFUNCIONES DURANTE 9 MESES DE ACTIVIDAD QUIRÚRGI
CA

LOS ANTERIORES RESULTADOS SE PRESENTAN Y QUEDAN COMO UN PARÁ-
METRO PARA BUSCAR LA SUPERACIÓN EN EL MANEJO DE LAS PACIEN--
TES EN LA UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE
MÉXICO DE LA SECRETARÍA DE SALUD.

EL HOMBRE PRUDENTE OCULTA
SU SABIDURÍA, MIENTRAS EL
TONGO PUBLICA SU NECEDAD.
HAY UN TIEMPO PARA CADA -
COSA, Y UN MOMENTO PARA -
HACERLA. (Ec. 3-1).

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- ANDREOTTI R. ULTRASOUND AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF PELVIC MASSES; SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS; APRIL 1988. VOL. 166 PAG; 327-332.
- 2.- ANDREYKO J. USE OF AN AGONISTIC ANALOG OF GONADOTROPIN RELEASING HORMONE (NAFARELIN) TO TREAT LEIOMYOMAS. -- ASSESMENT BY MAGNETIC RESONANCE IMAGING; AM J OBSTET - GYNECOL; APRIL 1988; PAG; 903-909.
- 3.- BARROS P. ATLAS DE OPERACIONES GINECOLÓGICAS; HISTERECTOMÍA ABDOMINAL; PAG; 56-60. EDIT. MANUAL MODERNO; 20. ED. 1983. MÉX. D.F.
- 4.- CASTAÑEDO D. INVESTIGACIÓN CLÍNICA. 276 PAG. EDIT; INTERAMERICANA. 10.- ED. 1987. MÉX. D.F.
- 5.- DUDIAK M UTERINE LEIOMYOMAS IN THE INFERTILE PATIENT; PREOPERATIVE LOCALIZATION WITH MR. IMAGING VERSUS US. AND HISTEROSALPINGOGRAPHY. RADIOLOGY; JUN. 1988; PAG; 627-630.
- 6.- EASTERDAY L. HISTERECTOMY IN THE UNITED STATES. OBSTETRICS AND GYNECOLOGY VOL. 62. No. 2 AUGUST 1983; PAG; 203-211.
- 7.- HOWARD W. TRATADO DE GINECOLOGÍA DE NOVAK. MIOMA UTERI NO. PAG; 430-453. EDIT; INTERAMERICANA; DÉCIMA ED. 1985. MÉX. D.F.
- 8.- KILLACKEY M. EVALUATION AND MANAGEMENT OF THE PELVIC - MASS. REVIEW OF 540 CASES. OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOL. 71. NO. 3; PART. 1, MARCK. 1988. PAG; 319-321
- 9.- KRAMAR D. PRESUMED CALCIFIED LEIOMYOMA OF THE UTERUS. ARCH. PATHOL LAB. MED. VOL. 107; No. 1, FEB. 1983; PAG; 91-93.
- 10.- MARK A. ADENOMYOSIS AND LEIOMYOMA; DIFFERENTIAL DIAGNOSIS WITH MR IMAGING. RADIOLOGY; 1987. VOL; 163. PAG; 527-529.

- 11.- ROBBINS L. PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL: APARATO GENITAL FEMENINO; TUMORES; PAG; 1187-1189. EDIT; INTER AMERICANA; 10.- ED. 50-REIMPRESIÓN. 1987, EDO DE MÉX.
- 12.- REYNAGA O. TALLER DE INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN MÉDICA. 79 PAG. COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA; 20- ED. 1982, C.U. MÉXICO, D.F.
- 13.- ROMPEY S. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA; UTERO; PAG; 111-115. EDIT. SALVAT; 10.- ED. 1979. MÉX. D.F.
- 14.- ROSAI J; PATOLOGÍA QUIRÚRGICA; UTERO. PAG; 1013-1020;- EDIT. PANAMERICANA; 60.- ED. BUENOS AIRES ARGENTINA. - 1983.
- 15.- ROSALES E. CORRELACIÓN CLÍNICA, ULTRASONOGRÁFICA E HISTOPATOLÓGICA EN GINECOLOGÍA; GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO. VOL. 53. SEP. 1985. PAG; 253-255.
- 16.- SHEK Y. EFFECT OF MENSTRUAL CYCLE ON PROTEIN EXPRESSION IN HUMAN UTERINE LEIOMYOMAS; OBSTETRICS AND GYNECOLOGY; VOL. 70 No. 1. JULY 1987; PAG; 128-132.
- 17.- SMITH H; HOLM H; ULTRASONOGRAFÍA ABDOMINAL; TUMORES DE ÚTERO; PAG; 166-168. EDIT. DOYMA; 20- ED. 1982. BARCELONA, ESPAÑA.
- 18.- TOGASHI K; ADENOMYOSIS. DIAGNOSIS WITH MR IMAGING; RADIOLOGY. JUN 1988. PAG; 111-114.
- 19.- VALLE GAY A. HISTERECTOMÍA ABDOMINAL, EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, S.S; REVISTA MÉDICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO; VOL. 50, NO. 2. ABRIL-MAYO-JUNIO. 1987. PAG; -- 69-76.
- 20.- VARGAS L; MIOMATOSIS UTERINA, ASPECTOS CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO; VOL. 51. No. 310; FEB. 1983; PAG; 39-42.
- 21.- WODRUFF N; PATOLOGÍA, GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA; MIOMA Y OTROS TUMORES BENIGNOS DEL ÚTERO; PAG; 269-287. EDIT. PANAMERICANA, 80- ED. 1982. BUENOS AIRES ARGENTINA.