

11227  
61  
203



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado

Hospital Central Sur de Alta Especialidad

Petróleos Mexicanos

CORRELACION CLINICA E HISTOPATOLOGICA  
DE PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA  
SOMETIDAS A HISTERECTOMIA ABDOMINAL

T E S I S

Que para obtener el titulo en la Especialidad de

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DR. FRANCISCO JAVIER SOLORZANO JIMENEZ



México, D. F.

1993

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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 está 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.

## INDICE

1.- Introducción.....	1
2.- Antecedentes.....	2
3.- Definición del problema.....	14
4.- Justificación .....	15
5.- Objetivos.....	15
5.1 Generales.....	15
5.2 Específicos.....	15
6.- Metodología.....	16
6.1 Diseño de investigación.....	16
6.2 Definición de la entidad nosológica.....	16
6.3 Definición de la población objetivo.....	16
6.4 Características generales de la población.....	16
6.4.1- Criterios de inclusión.....	16
6.4.2- Criterios de exclusión.....	17
6.4.3- Criterios de eliminación.....	17
6.4.4- Ubicación espacio temporal.....	17
6.5- Diseño estadístico.....	17
6:5.1- Marco de muestreo.....	17
6.5.2- Unidad última de muestreo.....	17
6.5.3 -Método de muestreo.....	17
6.5.4- Tamaño de la muestra.....	17
6.6- Definición de variables y escalas de medición..	18
6.7- Recolección y análisis de datos.....	18
7.- Resultados.....	19
8.- Discusión.....	21
9.-Conclusiones.....	22
10.-Anexos (cuadros y gráficas).....	24
11.-Referencias bibliográficas .....	29

## 1.- INTRODUCCIÓN

El mioma uterino es uno de los tumores mas comunes y frecuentes en el género humano, ocupa dentro de la esfera genital femenina un lugar preponderante no solo debido a los problemas ocasionados por su frecuencia, sintomatología, complicaciones y conductas terapéuticas, sino también porque se identifica como la causa más frecuente por la que una paciente es llevada a quirófano para cirugía mayor en este hospital y esto sin tomar en cuenta la amplia gama de alteraciones emocionales que ocasiona la extirpación del útero, lo cual constituye el tratamiento en la gran mayoría de los casos.

Conociendo las características de nuestro hospital escuela, en el cual el personal residente en entrenamiento forma parte activa del cuerpo médico clínico, diagnóstico y terapéutico es necesario evaluar la veracidad de las conductas médicas a manera de generar experiencia y fomentar el crecimiento del acervo académico, clínico y humanístico. El fin que se busca es el de cumplir con los principios y compromisos más básicos de la ciencia médica pero al mismo tiempo conseguir la formación de elementos capaces y competitivos que puedan desarrollar dignamente y con profesionalismo dentro del ámbito social en el que se desenvuelvan.

## 2. - ANTECEDENTES

La miomatosis uterina como entidad patológica data desde hace muchos años y se ha conocido con varios sinónimos, de tal forma que Hipócrates (460-370 A.C.) la llamaba piedra uterina, Galeno la llamaba escleroma y más adelante Verneuil le denominó fibroma. Virchow en 1866 con base en el origen de las células normales del miometrio los llama miomas y finalmente Robert Meyer comprueba que el tumor esté formado por fibras musculares lisas.

Entre los diversos términos para designar este tumor figuran: fibromioma, miofibroma, leiomiofibroma, fibroleiomioma, mioma, fibroide y leiomioma.

Actualmente se prefiere hablar de leiomioma ya que se considera un tumor benigno, porque destaca con bastante exactitud el origen de este tumor en las células musculares lisas y por el predominio del componente muscular liso <sup>1</sup>.

Además de que contiene variables cantidades de tejido conectivo, esté bien circunscrito pero no es encapsulado.

La miomatosis uterina es una patología ginecológica que ha motivado controversia en cuanto a los aspectos clínicos y terapéuticos.

Se sabe que los miomas son los tumores más frecuentes del útero y la pelvis femenina <sup>2,6</sup> se ha encontrado hasta un 50% de los exámenes post mortem y su tamaño varía desde dimensiones microscópicas hasta masas enormes <sup>2,7,8</sup>.

La primera histerectomía abdominal se llevó a cabo en Manchester Inglaterra por el Dr. Charles Clay en 1843, como lo menciona Pratt en su libro "Ginecología Operatoria" publicado en 1901; la paciente

falleció <sup>3</sup>.

Howard y Kelly revisaron la historia y el desarrollo de la histerectomía abdominal en los Estados Unidos.

Burnham realizó la primera histerectomía abdominal por miomatosis con buenos resultados en el año de 1853.

La constante evolución que han tenido las diferentes técnicas, ha contribuido en la disminución tanto de las complicaciones como de la mortalidad <sup>1,3</sup>.

Etiología.- Las teorías que tratan de explicar el origen de los leiomiomas son múltiples y variadas y ninguna resulta satisfactoria en la totalidad de los casos.

a) Histogénesis: Se ha demostrado que cada una de las células que forman un mioma tienen un patrón electro forótico idéntico para la glucosa-6-fosfato deshidrogenasa y que esto puede variar de un tumor a otro dentro del mismo útero lo cual sugiere fuertemente que el origen del leiomioma es unicelular y aunque los factores responsables de la transformación neoplásica inicial no se conoce en la actualidad, por lo menos, se tienen identificados factores que influyen en el crecimiento de un leiomioma <sup>3</sup>.

1) Estrógenos: el crecimiento de los leiomiomas es dependiente de la producción estrogénica, se desarrollan dentro de los años de mayor actividad ovárica y regresan con el cese de la actividad ovárica en la menopausia. Sin embargo otros autores como Segaloff han demostrado que los tumores inducidos en cobayos a través de la estimulación estrogénica no son análogos histológicamente a los de la mujer y Spellacy reportó que la concentración sérica de estradiol en las mujeres con leiomiomas fue la misma que en el grupo control. Sin embargo las observaciones bioquímicas recientes tienden a apoyar a la "hipótesis estrogénica" al identificar una concentración mayor de receptores estrogénicos en

el leiomioma comparado con el miometrio normal en el mismo útero y aunque estos datos pueden ayudar a explicar la mayor sensibilidad del leiomioma a los estrógenos existen estudios controvertidos como los de Puuka, Follow y Tamaya en los que encuentran que no hay diferencia entre la concentración de receptores a estrógenos en los leiomiomas y el miometrio normal.

Son también sugeridas alteraciones en el metabolismo estrogénico en forma intraleiomioma se encuentra disminuida la conversión de estradiol a estrona cuando se compara con el miometrio lo cual ocasiona un incremento "intraleiomioma" de estradiol como lo reportó PolloW. a.2) Hormona de crecimiento: Se ha demostrado por Grattarola y Li que la GH tiene efecto sinérgico con el estradiol en la inducción del aumento de peso uterino en ratas hiposectomizadas y ovariectomizadas. Durante el embarazo pudiera explicarse mediante el efecto sinérgico del estradiol con el lactógeno placentario humano (PHL) el cual es muy similar en estructura y función en la GH. a.3) Progesterona: Gran cantidad de estudios sugieren que la progesterona inhibe el crecimiento de los leiomiomas y Goodman ha reportado casos de regresión de los leiomiomas posterior al tratamiento médico con progesterona; y Goldzieher pudieron demostrar que grandes dosis de progesterona administrada a las pacientes de 14 a 21 días antes de la histerectomía produjo intensos cambios degenerativos en los leiomiomas <sup>5</sup>.

Incidencia.- Es difícil determinar una verdadera incidencia universal para este problema ya que esta varía de autor a autor y muestra grandes variaciones raciales y geográficas .

Para nuestro país, según reportan Vásquez y Cols, la incidencia es de 4 a 11% para todas las mujeres, del 0.3 al 7.2% para las embarazadas y aumenta hasta el 30% para un grupo de mujeres seleccionado con patología ginecológica y en la población femenina menor de 50 años a la que se realizó autopsia una

frecuencia del 15 al 20%, Buttram y Reiter los definen como el tumor pélvico sólido más común en mujeres y dan una incidencia de una de cada cuatro a cinco mujeres en la edad reproductiva <sup>14</sup> mientras que March reporta un 20% en las mujeres que pasan de los 35 años <sup>15</sup>.

Esta patología tumoral tiene rasgos epidemiológicos bien definidos como lo menciona Parazzini y Cole, quienes describen como factores de riesgo la nuliparidad en contraste con la multiparidad mencionan que la edad del primer nacimiento no afecta el riesgo pero sí lo disminuye significativamente la mayor edad al momento del último nacimiento.

El número de abortos no tiene relación con riesgo elevado. El riesgo, se considera significativamente mayor cuando la menarquia ocurrió a la edad de 11 años o menor y definitivamente la menopausia disminuye el riesgo de leiomiomas.

Se ha observado mayor incidencia de leiomiomas en mujeres con más alto nivel académico siendo hasta 50% mayor en las mujeres con preparación profesional Universitaria; comparadas con las no fumadoras, las mujeres fumadoras habituales mostraron un riesgo significativamente bajo (cerca del 40%) y se atribuye a que las fumadoras tienen disminuidos los niveles de los tres estrógenos mayores en la fase lútea del ciclo menstrual.

No se ha encontrado relación significativa con el uso de anovulatorios orales.

La incidencia es de 3 a 9 veces mayor en mujeres de raza negra que las caucásicas lo cual se atribuye a una respuesta mayor a estas personas de la hormona del crecimiento a la hipoglucemia <sup>3,5,6,7</sup>.

Patología.- El útero, que normalmente se encuentra situado en la cavidad pélvica entre el recto y la vejiga es un órgano que sufre

variados cambios en tamaño y consistencia de acuerdo al momento hormonal del ciclo, la edad de la paciente y la presencia o no de gestación .

En la mujer adulta mide normalmente en sentido longitudinal de 6 a 8 cm y en sentido transversal de 3 a 4 cm su peso oscila entre 60 a 70 gramos e histológicamente esté compuesto por tres capas o técnicas que son:Una serosa o recubrimiento peritoneal visceral, una muscular o miometrio formado por ases de músculo liso en tres capas y orientaciones y por último una mucosa o endometrio la cual reviste importantes características de tipo cíclico hormonal principalmente.

Anatómicamente esta compuesto de tres partes:el cuello o cérvix, el istmo y el cuerpo que se pudiera subdividir en dos:el cuerpo propiamente dicho y el fondo localizado por arriba de la implantación de ambos ligamentos redondos.

El sistema de sostén uterino esté dado principalmente por seis ligamentos (tres a cada lado):el ligamento cardinal o transverso de Mackenrodt, el ligamento úterosacro y el ligamento redondo que nace de la pared del fondo uterino y penetra por el orificio inguinal interno hasta los labios mayores \*.

Macroscópicamente se ha descrito como un nódulo, de tamaño variable, de consistencia aumentada, firme, que comprime el tejido muscular liso uterino que lo rodea y se forma una pseudocápsula de tejido conectivo laxo lo que permite que el tumor pueda ser enucleado.

Los vasos que le nutren penetran en la pseudocápsula y generalmente es una sólo arteria.

El número es muy variable y de manera más rara se presentan como únicos.

A la sección muestran una superficie trabeculada de forma característica (arremolinada) de color blanco pálido <sup>5</sup>. El leiomioma uterino típico es una estructura firme, multinodular de diferentes tamaños, que pueden variar desde estructuras microscópicas hasta de 4 a 5 Kilogramos los cuales no son raros aunque la mayoría son más pequeños.

El tumor más grande reportado por Hunt en 1888 pesó más de 65 Kilogramos <sup>1</sup>.

En cuanto a su localización los leiomiomas se dividen en varios tipos:

- 1).- Submucosos o cavitarios, que pueden ser sésiles o pediculados.
- 2).- Intersticiales o intramurales y
- 3).- Subserosos o subperitoneales, los cuales también pueden ser sésiles o pediculados.

El leiomioma submucoso se define como un tumor muscular situado bajo la mucosa endometrial y con gran parte del tumor dentro de la cavidad uterina, son los menos frecuentes en el cuerpo uterino pero se pueden considerar los más importantes porque ejercen importante fuerza de compresión sobre el endometrio que favorece la atrofia y por lo tanto la esfacelación y el sangrado ya que por efecto mecánico se impide la retracción de las arterias espirales <sup>5</sup>.

Los leiomiomas intramurales son los más frecuentes, de echo, se piensa que en un inicio todos los leiomiomas son intramurales y de ahí se desplazan por efecto del crecimiento hasta sus diferentes localizaciones dentro de la anatomía uterina pero siempre acompañados de tejido muscular dispuesto a su alrededor.

Los leiomiomas subserosos crecen cerca de la superficie externa del útero y pueden desplazarse en su crecimiento hacia la cavidad uterina quedando sésiles o pediculados.

Este tipo de tumores puede crecer entre las hojas peritoneales del ligamento ancho dificultando técnicamente su extracción o la misma histerectomía.

De acuerdo a la localización anatómica en el útero, los leiomiomas se clasifican en Corporales, Istmicos y Cervicales siendo los primeros los de mayor frecuencia (90 a 92 %).

Los cervicales son los de menor frecuencia y pueden ser supravaginales o infravaginales, ambos tienen su origen en el exocérnix y se ven más frecuentemente asociados a patología corporal uterina del tipo de la hiperplasia o del carcinoma. Microscópicamente los leiomiomas se encuentran formados en su mayoría por células musculares lisas en haces con mayor o menor presencia de tejido fibroso entre las células musculares las cuales deben identificarse como células en forma de huso con núcleo en forma de bastón cuando el corte es longitudinal y cuando este resulta transversal se observan células redondas o poliédricas con abundante citoplasma y núcleo central ovalado o redondo.

Los leiomiomas de acuerdo a su tamaño, localización, aporte sanguíneo u otros procesos agregados pueden sufrir ciertos cambios degenerativos de los cuales podemos enumerar los siguientes:

- 1).- Degeneración hialina
- 2.) Degeneración quística
- 3.) Degeneración roja (Necrosis)
- 4.) Degeneración grasa
- 5.) Degeneración sarcomatosa
- 6.) Calcificación
- 7.) Infección
- 8.) Edema

9.) Telangiectasia

10.) Atrofia

Sintomatología.- Menos del 50% de las pacientes con miomatosis uterina tendrán síntomas y estos serán variables dependiendo de la localización, tamaño y número de los leiomiomas. Lo que es definitivo según lo describen Persaud y Arjoon es que no hay relación estadísticamente significativa entre la presencia de síntomas y los cambios degenerativos en los leiomiomas <sup>1</sup>.

En forma gruesa se puede considerar que la sintomatología en la miomatosis uterina es baja y poco específica pudiendo considerarse como sugestivo de miomas los siguientes: Presión y Pesantez pélvica, Polaquiuria, Trastornos menstruales generalmente del tipo de la Hipermenorrea, dismenorrea, dolor pélvico crónico, crecimiento abdominal, trabajo de parto pretérmino, abortos del primero y segundo trimestre y aún infertilidad <sup>15</sup>.

Alteraciones Menstruales: El tipo de alteración más frecuente es la hipermenorrea que puede o no acompañarse con frecuencia de polimenorrea y proiomenorrea.

En series realizadas en nuestro País como la de Vásquez y Cols. el 65% de las pacientes presentaron algún tipo de alteración menstrual, otras series como las de Buttram y Reiter así como Te Linde reportan solo un 33% de alteraciones menstruales como síntoma manifiesto de la leiomiomatosis uterina.

En lo que todos están de acuerdo es en que son los leiomiomas submucosos los que ocasionan alteraciones menstruales más severas y son seguidos por los intramurales.

Se proponen para explicar lo anterior diferentes teorías: La primera explica que la presencia de estos tumores aumenta

considerablemente el tamaño de la cavidad uterina y que al haber una mayor superficie endometrial hay por lo tanto una mayor superficie sangrante; De acuerdo con Seghal y Haskins la superficie endometrial de un útero normal es de 15cm cuadrados y la superficie de la cavidad endometrial en un útero miomatoso puede exceder a 200cm. cuadrados <sup>1</sup>.

Los leiomiomas intramurales producen alteraciones en el patrón de contractividad uterina lo cual altera el cierre fisiológico de las arterias espirales y los leiomiomas submucosos constituyen un obstáculo para la regeneración adecuada del endometrio.

La segunda teoría habla de un factor vascular que consiste en la ruptura de los vasos de un plexo subendometrial a nivel del nódulo tumoral y esto favorecido por una congestión venosa activa productiva por la presencia de leiomioma; Además proponen la esclerosis de las tunicas musculares situadas al rededor de las arterias espirales.

Dolor.- El dolor abdominal o pélvico se encuentra presente en aproximadamente el 30% de los casos pero no ha sido posible el relacionar la sintomatología dolorosa a algún tipo de degeneración del leiomioma <sup>4</sup> e incluso se propone que es producido por formaciones submucosas e intramurales haciéndose evidente de esta manera antes de que el tumor sea palpable <sup>5</sup>.

Existen ciertas condiciones en las cuales se hace estrecha relación entre miomatosis y dolor como por ejemplo la torsión del pedículo de un leiomioma subseroso que puede incluso presentarse como abdomen agudo; la degeneración roja que ocurre más frecuente durante el embarazo se puede presentar de esta manera y la asociación a procesos infecciosos, necróticos o inflamatorios sobre todo cuando se asocia a adherencias a órganos vecinos <sup>3,5</sup>.

Presión.- la evidencia de presión sobre algún órgano pélvico o abdominal es indicación de tratamiento, esta puede ejercerse

sobre la vejiga, el recto, ureteros, nervios presacros y cava inferior.

La vejiga es el órgano más comúnmente afectado y produce polaquiuria como manifestación aunque pudiera incluso llegar a la obstrucción urinaria que se presenta como retención aguda, dolor en el trayecto ureteral, hidroureter o incluso hidronefrosis <sup>1</sup>.

Crecimiento abdominal.- La gama sintomatológica en la leiomatosis uterina es muy variada y no tiene relación en su intensidad o severidad con el número, tamaño y localización de los miomas y así podemos ver grandes tumoraciones que invaden la cavidad abdominal y producen crecimiento del perímetro abdominal como único síntoma, incluso con patrón menstrual normal.

La presencia de esta distorsión es por si misma indicación de cirugía <sup>1</sup>.

Crecimiento Rápido.- La evidencia de un crecimiento acelerado de la tumoración es indicación de una intervención quirúrgica y si esto ocurre en la postmenopausia debe pensarse en una degeneración de tipo sacromatoso, es difícil definir este término pero Buttram y Reiter lo definen arbitrariamente como una ganancia en tamaño del equivalente a 6 semanas de gestación en el lapso de un año o menos; pero es evidente que esto solo se aplica a los pacientes que se encuentran en etapa postmenopáusica <sup>1,3</sup>.

Infertilidad.- Se reconoce a la miomatosis uterina como causa de la infertilidad más que de esterilidad, esto entendiendo la diferencia entre estos dos términos que es válida para la escuela Latina pero no es reconocida por los Anglo-Sajones quienes los utilizan indistintamente como sinónimos.

Se han propuesto ciclos anovulatorios en los pacientes con miomatosis uterina aunque esto no está adecuadamente documentado.

Se propone también una alteración en el transporte espermático por obstrucción del canal cervical, de la porción intersiticial de las trompas uterinas o por aumento en el tamaño y superficie de la cavidad endometrial, incluso con alteraciones en la contractilidad uterina inducida por prostaglandinas y que favorece la migración del esperma.

Existen además cambios endometriales inducidos por la propia miomatosis como atrofia, ulceración, hiperplasia focal y pólipos 1,3.

No ha sido confirmada la asociación de leiomicmas con la pérdida fetal por estudios bien llevados pero este es evidente como producto de la observación clínica y pudiera deberse a la tendencia al rápido crecimiento y la consecuente degeneración o alteraciones en la actividad de la oxcitocinasa así como múltiples alteraciones a nivel endometrial de tipo estromal, vascular, congestivo y obstructivo 1.

Diagnóstico.- En general el diagnóstico no es difícil; habitualmente se trata de un tumor esférico, de consistencia dura, que pertenece al útero o esté íntimamente unido al mismo, en ocasiones con deformación de la superficie del órgano.

Deben de ser tomadas en cuenta otras causas de crecimiento uterino e incluso otras clases de masas pélvicas.

La histerometría puede ser útil para conocer si la cavidad uterina esté aumentada de volumen y para darnos cuenta si la cavidad esté anfractuosa.

Quando se encuentran calcificados los miomas pueden ser diagnosticados por rayos x, si son submucosos pueden ser de utilidad la histeroscopia o el estudio con material de contraste a través de una histerosalpingografía.

El diagnóstico ultraecsonográfico es de utilidad y se menciona

que las características a identificar son : aumento del tamaño uterino, pérdida de su forma e irregularidad en sus contornos (leiomiomas subserosos), en el espesor de la pared (intramurales) y en la cavidad endometrial (submucosas).

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el embarazo, tumores de ovario y anexitis.

Los quistes del ovario y paraovario se confunden frecuentemente con los fibromas. En general, los quistes son de superficie regular, de consistencia blanda, remitentes o fluctuantes el útero esté rechazado hacia el lado contrario del tumor, la cavidad no esté agrandada y las metrorragias son raras <sup>7</sup>.

Otra patología con la cual también debe hacerse diagnóstico diferencial y que suele presentar datos clínicos semejantes a la miomatosis uterina es la adenomiosis (presencia ectópica de tejido endometrial dentro del miometrio) <sup>7</sup>.

Tratamiento.- En general podemos decir que si un fibroma no da síntomas, el tratamiento de estos tumores, salvo mínimas excepciones es quirúrgico y puede ser radical o conservador en lo que se refiere al útero, dependiendo de la edad y de la paridad, así como los deseos de la paciente de tener o seguir teniendo hijos.

La operación radical es la histerectomía con o sin ooforectomía, dependiendo esta última de la edad de la paciente <sup>10,11</sup>.

En mujeres jóvenes, vírgenes o casadas con deseos de tener más hijos, la operación es conservadora (miomectomía) <sup>11</sup>.

### 3.- DEFINICION DEL PROBLEMA

Tomando en consideración que la miomatosis uterina es una patología que frecuentemente lleva a consulta a la paciente y la causa más común de que esta vaya a quirófano para efectuársele histerectomía abdominal se necesita de la elaboración de un correcto diagnóstico, para lo cual nos es de utilidad la presencia de datos clínicos (alteraciones menstruales, dolor pélvico o crecimiento uterino), una buena exploración física, exámenes de laboratorio y gabinete (ultrasonido) todo esto con la finalidad de evitar en lo posible el equivocarnos y que nuestra impresión clínica conocida con el informe efectuado por el departamento de patología.

#### **4.- JUSTIFICACION**

El efectuar la elaboración de un diagnóstico clínico preoperatorio con mayor precisión, nos llevaría en la práctica a disminuir la frecuencia del número de pacientes que son sometidas al riesgo de una intervención quirúrgica y por consiguiente habría una disminución en los costos para la institución.

#### **5.- OBJETIVO**

##### **5.1-OBJETIVO GENERAL**

Determinar con que frecuencia se corrobora el diagnóstico clínico de la miomatosis uterina con el estudio histopatológico.

##### **5.2-OBJETIVO ESPECIFICO**

Conocer con que otras patologías se puede asociar la miomatosis uterina.

## 7.- METODOLOGIA

### 7.1-DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

### 7.2-DEFINICION DE LA ENTIDAD NOSOLOGICA

La miomatosis uterina se define como proliferaciones uni o multinodulares que se desarrollan a expensas de las fibras musculares lisas del micmetro, con la característica de que son benignas, siendo más frecuentes durante la última fase reproductora de la vida, pudiendo ser asintomática, detectarse en forma incidental en un estudio histopatológico o provocar hemorragia uterina anormal, crecimiento uterino o dolor pélvico. El tratamiento más frecuente para las pacientes sintomáticas es la histerectomía simple <sup>7,10</sup>.

### 7.3-DEFINICION DE LA POBLACION OBJETIVO

Pacientes femeninas, derechohabientes del hospital Central Sur de Alta Especialidad con diagnóstico de miomatosis uterina, a quienes se les efectuó histerectomía abdominal.

### 7.4-CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION

#### 7.4.1-CRITERIOS DE INCLUSION

- Con edad entre 25 y 50 años
- Con diagnóstico miomatosis uterina
- Con histerectomía abdominal
- Con informe histopatológico de la pieza quirúrgica

#### 7.4.2-CRITERIOS DE EXCLUSION

- Patología uterina agregada (neoplasias)
- Prolapso genital

#### 7.4.3-CRITERIOS DE ELIMINACION -

Pacientes sin seguimiento adecuado    Pacientes sin informe histopatológico

#### 7.4.4-UBICACION DE ESPACIO TEMPORAL

-Derechohabientes del Hospital Central Sur de Alta Especialidad, en un lapso comprendido del mes de Enero a Diciembre de 1991

#### 7.5.-DISEÑO ESTADISTICO

##### 7.5.1-MARCO DE MUESTREO

Hospital Central Sur de Alta Especialidad, del servicio de Ginecología y Obstetricia.

##### 7.5.2-UNIDAD ULTIMA DE MUESTREO -

Paciente Ginecológica

##### 7.5.4-TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se estudiaron 66 pacientes con diagnóstico clínico de miomatosis uterina

#### 7.6.-DEFINICION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION

variable	tipo	escala	fuelle	
edad	cuantitativa	numérica	interrogat	(hist.Clin.)
Antecedentes gineco-obstet	cualitativo	nominal	interrogat	(hist.Clin.)
Sintomatología	cualitativo	nominal	interrogat	(hist.Clin.)
Diagnóstico clínico	cualitativo	nominal	interrogat	(hist.Clin.)
Patología asociada	cualitativo	nominal	interrogat	(hist.Clin.)
Operación realizada	cualitativo	nominal	interrogat	(hist.Clin.)
Complicacion quirúrgica	cualitativo	nominal	interrogat	(hist.Clin.)
Reporte histo- patológico	cualitativo	nominal	interrogat	(hist.Clin.)

## 7.- RESULTADOS

La edad mínima encontrada fue de 25 años y la máxima de 50 años, sin embargo 41 pacientes (62.1 %) estuvieron comprendidos entre los 36 y 45 años de edad (cuadro I).

En cuanto a la paridad se encontró que tres pacientes (4.5 %) eran nulíparas, 57 pacientes (86.3 %) se encontraban entre 1 y 5 gestas y 6 pacientes (9 %) eran grandes multiparas (cuadro II).

La historia menstrual mostró que 60 pacientes (90.9 %) tenía sangrado genital anormal y en 6 pacientes (9 %) no había alteraciones.

En cuanto al tipo de sangrado, 22 pacientes (33.3 %) presentaron hiperpolimenorrea, 13 pacientes (19.6 %) proiohiperpolimenorrea, 12 pacientes (18.1 %) hipermenorrea, 11 pacientes (16.6 %) proiomenorrea y 2 (3 %) obsohipermenorrea (cuadro III).

De la 66 pacientes a 47 (71.2%) se les hizo el diagnóstico clínico de miomatosis uterina asintomática, a 12 pacientes (18.1%) miomatosis uterina sintomática + incontinencia urinaria de esfuerzo, dos pacientes (3%) miomatosis uterina + esterilidad, 2 pacientes (3%) miomatosis uterina sintomática + condiloma y 1 paciente (1.5%) miomatosis uterina sintomática + quiste de ovario (cuadro IV).

En cuanto a la operación realizada, a todos los pacientes se les efectuó histerectomía abdominal y dependiendo de la patología concomitante ya diagnosticada previamente se práctico al paciente (1.5%) HTA + S.O. bilateral, a 12 pacientes (18.1%) HTA + SO. Unilateral, a 4 pacientes (6%) HTA + Ooforectomha, a 5 pacientes (7.5%) HTA + MMK. a 4 pacientes (6%) HTA + K-K, y a 2 pacientes (3%) HTA + Burch.

En once pacientes (16.6%) hubo complicaciones quirúrgicas, 9 con granuloma de cúpula (13.6%) y dos con dehiscencia de herida quirúrgica (3%).

En el reporte histopatológico se registraron en 34 pacientes (51.5%) Leiomiomas uterinos, en 15 pacientes (22.7%) Leiomionma uterino + adenomiosis, en 9 pacientes (13.6%) Adenomiosis y en 8 pacientes (12.1%) útero normal.

En cuanto a la patología asociada más frecuente se encontraron 63 pacientes con servicitis crónica con un porcentaje del 95.4%.

## 9.- DISCUSION.

La histerectomía es una intervención quirúrgica mutiladora, en la que se extirpa un órgano de gran importancia para la reproducción y complementario para la integración psico-biológica de la mujer con un gran significado desde el punto de vista emocional, conyugal y social.

En la actualidad se ha notado una mayor libertad en la indicaciones en los cirujanos generales como en los mismos ginecólogos de tal manera que suele practicarse tanto en la profilaxis del cáncer cérvico uterino como en el método de control de la fertilidad (11).

La mayor parte de las pacientes estaba entre la cuarta y quinta década de la vida, hallazgo congruente con los reportado con la mayor parte de los autores.

Clásicamente se ha considerado que la miomatosis se presenta en la mayoría de las mujeres estériles y poco fecundas.

En nuestro estudio encontramos que la mayor parte de las pacientes fueron multíparas (68.1%), estos hallazgos han sido confirmados en otros trabajos publicados <sup>12</sup>.

Algunos autores como Schroeder encuentran solo trastorno menstrual en el 25%, Tietzeen en el 15% y Alvarez Bravo en el 64.02%; nosotros lo encontramos en el 90%, valores que son diferentes con otros autores <sup>13</sup>.

Se ha descrito que la localización intramural del mioma es la más frecuente <sup>7</sup> sin embargo en nuestro estudio no se pudo comprobar lo anteriormente mencionado ya que el servicio de patología no acostumbra consignar en su reporte dicho dato.

En algunas ocasiones se encontró más de una patología en la misma paciente, lo que condiciona la extirpación o corrección de otros órganos enfermos, como patología ovárica, cistocele e incontinencia urinaria de esfuerzo (16.6%).

En el 25.8% el diagnóstico clínico no correspondió con el diagnóstico final y uno de los errores consistió en mal interpretar la naturaleza de la irregularidades del sangrado menstrual, tan común en la época de la paciente en que fue practicada la operación, aunado todo esto a úteros ligeramente aumentados de tamaño y alguna imagen sugestiva durante los estudios de ultraecsonografía.

Otro error en el diagnóstico lo es la adenomiosis, entidad que como sabemos es difícil descartar en forma clínica y semeja mucho al cuadro clínico de la miomatosis, cuyo diagnóstico suele hacerse casi siempre por patología ?.

## 10.- CONCLUSIONES

- 1.- Se analizó la correlación clínica e histopatológica de 66 pacientes con miomatosis uterina sometidas a histerectomía abdominal en un lapso de 12 meses en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos.
- 2.- La edad más frecuente fue la comprendida entre los 41 a 45 años.
- 3.- La miomatosis uterina es una patología que frecuentemente lleva a consulta a la paciente.
- 4.- El clínico debe tener siempre presente, la posibilidad de adenomiosis como causa de alteraciones del ciclo menstrual.
- 5.- De los 66 pacientes operados con diagnóstico de miomatosis uterina resultaron correctos según el estudio histopatológico el 74.2 % . En el 13.6 % el diagnóstico fue adenomiosis y en el 12.1% un útero normal.
- 6.- Como síntoma principal la alteración menstrual fue la causa más frecuente de miomatosis uterina con un 90.9 %.
- 7.- En nuestra población derechohabiente se presentaron concomitantemente a la miomatosis uterina trastornos de la estática pélvica (incontinencia urinaria de esfuerzo) por lo que suele aprovecharse para evitar otra cirugía el mismo evento anestésico efectuándose la corrección de dicho trastorno (16.6 %).
- 8.- Las complicaciones quirúrgicas afortunadamente de fácil resolución, fueron el Granuloma, de cúpula vaginal (13.6 %)y la dehiscencia de herida quirúrgica (3 %). Los procesos infecciosos son raros .
- 9.- La mortalidad por Histerectomía Abdominal en nuestro hospital es prácticamente de 0 %.
- 10.- La cervicitis crónica se asoció en un 95.4 % a la miomatosis uterina.

## 10.- A N E X O S

## Correlacion del diagnóstico histopatológico de leiomiomatosis, con el diagnóstico clínico.

		Leiomiomatosis		
		+	-	
Sangrado	+	36	24	60
	-	5	1	6
		41	25	66

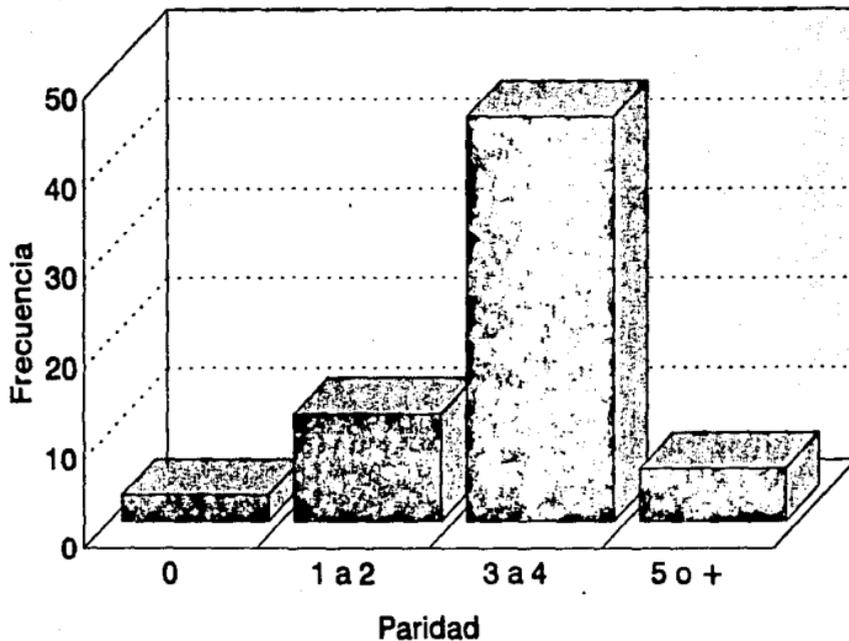
		Leiomiomatosis		
		+	-	
Crecimiento	+	1	1	2
	-	64	0	64
		65	1	66

		Leiomiomatosis		
		+	-	
Dolor	+	4	0	4
	-	45	17	62
		49	17	66

		Leiomiomatosis		
		+	-	
Paridad	+	33	18	51
	-	10	5	15
		43	23	66

## Paridad de las pacientes a quienes se les realizó histerectomía

---

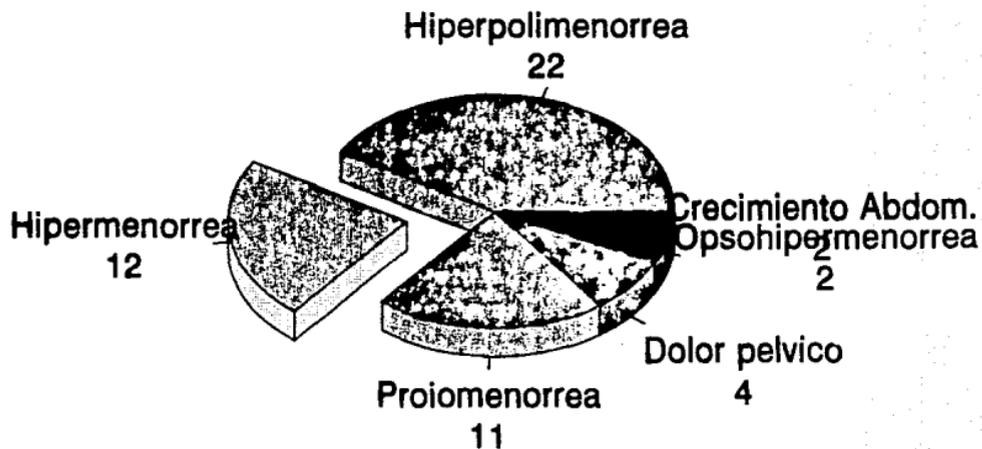


## Diagnóstico histopatológico vs clínico de leiomiomatosis uterina.

Signo o Síntoma	Sensibilidad	Especificidad	Exactitud
Dolor	9	100	32
Sangrado	87	4	56
Crecimiento	1.5	0	1.5

Servicio de Ginecología y Obstetricia

## Trastornos menstruales en las pacientes con diagnóstico de leiomiomatosis



Servicio de Ginecología y Obstetricia

## 11.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Te Linde R. Ginecología operatoria. 6ª ed. 1987 ; 172-182.
- 2.- Dexeus FS. Tratado de Ginecología. Ed Salvat S.A. Barcelona 1980;832.
- 3.- Delgado UJ. Indicaciones y complicaciones de la histerectomía abdominal y vaginal. Ginecología y Obstetricia de México. 1976;26-183
- 4.- Bravo SJ. La morbilidad en histerectomía abdominal. Ginecología y obstetricia de México. 1973; 33-50.
- 5.- Balasch C. Casos clínicos. Obstetricia-Ginecología. Ed Científica y Tecnológica S.A. Salvat. 1990;332-35.
- 6.- Brown JM, Malkasian GD, Symmonds RE. Abdominal myomectomy. Am J Obstet Gynecol.1991;99(1):126-128.
- 7.- Novak J. Tratado de ginecología. 11ª ed. 1991 Ed Interamericana. 391-97.
- 8.- Vollenhoven B, Lawrence A, Healy D. Uterine Fibroids. A Clinical Review. Brit J Obstet Gynecol. 1990;97:285-98.
- 9.- Prazzini F, La Vecchia C, Negri E, et al. Epidemiologic Characteristics of women with uterine fibroids: A case control study. Obstet Gynecol. 1988;72:853.
- 10.- Giménez J, Giménez E. fundamentos de ginecología. 2ª ed. Ed Méndez 1989.
- 11.- Reyes CL. Villalobos RM, López SM. Miomatosis uterina. Correlación clínica, radiológica y anatomopatológica. Análisis de 510 casos. Ginecología y obstetricia de México. 1989. 25:663.
- 12.- Flores CO. Evaluación clínica y psicosexual de la paciente histerectomizada. Ginecología y obstetricia de México. 1989;38:229.
- 13.- Strobel E. Tumores benignos del útero. Ginecología y obstetricia. Vol III Ginecología especial. Ed Salvat. Barcelona. 1988;336.
- 14.- Mac Mahon B, Tricopoulos D, Cole P, Brown J. Cigarrete

smoking and urinary estrogens. N England J Med.  
1989;307(17);1062.

- 15.- Mishell, Brenner PF. Management of common problems in  
Obstetrics and Gynecology medical economics company.  
1988;364-68.
- 16.- Buttram VC, Reiter RC. Uterine leiomyomata: Etiology,  
symptomatology and management. Fertil Steril 1981;36(4):433.